

# La prise en charge sanitaire des détenus

## Les structures référentes

### I. Rappel du cadre législatif et réglementaire

**Le décret n°86-802 du 4 mars 1986** modifié est relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

**L'arrêté du 14 décembre 1986, modifié par celui du 10 mai 1995**, est relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun à un établissement public de santé.

**La loi n°94-43 du 18 janvier 1994** prévoit le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du service public pénitentiaire au service public hospitalier ; elle est codifiée à l'article L 6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP).

**Le décret n°94-929 du 27 octobre 1994** en fixe les modalités d'application (articles R 711-7 à R 711-20 du Code de la Santé Publique).

**La circulaire n°45 DH / DGS / DSS / DAP du 8 décembre 1994** relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale et le guide méthodologique qui lui est annexé donnent des instructions sur l'application de ces deux textes. Ce guide comporte notamment un modèle des protocoles conclus entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires pour la dispensation des soins.

**L'arrêté du 10 mai 1995** fixe la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque SMPR.

**L'arrêté interministériel du 24 août 2000** est relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées

#### Le code de procédure pénale

L'organisation des services sanitaires dans les établissements pénitentiaires est décrite dans les articles D.348-1 à D.401-2 - 3<sup>ème</sup> partie, livre V - titre 2 - chapitre VIII (section I – II – III – IV) : De l'hygiène et l'organisation sanitaire.

#### Le code de déontologie médicale

Le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale et notamment l'article 10 s'applique au milieu pénitentiaire.

### 2. Les établissements pénitentiaires

Le parc pénitentiaire français est constitué de 187 établissements en métropole et dans les DOM-TOM. Il est hétérogène :

- certains établissements sont entièrement gérés par l'Etat (parc classique), d'autres relèvent d'une gestion Etat-Entreprises privées (parc I3000 – représentant 18% de la population pénale) dénommés établissements à gestion mixte,
- certains sont neufs et d'autres très anciens,
- enfin leur capacité varie, de 24 places à la maison d'arrêt de Guéret, elle peut atteindre 3500 places à Fleury-Mérogis).

La prison est le lieu d'exécution des décisions de justice qui peuvent être de deux ordres : mise en détention provisoire dans l'attente du procès et détention prononcée à titre de peine.

A ces deux dispositions correspondent deux grands types d'établissements pénitentiaires :

- **Les maisons d'arrêt** reçoivent les prévenus, c'est-à-dire les personnes détenues dont la condamnation définitive n'a pas encore été prononcée (attente de jugement ou appel après jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Une surpopulation est souvent constatée dans ce type d'établissements entraînant des répercussions sur les conditions de vie des personnes détenues.

- **Les établissements pour peine** reçoivent les personnes détenues en vertu d'une condamnation judiciaire définitive. Ils sont de différente nature, afin de permettre l'individualisation de la peine.



On distingue :

- **Les centres de détention (CD)** - régionaux ou nationaux - qui accueillent les condamnés dont les perspectives de réinsertion sont les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la réinsertion et la "resocialisation" des personnes détenues.

Les centres de détention régionaux accueillent les personnes détenues dont le reliquat de peine est inférieur à cinq ans et pour lesquels l'accent est mis sur la préparation à la sortie.

- **Les maisons centrales**, qui reçoivent les condamnés à de longues peines ou présentant un profil pénal lourd. Le régime de détention est plus axé sur la sécurité, mais ils offrent les mêmes activités que les autres établissements (enseignement, formation, etc...)

Les centres de semi-liberté, quant à eux, reçoivent les condamnés qui peuvent, sous certaines conditions, exercer une activité en milieu extérieur, mais qui sont tenus de réintégrer l'établissement chaque soir et le week-end.

- **Les centres pénitentiaires**, établissements mixtes qui comprennent deux quartiers de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale)

Au 1<sup>er</sup> juillet 2000, 78,4% des personnes détenues sont françaises et 21,6% sont étrangères.

Les directions régionales des services pénitentiaires les plus concernées par cette population étrangère sont celles de Paris et de Marseille.

Les mouvements de la population pénale sont nombreux. On recensait au cours de l'année 1994, 85 761 incarcérations et 84 378 libérations.

Au 1<sup>er</sup> juillet 2000, la répartition des condamnations selon la nature de l'infraction principale commise est la suivante :

- 24,5% pour vols simples et qualifiés
- 13,9% pour infraction à la législation sur les stupéfiants
- 23,3% pour viol ou attentat aux mœurs
- 10,5% pour meurtre, assassinat, empoisonnement
- 4,5% pour escroquerie
- 2,6% pour infraction à la législation sur les étrangers
- 2,1% pour homicide et blessures involontaires
- 8,8% pour autre motif.

Depuis une dizaine d'années, on observe une augmentation de la durée de détention, dont la raison principale tient à l'allongement des peines.

En moyenne, les personnes qui sont sorties d'établissement pénitentiaire en 1997 ont effectué 8,1 mois de détention, contre 4,3 mois en 1975.

Ce chiffre varie cependant selon que l'on considère le statut pénal de la personne détenue : il est de 8 mois pour les condamnés et de 3 mois et demi pour les prévenus. Globalement, la moitié des personnes détenues a effectué une durée de séjour inférieure à 4 mois.

Cette durée de détention très variable et relativement courte est à prendre en compte dans la mise en place d'actions vis à vis des personnes détenues. En effet, ce facteur, associé aux diverses priorités inhérentes à la détention (parloir, etc...) explique qu'un groupe de personnes détenues constitué pour une activité soit rarement au complet.

De même, le fait que l'on ne connaisse pas toujours à l'avance la durée de détention des prévenus complique le travail de préparation à la sortie.

Parallèlement, l'administration pénitentiaire a en charge les personnes faisant l'objet de mesures suivies et contrôlées par les services pénitentiaires d'insertion et de probation.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1997, les services pénitentiaires d'insertion et de probation avaient en charge 117 061 personnes suivies au titre d'au moins une mesure, soit avant le jugement (suivi "pré sentenciel"), soit après celui-ci pour l'exécution d'une peine non privative de liberté effectuée en milieu ouvert, tels que le travail d'intérêt général (TIG), le sursis avec mise à l'épreuve, etc...

## 3. La population prise en charge – quelques chiffres

### 3.1. En France

Au 1<sup>er</sup> juillet 2000, on comptait 52 122 personnes détenues, dont 17 677 prévenus et 34 445 condamnés.

Les femmes représentent 3,7% de l'ensemble de la population pénale.

La population pénale a plus que doublé au cours de ces quarante dernières années. L'âge moyen de la population pénale est de 32 ans, mais plus de 1% des personnes détenues sont des mineurs.

Moins de 18 ans	1,5%
de 18 à 21 ans	8,7%
de 21 à 25 ans	15,2%
de 25 à 30 ans	18,7%
de 30 à 40 ans	27,2%
de 40 à 50 ans	17,3%
de 50 à 60 ans	7,9%
de 60 ans et plus	3,1%



### 3.2. Quelques chiffres européens (données 1997 et 1998)

	Taux d'incarcération pour 10 000 habitants de l'année 1997	Taux de détention pour 100 000 habitants au 1 <sup>er</sup> septembre 1998	Densité carcérale pour 100 places au 1 <sup>er</sup> septembre 1998	Durée moyenne de détention en mois de l'année 1997	Taux d'évasion pour 10 000 détenus de l'année 1997
Allemagne	nd	96	108	nd	19.0
Autriche	nd	86	88	nd	8.6
Belgique	137	81	108	7.3	19.0
Danemark	nd	64	92	nd	283.0
Espagne	147	112	108	9.2	2.8
Finlande	124	54	73	5.8	145.0
France	131	88	108	8.4	5.6
Hongrie	240	142	139	4.2	5.9
Italie	153	85	115	8.1	5.2
Norvège	255	57	87	2.8	nd
Pays-bas	187	85	89	4.8	11.0
Portugal	77	147	132	22.6	nd
Russie	nd	679	125	nd	8.3
Suède	nd	60	99	nd	150.0
Suisse	387	85	89	2.5	nd

nd : chiffres non disponibles

Source : Conseil de l'Europe mars 2000

## 4. Structures impliquées dans la prise en charge des personnes détenues

L'ensemble des établissements pénitentiaires est concerné, y compris les établissements à gestion mixte, ainsi que l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) et les services hospitaliers amenés à accueillir des personnes détenues en hospitalisation.

### 4.1. Les structures impliquées dans la prise en charge somatique

En application de la loi du 18 janvier 1994, les soins somatiques sont dispensés dans le cadre des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), structures de soins implantées en milieu pénitentiaire et obligatoirement rattachées à un service hospitalier ; il est à noter que les 21 établissements pénitentiaires du programme dit "13 000" dans lesquels les prestations sanitaires étaient déléguées à des groupements privés n'entraient pas dans le champ de cette loi. Dans ces établissements la prise en charge sanitaire était assurée par des services médicaux.

### 4.2. Les structures impliquées dans la prise en charge psychiatrique

Les soins psychiatriques relèvent d'équipes différentes selon le niveau d'intervention :

- les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux ;
- les soins plus intensifs, y compris l'hospitalisation en milieu pénitentiaire qui implique le consentement de la personne détenue, sont dispensés par les services médico-psychologiques régionaux (SMPR). A cet effet, ils accueillent les personnes détenues provenant d'établissements pénitentiaires constituant leur secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Au nombre de 26, les SPMR sont des services hospitaliers, implantés en établissement pénitentiaire et rattachés à un établissement de santé. Ils assurent également les soins courants dans l'établissement pénitentiaire d'implantation.



### **4.3. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en milieu pénitentiaire (ex-antennes de lutte contre la toxicomanie)**

Ces centres de soins spécialisés dépendent des SMPR. Ils sont généralement implantés dans les grandes maisons d'arrêt et ont officiellement pour mission le repérage des personnes détenues toxicomanes, le recueil épidémiologique, leur suivi et leur préparation à la sortie.

### **4.4. La prise en charge sanitaire du VIH en milieu pénitentiaire**

La prise en charge sanitaire du VIH en milieu pénitentiaire repose notamment sur les consultations de médecins spécialistes hospitaliers dépendant des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH).

Le dépistage repose notamment sur les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'infection par le VIH.

### **4.5. Les unités hospitalières sécurisées à vocation interrégionale (UHSI)**

Dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues, les unités hospitalières sécurisées à vocation interrégionale sont implantées dans des centres hospitaliers régionaux.

La liste et la capacité d'accueil de ces unités ont été fixées par l'arrêté interministériel du 24 août 2000, qui prévoit la création de huit pôles : Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille, le 8<sup>ème</sup> pôle étant constitué par l'établissement public de santé national de Fresnes, en complémentarité avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Ce dernier est appelé en outre à avoir une vocation interrégionale en matière de soins de suite ainsi qu'une vocation nationale en matière de réadaptation fonctionnelle. Les UHSI accueilleront les personnes détenues dont les hospitalisations ne relèvent ni de l'urgence, ni de la très courte durée. Ces dernières seront assurées par les services des hôpitaux signataires de protocole conclu entre l'hôpital de proximité et l'établissement pénitentiaire.

## **5. Les personnels pénitentiaires**

Les missions confiées à l'administration pénitentiaire par la loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire sont les suivantes :

- exécution des décisions de justice
- réinsertion des personnes.

L'accomplissement de ces missions mobilise des équipes pluridisciplinaires composées des personnels de direction, de surveillance, administratif, socio-éducatif et technique, auxquels il faut ajouter les différents partenaires et intervenants extérieurs.

### **5.1. Le personnel de direction**

Il est responsable de l'application de la politique pénitentiaire et de l'exécution des peines dans l'établissement. Il encadre et anime une équipe pluridisciplinaire.

### **5.2. Le personnel de surveillance**

Il participe à l'exécution des décisions judiciaires et au maintien de la sécurité. Il exerce sa mission autour de deux axes : la prévention des évasions et celle de la récidive.

Chaque poste de surveillance, ainsi que toutes les tâches qui lui correspondent, font l'objet d'une réglementation et de procédures précises définissant et organisant les opérations à effectuer : distribution des repas, douches, parloirs, activités, promenades, appels en cours de journée, fouilles, rondes, etc...

Si la mission essentielle des surveillants est la sécurité, ils participent également à la mission de réinsertion. Leur rôle en la matière s'exerce au jour le jour dans leurs relations avec les personnes détenues, dans les observations qu'ils sont amenés à formuler et dans les conseils qu'ils peuvent leur donner.

A ce titre, ils constituent des relais importants.

Certains personnels de surveillance assurent des fonctions spécifiques :

- les **moniteurs de sports** sont chargés d'organiser les activités sportives de l'établissement (ces personnels constituent également des relais précieux pour les intervenants).
- les **surveillants orienteurs** rencontrent les personnes détenues après leur condamnation pour définir avec eux la nature de leur projet d'exécution de peine.



### 5.3. Le personnel d'insertion et de probation

Chargé d'une mission globale de réinsertion, il se consacre plus particulièrement au suivi individuel des personnes détenues, il participe à la prévention des effets "désocialisants" de l'emprisonnement et au maintien des liens familiaux des personnes incarcérées.

Ce personnel est également la cheville ouvrière de la préparation à la sortie en lien avec tous ceux qui peuvent concourir à la réinsertion.

### 5.4. Le personnel administratif et technique

**Le personnel administratif** est chargé de la gestion administrative, économique et financière d'un établissement.

**Le personnel technique** assure l'élaboration et le suivi des opérations d'équipement et l'encadrement des personnes détenues affectés à certaines de ces activités.

### 5.5. Le personnel de l'enseignement et de la formation

**Différentes catégories d'enseignants exercent en milieu pénitentiaire** : instituteurs, mais également enseignants du secondaire.

#### Bénévoles et intervenants divers

Divers organismes ou associations interviennent en milieu carcéral. C'est le cas des visiteurs de prison (qui rencontrent de manière régulière un ou plusieurs personnes détenues), des aumôniers des différentes confessions, des étudiants du GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées), des associations de lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, du relais enfants - parents, de personnels de l'ANPE, etc...

L'action de l'ensemble de ces intervenants s'inscrit dans la politique définie dans le projet d'établissement.

## 6. Les contraintes de la vie quotidienne liées au milieu carcéral

### 6.1. Contraintes matérielles

Dans de nombreux établissements pénitentiaires, l'insuffisance d'équipements sanitaires (douches ...) et la vétusté des matériels installés permettent difficilement d'assurer des conditions d'hygiène satisfaisante.

Par ailleurs, le manque d'adaptation des infrastructures de bâtiments, en particulier pour permettre aux personnes handicapées l'accès aux cellules en fauteuil roulant, constitue une difficulté supplémentaire.

### 6.2. Influence des rapports au temps

Toute activité, tout déplacement, interne ou externe est soumis à des contraintes temporelles propres au milieu carcéral. La disponibilité des personnes détenues dépend de l'action des différents partenaires intervenant dans la vie pénitentiaire : activités et règlements propres à l'établissement (horaire d'ouverture et fermeture des cellules, parloirs, travail, sport, ...), activité judiciaire (extraction, audition, ...) et activité sanitaire.

### 6.3. Information aux personnes détenues

Le réseau T.V. peut servir de réseau d'information auprès des personnes détenues. Cette technique offre de nombreuses possibilités de diffusion d'informations (prévention santé, préparation à la sortie, etc. ...).



*Dans ce cadre, une évaluation d'un réseau régional expérimental permettrait de mesurer les apports des technologies de l'information et de la communication dans la prise en charge des patients détenus, en termes d'égalité d'accès aux soins, de continuité et de coordination des pratiques médicales et d'envisager une généralisation de ces outils.*

*Ce guide est destiné à apporter à l'ensemble des équipes concernées un appui en les aidant à construire ce type de réseau.*

*Nous souhaitons ici remercier tous les professionnels qui ont participé à ce travail intéressant.*

*Le Directeur de l'Hospitalisation et  
de l'Organisation des Soins*



**Edouard COUTY**

*La Directrice  
de l'Administration Pénitentiaire*



**Martine VIALLET**