

MINISTERE DE LA JUSTICE

MINISTERE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

INSPECTION GENERALE DES
SERVICES JUDICIAIRES

INSPECTION GENERALE DES
AFFAIRES SOCIALES

L'ORGANISATION DES SOINS AUX DETENUS

Rapport d'évaluation

à

Madame la Ministre de l'emploi
et de la solidarité

à

Madame la garde des Sceaux,
Ministre de la justice

et à

Monsieur le Ministre délégué à la santé

Etabli par :

M.FATOME
Membre de l'IGAS

M.VERNEREY
Inspecteur Général IGAS

Mme le Dr.LALANDE
Membre de l'IGAS

Mme FROMENT
Inspectrice des services judiciaires

Mme VALDES-BOULOUQUE
Inspectrice des services judiciaires

Junin 2001

Code IGAS 2001054
Code IGSJ 200106

RESUME

L'IGAS et l'IGSJ ont été chargées d'évaluer l'organisation des soins aux détenus mise en place par la loi du 18 janvier 1994 et d'examiner un certain nombre de points mentionnés dans la lettre de mission.

1 Face aux importants besoins de santé des détenus, d'indéniables progrès ont été accomplis sur le plan somatique :

1.1 La population pénale présente un état sanitaire globalement dégradé :

Le faible accès aux soins de cette population avant qu'elle n'entre en prison et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a été souvent confrontée, en font une population qui cumule les facteurs de risques. Les conditions de détention actuelles contribuent à aggraver cette situation.

Cette population demeure fortement touchée par la toxicomanie. Plus d'un tiers des entrants ont des problèmes d'addiction. Si les usagers de drogue par voie intraveineuse diminuent, la polytoxicomanie est en forte augmentation. Les consommations d'alcool et de tabac sont largement supérieures à celles de la population générale.

Fait nouveau, la présence en prison d'un nombre croissant de personnes âgées, fruit de différents facteurs – allongement des peines, impact de la délinquance sexuelle responsable d'une entrée plus tardive en détention - rend plus fréquents la survenue de maladies chroniques et les phénomènes de perte d'autonomie.

S'agissant des maladies infectieuses, la prévalence du sida en prison a diminué alors que celle de l'hépatite C semble en forte progression, même si, à l'image de la situation dans la population générale, la réalité de cette contamination est difficile à cerner.

Face à ce constat, il s'agit de saisir l'opportunité de soigner une population qui avait jusqu'alors une relation généralement distendue avec le système de soins.

1.2 La réforme mise en place par la loi du 18 janvier 1994 a permis d'incontestables progrès sur le plan somatique :

Elle s'est d'abord traduite par un apport sensible de moyens en personnel médicaux et paramédicaux, en locaux et en équipements qui a accompagné la mise en place des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) en détention. On peut ainsi parler d'un véritable changement d'échelle dans l'attribution des moyens à la médecine en milieu pénitentiaire.

En permettant ensuite la construction de liens avec l'hôpital, la réforme a permis :

- le recours plus fréquent aux consultations spécialisées et aux hospitalisations ;
- la professionnalisation des équipes de soins en prison ;
- la mise en place des procédures hospitalières relatives à la distribution des médicaments, à la désinfection des appareils, à la prescription d'examen complémentaires, qui a constitué une rupture majeure avec le système précédent.

L'application de cette loi a enfin permis l'introduction d'une véritable éthique des soins en détention :

- en affirmant un véritable droit aux soins, quelles que soient les contingences carcérales ;
- en permettant une stricte identification des rôles entre médecins et personnels surveillants ;
- en assurant mieux le respect du secret médical.

2 Différents blocages empêchent ces progrès de produire tous leurs effets

2.1 Le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA ne correspondent plus aux besoins

Le dimensionnement des UCSA a été établi sur des bases médicales et statistiques insuffisamment étayées. La réalité des besoins sanitaires était mal connue et difficile à évaluer. De plus, ces besoins ont évolué sous l'effet de différents facteurs :

- l'offre de soins permise par la création des UCSA entraîne une augmentation et une diversification de la demande de soins ;
- l'accélération du vieillissement de la population pénale provoque de nouveaux besoins ;
- l'augmentation des consommations médicamenteuses génère un fort besoin en temps infirmier.

2.2 La coopération entre les différents acteurs qui interviennent en prison est trop souvent défailante

Les relations entre les services médicaux et l'administration pénitentiaire sont marquées par la méfiance :

- pour forger leur identité et préserver leur compétence, beaucoup d'UCSA se sont construites dans l'opposition vis à vis de l'administration pénitentiaire ;
- la confrontation des contraintes pénitentiaires et médicales génère de l'incompréhension relative notamment à la séparation des fonctions entre médecins soignants et experts et aux conditions de vie en milieu carcéral ;
- le travail avec l'administration pénitentiaire et notamment les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), se heurte à la difficile définition d'un secret professionnel partagé.

Les relations entre les UCSA et les SMPR sont marquées par des logiques de territoire :

- la circulation de l'information est généralement défailante – difficulté d'élaborer un dossier médical commun, absence de staffs médicaux, faiblesse des échanges sur l'état de santé des patients suivis - ;
- sur certains dossiers majeurs – gestion de l'urgence psychiatrique, prise en charge des toxicomanes, prescription et distribution des médicaments – ces services peinent à définir une doctrine commune.

La coopération avec les acteurs extérieurs à la prison est inégale :

- elle se heurte d'abord à la multiplicité des intervenants – autorités judiciaires, préfectorales, médicales, administratives – qui ne facilite pas un travail en réseau efficace ;
- les relations entre les autorités judiciaires et médicales sont complexes, chacun ne tenant souvent compte que de ses propres contraintes.

La prévention du suicide se heurte à ce manque de coopération entre les différents acteurs. Une véritable approche pluridisciplinaire de ce phénomène est rare, qu'elle concerne le dépistage, la prise en charge ou les réflexions qui font suite aux suicides constatés. Les services de santé, qu'il s'agisse des UCSA, des SMPR ou des secteurs psychiatriques ne jouent que très rarement un rôle moteur dans cette démarche.

2.3 Le choix de confier au service public hospitalier la responsabilité des soins en détention génère sur certains points spécifiques des difficultés :

- le recrutement de chirurgiens dentistes n'est pas à la hauteur des besoins, l'absence d'assistants dentaires aggravant les manques constatés ;
- la permanence des soins n'est que très rarement assurée par l'hôpital, ce qui implique un recours au secteur libéral parfois mal formalisé.

2.4 L'organisation des extractions médicales demeure un point de blocage majeur

Les logiques pénitentiaires, policières et médicales continuent de s'opposer, ce qui contribue à limiter fortement le nombre de consultations à l'hôpital et des hospitalisations ;

- l'augmentation du recours à l'hôpital, se elle est réelle, demeure contrainte par des pratiques de quotas imposés à la fois par l'administration pénitentiaire et la police ;
- cette situation amène les médecins des UCSA à effectuer un tri entre les cas plus ou moins urgents.

Les motifs de blocage sont connus depuis longtemps :

- les textes réglementaires qui régissent ces extractions sont insuffisamment précis et autorisent des interprétations divergentes de la part des ministères concernés ;
- les consultations de spécialistes dans les UCSA sont insuffisantes, alors même que de telles consultations pourraient permettre de faire baisser significativement le besoin d'extractions médicales ;
- la possibilité d'avoir recours à des permissions de sortir pour contourner ces obstacles ne concerne qu'un nombre restreint de détenus et est peu utilisée.

Les compromis adoptés récemment pour tenter de résoudre ces difficultés sont incomplets et fragiles :

- les décisions du Conseil de sécurité intérieure du 6 décembre 1999 n'abordent pas l'ensemble des situations, notamment l'organisation des consultations en urgence et la prise en charge des hospitalisations de courte durée dans l'hôpital de proximité ;
- la création des postes de surveillants dédiés à cette tâche, qui détermine l'équilibre de l'arbitrage, se fonde sur des calculs inexacts qui expliquent le blocage actuel sur ce dossier ;
- la mise en place des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales ne se fera vraisemblablement pas avant la fin de l'année 2003. Celles-ci ne permettront pas, en elles-mêmes, de résoudre le problème des extractions médicales.

2.5 L'évaluation de la prise en charge du sida et des hépatites aboutit à un bilan contrasté

La prise en charge du VIH peut être considérée comme satisfaisante :

- le dépistage s'opère globalement dans des conditions conformes aux textes en vigueur. L'intervention défaillante des CDAG dans certains établissements et leur faible adaptation au milieu pénitentiaire posent néanmoins la question de la légitimité du dispositif actuel qui pourrait être simplifié et confié uniquement à l'UCSA ;
- l'accès aux traitements antirétroviraux ne subit pas de restrictions au regard des données nationales et des éléments collectés lors des visites d'établissements, si l'on tient compte des stades de la maladie dont la répartition est légèrement différente de celle du milieu libre.

La gestion de l'hépatite C est, en revanche, défailante :

- au regard des caractéristiques de la population pénale, le dépistage est aujourd'hui trop restreint. Un nombre non négligeable d'établissements ne propose pas de test à l'entrée en détention ;
- le nombre de consultations d'hépatologie dans les UCSA est faible ;
- l'accès au traitement des détenus porteurs de l'hépatite C est fortement contraint par la possibilité très faible de réaliser des ponctions biopsies hépatiques. Lorsque cet examen est réalisé, le traitement se fait cependant dans des conditions similaires à ce qui est pratiqué pour la population générale.

2.6 La prise en charge de la toxicomanie souffre de lacunes importantes :

- la réalité du phénomène est mal perçue, le recueil d'informations réalisé par les antennes toxicomanie étant soit lacunaire, soit peu exploité ;
- la coordination des intervenants médicaux, sociaux et pénitentiaires est limitée, le positionnement des antennes toxicomanies demeurant problématique ;
- la mise en œuvre de traitements de substitution progresse mais continue de se heurter à l'opposition de certains médecins ; la diversité des doctrines relatives aux modalités et aux finalités de ces traitements en détention doit également être soulignée, comme le flou dans le partage des rôles entre l'UCSA et le SMPR ;
- des obstacles réglementaires limitent la prescription de méthadone dans les établissements où aucun CSST n'intervient.

3 le dispositif de soins présente des lacunes importantes dans plusieurs domaines : l'hygiène et la santé publique, le traitement des troubles mentaux, le suivi des délinquants sexuels et la prise en charge du vieillissement, du handicap et de la fin de vie.

3.1 Le retard en hygiène compromet tout effort sérieux de prévention et les limites des outils d'information et de contrôle rendent aléatoire un programme cohérent de santé publique

Les carences de l'hygiène en milieu pénitentiaire sont de nature à compromettre tout effort sérieux d'éducation à la santé. La vétusté d'un grand nombre d'établissements, l'état des sanitaires, la promiscuité en détention demeurent des facteurs limitants majeurs.

Les actions menées en matière d'éducation à la santé sont souvent d'ampleur limitée, les UCSA assumant rarement leur rôle de coordonnateur prévu par les textes. Les projets relatifs à l'alcool et au tabac sont souvent très insuffisants, alors même que la population pénale est fortement concernée par ces addictions.

La construction d'un programme cohérent de santé publique se heurte également à la faiblesse des outils d'information sur la santé en prison, qu'ils émanent des UCSA, des SMPR ou des antennes toxicomanie. Les éléments épidémiologiques sur la santé des détenus sont peu disponibles et souvent trop ponctuels.

Enfin, les différents dispositifs de contrôle, s'ils existent, ne permettent que rarement de remédier aux dysfonctionnements repérés.

3.2 Le dispositif de soins en santé mentale n'est pas en mesure de répondre à une demande en augmentation

En 1997, on pouvait évaluer le pourcentage des entrants en prison souffrant de troubles mentaux entre 14 % et 25 % chez les hommes et jusqu'à 30 % chez les femmes. Selon la majorité des personnes interrogées par la mission, cette proportion et la gravité des troubles psychiatriques se seraient aggravés depuis. Plusieurs indices témoignent de difficultés croissantes pour gérer les troubles mentaux en prison :

- la proportion de psychotiques suivis a considérablement augmenté dans certains SMPR ;
- la consommation de psychotropes ne cesse de croître ;
- les agressions des personnels de surveillance ont été multipliées par 2,7 en 5 ans. L'ensemble de ces incidents n'est pas imputable aux seules personnes souffrant de troubles mentaux, mais elles y contribuent notablement ;
- certains détenus suivis par des SMPR se révèlent très dangereux, commettant des agressions graves, et même des meurtres, sur leurs codétenus ou le personnel ;
- les suicides ont plus que doublé en 10 ans, de 1990 à 1999.

L'explication couramment donnée à cette situation, selon laquelle les experts psychiatres auraient utilisé une modification du code pénal introduite en 1990 responsabilisant partiellement les criminels souffrant de troubles mentaux, pour les orienter vers le système judiciaire plutôt que vers l'hôpital psychiatrique, s'est révélée inexacte : le répertoire national de l'instruction montre en effet que la modification de la loi n'a eu aucun effet sur le taux de malades mentaux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité.

Plusieurs causes expliquent alors cette évolution :

1) La politique de sectorisation psychiatrique a permis de prendre en charge en ambulatoire beaucoup de malades mentaux auparavant placés en asile. Mais elle présente deux lacunes :

- les secteurs infanto-juvéniles sont inégalement développés, ce qui compromet la prise en charge des mineurs ;
- la population souffrant de précarité et d'exclusion est peu vue par les secteurs de psychiatrie générale, alors qu'elle constitue une part importante des entrants en prison. Faute d'avoir été dépistées à temps, ces personnes passent à l'acte un jour ou l'autre.

2) Elles se retrouvent face au système judiciaire, qui n'est pas préparé à repérer les symptômes mentaux sous-jacents. Dans les affaires délictuelles, l'expertise psychiatrique est l'exception. Dans les affaires criminelles, la mise en évidence de troubles mentaux ayant atténué la responsabilité de l'accusé (alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal) peut jouer contre ce dernier, la cour d'assises ayant tendance à décider des peines lourdes, pouvant parfois déborder les réquisitions du parquet, pour retarder la sortie du condamné.

3) La prison, en soi, est un facteur d'aggravation des troubles mentaux. Les personnels pénitentiaires - chargés auparavant de l'ensemble des tâches sociales, sanitaires et disciplinaires à l'égard des détenus - se replient, du fait de l'intervention d'autres acteurs (notamment UCSA, SMPR) sur les tâches sécuritaires et certains d'entre eux, peu formés à ce type de malades, ont tendance à fuir le contact avec les détenus, ce qui aggrave les tensions.

4) Enfin la société demande de plus en plus à la psychiatrie de soigner les comportements déviants. C'est particulièrement vrai pour les auteurs de crimes et délits à caractère sexuel.

L'ensemble de ces facteurs conduit à une augmentation de la demande en santé mentale en prison, à laquelle le dispositif actuel de soins n'est pas en mesure de répondre, aussi bien à l'intérieur de la prison qu'à l'extérieur.

Reposant à l'intérieur des établissements pénitentiaires sur 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et dans les autres établissements sur les secteurs de psychiatrie générale, le système est inadapté :

- " l'hospitalisation complète " n'est pas possible dans les cellules du SMPR, qui ne se distinguent pas des autres cellules de la prison (absence de surveillance infirmière la nuit, absence de personnel d'entretien, hygiène défectueuse, hospitalisation des femmes impossible sauf à Fleury-Mérogis) ;
- les moyens sont très inégaux entre les sites disposant de SMPR et ceux n'en disposant pas ;
- le choix de l'implantation des SMPR s'est fait au détriment des établissements pour peine et des petites maisons d'arrêt, dont la clientèle psychiatrique paraît proportionnellement plus élevée que dans les établissements disposant de SMPR ;
- le caractère régional du fonctionnement des SMPR, qui pouvait compenser ces faiblesses, régresse ;
- enfin les modes de travail et l'activité diffèrent considérablement d'un service à l'autre, et l'absence de contrôle ne permet pas de remédier à certains dysfonctionnements.

A l'extérieur de la prison, le recours à l'hôpital psychiatrique se fait de manière critiquable :

- le seul mode d'hospitalisation accessible aux détenus est l'hospitalisation d'office, dans des conditions souvent peu acceptables. Les hôpitaux se montrent peu enclins à accueillir ce type de malades et les renvoient rapidement en prison ;
- le taux d'évasion à partir des hôpitaux psychiatriques (où ils sont surveillés par le personnel hospitalier) est 100 fois plus élevé qu'à partir des hôpitaux généraux (où ils sont gardés par la police et la gendarmerie) ;
- le faible nombre d'admissions de détenus en UMD (moins de 50 admissions par an) provoque des délais d'attente et des dysfonctionnements.

Ainsi, les détenus n'ont pas le même accès aux soins psychiatriques que la population générale.

3.3 Le suivi des délinquants sexuels impose, pour être efficace, de mettre en œuvre un véritable programme

Les délinquants sexuels représentent plus de 22% de la population incarcérée condamnée, alors qu'ils n'étaient encore que 13 % il y a 5 ans. Plus âgés en moyenne que les autres détenus et recouvrant des catégories disparates, ils font l'objet d'une stigmatisation qui retentit sur leur état de santé et contribue à les pousser au déni, lequel perturbe l'adhésion aux soins.

La loi du 17 juin 1998 a institué un suivi socio-judiciaire à l'encontre des auteurs d'infraction sexuelle, qui doivent exécuter leur peine dans un établissement assurant " *un suivi médical et psychologique adapté* " et qui, à leur sortie de prison (ou d'emblée, s'ils ne sont pas incarcérés) doivent être suivis par un médecin traitant agissant en relation avec un médecin coordonnateur et le juge d'application des peines.

Or à l'intérieur des établissements, les effectifs de personnels de santé mentale ne tiennent pas compte du nombre de délinquants sexuels présents. La formation à cette prise en charge est embryonnaire, si bien que l'existence d'un " *suivi médical et psychologique adapté* " ne peut être partout considérée comme acquise, notamment dans les établissements pour peine.

A l'extérieur de la prison, la mise en œuvre du suivi socio-judiciaire démarre à peine. 72 condamnations ont été recensées au niveau national en 1999. Seul le parquet de Paris a réussi, non sans difficultés, à établir une liste de 16 médecins coordonnateurs. La sortie retardée de l'arrêté définissant les modes de rémunération n'a pas facilité la mobilisation.

Mais surtout, plusieurs éléments interviennent pour rendre ces obligations difficiles à appliquer :

- le partage des responsabilités respectives du médecin traitant et du médecin coordonnateur et leurs relations avec le juge d'application des peines inquiètent les psychiatres ;
- les traitements ne font pas l'objet de consensus et sont mal codifiés ; les méthodes restent individuelles et une démarche scientifique commune manque ;
- du fait de l'incertitude qui règne sur l'efficacité des traitements, certains psychiatres attendent la demande expresse pour proposer un suivi. Or les personnes qui consentent le plus facilement aux soins sont souvent les moins dangereuses à leur sortie ;
- le manque d'outils et d'indicateurs permettant d'apprécier l'efficacité du dispositif ne permet pas de connaître l'impact réel des traitements sur les détenus une fois libérés.

3.4 la population vieillit et se dégrade

La population des personnes âgées, constituée en majorité par des condamnés à de longues peines (notamment délinquants sexuels), se concentre dans les établissements pour peine. Le vieillissement majore les handicaps et la dépendance, accroît le nombre de maladies chroniques à prendre en charge et la mortalité en détention. En 6 ans, le nombre de décès en prison a augmenté d'un tiers.

Les handicaps rencontrés en détention sont sévères et variés. De nombreux rapports ont déjà évoqué ces problèmes et leurs recommandations restent valables. Si certains détenus handicapés arrivent à préserver une certaine autonomie, entre 100 et 350 personnes âgées ou handicapées dépendent d'une aide partielle ou totale pour les actes de la vie quotidienne. Une étude confiée à l'institut national d'études démographiques par l'INSEE devrait permettre d'apporter des chiffres précis.

Les personnes handicapées et/ou dépendantes rencontrent plusieurs types de difficultés :

- des locaux peu accessibles et une qualité insuffisante des équipements ;
- une difficulté à se procurer les aides techniques nécessaires ;
- une diminution injustifiée du montant de l'allocation adulte handicapé (AAH) ;
- un recours trop rare aux allocations permettant le recours à une tierce personne, celles-ci étant demandées ou accordées de façon trop exceptionnelle, qu'il s'agisse de l'ACTP ou de la PSD.

Dans la majorité des cas, l'aide individuelle est fournie par un co-détenu, ce qui peut être délicat tant pour ce dernier (mal considéré et subissant de façon permanente une sujétion souvent ingrate) que pour le malade (risque de racket et de pressions diverses).

Avec l'augmentation de la mortalité en détention, la question des fins de vie se pose avec plus d'acuité :

- depuis 1997, le nombre de grâces médicales a diminué alors que la demande est restée stable ;
- les différentes possibilités d'aménagement de peine pour raisons médicales – suspension ou libération conditionnelle...– sont, à l'heure actuelle, restreintes.

4 Les recommandations de la mission qui visent à corriger les défauts constatés sont détaillées dans le rapport.

Le dispositif de soins somatiques doit être réajusté grâce à une renégociation des protocoles entre les hôpitaux et les établissements pénitentiaires.

L'amélioration de l'hygiène, la promotion de la santé, la mise en œuvre d'outils d'information et d'évaluation doivent faire l'objet d'un programme commun de santé publique.

La concertation interministérielle sur la gestion des extractions médicales doit reprendre.

Un effort important de dépistage et de prise en charge de l'hépatite C doit être engagé. Le dépistage systématique doit être proposé à l'ensemble des personnes qui entrent en prison.

L'amélioration de la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux passe par une importante réforme du dispositif de soins et de prévention et par une connaissance plus fine de l'épidémiologie des maladies, des moyens mis en œuvre et de leurs effets.

S'agissant des délinquants sexuels, la mission propose notamment de mettre en place une structure nationale de coordination, en charge de la recherche, de la formation, et de l'organisation d'un réseau cohérent entre professionnels concernés.

S'agissant du traitement de la toxicomanie, la mission considère qu'une clarification de la doctrine relative à l'utilisation de la substitution en prison doit permettre d'augmenter le recours à ces traitements. La recherche d'une meilleure coordination entre l'ensemble des partenaires doit également se poursuivre, le nouveau cahier des charges proposé par la MILDT, la DGS, la DHOS et la DAP méritant d'être rapidement mis en œuvre et évalué.

Face aux problèmes de handicaps et de dépendance, les mesures prises devraient viser à améliorer les conditions d'hébergement en détention des personnes handicapées, à leur permettre d'avoir accès à des moyens de rééducation fonctionnelle et de bénéficier des aides, allocations et prestations en nature offertes aux personnes non détenues.

Enfin, face aux problèmes des fins de vie, il s'agit d'élargir les conditions d'aménagement de la peine et de permettre le cas échéant l'accès à des unités de soins palliatifs.

**EVALUATION DE L'ORGANISATION DES SOINS ET DE
L'HYGIENE DES DETENUS**
(Les annexes manquantes sont consultables sur demande auprès de l'IGAS)

RESUME

INTRODUCTION..... 1

**CHAPITRE I : FACE AUX IMPORTANTS BESOINS DE SANTE DES
DETENUS, D'INDENIABLES PROGRES ONT ETE ACCOMPLIS SUR LE
PLAN SOMATIQUE**..... 5

1.1 Des besoins qui restent élevés..... 5

*1.1.1 Les caractéristiques démographiques de la population pénale : l'importance du
vieillessement* 5

1.1.1.1 Le vieillissement des entrants 6

1.1.1.2 L'effet de l'allongement des peines 6

1.1.2 Une population fortement touchée par différentes formes d'addiction 7

1.1.2.1 Une baisse du nombre des usagers de drogues par voie intraveineuse 8

1.1.2.2 L'augmentation de la polytoxicomanie 8

1.1.2.3 Le poids majeur de l'alcool 9

1.1.2.4 L'importance du tabac 9

1.1.3 Une population surexposée au VIH et aux hépatites..... 10

1.1.3.1 Le VIH..... 10

1.1.3.2 Hépatites B et C 10

1.1.4 Une population en situation de précarité à l'entrée en détention 11

1.1.5 Les facteurs aggravants en détention 11

**1.2 Une progression sensible des moyens rendue possible par la loi de
1994**..... 12

1.2.1 Rappels des objectifs et du dispositif prévus par la loi 12

1.2.2 Un apport de moyens important..... 13

1.2.2.1 Des moyens humains pour les UCSA..... 13

1.2.2.2 Des moyens financiers en progression..... 13

*1.2.2.3 Des aménagements qui rendent visible l'UCSA au sein des établissements
pénitentiaires*..... 14

1.2.3	<i>Un niveau moyen d'activité et de dépenses qui traduit un réel accès aux soins</i>	14
1.2.4	<i>L'augmentation du recours à l'hôpital</i>	15
1.3	- Une amélioration de la qualité des soins	16
1.3.1	<i>Le renforcement des liens avec l'hôpital</i>	16
1.3.1.1	<i>Des personnels qualifiés et encadrés</i>	16
1.3.1.2	<i>La rupture de l'isolement</i>	16
1.3.1.3	<i>Des équipements et une organisation en progrès</i>	17
1.3.2	<i>Une meilleure gestion du médicament</i>	17
1.3.2.1	<i>Une situation antérieure critique</i>	18
1.3.2.2	<i>L'amélioration de la sécurité sanitaire et de l'accès aux médicaments</i>	19
1.3.2.3	<i>L'émergence de nouvelles difficultés</i>	20
1.4	L'affirmation d'une éthique des soins en prison	21
1.4.1	<i>Le principe d'égalité d'accès aux soins</i>	21
1.4.2	<i>L'indépendance de la démarche sanitaire</i>	22
1.4.3	<i>Le respect du secret médical</i>	23
CHAPITRE 2 : DIFFERENTS BLOCAGES EMPECHENT CES PROGRES DE PRODUIRE TOUS LEURS EFFETS		25
2.1	Des interrogations sur le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA	25
2.1.1	<i>Une adéquation à des besoins qui n'ont jamais été précisément définis</i>	25
2.1.2	<i>Une augmentation des besoins</i>	25
2.1.3	<i>Une hétérogénéité entre les établissements pénitentiaires</i>	26
2.2	Une coopération défaillante entre les acteurs	27
2.2.1	<i>Entre les acteurs situés à l'intérieur de la prison</i>	27
2.2.1.1	<i>Des rapports médecins – administration pénitentiaire souvent marqués par l'incompréhension</i>	27

2.2.1.2	<i>Des relations UCSA-SMPR qui fonctionnent selon une logique de territoire</i>	30
2.2.2	<i>La coopération avec les acteurs extérieurs à la prison</i>	31
2.2.2.1	<i>La place de l'autorité judiciaire dans le dispositif</i>	32
2.2.2.2	<i>L'intervention de la sécurité sociale</i>	33
2.2.2.3	<i>Le rôle du conseil général</i>	33
2.2.3	<i>Un exemple de la nécessité de cette coopération : la prévention du suicide</i>	34
2.3	L'attribution de certaines missions à l'hôpital public n'a pas permis de trouver des solutions satisfaisantes	38
2.3.1	<i>Un besoin en soins dentaires mal couvert</i>	38
2.3.2	<i>La fourniture de certains services ou prestations</i>	39
2.3.2.1	<i>Les difficultés d'organisation des consultations de spécialistes</i>	39
2.3.2.2	<i>Les difficultés relatives à la fourniture de prothèses orthopédiques et d'audioprothèses</i>	41
2.3.2.3	<i>Les lunettes</i>	42
2.3.2.4	<i>La fourniture de produits de substitution anti-tabac</i>	42
2.3.3	<i>La permanence des soins</i>	43
2.4	La limitation des escortes et des gardes reste un problème lancinant	44
2.4.1	<i>Un problème récurrent qui pénalise l'accès aux soins</i>	44
2.4.1.1	<i>L'augmentation continue du nombre d'extractions médicales</i>	44
2.4.1.2	<i>Des blocages persistants</i>	44
2.4.1.3	<i>Des blocages qui s'expliquent également par l'insuffisance des consultations de spécialistes dans les UCSA</i>	47
2.4.1.4	<i>Une limitation des extractions qui entraîne un retard au diagnostic et aux soins</i>	47
2.4.2	<i>Des compromis récents fragiles et soumis à de multiples contingences</i>	48
2.4.2.1	<i>L'arbitrage incomplet du conseil de sécurité intérieure</i>	48
2.4.2.2	<i>Une application fragile</i>	49
2.4.2.3	<i>La mise en place des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), qui n'interviendra pas avant 2003-2004</i>	50

2.5 VIH et hépatites : deux constats très différents	51
2.5.1 Le dépistage : un constat globalement satisfaisant, mais des améliorations à apporter	51
2.5.1.1 Rappel du dispositif prévu pour le dépistage VIH-VHC	51
2.5.1.2 Un dépistage satisfaisant du VIH malgré une intervention parfois problématique des CDAG	52
2.5.1.3 La nécessité d'accentuer les efforts sur le VHC	53
2.5.2 La qualité des soins : deux diagnostics très différents	53
2.5.2.1 Une prise en charge satisfaisante du VIH.....	53
2.5.2.2 Un traitement de l'hépatite C fortement contraint par la limitation des extractions médicales	56
2.6 La prise en charge des addictions	58
2.6.1 Un manque de données récentes permettant de mesurer l'ampleur du phénomène	58
2.6.2 Un dispositif de prise en charge de la toxicomanie et de l'alcoolisme confié au secteur psychiatrique et centré sur la lutte contre les produits illicites	60
2.6.2.1 Une organisation des soins placée sous l'égide des SMPR	60
2.6.2.2. Un dispositif centré sur la lutte contre les produits illicites.....	61
2.6.3 Un bilan mitigé du dispositif	62
2.6.3.1 Des critiques récurrentes	62
2.6.3.2 Les conditions d'un changement.....	64
2.6.4 L'accès des toxicomanes détenus aux traitements de substitution	66
2.6.4.1 Un cadre juridique clarifié	66
2.6.4.2 Une mise en œuvre inégale	66
2.6.5. La réduction des risques en milieu carcéral	69

CHAPITRE 3 : LE DISPOSITIF DE SOINS PRESENTE SURTOUT DES LACUNES IMPORTANTES DANS TROIS DOMAINES : LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, LE TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX ET LA PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT ET DU HANDICAP..... 70

3.1 Une approche santé publique à définir 70

3.1.1 Un retard considérable en hygiène 70

3.1.2 Le manque d'outils propres à une politique de santé publique 73

3.1.2.1 Un déficit en information qui gêne la réflexion stratégique 73

3.1.2.2 Une promotion de la santé embryonnaire 74

3.1.3 Des incertitudes en matière de contrôle, d'évaluation et d'inspection 75

3.1.3.1 Un dispositif réglementaire de contrôle multiple et diversifié 75

3.2 La place croissante des problèmes mentaux en détention impose de modifier le dispositif de soins 79

3.2.1 L'augmentation du champ de la psychiatrie en prison 79

3.2.1.1 Le constat 79

3.2.1.2 L'origine de cette situation 83

3.2.2 L'inadaptation du dispositif de santé mentale en prison 87

3.2.2.1 Un dispositif de soins à l'intérieur de la prison qui n'est pas en mesure de répondre aux missions assignées 87

3.2.2.2 Un recours à l'hospitalisation psychiatrique dans des conditions critiquables .. 90

3.2.2.3 Les ambiguïtés de ce dispositif qui alimentent la suspicion 96

3.2.3 La prise en charge des délinquants sexuels 98

3.2.3.1 Un groupe hétérogène très stigmatisé et en forte augmentation 98

3.2.3.2 Face à cette population en augmentation, des obligations nouvelles 102

3.2.3.3 Des obligations difficilement applicables en pratique 106

3.3 Les effets du vieillissement 109

3.3.1 Les phénomènes de déficience et de handicap 110

3.3.1.1 La mesure du phénomène 110

3.3.1.2 L'aggravation de la situation des personnes handicapées ou dépendantes 113

3.3.1.3 Une attention insuffisante à ces problèmes	114
3.3.1.4 Le problème particulier des insuffisants rénaux	116
3.3.2 La question des fins de vie en prison	116
CHAPITRE 4 : LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	120
4.1 Les réajustements du dispositif de soins somatiques	120
<i>4.1.1 Renégocier les protocoles entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux</i>	120
<i>4.1.2 Trouver un modus vivendi pour les extractions médicales</i>	123
<i>4.1.3 Améliorer la prise en charge de l'hépatite C</i>	124
<i>4.1.4 Améliorer le dialogue entre les différents acteurs</i>	125
4.1.4.1 Les formations communes	125
4.1.4.2 Les rencontres	126
4.1.4.3 La gestion des dossiers médicaux	127
4.1.4.4 Accentuer la prévention du suicide	128
<i>4.1.5 Apporter une réponse à certaines interrogations éthiques</i>	129
<i>4.1.6 Mieux préparer la sortie de la personne détenue</i>	130
4.2 La prise en compte de la santé publique	130
<i>4.2.1 Propositions relatives à l'hygiène</i>	130
<i>4.2.2 Des outils pour un pilotage rationnel des moyens de santé en prison</i>	131
<i>4.2.3 Une promotion de la santé plus dynamique</i>	132
<i>4.2.4 Propositions en matière de contrôle, d'inspection et de coordination</i>	132
4.3 La refonte du dispositif de santé mentale	133
<i>4.3.1 Mieux connaître la santé mentale des détenus</i>	133
4.3.1.1 Une meilleure appréhension des besoins de santé mentale en prison	133
4.3.1.2 Une meilleure connaissance de l'activité des services chargés de la prise en charge	134

4.3.1.3 Une amélioration du repérage des troubles mentaux ou neurologiques au cours de la phase judiciaire	134
4.3.2 Permettre l'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux dans des conditions satisfaisantes	135
4.3.2.1 Les conditions d'une hospitalisation acceptable	135
4.3.2.2 Les solutions envisageables, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs	135
4.3.3 Améliorer la prise en charge ambulatoire des détenus souffrant de troubles mentaux.....	137
4.3.3.1 Fixer des missions claires et des objectifs accessibles.....	138
4.3.3.2 Renforcer les moyens psychiatriques et les distribuer plus équitablement	138
4.3.3.3 Mieux contrôler les services responsables.....	139
4.3.4 Renforcer la prévention et assurer un véritable suivi après la sortie	139
4.3.4.1 La prévention du passage à l'acte des mineurs et des personnes en situation de précarité	139
4.3.4.2 Le suivi post-carcéral.....	139
4.3.5 Mettre en œuvre une véritable politique de prévention des délinquances sexuelles	140
4.3.5.1 La coordination des actions au niveau national	140
4.3.5.2 Au niveau des établissements pénitentiaires accueillant des délinquants sexuels.....	141
4.3.5.3 Hors prison.....	141
4.4 Réaménager le dispositif de lutte contre la toxicomanie en prison	142
4.4.1 Une meilleure connaissance épidémiologique	142
4.4.2 Une prise en charge de l'ensemble des addictions	142
4.4.3 Favoriser les expérimentations et les évaluer.....	143
4.4.4 Renforcer l'accès aux traitements de substitution	143
4.5 Apporter des réponses diversifiées aux problèmes de handicap, de vieillissement et de fin de vie	144
4.5.1 Adapter les réponses judiciaires	144
4.5.2 Améliorer les réponses pénitentiaires et médico-sociales	144

<i>4.5.2.1 Améliorer l'hébergement</i>	144
<i>4.5.2.2 Permettre aux personnes handicapées de bénéficier des aides, allocations et prestations en nature offertes aux handicapés non détenus</i>	145
<i>4.5.2.3 Permettre la rééducation fonctionnelle des détenus</i>	145
<i>4.5.2.4 Prendre en charge dans une structure médico-sociale ou sanitaire adaptée les détenus qui ne pourraient bénéficier des mesures décrites ci dessus, et notamment des mesures d'aménagement de peine</i>	145
<i>4.5.3 Permettre une fin de vie décente</i>	146

INTRODUCTION

Rappel historique

L'organisation des soins en prison a connu une évolution importante au cours des deux dernières décennies. Dans le passé, les soins aux détenus étaient dispensés par les services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire. Le ministère de la justice assurait et gérait l'ensemble de ces services situés au sein des établissements de détention : installation et aménagement des locaux ; achat des équipements médicaux ; recrutement, rémunération et gestion des personnels médicaux et auxiliaires médicaux.

Les services du ministère chargé de la santé n'avaient pas compétence pour intervenir en milieu carcéral, à l'exception des actions de prévention et de dépistage de certaines maladies infectieuses comme la tuberculose ou les maladies sexuellement transmissibles. Les détenus ne bénéficiaient pas, sous certaines exceptions, de la prise en charge des soins par les régimes de sécurité sociale.

La loi du 18 janvier 1994¹ et le décret du 27 octobre 1994² introduisent une profonde rupture par :

- le rattachement automatique des détenus au régime général d'assurance maladie et maternité de la sécurité sociale ;
- la mise en place dans les établissements pénitentiaires d'unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA³), confiées aux hôpitaux publics pour y assurer les soins de médecine ambulatoire ;
- la prise en charge sanitaire des détenus nécessitant une hospitalisation par le service public hospitalier, dans le cadre d'un schéma national d'hospitalisation des détenus.

A y regarder de plus près, la promulgation de la loi du 18 janvier 1994 et la publication de ses textes d'application sont l'aboutissement d'une évolution récente mais relativement rapide tendant à assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. Cet objectif sanitaire s'inscrit lui-même dans la politique de décloisonnement menée, depuis une quinzaine d'années, par l'administration pénitentiaire.

Le rapprochement et le développement du partenariat entre le ministère de la justice et le ministère de la santé ont ainsi connu plusieurs étapes, dont les principales méritent d'être rappelées :

¹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (titre 1^{er}, chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus) – (JO du 19 janvier 1994, page 960).

² Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire (JO du 28 octobre 1994).

³ On trouvera en annexe la liste des sigles utilisés.

- 1984 : le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires est confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé ;
- 1985 : l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient établissement hospitalier public national (EHPNF), puis établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) en 1995 ;
- 1986 : des services de psychiatrie, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), sont créés en milieu pénitentiaire par des établissements hospitaliers, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ;
- 1987⁴ : la fonction santé est confiée à des opérateurs privés dans les établissements pénitentiaires du programme 13 000 ;
- 1989 : des conventions sont signées entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le sida et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), aux fins d'assurer des consultations de dépistage du VIH à l'intérieur des prisons ;
- 1992 : des conventions expérimentales sont conclues entre trois établissements pénitentiaires et les établissements de santé de proximité ;
- 1993 : le Haut comité de la santé publique publie un rapport sur la santé en milieu carcéral, qui souligne la gravité des problèmes de santé en prison.

Globalement, la réforme induite par la loi du 18 janvier 1994 a concerné 149 établissements pénitentiaires (hors ceux du programme 13 000). Des accords ont été passés avec 206 établissements de santé (131 centres hospitaliers dont 31 centres hospitaliers régionaux et 75 établissements hospitaliers à vocation principalement psychiatrique).

Une réforme d'une telle ampleur se devait d'être évaluée après quelques années de mise en œuvre. Le principe en avait été retenu par les administrations concernées.

Les travaux de commissions de réflexion et groupes de travail spécifiques, les divers rapports et notamment celui de Pierre Pradier⁵ ont enrichi la réflexion sur ces thèmes. Plus récemment, les rapports des commissions d'enquête parlementaires⁶, précédés de la publication du livre de Mme Véronique Vasseur « Médecin-chef à la Santé » ainsi que la mise en place d'un conseil d'orientation stratégique de la réforme pénitentiaire ont constitué la toile de fond des investigations de la présente mission.

⁴ Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.

Décret n° 87-604 du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires et complétant l'article R. 49 du code de procédure pénale.

⁵ « La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000. Evaluation et perspectives » Pierre Pradier. 30 Septembre 1999.

⁶ Assemblée nationale : commission d'enquête « La France face à ses prisons » (MM. Louis Mermaz, président, Jacques Floch, rapporteur)

Sénat : commission d'enquête « Prisons : une humiliation pour la République » (MM. Jean-Jacques Hyest, président, Guy-Pierre Cabanel, rapporteur).

La mission

Par note du 20 juin 2000, la garde des sceaux, ministre de la justice et la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés ont demandé conjointement à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) d'évaluer l'organisation des soins et de l'hygiène des détenus (Annexe 1).

La lettre de mission rappelait tout d'abord les dispositions des articles 2 à 7 de la loi du 18 janvier 1994 qui prévoient l'affiliation des détenus au régime général de l'assurance maladie et confient aux établissements publics de santé leur prise en charge sanitaire dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, à l'exception de ceux qui relèvent du « programme 13000 ».

Elle évoquait ensuite le dispositif mis en place pour les soins psychiatriques qui relèvent principalement des SMPR rattachés aux établissements publics spécialisés, en application du décret du 14 mars 1986 et de l'arrêté du 16 décembre 1986 relatifs à la sectorisation psychiatrique.

Etait enfin cité le contenu d'un rapport émanant du ministère de l'emploi et de la solidarité (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) faisant état, en 1997, des progrès réalisés dans les premières années d'application de la loi, tout en soulignant leur caractère inégal selon les domaines concernés.

Il était demandé aux inspections générales de procéder à une mission commune d'évaluation de l'ensemble des dispositifs de soins et d'hygiène des détenus et, en ce qui concerne les soins délivrés à l'intérieur des établissements, de porter une attention particulière à leur mode d'organisation et à leur permanence. La continuité des soins entre milieu pénitentiaire et milieu hospitalier figurait également parmi les thèmes à étudier. Enfin, il était souhaité que la mission s'attache plus particulièrement à l'analyse des problèmes spécifiques liés :

- aux traitements psychologiques et psychiatriques ;
- au mode de signalement par les personnels médicaux, paramédicaux et de surveillance des attitudes suicidaires, aux précautions prises à la suite de ces signalements et aux initiatives déjà engagées pour enrayer le phénomène ;
- à la toxicomanie et à l'accès aux traitements de substitution ;
- à la séropositivité et à l'accès aux traitements nouveaux comme à la confidentialité de la prise en charge ;
- à la mise en œuvre des suivis socio-judiciaires avec injonction de soins psychiatriques et au suivi de ceux-ci au cours des modifications du statut des détenus ;
- à la distribution des médicaments ;
- à la prise en charge du handicap ;
- à la prise en charge des pathologies lourdes, telles que l'insuffisance rénale ;
- à la situation des détenus en fin de vie ;
- à la prise en compte des soins dentaires.

Le champ des investigations prescrites aux inspections générales dans la lettre de mission s'étendait initialement à l'ensemble des établissements pénitentiaires, y compris ceux appartenant au « programme 13000 ». Toutefois, à la suite de la décision prise en décembre 2000 par la ministre de la justice de ne plus déléguer la fonction santé aux opérateurs privés, il a été décidé que la présente évaluation se limiterait, au moins dans un premier temps, aux seuls établissements de gestion directe, ce qui n'interdirait nullement aux inspecteurs d'enrichir leurs réflexions par des informations obtenues lors de visites ponctuelles menées dans des établissements du « programme 13000 ».

La mission, composée de Mme le docteur Françoise Lalande, de M. le docteur Michel Vernerey et de M. Thomas Fatome pour l'IGAS, de Mme Blandine Froment, de Mme Martine Valdès-Boulouque et de M. Jean-Michel Cailliau (ce dernier ayant toutefois été appelé à d'autres fonctions au cours des travaux) pour l'IGSJ, a travaillé avec le concours des administrations centrales des ministères de la justice et de la santé, plus spécialement la direction de l'administration pénitentiaire, la direction générale de la santé et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Elle a visité quatorze sites et vingt-quatre établissements pénitentiaires (annexe 2) qui ont été sélectionnés pour constituer un échantillon représentatif de la situation nationale ou parce qu'ils accueillent des détenus nécessitant une prise en charge sanitaire spécifique et répondent donc plus directement à la problématique exposée dans la lettre de mission. Ont en particulier été privilégiées les visites d'établissements dotés d'un SMPR. Les inspecteurs se sont également déplacés à l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes, au centre national d'orientation et dans trois unités pour malades difficiles.

Lors de leurs déplacements, les membres de la mission ont rencontré les équipes médicales, les responsables de l'administration pénitentiaire, du service pénitentiaire d'insertion et de probation et certains détenus. Ils ont également dialogué avec les représentants de l'autorité judiciaire dans le cadre de réunions organisées, selon les cas, au tribunal de grande instance et/ou à la cour d'appel. Enfin, lorsque cela a été possible, ils ont eu des échanges de vue avec les directions des hôpitaux concernés.

La mission a par ailleurs entendu de nombreuses personnalités, médicales ou non, qui lui ont apporté des informations et fait part de leurs réflexions sur certains des thèmes de son étude (annexe 3), en particulier sur celui de la prise en charge des malades mentaux et des délinquants sexuels. Elle a aussi rencontré divers professionnels ainsi que des représentants du monde associatif.

A l'issue de leurs investigations, les inspecteurs ont dressé un constat : celui de l'ampleur du besoin de santé dans les prisons. Ainsi que le démontrait déjà l'enquête sur la santé des entrants dressée en 1997 par le ministère de l'emploi et de la solidarité, la situation sanitaire des personnes placées sous main de justice est, au jour de leur incarcération, globalement dégradée si on la compare à celle de la population générale d'âge comparable. Les résultats de cette enquête ont été largement corroborés par les divers éléments rassemblés dans le cadre de la mission.

Face à cet important besoin de santé, la loi du 18 janvier 1994 a incontestablement marqué des progrès décisifs, en termes d'accroissement des moyens, d'amélioration de la qualité des soins et de clarification des rôles des différents intervenants. (chapitre 1).

Néanmoins, ces progrès sont souvent entravés par un certain nombre d'obstacles liés soit à des blocages organisationnels, soit à des divergences de cultures professionnelles (chapitre 2). Les difficultés de coopération entre les différents acteurs ainsi que le problème récurrent de la gestion des gardes et escortes sont à cet égard très significatives.

Enfin et surtout, le dispositif de soins présente des lacunes importantes dans trois domaines qui s'avèrent aujourd'hui essentiels : la mise en œuvre d'une politique de santé publique, le traitement des détenus présentant des troubles mentaux et la prise en charge du vieillissement et du handicap (chapitre 3).

Pour tenter d'apporter une réponse aux obstacles et aux lacunes constatés, la mission a élaboré plusieurs recommandations (chapitre 4). Elle est consciente que si certaines de ses propositions peuvent être mises en œuvre à bref délai et sans investissement majeur, d'autres – et peut-être les plus importantes – nécessitent la rénovation du parc des établissements et la création de structures plus adaptées aux besoins de la population pénale tels qu'ils apparaissent aujourd'hui et apparaîtront demain.

CHAPITRE 1 : FACE AUX IMPORTANTS BESOINS DE SANTÉ DES DÉTENUS, D'INDÉNIABLES PROGRÈS ONT ÉTÉ ACCOMPLIS SUR LE PLAN SOMATIQUE

1.1 Des besoins qui restent élevés

L'étude nationale la plus récente sur la santé des entrants en détention se fonde sur des chiffres relatifs aux mois de mai, juin et juillet 1997. Réalisée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES¹) du ministère de l'emploi et de la solidarité, elle constitue la première enquête exhaustive permettant d'évaluer l'état de santé des entrants en détention. Les analyses de la mission se fondent donc largement sur les résultats de cette enquête que les déplacements dans les différents établissements ont permis d'actualiser.

Il est cependant très difficile de déterminer une quelconque évolution de l'état de santé des personnes incarcérées en l'absence d'études antérieures. Seule une évaluation effectuée en 1992 par l'observatoire régional de la santé de la région Provence Alpes Côtes d'Azur (ORS PACA) sur quatre établissements pénitentiaires peut fournir quelques éléments de comparaison². Si le rapport du Haut comité de santé publique de 1993 relatif à la santé en milieu carcéral qui a servi de fondement à la loi du 18 janvier 1994 évoque l'état de santé très dégradé de la population pénale – place des conduites addictives, vulnérabilité psychique, tableaux cliniques lourds -, il ne s'est pas fondé sur une enquête détaillée éclairant ce diagnostic.

Les conclusions de l'étude de la DREES conjuguées à d'autres facteurs, tenant notamment à l'évolution des caractéristiques démographiques de la population pénale, permettent de dresser un certain nombre de constats quant aux besoins sanitaires en prison :

- la population pénale vieillit ; cette évolution structurelle a des conséquences sur l'état de santé de cette population et sur la prise en charge nécessaire ;
- la population pénale demeure fortement touchée par les phénomènes d'addiction, qu'il s'agisse de drogues licites ou illicites ;
- l'accès au système de soins comme la protection sociale des entrants en détention souffrent de lacunes importantes ;
- la prison présente enfin un caractère pathogène, notamment s'agissant des troubles mentaux.

1.1.1 Les caractéristiques démographiques de la population pénale : l'importance du vieillissement

Le vieillissement de la population pénale est le fruit d'une double évolution :

- l'âge des entrants en détention augmente de façon continue depuis plus d'une vingtaine d'années ;
- l'allongement des peines touche plus fortement les condamnés déjà âgés.

¹ La santé des entrants en prison en 1997, N°4 mai 1999

² Evaluation de l'état de santé et des besoins sanitaires de la population pénale – ORS PACA novembre 1992- mai 1993

La conjugaison de ces deux phénomènes aboutit à l'existence d'une fraction de plus en plus importante de la population pénale qui a plus de 50 ans, particulièrement fragile au plan sanitaire. En effet, compte tenu du poids des facteurs de risque (précarité, consommation d'alcool et de tabac...) au sein de la population qui entre en détention, il est possible d'évoquer un vieillissement accéléré qui ferait des entrants de plus de 50 ans des personnes plus fragiles sur le plan sanitaire que la moyenne de cette classe d'âge.

1.1.1.1 *Le vieillissement des entrants*

L'enquête de la DREES chiffrait à 1,5 % le nombre d'entrants en détention âgés de plus de 60 ans, soit près de 1130 personnes. Les éléments se rapportant aux prévenus permettent de mieux mesurer l'ampleur du vieillissement de la population qui entre en prison.

Structure de la population des prévenus selon l'âge

	1988	2001	Tx d'accroissement (2001/1988)
Entre 50 et 60 ans	825	1050	27 %
60 ans et plus	203	400	97 %

Source : Base Sept CESDIP – AP/PMJI

On observe une augmentation rapide du nombre de prévenus de plus de 50 ans, et particulièrement de ceux de plus de 60 ans, dont le nombre double sur la période 1988-2001.

1.1.1.2 *L'effet de l'allongement des peines*

L'allongement général des peines contribue mécaniquement au phénomène de vieillissement de la population pénale. Le nombre des personnes condamnées à une peine criminelle de 20 à 30 ans a, par exemple, plus que doublé en 4 ans pour représenter, au 1^{er} janvier 2001, 845 personnes incarcérées.

Or, la tranche d'âge des détenus âgés de plus de 50 ans est sur-représentée parmi ces longues peines : au sein des plus de 50 ans, près d'un quart des détenus sont en prison depuis plus de 5 ans.

La très forte augmentation des personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel contribue directement à cette évolution : au 1er janvier 2000, près de la moitié des plus de 50 ans en prison avaient été condamnés pour des crimes ou délits sexuels contre 21 % en 1990, ce qui montre la rapidité de cette évolution.

La conjonction de ces deux phénomènes – une entrée plus tardive en prison ainsi qu'un temps croissant passé en détention – aboutit à une augmentation très importante de la population âgée actuellement incarcérée.

Structure de la population incarcérée selon l'âge

	1988	2001	Tx d'accroissement (2001/1988)
Entre 50 et 60 ans	1984	3721	88 %
60 ans et plus	515	1496	190 %

Source : Base Sept CESDIP – AP/PMJI

La comparaison avec l'évolution de la population pénale dans son ensemble traduit un accroissement de la part des plus de 50 ans.

Proportion des plus de 50 ans dans la population pénale

	1988	2001
Entre 50 et 60 ans	5,1 %	8,3 %
60 ans et plus	1 %	3,4 %

Source : *Statistiques trimestrielles – Direction de l'Administration Pénitentiaire*

Les plus de 50 ans représentaient au 1^{er} janvier 2001 un peu moins de 12 % de la population incarcérée. Avec 5000 personnes de plus de 50 ans incarcérées, dont près de 1500 de plus de 60 ans et 3 de plus de 90 ans, la population âgée n'est plus une population marginale en prison et nécessite une prise en charge adaptée.

1.1.2 Une population fortement touchée par différentes formes d'addiction

32,2 % des entrants interrogés en 1997 déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue³ au cours des 12 mois précédant l'incarcération. Ce chiffre est souvent repris par les responsables de l'administration pénitentiaire comme par les intervenants médicaux pour caractériser l'importance de la population toxicomane en détention. Selon les établissements, et selon la définition donnée de cette population, les interlocuteurs de la mission considèrent en effet qu'entre le tiers et la moitié des entrants en prison sont touchés par des phénomènes d'addiction. Une telle proportion traduit l'aggravation du phénomène puisqu'une étude centrée sur les entrants en détention en 1986 concluait à une moyenne de 10,7 % de toxicomanes⁴.

La mission constate la faiblesse des informations statistiques fournies par les antennes toxicomanie. La plupart du temps, ces antennes ne sont pas en mesure de fournir une ventilation détaillée et stable des publics qu'elles suivent ou plus généralement une indication précise du poids de la toxicomanie parmi les entrants en détention. De plus, il n'existe au niveau central ni définition d'un cadre commun de recueil de l'information, ni centralisation des rapports d'activité.

La ventilation des principaux produits consommés avant l'entrée en détention est précisée dans le tableau suivant :

Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière au cours des 12 mois précédant l'incarcération

Cannabis	24,4 %
Héroïne, morphine, opium	15 %
Cocaïne ou crack	8,8 %
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,7 %
Autres produits	3,6 %

Source : *DREESS, enquête santé des entrants*

³ Hors alcool associé

⁴ "les toxicomanes incarcérés" A.Kensey et L.Cirba – travaux et documentation n°36,1989 – Ministère de la Justice.

1.1.2.1 Une baisse du nombre des usagers de drogue par voie intraveineuse

Proportion d'entrants déclarant une utilisation de drogue par voie intraveineuse

	Ensemble des établissements
Au moins une fois	12,3 %
Au cours des 12 mois précédant l'incarcération	6,6 %

Source : DREESS, enquête santé des entrants

La part des usagers de drogue par voie intraveineuse parmi les entrants en prison peut être estimée à un peu moins de 10%. L'ensemble des interlocuteurs de la mission ont souligné la baisse des usagers de drogues par voie intraveineuse incarcérés. Selon eux, le profil traditionnel du toxicomane-injecteur centré sur une consommation unique qui arrivait souvent en prison en état de manque a quasiment disparu.

Cette tendance est confirmée par les résultats des enquêtes réalisées par l'ORS PACA entre 1992 et 1998 :

Déclaration d'usage de drogues par voie intraveineuse parmi les détenus

	Enquête de 1992	Enquête de 1996	Enquête de 1998
Au cours de la vie	20 %	23 %	12 %
Dans les 12 derniers mois	ND	13 %	9 %

Source : l'ORS PACA

Il est possible de trouver deux explications à cette évolution :

- la mise en œuvre des traitements de substitution qui permettrait de faire baisser les pratiques d'injection et éventuellement d'éviter des actes de délinquance liés à la recherche de produits ;
- l'augmentation de la consommation d'autres produits dans le cadre d'une polytoxicomanie associant cannabis, alcool et produits divers (ecstasy, LSD..).

1.1.2.2 L'augmentation de la polytoxicomanie

Cette polytoxicomanie apparaît comme l'élément majeur des nouvelles formes de dépendance auxquelles sont confrontés les soignants en prison. L'étude de la DREES relève que 20 % des entrants déclarent consommer deux produits parmi les suivants : psychotropes, drogues illicites, alcool, tabac. 7,1% déclarent pratiquer la combinaison alcool-drogues.

Plusieurs enquêtes ponctuelles confirment l'importance de cette polytoxicomanie : plus de 50 % des détenus suivis en 1998 par le centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) de Fresnes étaient polytoxicomanes, les associations de produits les plus fréquentes étant héroïne-cocaïne et produits de substitution-cocaïne.

1.1.2.3 *Le poids majeur de l'alcool*

34,6 % des entrants déclaraient lors de l'enquête de 1997 une consommation excessive d'alcool :

- pour 17% des entrants, cette consommation est dite régulière, c'est-à-dire supérieure à cinq verres par jour ;
- pour 17,6%, elle est discontinue, caractérisée par la consommation d'au moins cinq verres consécutifs au moins une fois par mois.

Ces chiffres, pourtant élevés, apparaissent encore en retrait par rapport aux évaluations mentionnées par les interlocuteurs de la mission. Ceux-ci soulignent deux éléments :

- la proportion très élevée des détenus qui entretiennent une relation non maîtrisée avec l'alcool. Cette proportion est évaluée à plus de 50 % des détenus dans plusieurs établissements visités par la mission (centre de détention d'Argentan ou maison d'arrêt de Loos par exemple) ;
- la place significative de l'alcool dans le passage à l'acte, l'alcool permettant la levée des inhibitions et « facilitant » l'acte violent. S'agissant de la délinquance sexuelle, ce phénomène paraît particulièrement prégnant.

La sur-représentation des consommateurs d'alcool à l'entrée en détention est difficile à démontrer même si l'OFDT indique que « *le pourcentage de personnes faisant un usage nocif de l'alcool (au moins cinq verres par jour), était estimé à 10 % de la population des plus de 18 ans en 1991 et 1992. 8 % de la population des 18-75 ans présentaient un risque d'alcoolodépendance en 1995-1996.* »

Les éléments fournis par la DREES permettent de comparer le poids des buveurs excessifs réguliers dans la population des entrants et dans la population générale en prenant en compte la structure d'âge particulière des entrants en prison :

- la présence plus nombreuse de buveurs excessifs parmi les hommes qui entrent en détention par rapport à la population générale est réelle (17,5 % contre 12,5 %) même si la différence n'est pas extrêmement importante ;
- l'écart est au contraire majeur pour les femmes puisqu'elles sont près de huit fois plus nombreuses à boire régulièrement de façon excessive parmi les entrantes en détention que dans le milieu libre (4,7 % contre 0,6 %).

1.1.2.4 *L'importance du tabac*

Près de 80 % des entrants en détention se déclarent fumeurs. 53 % fument entre 6 et 20 cigarettes par jour, et près de 19 % plus de 20. Chez les moins de 25 ans, la proportion de fumeurs atteint 82 %.

La sur-représentation des fumeurs parmi les entrants est manifeste puisqu'en 1998, la proportion des Français se déclarant fumeurs oscillait selon les sources entre 28 et 33%⁵. De la même façon, la consommation individuelle est nettement supérieure avec un pourcentage de très gros fumeurs (plus de deux paquets par jour) trois fois plus importante que dans la population générale.

⁵ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : « *drogues et toxicomanies – indicateurs et tendances- 1999* »

⁶ Ibidem

1.1.3 Une population surexposée au VIH et aux hépatites

Les chiffres fournis par l'enquête de la DREES donnent une première indication de l'exposition des entrants au VIH ainsi qu'aux hépatites B et C. Ces éléments doivent néanmoins être pris avec beaucoup de précautions puisqu'il s'agit de déclarations faites lors de la visite médicale d'entrée en détention et non de résultats des tests effectués éventuellement par la suite, pendant l'incarcération.

1.1.3.1 Le VIH

Trois indicateurs permettent d'apprécier à la fois l'exposition au virus de cette population et son comportement en terme de dépistage et de traitement :

- près de la moitié des entrants (46,5 %) disent avoir eu un test de dépistage du SIDA avant l'incarcération ;
- pour ceux qui ont réalisé ce test, 3,6 % se disent séropositifs ;
- au sein de cette dernière catégorie, un peu plus d'un tiers (38,4%) disent suivre un traitement par AZT et autres antirétroviraux.

S'agissant des détenus effectivement incarcérés, les enquêtes un jour donné viennent préciser ces éléments. Elles se fondent sur les cas effectivement répertoriés par les UCSA et non plus sur des déclarations.

Taux des détenus atteints par le VIH connus des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires

	1990	1995	2000 ⁷
Détenus VIH+	5,79 %	2,32 %	1,2 %

Source : Enquête un jour donné - DREES

La prévalence du VIH en détention enregistre une baisse constante au cours de la dernière décennie. Cependant, le taux de détenus atteints demeure supérieur à celui de la population générale.

1.1.3.2 Hépatites B et C

S'agissant des hépatites B et C, l'enquête de la DREES illustre une problématique très différente de celle du VIH :

- le nombre d'entrants qui déclarent avoir réalisé un test de dépistage avant l'incarcération (1 sur 5 pour l'hépatite C et 1 sur 4 pour l'hépatite B) apparaît plus faible ;
- une proportion beaucoup plus forte, parmi ceux qui ont été dépistés, d'entrants qui se disent positifs (22,3 % pour l'hépatite C ; 9,3 pour l'hépatite B)
- parmi cette dernière catégorie, une part très faible (3,7 %) affirme suivre un traitement par interféron.

⁷ les résultats de l'enquête un jour donné pour 2000 sur le VIH dans les établissements pénitentiaires reposent sur les réponses de 175 établissements regroupant 45 000 détenus, soit plus de 90 % de la population incarcérée.

Dès lors, cela aboutit à une proportion relativement faible d'entrants déclarant une séropositivité VHC (4,4 %) et VHB (2,3 %). Ces éléments ne donnent qu'une indication très limitée de l'ampleur de ces maladies en détention, compte tenu des taux de dépistage déclarés très faibles. A cet égard, la sous-estimation probable du nombre de détenus contaminés par le virus de l'hépatite C ne fait que refléter la situation qui prévaut dans la population générale.

S'agissant de l'hépatite C, l'enquête un jour donné présente comme pour le VIH des éléments sur les cas effectivement répertoriés par les équipes médicales : en juin 2000, 127 UCSA⁸ sur les 154 ayant répondu au questionnaire indiquent avoir effectivement connaissance du nombre de détenus testés positifs qui s'élève à 1806 cas sur 37 625 détenus, soit 4,8 % de la population de ces établissements. Les développements consacrés à la prise en charge de l'hépatite C apportent dans la suite du rapport des précisions sur la portée de cette contamination.

Pour le sida comme pour l'hépatite C, le nombre de personnes se déclarant séropositives et qui disent également suivre un traitement est très en recul par rapport à la population générale, ce qui traduit un accès aux soins limité et nécessite d'autant plus une initialisation des prises en charge au cours du séjour en prison.

1.1.4 Une population en situation de précarité à l'entrée en détention

Deux chiffres issus de l'enquête de la DREES illustrent à quel point un nombre non négligeable d'entrants en détention sont éloignés du système de soins et plus généralement des différentes formes de protection sociale :

- 17,2 % des entrants déclarent ne disposer d'aucune protection sociale ;
- 40 % déclarent n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération.

Si la mise en place de la CMU doit permettre d'améliorer l'accès aux soins de cette population, cet éloignement vis à vis du système de soins s'inscrit également dans le cadre plus général de la précarité à laquelle elle a été souvent exposée.

Toujours d'après l'enquête de la DREES, la proportion des entrants déclarant avoir un domicile précaire ou être sans abri était de 15 %. Pour Fleury-Mérogis, ce pourcentage était supérieur à 25 %.

Toutes les statistiques le prouvent, les plus démunis constituent la grande majorité de la population carcérale : en 1982, 35 % des personnes incarcérées étaient sans emploi contre 48,6 % en 1996. Comme l'évoque le rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires⁹, "*cette population arrive en situation d'échec : échec du système scolaire, échec du milieu familial, échec du système économique*".

1.1.5 Les facteurs aggravants en détention

L'impact des conditions de vie en prison sur l'état de santé somatique et mental des détenus est difficile à évaluer. Lieu d'enfermement, de contrainte, de promiscuité, la prison est un milieu peu propice à l'amélioration de la santé. Plusieurs caractéristiques propres à la situation actuelle des prisons françaises permettent d'étayer ces observations ;

⁸ ou services de santé dans les établissements 13 000.

⁹ "Prisons : une humiliation pour la République"

- la vétusté d'un grand nombre d'établissements, qu'elle touche les cellules, les sanitaires ou l'ensemble des bâtiments contribue à dégrader les conditions de vie. La mission a notamment pu constater l'état fortement détérioré de la plupart des établissements qu'elle a visités, et particulièrement ceux de la Santé, de Loos-les-Lille, de Fresnes, de Château Thierry, de Lyon ou de Rennes. Comme cela a déjà été dit à plusieurs reprises¹⁰, cette situation ne peut avoir qu'un effet négatif sur l'état de santé des détenus ;
- cette vétusté est souvent associée à la surpopulation carcérale des maisons d'arrêt qui, même si elle diminue, contribue à caractériser la situation d'un grand nombre d'établissements. Dans les maisons d'arrêt de Bordeaux, ou de Loos, la mission a pu mesurer les effets de cette surpopulation qui contribue la plupart du temps à priver le détenu de toute intimité, à limiter la mise en place d'activités nouvelles, à multiplier les occasions de conflits entre détenus ou de tensions avec le personnel surveillant. De plus, même lorsque la population détenue correspond à la capacité théorique, la conception architecturale de beaucoup d'établissements génère une concentration humaine qui rend très difficile la préservation de l'intimité ou la confidentialité d'une prise en charge médicale ;
- l'existence de violences entre détenus, ou de façon plus diffuse, de rapports de force, de phénomènes de caïdat ou de relégation en fonction de l'infraction commise ne peut être propice, là encore, à une amélioration de l'état de santé des détenus ;
- le mode de vie propre à la prison dans son fonctionnement actuel, caractérisé par une forte sédentarité, des régimes alimentaires peu variés et peu équilibrés, une inactivité générant une consommation excessive de tabac et de télévision, ne contribue guère à la reconstruction de l'individu que devrait favoriser un passage en prison.

1.2 Une progression sensible des moyens rendue possible par la loi de 1994

1.2.1 Rappel des objectifs et du dispositif prévus par la loi

« La diversité et la gravité des pathologies [auxquelles sont confrontés les détenus], la complexité des interventions qu'elles appellent, tout comme leur incidence potentielle sur la population générale, confrontent l'administration pénitentiaire à la nécessité de repenser totalement les pratiques sanitaires en milieu carcéral, ce dont elle ne peut s'acquitter seule tant les enjeux sont importants (...). Une société solidaire régie par un Etat de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux hommes et aux femmes privés de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants. »

Voilà résumée en 1993 par le Haut comité de santé publique la philosophie du nouveau dispositif. Celui-ci obéit à un double objectif :

- l'obligation de répondre à une demande de soins forte, dans des conditions qui doivent tendre à l'égalité par rapport à ce qui existe à l'extérieur de la prison ;
- la nécessité pour atteindre cet objectif de mettre en place une coordination nouvelle avec des acteurs de soins extérieurs à l'administration pénitentiaire.

¹⁰ On citera notamment le rapport Canivet sur le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires : « *Connu de tous, cet état de nos prisons...constitue un obstacle majeur à la conduite d'une politique conforme à l'intérêt général et au bon fonctionnement des établissements pénitentiaires. Parce qu'il ne permet pas des conditions de vie et de travail ni un traitement pénitentiaire utile à la société ..., parce qu'il entretient le désordre et un climat de violence à l'intérieur des prisons, qualifiées de lieu d'un malaise. »*

Le dispositif choisi s'est articulé autour de la coopération entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé au travers de protocoles qui prévoient ;

- la mise en place des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) à l'intérieur des établissements pénitentiaires, unités intégrées à des services hospitaliers ;
- la continuité des soins avec l'hôpital, celui-ci accueillant des consultations spécialisées ainsi que les hospitalisations jugées nécessaires par l'UCSA.

1.2.2 Un apport de moyens important

Le dispositif prévu par la loi de 1994 s'est progressivement mis en place dans les 149 sites pénitentiaires concernés, les 21 établissements du programme 13000 n'entrant pas, au moins dans un premier temps, dans ce champ. Il implique au total 207 établissements de santé¹¹.

1.2.2.1 Des moyens humains pour les UCSA

L'enveloppe consacrée aux dépenses de personnel, c'est-à-dire concrètement à la mise en place des UCSA, traduit la rupture avec le système précédent. Si en 1993, l'administration pénitentiaire dépensait un peu plus de 79 MF pour rémunérer les personnels médicaux et paramédicaux, la circulaire du 8 décembre 1994 prévoit l'attribution d'une enveloppe globale de 188 MF, ce qui montre le changement d'échelle dans l'attribution des moyens à la médecine en milieu pénitentiaire.

Un premier bilan quantitatif global a été réalisé par la direction des hôpitaux en septembre 1997. Il montre que les moyens attribués aux hôpitaux ont été effectivement consacrés à la mise en place des UCSA et aboutit principalement aux conclusions suivantes :

- les moyens inscrits dans les protocoles correspondent aux références indicatives, s'agissant des médecins généralistes, des chirurgiens dentistes, des personnels infirmiers et du personnel administratif des UCSA ;
- les moyens effectivement consacrés au moment de l'enquête à la prise en charge sanitaire des détenus par l'hôpital correspondent aux recrutements inscrits dans les protocoles. Le seul décalage concerne les interventions des masseurs kinésithérapeutes et des manipulateurs-radio.

1.2.2.2 Des moyens financiers en progression

Lors de la mise en place de la réforme en 1994, une enveloppe de 393 MF a été ouverte pour financer l'intégralité de la prise en charge somatique et psychiatrique venant s'ajouter aux 60 MF préexistants au titre de la psychiatrie¹². En 1996, 1997 et 1998, ce montant s'est trouvé renforcé par des mesures ponctuelles pour aboutir, en tenant compte des taux d'évolution annuelle des dépenses, à près de 636 MF en 2000.

Évolution des crédits – soins en milieu pénitentiaire accordés par la DHOS

En MF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins somatiques	333			+40			
Soins psychiatriques	120		+10		+60		
Total	453	474,20	494,07	538,12	610,14	623,68	635,96

Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

¹¹ le chiffre de 207 inclut les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

¹² ces 60 MF correspondaient au fonctionnement des SMPR

Ces crédits ne peuvent pas être considérés comme la somme effectivement dépensée par les hôpitaux pour le fonctionnement des UCSA. En effet ils sont « en base » et donc ensuite librement utilisés par les hôpitaux. Cependant, les investigations réalisées par la mission montrent qu'il n'y a pas eu d'évaporation entre les crédits accordés et les montants effectivement dépensés.

A cette enveloppe s'ajoute le coût lié aux consultations spécialisées réalisées à l'hôpital et aux hospitalisations sur lequel il n'existe pas, à l'heure actuelle, de données disponibles.

Le tableau suivant montre que les moyens ont progressé de façon continue alors que la population pénale baissait, que l'on se réfère au nombre d'entrants ou à la population moyenne de détenus.

Évolution des crédits – soins en milieu pénitentiaire par rapport à la population pénale

	1994	2000	1994-2000
Crédits accordés par la DHOS (en MF)	453	635,96	+ 40 %
Entrées de détenus	85761	65251	- 24 %
Population moyenne de détenus	50932	46334	- 9 %

Source : DHOS - DAP

1.2.2.3 Des aménagements qui rendent visible l'UCSA au sein des établissements pénitentiaires

L'un des objectifs de la réforme initiée en 1994 était d'identifier très clairement la prise en charge médicale comme étant autonome des établissements pénitentiaires. Les investissements réalisés, ont, dans la plupart des cas, rendu parfaitement visible la mise en place des UCSA. La mission a pu vérifier, dans la totalité des établissements visités, l'existence d'une structure bien identifiée dont les locaux modernes tranchent souvent vivement avec l'état général des zones de détention. Seule l'UCSA de Fresnes se situe dans une configuration différente liée aux spécificités de cet établissement pénitentiaire.¹³

La visibilité des UCSA doit être considérée comme une réussite dans le sens où elle identifie bien l'existence d'une zone de soins autonome qui relève d'une logique hospitalière. On verra plus loin que cette identification soulève néanmoins quelques difficultés, notamment dans les relations entre les UCSA et l'administration pénitentiaire.

1.2.3 Un niveau moyen d'activité et de dépenses qui traduit un réel accès aux soins

S'il apparaît très difficile de tirer des conclusions générales sur l'accès aux soins en détention en se fondant uniquement sur les indicateurs d'activité des UCSA, il est néanmoins intéressant d'essayer de définir quelle est l'utilisation moyenne des services de santé en prison.

¹³ L'UCSA de Fresnes est actuellement divisée en unités réparties dans les différentes divisions de cet établissement, le choix ayant été fait de concevoir des unités de soins « immergées » au sein des zones de détention. Si cela se traduit effectivement par l'absence d'une structure unique semblable à ce qui existe dans les autres établissements, ce choix est pleinement assumé par la responsable de l'UCSA et constitue une simple adaptation aux particularismes de Fresnes.

En se fondant sur l'échantillon d'UCSA visitées par la mission qui correspondent à une « clientèle » de 13 000 détenus, l'offre de soins est en moyenne de 8 à 9 consultations de généralistes par place occupée en détention et par an¹⁴. Ce chiffre concerne uniquement des maisons d'arrêt. Il est sans doute supérieur au niveau moyen général des maisons d'arrêt, la mission ayant plutôt visité des établissements de grande taille où l'offre de soins est proportionnellement plus importante¹⁵. S'agissant des établissements pour peine, ce chiffre est inférieur, autour de 6 à 7, ce qui apparaît logique du fait du parcours pénitentiaire déjà effectué qui peut avoir permis de résoudre certains problèmes de santé.

Même si ces chiffres sont à considérer avec prudence, on peut penser qu'ils traduisent un large accès aux soins. Dans le milieu libre, les éléments dont disposent la DREES permettent de chiffrer l'équivalent des consultations généralistes réalisées dans les UCSA (consultations plus visites dans le milieu libre) à 4,3 par an par habitant. Même s'il ne s'agit pas de données parfaitement comparables, cela traduirait une consommation de soins généralistes plus importante en détention qu'en milieu libre. Si l'on considère l'état sanitaire dégradé des détenus à l'entrée en prison conjugué aux effets pathogènes de la détention, ces éléments purement quantitatifs tendent à indiquer un recours de soins somatiques relativement satisfaisante. Cependant, ces chiffres doivent, là encore, être utilisés avec précaution, la structure par âge de la population pénale et de celle qui, dans le milieu libre, consomme la très grande partie des soins (les plus jeunes et les personnes âgées) est très différente.

1.2.4 L'augmentation du recours à l'hôpital

La recherche d'une qualité des soins équivalente à celle du milieu libre a conduit, logiquement, à un recours croissant à l'hôpital, au titre de la continuité des soins. Cette évolution, critiquée par certains représentants de l'administration pénitentiaire et de la police qui mettent en avant les multiples difficultés liées à l'organisation des extractions médicales et qui tendent à considérer que l'UCSA devrait être en mesure de gérer, par elle-même, l'ensemble des soins somatiques aux détenus, apparaît, au contraire, tout à fait cohérente : l'augmentation de l'offre de soins évoquée précédemment appelle, en effet, un recours à l'ensemble des prestations de soins (consultations comme hospitalisations) que l'hôpital est seul en mesure d'offrir.

Loin d'être le signe d'une défaillance des UCSA, cette augmentation du recours à l'hôpital doit être considérée comme le signe d'une élévation du niveau général des soins, même si les difficultés que cette évolution génère ne doivent pas être sous-estimées.

Évolution des extractions vers l'hôpital général (2000/1997)

	1997	1998	1999	2000	2000/1997
Pour soins d'urgence	4040	6268	6215	6922	+ 54%
Pour consultation et hospitalisation de jour	37118	45342	45744	45155	+ 23%
Pour hospitalisation programmée	4445	4558	4884	4799	+ 10%
Total	45603	56168	56843	56876	+ 25%

Source : direction de l'administration pénitentiaire

C'est le recours de plus en plus important à des consultations spécialisées à l'hôpital qui contribue majoritairement, en volume, à l'augmentation constatée. Rapporté à l'évolution du nombre moyen de détenus, l'ensemble des extractions vers un hôpital général a augmenté de 31 % entre 1997 et 2000.

¹⁴ pour la méthodologie de calcul, voir annexe 5.

¹⁵ même si dans le même temps, on peut sans doute considérer que les grands établissements pénitentiaires situés dans les grandes zones urbaines (Loos, Fleury Mérogis, Lyon) concentrent également une population plus dégradée sur le plan sanitaire (toxicomanie, VIH et VHC plus importants).

1.3. Une amélioration de la qualité des soins

Le passage du service médical pénitentiaire au service public hospitalier s'est traduit non seulement par une augmentation forte des moyens budgétaires et humains, mais aussi par une amélioration qualitative.

1.3.1. Le renforcement des liens avec l'hôpital

1.3.1.1 Des personnels qualifiés et encadrés

La réforme de 1994 a poursuivi un objectif immédiat, celui d'assurer la bonne qualité des intervenants et des pratiques. Le recrutement par les UCSA de personnels hospitaliers, généralement volontaires, a été, à cet égard, très positif. Quant aux pratiques, la tradition hospitalière les a transformées et faites siennes, élevant de manière sensible le niveau des exigences qui était celui de la médecine pénitentiaire.

Sur le plan de la qualification des praticiens, les détenus ont désormais accès dans les UCSA à des médecins qui ont le plus souvent le statut de praticien hospitalier (à plein temps). A côté de ces praticiens hospitaliers, on trouve aussi parfois des praticiens des hôpitaux à temps partiel, des attachés (employés à la vacation), plus rarement des internes en médecine.

Les médecins qui interviennent à l'UCSA font partie d'un des services hospitaliers de l'hôpital public conventionné avec l'établissement pénitentiaire. Le service médical dont dépend l'UCSA est le plus souvent un service de médecine polyvalente (médecine générale) ou de médecine à orientation, voire de spécialité. Le chef de service est généralement un praticien hospitalier, qu'il exerce lui-même ou non à l'UCSA. Pour les UCSA appartenant à un centre hospitalier universitaire (CHU), le chef de service dont dépend l'UCSA peut être un praticien hospitalier ou un professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH). D'autres praticiens de l'hôpital, ne relevant pas du chef de service de l'UCSA, y interviennent également au titre de consultations spécialisées.

Les autres catégories de personnels de santé tels que les chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, relèvent aussi de l'hôpital. Nombre de ces personnels exerçaient d'ailleurs déjà en prison avant la loi de 1994 et ont été intégrés, quand ils remplissaient les conditions requises, dans les cadres correspondants de la fonction publique hospitalière.

1.3.1.2 La rupture de l'isolement

En supprimant les infirmeries pénitentiaires, la réforme de 1994 a rompu l'isolement des équipes médicales qui y travaillaient. Désormais, les médecins et le personnel soignant des UCSA et des SMPR bénéficient d'une ouverture sur les possibilités que leur offre la structure hospitalière. Dans leur pratique médicale quotidienne, ils intègrent ou mettent en place des réseaux de correspondants qui leur permettent de confronter leurs connaissances et leurs diagnostics.

Mais au delà même de la pratique médicale, l'appartenance à l'univers de l'hôpital confèrent à ces personnels des perspectives statutaires nouvelles en termes de formation continue, de mutations ou de promotions.

Tous ces progrès se sont construits dans la durée et dans la quotidienneté du travail. Aujourd'hui, des liens se sont tissés entre les uns et les autres, des habitudes ont été prises et un mouvement de décloisonnement est en cours.

Le rattachement de l'UCSA à un service dirigé par un praticien hospitalier ou un professeur d'université praticien hospitalier a amené ce dernier à s'investir dans la gestion de l'UCSA et à s'en faire le porte parole dans les différentes commissions hospitalières, contribuant ainsi à faire connaître la médecine en milieu pénitentiaire ; de plus, le rôle d'interface joué par ce praticien permet également de faciliter l'accueil des détenus à l'hôpital.

La mobilité des personnels infirmiers a également contribué à cette intégration : si le recrutement de médecins généralistes ou l'organisation de vacations de spécialistes peut se heurter à des difficultés, cela ne semble pas être le cas des personnels infirmiers, ce qui évite également une sur-adaptation aux contraintes carcérales.

1.3.1.3 Des équipements et une organisation en progrès

D'un point de vue hospitalier, l'activité des UCSA s'apparente à une activité de consultations externes et d'accueil des urgences polyvalentes. Les qualifications requises sont donc celles dont on a généralement besoin dans ce type de structure hospitalière, à ceci près que la permanence n'est généralement assurée qu'aux heures diurnes des jours ouvrables. Le problème de la permanence des soins et des urgences sera abordé plus loin.

La qualité des locaux a déjà été évoquée. Hormis certains sites particuliers (tenant à des raisons diverses) et le problème général de l'exiguïté, les locaux sont généralement satisfaisants, surtout si on les compare à la situation antérieure et, plus encore, au niveau moyen des conditions d'hébergement offertes aux détenus.

Les UCSA bénéficient de la logistique et des compétences techniques dont disposent les hôpitaux pour l'aménagement des locaux, le choix de équipements biomédicaux, la maintenance de ces équipements.

La qualité des soins aux détenus devrait bénéficier des procédures en cours en matière d'évaluation et d'accréditation. A cet égard, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) devront veiller à ce que les procédures d'accréditation, auxquelles les établissements de santé sont astreints, incluent bien les UCSA et les SMPR.

1.3.2 Une meilleure gestion du médicament

C'est peut-être dans la gestion du médicament que la réforme de 1994 a permis d'accomplir les progrès les plus évidents. Il faut en effet se souvenir de ce qu'était la situation il y a encore 10 ans.

1.3.2.1 Une situation antérieure critique

Le bilan dressé par un rapport de IGAS en 1991¹⁶, après d'autres rapports ayant déjà alerté l'administration sur ce sujet¹⁷, montrait trois catégories de problèmes :

- une professionnalisation insuffisante ;
- des modes de prescription discutables et une organisation de l'approvisionnement, de la gestion et de la distribution des médicaments incompatibles avec une réelle sécurité sanitaire ;
- une consommation faible et déséquilibrée.

Les pharmaciens étaient en effet pratiquement absents des établissements pénitentiaires, soit que les pharmacies intérieures fussent de simples dépôts de médicaments dépourvus de personnels propres, soit lorsqu'elles avaient une licence, que les pharmaciens gérants titulaires d'officine n'eussent qu'une présence symbolique et des contacts limités avec le personnel médical et pénitentiaire. Les préparateurs en pharmacie manquaient et les pharmaciens chimistes du contingent restaient cantonnés à un rôle subalterne.

La distribution était assurée le plus souvent par les surveillants, sous forme de "fioles", les médicaments étant écrasés et mélangés puis dissous dans de l'eau et conditionnés dans de petits réceptacles individuels qui étaient distribués en cellule, selon des horaires parfois inappropriés pour les spécialités hypnotiques.

Le résultat de ces carences était qu'il n'y avait aucun contrôle des prescriptions médicales, qui une fois établies, pouvaient s'appliquer des mois et des années durant sans réexamen, et qu'il existait des prescriptions "sauvages" effectuées par le personnel infirmier ou le personnel de surveillance, sans que quiconque ne s'inquiète d'éventuelles interférences.

Il n'y avait également aucune gestion réelle des stocks ; les modes d'approvisionnement étaient discutables et la protection des médicaments stockés insuffisante. Des spécialités non admises aux collectivités publiques pouvaient être utilisées, alors que d'autres produits indispensables n'étaient pas disponibles.

La dilution des médicaments à l'avance et leur distribution dans des fioles posaient plusieurs types de problèmes :

- le temps s'écoulant entre la mise en solution et la distribution pouvait atteindre plusieurs jours, avec un risque d'inactivation ou de toxicité, notamment pour des formes retard ou gastro-résistantes ;
- les conditions de stockage, d'étiquetage, de nettoyage des fioles n'étaient pas sûres.

Enfin la consommation était réduite, limitée en 1990 à une dépense moyenne de 2,69 F/jour/ détenu et la dépense globale de médicaments correspondait à 46 MF. On estimait en 1990 que les dépenses de médicaments en prison représentaient 0,05 % de la consommation générale de la France alors que les détenus représentaient approximativement 0,1 % de la population.

¹⁶ Rapport IGAS n° 91-084 présenté par Pierre Delomenie en 1991

¹⁷ Rapport IGAS n° 86-017 d'août 1986

1.3.2.2 *L'amélioration de la sécurité sanitaire et de l'accès aux médicaments*

Depuis la réforme de 1994, on assiste à une amélioration de l'ensemble du dispositif.

➤ *une professionnalisation accrue*

Ce sont les pharmaciens hospitaliers qui ont été chargés de l'application de la réforme de 1994. Avec eux, c'est l'ensemble des pharmacies hospitalières, de leur personnel, de leurs pratiques, de leurs procédures, de leurs contrôles internes, qui sont entrés dans la prison, permettant à terme une remise à niveau du système.

L'approvisionnement en médicaments et la gestion des stocks sont ainsi organisés par l'hôpital, sous la responsabilité d'un pharmacien, secondé par des préparateurs en pharmacie. Conformément à la réglementation, les établissements pénitentiaires qui ne peuvent être desservis quotidiennement par la pharmacie de l'établissement de santé, doivent disposer d'une pharmacie à usage intérieur située en dehors des locaux de détention. Les pharmacies des établissements visités respectent ces principes généraux d'organisation et de fonctionnement, même si les locaux sont parfois très exigus.

Les stocks de médicaments sont généralement gérés par l'informatique hospitalière. Le contrôle de péremption et les modes de conservation des produits font l'objet d'une attention régulière.

➤ *une sécurité sanitaire mieux assurée*

S'agissant de la prescription des médicaments, une vérification des contre-indications et de l'absence d'interférences est faite par le pharmacien, même si peu d'UCSA ont mis en place un système permettant aux prescripteurs somaticien et psychiatre d'être mutuellement informés de leurs prescriptions respectives. A Rennes cependant, un système informatisé de suivi des prescriptions pharmaceutiques permet aux médecins de l'UCSA et du SMPR de prendre connaissance en temps réel des médicaments prescrits au patient par un autre praticien.

Acquis important de la réforme de 1994, la disparition de la "fiolle" a marqué un profond changement des mentalités au sein de la prison et il a été mis fin aux distributions faites par le personnel de surveillance.

Les prescriptions sauvages n'ont plus cours : seuls les médecins sont habilités à prescrire.

Les médicaments sont distribués aux détenus sous leur forme normale (le plus souvent sèche) soit à l'UCSA par le préparateur en pharmacie ou l'infirmière, soit en cellule par l'infirmière. La vérification de la prise orale est rarement pratiquée par l'infirmière.

Illustration de la nécessaire clarification des rôles dans la prison, ce changement a aussi obéi à un objectif de responsabilisation du détenu qui est amené, lorsque c'est possible, à gérer son traitement et ainsi, à mieux se prendre en charge. C'est pour cette raison que dans de nombreux établissements, la personne incarcérée reçoit ses médicaments non plus jour par jour (voire même plusieurs fois par jour) mais pour des laps de temps plus longs et en certains cas, pour la totalité du traitement qui a été prescrit. La dispensation nominative se généralise et les UCSA et SMPR utilisent des piluliers ou l'édition de pochettes nominatives.

Progressivement, la distribution des médicaments est devenue un outil de dialogue et de réinsertion. La personne qui en est chargée, qu'elle se déplace en cellule ou qu'elle reçoive le détenu à l'UCSA, rencontre le détenu et est ainsi en mesure de le conseiller et le cas échéant, de signaler un éventuel risque de passage à l'acte. De nombreux interlocuteurs de la mission ont souligné que cet échange était très utile car il permettait à l'équipe médicale d'assurer auprès des détenus une présence régulière, accessible et rassurante.

Quant au personnel pénitentiaire qui a pu, dans un premier temps, se sentir dépossédé, il considère maintenant que ce dialogue est bénéfique. Ainsi, la distribution des médicaments qui obéit d'abord à un objectif sanitaire, contribue à la prise en charge psychologique et éducative de la personne incarcérée.

Revers de la médaille, la distribution est très consommatrice en temps de personnel, notamment en temps infirmier. A la maison d'arrêt de Bordeaux par exemple (environ 500 détenus présents) le seul temps de distribution des médicaments cumulé (produits de substitution compris) correspond à 8 heures par jour pour une personne (dimanche non compris). A Fleury-Mérogis (2800 détenus présents) 19 ETP de préparateurs et d'infirmières sont mobilisés pour prendre en charge l'ensemble de l'activité quotidienne (commande, stockage, préparation des ordonnances, distribution, dispensation), sans compter les 2 pharmaciens hospitaliers à plein temps.

➤ *un accès plus aisé aux médicaments coûteux*

Bien que la majorité des médicaments soit désormais achetée à des prix hospitaliers moins élevés que ceux de l'officine (d'où ils provenaient souvent avant la réforme) la dépense quotidienne en médicament a nettement augmenté. Évalué par la mission sur un échantillon d'établissements pénitentiaire de taille différente, le coût moyen par détenu et par jour en 1999 était d'environ 6,20 F, c'est à dire environ 2,3 fois plus élevé qu'il y a 10 ans. A Fleury-Mérogis, le coût moyen par détenu et par jour, atteignait 7 F fin 1998 et était de 16 F par patient traité.

Les produits anti-infectieux (antirétroviraux, antiviraux, antibiotiques, qui représentent 42 % des dépenses par exemple à Fleury-Mérogis) sont mis à la disposition des détenus malades dans des délais raisonnables après leur mise sur le marché (cf. infra) et on assiste à une libéralisation progressive, quoique non encore générale, de l'utilisation des produits de substitution (27 % des dépenses à Fleury- Mérogis).

1.3.2.3 *L'émergence de nouvelles difficultés*

➤ *des risques de détournement et de trafic*

Une difficulté sérieuse concerne la recrudescence du trafic et des vols de médicaments. Ce phénomène, qui a été évoqué tant par les équipes médicales que par les autorités judiciaires et l'administration pénitentiaire est, selon les indications qui ont été fournies à la mission, en nette augmentation depuis la disparition de la fiole. A la maison d'arrêt de Bordeaux par exemple, la fouille d'un étage menée la veille de la visite de la mission, a permis la découverte de plusieurs centaines de comprimés non utilisés (le plus souvent neuroleptiques, produits de substitution, antalgiques, mais aussi antibiotiques, etc.) pour une bonne part avec un conditionnement hospitalier. Néanmoins, l'ampleur générale du phénomène n'a pu être quantifiée avec précision dans le cadre des présents travaux.

Le détournement et l'accumulation des médicaments ainsi stockés peuvent également s'inscrire dans une stratégie suicidaire. L'abandon de la " fiole " s'est traduit ainsi dans un premier temps par une augmentation inquiétante des intoxications médicamenteuses dans certains établissements, essentiellement chez les femmes, puis la situation s'est progressivement améliorée.

A Fleury- Mérogis par exemple, la pratique des fioles a disparu fin novembre 1995. Au cours de l'année 1996, le nombre d'intoxications médicamenteuses atteignait 59 dans la maison d'arrêt des femmes (pour une population moyenne de 350 femmes), mais passait à 18 pour les 6 premiers mois de l'année 1997. Au bâtiment D5 des hommes, le nombre d'intoxications était de 11 en 1996 et de 3 pour les 6 premiers mois de l'année 1997. Il n'y a pas eu de décès et le nombre d'intoxications, aux dires des personnels de santé, a nettement diminué depuis.

➤ *une sur-prescription de psychotropes*

Ce n'est pas tant le pourcentage élevé de détenus pour lesquels de tels produits sont prescrits qui est préoccupant (à Fleury-Mérogis par exemple, le pourcentage d'ordonnances comprenant des psychotropes, qui était de 35 % en 1995, a atteint 80 % en octobre 2000 et à Fresnes, 268 hommes sur 1600 avaient une prescription de psychotropes au moment de la visite de la mission) car ce taux peut traduire aussi bien une augmentation des troubles mentaux en détention, qu'un meilleur repérage ou une augmentation de la consommation, mais ce sont les posologies et les associations médicamenteuses constatées.

En effet, dans certains établissements, certains psychiatres prescrivent, pour des durées fort longues (jusqu'à un an, voire plus) et sans réexamen régulier, des doses souvent massives d'associations de neuroleptiques (de deux jusqu'à 6). Les médecins de l'UCSA s'en plaignent, compte tenu de l'importance des effets secondaires extra pyramidaux (Parkinson) qu'il faut ensuite corriger.

Or les conclusions de la conférence de consensus tenue en janvier 1994 sur "*les stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques*" indiquaient notamment que "*l'association de deux ou plusieurs neuroleptiques, à polarité distincte, ... relativement fréquente [n'était] une pratique validée par aucune étude contrôlée... En l'état actuel des connaissances, toute prescription comportant deux neuroleptiques doit être argumentée et périodiquement réévaluée*". Ces recommandations semblent trop peu appliquées. Il serait souhaitable que des recommandations de bonnes pratiques cliniques, adaptées au milieu pénitentiaire, soient formulées et largement diffusées pour éviter ces dérives et que leur mise en œuvre soit évaluée chaque année au cours de réunions associant pharmaciens et prescripteurs.

➤ *l'absence d'accès aux médicaments ne nécessitant pas une prescription médicale*

Les détenus ne peuvent acheter directement, comme le reste de la population, les spécialités non remboursées, qui n'ont pas besoin d'une prescription médicale pour être délivrées par un pharmacien.

Une réflexion devrait s'engager, pour examiner dans quelle mesure on ne pourrait pas libéraliser cet accès au moins partiellement, étant bien entendu que la délivrance de ces produits ne pourrait être faite qu'à la pharmacie intérieure de l'établissement, qui pourrait ainsi conseiller la personne, et non par la cantine.

1.4 L'affirmation d'une éthique des soins en prison

Le transfert au service public hospitalier de la responsabilité des soins aux personnes détenues a été vécu comme un événement allant bien au delà de la simple réforme administrative. Il a en effet consacré un profond changement culturel, dont les conséquences positives ont été immédiatement perçues par l'ensemble des acteurs concernés, même si elles ont aussi entraîné, ici et là, quelques interrogations sur la mission désormais assignée à chacun. Sur le plan institutionnel, le dispositif mis en place par la loi de 1994 a clairement contribué à une meilleure identification des rôles.

1.4.1 Le principe d'égalité d'accès aux soins

Le principe de la dignité de la personne humaine impose une définition de la prison qui rende compte de sa dimension citoyenne. Structure d'enfermement destinée à accueillir des personnes placées sous main de justice, elle se devrait d'être aussi un lieu propice à la réinsertion sociale. Au delà même de leur enjeu sanitaire -qui est bien sûr primordial-, les soins dispensés à la personne détenue ont une dimension de réinsertion, de reconstruction à la fois physique et psychologique et de redécouverte de sa dignité d'être humain. Dépister, soulager, soigner et si possible guérir, c'est se projeter dans l'avenir, c'est préparer « l'après ».

L'action sanitaire menée en prison n'est donc pas une activité à part et un peu marginale. Tout en conservant sa spécificité, elle est une composante essentielle des politiques judiciaire et sociale visant à la réinsertion.

L'adossement de la médecine pénitentiaire au secteur public hospitalier marque un progrès décisif vers l'égalité des soins. La tradition hospitalière pénètre dans le monde carcéral et bouleverse les logiques et les pratiques.

Le nouveau dispositif a donc eu un effet très sensible sur la professionnalisation de la médecine en prison qui évolue progressivement d'une médecine humanitaire, de l'urgence, à un mode de prise en charge hospitalier. Cette transformation, extrêmement bénéfique, est aussi le fruit des efforts d'adaptation quotidiennement engagés par les équipes médicales elles-mêmes, dont la mission a pu constater la motivation.

1.4.2 L'indépendance de la démarche sanitaire

Distinguer le malade du détenu impose une clarification des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire. En prison, l'équipe médicale ignore pour l'essentiel le statut judiciaire ou pénitentiaire du détenu et n'a pas en principe accès aux informations relatives au dossier pénal de ce dernier (exception faite des équipes travaillant en SMPR qui, pour assurer une meilleure prise en charge, ont connaissance de certains éléments concernant notamment l'infraction reprochée au détenu). L'absence de prise en compte de la qualité de détenu est donc la règle, même si elle est assortie de certaines limites incontournables.

Inversement, les logiques judiciaire et pénitentiaire sont étrangères à la démarche de soins et ne peuvent normalement interférer dans son déroulement.

Cette indépendance des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire que la loi de 1994 a appelé de ses vœux répondait à un ensemble de critiques formulées à l'encontre de la médecine pénitentiaire.

Dans la mesure où l'infirmerie n'était que l'un des services de la prison et que ses personnels étaient des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire, elle voyait peser sur elle de graves soupçons, celui de l'instrumentalisation au service de l'ordre public carcéral, celui de la non confidentialité et celui de la mauvaise qualité des soins.

En supprimant la médecine pénitentiaire, la réforme a opéré une meilleure identification des rôles et voulu briser ce soupçon. La politique sanitaire échappe dorénavant à l'administration pénitentiaire et, même si aujourd'hui, tous conviennent que ce changement constitue un réel progrès, il a d'abord été vécu comme une forme de dévalorisation de la tâche de surveillant, réduit au rôle de « porte-clef ».

Dans le cadre de ses investigations, la mission a cependant pu constater que la réforme est maintenant bien acceptée par les personnels pénitentiaires qui en comprennent les enjeux et en mesurent les conséquences. La grande majorité d'entre eux apprécie cette clarification des rôles qui leur permet de développer d'autres activités à l'égard des détenus, notamment dans les domaines de l'hygiène et de l'éducation pour la santé où leur contribution pourrait constituer un appoint utile et être encouragée, sous réserve d'une formation adéquate.

Toutefois, dans certains établissements de petite taille, cette clarification des rôles ne s'est pas toujours opérée et les pratiques antérieures tendent à perdurer.

1.4.3 Le respect du secret médical

Les violations du secret médical effectivement commises ou simplement alléguées ont nourri l'essentiel des soupçons visant la médecine pénitentiaire et alimenté une méfiance qui, aujourd'hui encore, n'a pas disparu. Ces soupçons n'étaient pas infondés car ils s'appuyaient sur un certain nombre d'éléments objectivement significatifs. L'un d'eux était essentiel : il s'agissait de l'organisation même de l'infirmierie pénitentiaire.

Cette structure dont on a déjà souligné qu'elle faisait partie intégrante de la prison, était, du point de vue de ses personnels, un service de l'administration pénitentiaire comme les autres. Dès la demande de consultation formulée auprès du surveillant et pendant tout le processus de soins, le détenu était donc identifié dans sa pathologie par des intervenants pénitentiaires souvent demandeurs d'informations car inquiets des risques de contamination, voire même par d'autres détenus, amenés à exécuter certaines tâches et par conséquent à circuler à l'intérieur de l'infirmierie.

Chaque événement du parcours sanitaire du détenu était ainsi susceptible d'être connu soit de l'administration pénitentiaire, soit des codétenus. Le stockage et la mise à jour des dossiers médicaux, la prise de rendez-vous, parfois en elle-même susceptible d'interprétations, la présence assez fréquente du surveillant lors de la consultation, la prise de rendez-vous à l'hôpital pour un examen ou pour une consultation ou encore l'organisation d'une escorte étaient autant d'occasions d'indiscrétions volontaires ou non.

En mettant fin à la confusion des rôles qui existaient dans les infirmeries pénitentiaires, la réforme a indiscutablement amélioré les pratiques antérieures.

Désormais, la gestion des dossiers, et les prises de rendez-vous médicaux sont assurées par le personnel médical des UCSA. De la même manière, et sauf cas particulier, l'absence du surveillant lors de la consultation paraît aujourd'hui effective.

Quelques difficultés subsistent néanmoins relatives à la conservation des dossiers médicaux, à la gestion des rendez-vous extérieurs et à la participation de détenus à certaines tâches les amenant à circuler dans les espaces médicaux.

➤ la conservation des dossiers médicaux

La mission a pu constater que la conservation des dossiers médicaux n'était pas toujours assurée dans des conditions satisfaisantes du point de vue du respect du secret médical. Armoires ou locaux ouverts et dépourvus de clefs pendant la journée paraissent être répandus. Des efforts relativement simples pourraient être accomplis rapidement en ce domaine mais il est clair que l'informatisation systématique de ces dossiers dans des conditions garantissant la confidentialité constitue à terme la seule solution adéquate. Des projets en ce sens existent d'ailleurs dans certains établissements.

➤ la gestion des rendez-vous extérieurs

Malgré les précautions qui sont prises pour assurer avec discrétion la gestion des rendez-vous extérieurs, il est très difficile de sauvegarder le secret médical lorsque le détenu doit consulter dans un service hospitalier spécialisé dans le traitement d'une forme de pathologie ou subir un examen particulier. Associée à l'organisation de l'escorte, l'administration pénitentiaire sera nécessairement informée de la destination, donc de la pathologie du détenu. On touche là à une contrainte inévitable de l'univers carcéral, dont sont conscients l'ensemble des acteurs.

➤ *la participation de détenus à certaines tâches dans les espaces médicaux*

Certains détenus sélectionnés par l'administration pénitentiaire accomplissent des tâches de nettoyage à l'UCSA et au SMPR. Cette pratique est à rejeter compte tenu des impératifs de respect du secret médical. Les détenus concernés ne peuvent en effet manquer d'identifier leurs co-détenus en attente de consultation et d'en tirer ensuite toutes conséquences sur la pathologie – réelle ou supposée – de ces derniers. Le risque est alors grand qu'ils divulguent ces informations en détention où, « tout se sait » et alimentent ainsi les rumeurs et, le cas échéant, les attitudes de rejet.

CHAPITRE 2 : DIFFERENTS BLOCAGES EMPECHENT CES PROGRES DE PRODUIRE TOUS LEURS EFFETS

2.1 Des interrogations sur le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA

2.1.1 Une adéquation à des besoins qui n'ont jamais été précisément définis

La définition des moyens nécessaires aux UCSA en fonction de la nature et de la taille des établissements pénitentiaires reposait sur les références fixées par le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994. (annexe 6). Ces références étaient calquées, avec quelques aménagements, sur celles qui avaient été adoptées lors de la construction des établissements 13000, pour lesquels la fonction santé était déjà assurée par des prestataires indépendants de l'administration pénitentiaire.

L'enquête de la direction des hôpitaux réalisée en 1997 aboutissait à la conclusion selon laquelle il y avait bien adéquation entre les moyens et les besoins définis. Cette adéquation doit cependant être prise avec prudence, car elle se fonde sur les références chiffrées contenues dans la circulaire de 1994 qui sont insuffisamment étayées.

De nombreux médecins des UCSA ont souligné le fait qu'en réalité, les besoins étaient largement méconnus lors du lancement du dispositif. Beaucoup ont insisté sur l'appréhension progressive des besoins à la fois liés à l'état sanitaire dégradé de la population carcérale et aux contraintes de l'organisation de la vie en détention.

A ces facteurs d'évolution s'ajoute une sous-évaluation très claire des besoins dentaires compte tenu de l'état dégradé de la denture de beaucoup de détenus, notamment des toxicomanes. Dans l'enquête de la DREES réalisée en 1997, près de la moitié des entrants ont un état bucco-dentaire qui nécessite des soins, (cette proportion monte à 66 % pour les usagers de drogue par voie intraveineuse) dont 2,5 % en urgence.

2.1.2 Une augmentation des besoins

De nombreux interlocuteurs de la mission soulignent le fait que la nouvelle offre de soins mise en place à partir de 1994 a également permis la formulation d'une demande de soins qui ne l'était pas auparavant : l'évaluation des besoins actuels implique de prendre en compte ce nouveau niveau d'exigence.

Le besoin en consultations de spécialistes doit être réévalué au regard de cette évolution : en passant d'une médecine quasi-humanitaire à une logique de plus en plus hospitalière, l'offre de soins doit comporter un nombre plus important de consultations spécialisées. Les normes de référence définies dans la circulaire de 1994 prévoyaient 0,05 ETP de médecins spécialistes pour 100 détenus, en incluant les masseurs kinésithérapeutes et les manipulateurs-radios, ce qui apparaît extrêmement faible.

Deux autres facteurs conduisent à accroître les besoins :

- le vieillissement de la population pénale, dont on a vu qu'il avait été très rapide, implique une consommation de soins plus importante ;
- la mise en place des traitements de substitution nécessite également des moyens humains dédiés, ne serait-ce qu'en infirmiers, pour assurer la distribution du subutex et de la méthadone.

Le passage des établissements 13 000 au régime prévu par la loi de 1994, qui s'est opéré durant le premier trimestre 2001, a entériné cette évolution des besoins en augmentant sensiblement les moyens en personnels médicaux et paramédicaux dans les UCSA créées dans ces établissements.

La définition des locaux affectés à l'UCSA est également un sujet qui appelle dans de nombreux établissements des nouveaux arbitrages : parce que l'exiguïté bloque la possibilité de nouvelles consultations de spécialistes, parce qu'elle rend très compliquée la distribution des produits de substitution et plus généralement parce qu'elle aboutit à un encombrement des UCSA, il est nécessaire de redéfinir des locaux en phase avec les besoins actuels. L'architecture carcérale ne facilite que rarement des aménagements même simples. Néanmoins, il est dommageable de voir dans certains établissements des projets d'éducation à la santé ou la venue de nouveaux spécialistes bloquée pour de simples motifs immobiliers.

La baisse actuelle de la population pénale (-7% sur la seule année 2000) pourrait nuancer ce diagnostic général sur les moyens. Cependant, la faillite des précédentes projections sur la population pénale et l'absence d'explications structurelles indiscutables à cette baisse conduisent à ne pas la prendre en compte. L'ensemble des professionnels soulignent plutôt qu'elle pourrait permettre de revenir à des conditions de détention plus « normales » et ainsi favoriser un exercice médical dans des conditions moins déterminées par l'urgence et la simple gestion des flux.

2.1.3 Une hétérogénéité entre les établissements pénitentiaires

L'inégalité qui caractérise les établissements pénitentiaires est une donnée indéniable du paysage carcéral français : les conditions de vie, l'état des bâtiments, les régimes sécuritaires sont fondamentalement différents, non seulement entre les maisons d'arrêt et les établissements pour peine, mais aussi à l'intérieur même de ces différentes catégories. La mise en œuvre de la loi de 1994 a constitué, dans l'ensemble des établissements visités par la mission, un progrès majeur dans l'accès aux soins des détenus. Néanmoins, cette amélioration des procédures et surtout l'apport de moyens n'ont pas été uniformes selon les établissements pénitentiaires.

L'enquête de la direction des hôpitaux réalisée en 1997 relevait d'importantes disparités selon les régions en terme d'effectifs : de 1 à 5 pour la présence de médecins généralistes et pour les chirurgiens dentistes, de 1 à 30 pour les médecins spécialistes (hors psychiatres) et de 1 à 2 pour les infirmiers et préparateurs en pharmacie. S'agissant de l'activité¹, on enregistrait aussi des écarts conséquents (de 1 à 2 pour les consultations de généralistes, de 1 à 8 pour les consultations de spécialistes, de 1 à 3 pour les consultations de dentistes).

¹ définie par le nombre de consultations.

En ce qui concerne l'activité des UCSA visitées par la mission, le volume de consultations généralistes rapporté au nombre moyen de places occupées en 1999 est variable selon les établissements : il oscille entre 5 par an à la maison d'arrêt de Rennes et plus de 8 pour la maison d'arrêt de Caen, dont la taille est relativement comparable. Dans les établissements pour peine, on observe également des disparités avec un ratio de 5,5 consultations par détenu et par an au centre de détention de Caen pour plus de 10 à la maison centrale de Poissy (annexe 5).

S'agissant des moyens financiers dégagés par les hôpitaux pour les soins en détention, les comparaisons entre les différents établissements tendent également à montrer des situations différentes, même s'il est important de prendre ces chiffres avec précaution. Le coût annuel par place occupée, qui ne prend en compte que le budget de l'UCSA et non pas l'ensemble des coûts effectivement supportés par l'hôpital, (notamment les consultations réalisées à l'hôpital et les hospitalisations) varie selon les établissements. Il était en 1999 d'environ 16 000 francs dans les prisons de Lyon contre 9400 francs à la Maison d'arrêt de Bordeaux et 8400 francs pour celle de Caen.

2.2 Une coopération défaillante entre les acteurs

Si l'identification des rôles était l'un des axes majeurs de la réforme de 1994, l'objectif d'un travail commun à l'ensemble des intervenants est aussi au cœur du projet de réinsertion des détenus. Il est aujourd'hui très partiellement rempli, tant les conflits de logiques, de territoires, de personnes viennent compliquer les procédures et multiplier les points de blocage.

2.2.1 Entre les acteurs situés à l'intérieur de la prison

2.2.1.1 Des rapports médecins – administration pénitentiaire souvent marqués par l'incompréhension

➤ *l'absence de coopération présentée comme un signe d'indépendance de la médecine en milieu pénitentiaire*

La mise en place des UCSA signifiait la séparation des tâches entre une entité issue de l'hôpital et l'administration pénitentiaire. Si l'on peut considérer que cette greffe a finalement bien prise, il est certain que cette appropriation du champ sanitaire en détention par le service public hospitalier a pu se construire dans un nombre important de sites sur le mode de la rupture vis à vis du système antérieur et des logiques carcérales. Il s'agissait de montrer sans ambiguïté cette séparation des fonctions.

Cependant, cette philosophie a conduit dans trop de cas à une opposition systématique, fondée sur une vision manichéenne, le mal étant représenté par l'administration pénitentiaire. Dans les faits, cela s'est souvent traduit par l'absence de réunions de coordination autres que purement formelles entre l'UCSA et l'administration pénitentiaire et la systématisation des conflits, perçus comme autant d'occasions pour l'UCSA de forger son identité et de construire son indépendance.

Il importe de ne pas sous-estimer la difficulté pour les UCSA d'assumer des responsabilités dans un milieu carcéral qui n'est en rien propice à un exercice serein de la médecine. Régler le problème, pacifier la détention est souvent l'objectif premier de l'administration pénitentiaire, ce qui n'est pas forcément compatible avec une logique de soins.

De plus, toute prise en compte trop aisée du « fait carcéral » conduit à l'oubli de la déontologie médicale et au glissement vers ce qu'ont pu être, dans certains endroits et à certaines époques, les compromissions de la médecine pénitentiaire. Néanmoins, la non-coopération systématisée ne peut tenir lieu de politique et l'on ne peut que regretter le glissement vers des situations de conflit.

➤ *des questions éthiques qui compliquent la relation*

La gestion du secret médical est le motif le plus fréquent de conflits entre l'administration pénitentiaire et le personnel médical. Plusieurs exemples illustrent ces tensions :

- la transmission d'informations à caractère médical sur des patients suivis par les UCSA dans les fiches établies par l'administration pénitentiaire pour organiser le transfert de détenus entre établissements est souvent très partielle, si elle n'est pas totalement absente, ce qui est mal accepté par l'administration pénitentiaire ;
- à la suite de fouilles réalisées par des surveillants, il arrive que des quantités importantes de médicaments soient découvertes dans une cellule. L'absence de réponse de la part des personnels des UCSA à des interrogations des surveillants sur ces découvertes est mal ressentie. Dans certains établissements, un protocole qui garantit le secret médical a été instauré afin de déterminer si ces médicaments correspondent effectivement à des traitements prescrits par un médecin. Dans d'autres lieux, cet échange d'informations n'existe pas et contribue à alourdir le climat entre les différents intervenants.

La volonté des médecins de délimiter strictement les fonctions de soignant et d'expert² est également mal comprise par l'administration pénitentiaire, comme parfois par les autorités judiciaires :

- l'obligation faite aux médecins par le code de procédure pénale³ de visiter le quartier disciplinaire est jugée par certains comme contraire à la déontologie médicale, en ce qu'elle implique de donner un avis d'expert sur la compatibilité d'un état de santé avec des conditions de détention. (cf. chapitre 3) ;
- la transmission de certificats médicaux dans des cas de violences entre détenus est également problématique : les personnels de l'UCSA estiment qu'ils n'ont aucune information à transmettre à l'administration pénitentiaire et que celle-ci doit faire appel à des experts médicaux si elle souhaite transmettre des éléments aux autorités judiciaires. Ils considèrent qu'ils doivent se limiter à délivrer le certificat au détenu concerné alors que les magistrats comme les cadres de l'administration pénitentiaire relèvent le risque bien réel d'agression auquel le détenu est à nouveau exposé lors de son retour en cellule, afin de le dissuader d'utiliser ce certificat. Dans certains cas, cette situation a conduit le parquet à requérir les médecins, en vertu de l'article 60 du Code de Procédure Pénale, afin d'obtenir des informations sur des agressions commises au sein de l'établissement pénitentiaire.

² Au sens où l'entend le code de déontologie médicale, dont l'article 105 dispose que « nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. »

³ Article D 251-4 du Code de procédure pénale : « La liste des personnes présentes au quartier disciplinaire est communiquée quotidiennement à l'équipe médicale. Le médecin examine sur place chaque détenu au moins deux fois par semaine, et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu »

➤ *un travail en réseau insuffisant avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)*

Plusieurs sujets mériteraient une approche commune des services de soins (UCSA comme SMPR) et du SPIP :

- la préparation de la sortie, notamment pour les détenus dont l'état de santé mentale justifie un suivi adapté à l'extérieur ;
- la prise en charge de la toxicomanie pour laquelle une coordination entre les médecins, les psychologues et les travailleurs sociaux paraît indispensable ;
- l'incitation aux soins pour les délinquants sexuels pour laquelle les SPIP pourraient jouer un rôle important de relais des SMPR et des psychiatres qui interviennent en détention.

Pourtant, rares sont les établissements pénitentiaires où ce travail en réseau s'effectue véritablement, les logiques de territoire jouant souvent à leur maximum. La volonté de dépasser notamment les problématiques liées au secret médical pour aller vers un secret professionnel partagé est faible, tandis que certains travailleurs sociaux sont réticents à aller plus loin que leur strict domaine de compétence pour entamer une démarche commune avec les services de santé.

➤ *des conflits liés aux conditions de vie en détention*

Dans un nombre important d'établissements, l'administration pénitentiaire – cadres de direction comme surveillants- critiquent l'usage répété de certificats médicaux qui leur paraissent avoir peu de rapport avec une nécessité médicale. Le cas des « douches médicales » est le plus souvent mis en avant, mais il faudrait aussi mentionner la prescription d'autres produits hygiéniques, d'ampoules électriques de plus fortes puissances, d'extracteurs d'humidité. Cependant, en établissant ce type de certificats, les médecins ne font que souligner les carences élémentaires des conditions de vie actuelles en prison. Ils agissent, comme leur code de déontologie le leur demande, dans le strict intérêt de leurs patients.

Beaucoup de médecins soulignent, de leur côté, les difficultés de toute prise en charge au regard des contraintes de l'univers carcéral :

- la nécessité pour la demande de soins de transiter, dans un très grand nombre de cas, par un intermédiaire, le surveillant, est souvent perçue comme une difficulté. Dans certains établissements, cette demande peut se faire néanmoins directement, soit lors du passage de l'infirmière qui distribue les médicaments, soit grâce à des boîtes aux lettres placées dans les couloirs des zones de détention ;
- la mise au quartier disciplinaire est jugée par certains médecins comme un traitement inhumain et dégradant qu'ils ne peuvent cautionner s'ils restent fidèles à la déontologie médicale⁴ ;
- au quotidien, il est fréquent que le détenu ne se rende pas à une consultation pour différentes raisons – parler, promenade, transfert...- sur lequel le médecin n'a pas de prise, et dont il est peu informé, ou trop tardivement ;
- la pratique des transfèrements successifs de détenus entre établissements pénitentiaires est également dénoncée par les médecins, parce qu'elle empêche toute prise en charge au long cours, que ce soit sur un plan somatique ou psychiatrique.

⁴ article 10 du code de déontologie médicale – cf. infra

2.2.1.2 Des relations UCSA-SMPR qui fonctionnent selon une logique de territoire

Les relations entre les personnels des UCSA et des SMPR sont, dans la quasi-totalité des sites visités par la mission, difficiles, oscillant la plupart du temps entre une absence de contacts autre que purement formels et des situations d'hostilité manifeste.

➤ *une circulation d'information défaillante*

Primordiale en détention, la transmission d'informations entre les personnels médicaux des deux services est, la plupart du temps, défaillante :

- l'existence de véritables dossiers médicaux communs au SMPR et à l'UCSA est actuellement très peu répandue. Si dans certains établissements comme à Loos, les conditions de conservation des dossiers de l'UCSA ne permettent pas de garantir une totale confidentialité, ce qui explique la réticence du SMPR à participer à l'élaboration d'un tel dossier, les obstacles dans les autres établissements tiennent bien souvent à une culture du secret dont on ne perçoit pas comment elle peut être opposée à des médecins s'occupant du même malade. Dans les maisons d'arrêt de Lyon ou de Fleury-Mérogis, des dossiers communs sont établis, preuve de la faisabilité de telles procédures. L'absence d'informatisation contribue néanmoins trop souvent au maintien de dossiers séparés qui est préjudiciable à une prise en charge globale des patients ;
- les demandes des personnels des UCSA, médecins et infirmiers, quant à l'état psychiatrique d'un détenu restent trop souvent sans réponse, même pour échanger des informations d'ordre très général ;
- sauf exception, il n'existe pas de véritables staffs médicaux permettant, sur des cas précis de patients, un échange d'informations entre les personnels médicaux. Les réunions communes sont rares, et rarement porteuses de projet commun. Aucun incident lié à une contre-indication de médicaments prescrits d'un côté par le SMPR et de l'autre par l'UCSA n'a été porté à la connaissance de la mission, les pharmaciens jouant souvent un rôle de régulateur dans ce domaine. Cependant, les garanties exigibles pour éviter des interférences médicamenteuses ne sont pas, à l'heure actuelle, réunies, ce qui est d'autant plus problématique que la consommation moyenne de médicaments en détention est importante.

➤ *l'absence de positions communes sur certains dossiers majeurs*

Trois dossiers importants font plus particulièrement l'objet de dissensions fréquentes entre UCSA et SMPR :

- la gestion de l'urgence psychiatrique est insuffisamment coordonnée dans beaucoup d'établissements, certains SMPR niant l'existence d'urgences psychiatriques, d'autres assumant au contraire leurs responsabilités en la matière. Dès lors, les médecins comme les infirmières des UCSA ressentent mal une absence de réponse face à des situations jugées problématiques ;
- la distribution des médicaments soulève des difficultés dans beaucoup d'établissements où ce sont les infirmières de l'UCSA qui distribuent l'ensemble des médicaments, y compris ceux prescrits par la SMPR ;
- la prise en charge de la toxicomanie, et plus particulièrement la gestion des traitements de substitution a également suscité des remous, même si la situation est en passe de s'améliorer. Les médecins de l'UCSA se plaignent d'être peu au fait des pratiques de prescription de leurs confrères psychiatres, alors même qu'il leur revient d'en gérer les conséquences physiologiques ;

➤ *les motifs de ces difficultés*

Plusieurs raisons, spécifiques à la médecine en milieu pénitentiaire, peuvent expliquer ces difficultés :

- les particularités de la prise en charge psychiatrique en détention peuvent justifier, comme il est dit plus loin, une vigilance très forte sur le respect du secret médical. Cependant, ce raisonnement aboutit trop souvent à un isolement du SMPR qui cultive son territoire et ses prérogatives et n'entend pas participer à un quelconque dialogue avec d'autres intervenants ;
- certains SMPR ont pu percevoir l'arrivée des UCSA dans les établissements pénitentiaires comme une forme d'intrusion, alors qu'eux même travaillaient en détention, souvent dans des conditions difficiles, depuis une dizaine d'années, voire depuis beaucoup plus longtemps. Dès lors, la mise en place des UCSA a perturbé la relation singulière qui pouvait exister entre le SMPR et l'administration pénitentiaire ;
- cette arrivée s'est, de plus, accompagnée d'opérations de rénovation importantes permettant l'installation des UCSA. Aujourd'hui, le contraste est parfois saisissant dans certains établissements, comme à la maison d'arrêt de la Santé ou à celle de Rennes, entre les locaux de l'UCSA et ceux du SMPR ;
- l'absence de garde des médecins du SMPR dans la quasi totalité de ces services aboutit dans certains cas, à ce que le médecin de l'UCSA de garde, dans les rares cas où il en existe, intervienne dans des conditions mal définies entre les deux services.

2.2.2 La coopération avec les acteurs extérieurs à la prison

La prise en charge de la santé en prison implique un nombre important d'acteurs administratifs qui entretiennent, entre eux, des rapports complexes :

- du côté du ministère de la justice, les autorités judiciaires, elles mêmes diverses et les différents échelons de l'administration pénitentiaire ont des responsabilités partagées, sans mentionner le rôle des services pénitentiaires d'insertion et de probation ;
- du côté sanitaire, les acteurs sont également nombreux : chefs de service des hôpitaux de rattachement des UCSA et des SMPR, direction des hôpitaux concernés, ARH, autorité préfectorale, DDASS, sans oublier le conseil général et la CPAM ;
- du côté de la sécurité publique, il faut également mentionner le rôle de la police et de la gendarmerie dans l'organisation des extractions médicales.

Dés lors, toute volonté de faire progresser la prise en charge passe par une large concertation, trop souvent bloquée par des logiques institutionnelles ou par la simple ignorance des modes de fonctionnement respectifs de chacun des acteurs.

2.2.2.1 La place de l'autorité judiciaire dans le dispositif

L'implication très inégale de l'autorité judiciaire dans le fonctionnement des établissements pénitentiaires a été soulignée à différentes reprises et notamment dans les rapports des commissions d'enquête de l'Assemblée nationale et du Sénat.

Le rapport de la commission présidée par M. Guy Canivet, premier président de la Cour de cassation⁵ indiquait à cet égard :

« Le contrôle par l'autorité judiciaire n'est pas le mieux aménagé de tous, du fait de l'imprécision des textes qui le régissent. En effet, l'article 727 alinéa 1^{er} du code de procédure pénale prévoit, pour le juge de l'application des peines, le juge d'instruction, le président de la chambre d'accusation, le procureur de la République et le procureur général, le pouvoir de « visiter » les établissements pénitentiaires sans en préciser le contenu, tandis que l'article D 230 dudit code évoque simplement la visite et le contrôle de ces établissements. Peut-être est-ce là une des raisons de l'opinion communément répandue selon laquelle le contrôle de l'autorité judiciaire n'est ni effectif, ni efficace, pour apparaître souvent formel. »

S'agissant du volet sanitaire, la place des magistrats apparaît floue, compte tenu du nombre important d'acteurs administratifs concernés et des cloisonnements que cette situation engendre. La mission a cependant constaté que des efforts avaient été accomplis en certains endroits où, par exemple, des groupes de travail thématiques et pluridisciplinaires avaient été mis en place (sur le suicide notamment).

Cela dit, il reste qu'en dehors du contrôle proprement dit, la coopération au cas par cas entre l'autorité judiciaire et plus spécialement les juges de l'application des peines et les intervenants médicaux en détention est problématique.

La gestion des permissions de sortir pour raison médicale, point évoqué plus loin dans le rapport, reste un domaine où la transmission de l'information est souvent difficile.

Plus fondamentalement, le positionnement des médecins, et en particulier des psychiatres vis à vis des procédures d'aménagement de peines est délicat et varie selon les professionnels et les établissements concernés. Un grand nombre de médecins entendent rester à l'écart de ces procédures, pour éviter la confusion entre soignants et experts. Ce point de vue, conforme au code de déontologie médicale, prive cependant le juge de l'application des peines d'informations qui lui sont indispensables pour déterminer le mode d'aménagement de peine le plus adéquat, en vue de préparer la réinsertion du détenu et en prévenant autant que faire se peut tout risque de récidive.

Ces difficultés, bien réelles, ne sont cependant pas toutes résolues de la même manière d'un endroit à l'autre. Les équipes de certains SMPR participent au processus de préparation de la sortie et dialoguent avec le juge de l'application des peines soit lors de réunions organisées à cet effet, soit en assistant aux réunions de la commission d'application des peines. Cette attitude est loin de faire l'unanimité, tant auprès des personnes médicales que de certains responsables pénitentiaires qui en soulignent l'ambiguïté. De plus, l'absence d'unité de vue entre les différents magistrats sur ces questions et la diversité de leurs pratiques ne facilitent pas la mise en œuvre d'une coordination qui serait pourtant souhaitable. Ces divergences rendent nécessaire une harmonisation des textes et des pratiques précédée d'une réflexion éthique proposée par la mission (cf. chapitre 4)

⁵ Rapport au garde des sceaux sur l'amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires. Janvier 2000.

2.2.2.2 *L'intervention de la sécurité sociale*

L'article D 366 du Code de procédure pénale dispose que « *les détenus sont affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. A ce titre, ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général dans les conditions fixées par les articles L. 381-3 du Code de la sécurité sociale.* ». La mission a pu vérifier que cette affiliation se faisait sans difficulté. Cependant, la gestion de la sortie des détenus est plus problématique.

L'article R 161-4 du Code de procédure pénale dispose qu'est « *fixée à quatre ans la durée de la période prévue à l'article L. 161-13 pendant laquelle les détenus libérés, s'ils ne bénéficient pas de l'assurance maladie et maternité à un autre titre, bénéficient pour eux-mêmes et leurs ayants droit des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention ou, à défaut, du régime général.* »

L'objectif du législateur était d'éviter toute rupture dans la couverture sociale des sortants de prison afin de garantir la continuité de la prise en charge médicale.

Les procédures adoptées par les caisses primaires d'assurance maladie sont conformes au cadre législatif et réglementaire existant. Néanmoins, des difficultés d'organisation empêchent dans certains cas la remise aux sortants de prison de leur attestation de sécurité sociale. Si certaines modalités de levée d'écrou – sortie immédiate – rendent effectivement difficile cette remise, certains blocages purement techniques devraient pouvoir être surmontés.

Une coopération plus en amont de la sortie pourrait permettre de mieux préparer celle des malades nécessitant une prise en charge lourde, afin, par exemple, que les demandes d'ALD – affections de longue durée – soient instruites avant que le détenu ne sorte de prison.

En outre, la mission a constaté qu'au centre pénitentiaire des Baumettes, les délais de réponse de l'assurance maladie aux demandes d'entente préalable étaient plus longs pour les détenus que pour la population générale. Cet inconvénient a notamment été constaté pour les soins dentaires.

2.2.2.3 *Le rôle du conseil général*

De par son rôle général dans la prévention des maladies infectieuses, le conseil général est l'un des partenaires importants, notamment pour le dépistage et l'éducation à la santé. Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 9 décembre 1994 rappelle cette compétence pour les MST et la tuberculose.

Dans la majorité des établissements visités par la mission, le conseil général remplit effectivement le rôle qui est défini par des conventions avec l'hôpital de rattachement et l'établissement pénitentiaire. La prise en charge du dépistage de la tuberculose est, la plupart du temps, réalisée dans des conditions satisfaisantes.

Parfois, cette coopération va même au-delà des obligations légales du conseil général en rendant possible la venue de certains intervenants extérieurs (diététiciens, travailleurs sociaux...).

La mission a néanmoins relevé dans certains établissements de taille très variable un investissement insuffisant des conseils généraux concernés dans l'organisation de la venue des CDAG en détention. Ce point qui sera abordé plus loin dans le rapport contribue dans certains cas à limiter l'accès au dépistage du sida.

La participation de services du département dans les programmes d'éducation à la santé est souvent limitée, ce qui peut néanmoins s'expliquer par l'absence de sollicitation de la part des UCSA pour qui l'éducation à la santé est trop rarement une priorité.

2.2.3. Un exemple de la nécessité de cette coopération : la prévention du suicide

➤ données générales sur le suicide en France

En France ⁶, le suicide et les tentatives de suicide sont un important problème de société et de santé publique. En 1997, 11 000 suicides ont été enregistrés dans les statistiques annuelles de décès, soit un taux de 1,9 suicide pour 10 000 habitants. Mais ce nombre de 11 000 suicides ne prend pas en compte certains phénomènes de sous-déclaration estimés être de l'ordre de 20 à 25%. En dépit de cette sous-estimation, le suicide est la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans, la deuxième (après les accidents de la route) entre 15 et 24 ans.

Sur les décès enregistrés, les suicides sont majoritairement masculins (8 000 hommes contre 3 000 femmes) et leur taux croît avec l'âge jusqu'à 40 ans puis très fortement au-delà de 70 ans. En nombre absolu, les décès par suicide les plus nombreux interviennent entre 35 et 55 ans. Les principaux modes de suicide sont, après la pendaison, les armes à feu pour les hommes et les intoxications pour les femmes.

La majorité des tentatives de suicide donnent lieu à un recours au système de soins. On estime qu'il y a entre 130 000 et 180 000 tentatives de suicide par an. Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes, surtout des jeunes. Le taux de récurrence est élevé, de l'ordre de 35 à 45%.

➤ le suicide en milieu carcéral

Il existe en France, comme dans les autres pays occidentaux, une sursuicidité en milieu carcéral. Cette sursuicidité est mesurée par le rapport entre les taux bruts de suicide dans la population carcérale et dans la population générale. Dans les pays occidentaux, selon une étude réalisée par la DAP ⁷, le coefficient de sursuicidité observé varie de 4 en Finlande à 24 en Irlande ; la France, avec un coefficient de sursuicidité de 12, se classe en position médiane.

Le coefficient de sursuicidité tel que défini ci-dessus est un ratio calculé à partir de taux bruts de mortalité ; il ne tient donc pas compte des asymétries démographiques des populations comparées (population carcérale et population générale). Cette manière de mesurer la sursuicidité est la méthode actuellement retenue pour des raisons de simplicité et pour permettre des comparaisons aisées entre pays ayant des systèmes de recueil statistique différents. Mais cette imperfection de la méthode doit rester présente à l'esprit pour ne pas faire d'interprétations hâtives entre pays dont les structures démographiques pénitentiaires sont différentes ou, s'agissant d'un même pays, lorsque la structure démographique pénitentiaire du pays varie au fil des années. Pour ce qui est de la France, il conviendrait donc d'affiner les données utilisées en mesurant la suicidité carcérale par tranches d'âges et en calculant des coefficients de sursuicidité standardisés.

Par ailleurs, alors que le taux de suicide dans les prisons françaises a été relativement stable autour de 11 à 15 suicides annuels pour 10 000 détenus durant les décennies 1970 et 1980, on observe à partir de 1992 une augmentation sensible et persistante de la mortalité par suicide. Le tableau ci-dessous montre cette évolution.

Taux annuel de suicides en prison, pour 10 000 détenus (France métropolitaine)

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Suicides enregistrés	39	64	59	67	95	101	101	107	138	125	118	124	121
Taux de suicide ⁸	9,9	14,6	12,3	13,2	18,3	19,3	18,2	19,1	24,4	22,3	21,5	22,6	23,9

Source : Direction de l'administration pénitentiaire, Bureau PMJI.

⁶ Source : Suicides et tentatives de suicide en France – Une tentative de cadrage statistique - DREES, Etudes et résultats n° 109, avril 2001.

⁷ Suicides et dispositifs de prévention du suicide dans différents pays européens et d'Amérique du Nord - DAP-PMJI, Maud Guillonnet, août 2000, 12 pages + annexes (contributions des différents pays).

⁸ Calculé par rapport à la population moyenne (somme des populations au 1^{er} janvier de chaque mois / 12 mois)

L'épidémiologie des suicides en milieu carcéral montre que ⁹ :

- la pendaison est surreprésentée comme modalité d'accomplissement du suicide (92,7% des morts par suicide) ; ce mode de passage à l'acte est prépondérant du fait du contexte carcéral qui limite l'accès aux autres moyens ;
- à l'inverse des données générales, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque au moment de l'incarcération ;
- des périodes critiques sont repérées : le premier mois d'incarcération (1/3 des suicides) et la première année (3/4 des suicides) ;
- 60% des suicidés sont des prévenus ;
- 90,7% des suicides ont lieu en maison d'arrêt ;
- le risque de suicide est 7 fois plus élevé en quartier disciplinaire qu'en détention ordinaire ;
- les détenus qui se suicident semblent exprimer leur vulnérabilité particulière par un nombre considérable de tentatives de suicide.

La recherche des facteurs ou indicateurs de risque suicidaire est un élément important à prendre en compte pour le repérage et le dépistage des personnes à risque. Outre les éléments rappelés plus haut, il existe aussi des variations selon les différentes catégories de détenus : primo-incarcérés, délinquants sexuels, malades mentaux, etc.

En cas de doute, l'existence d'une pathologie mentale doit être systématiquement recherchée, le risque suicidaire étant particulièrement élevé chez les déprimés (que la dépression soit réactionnelle ou non) et chez les schizophrènes. Ceci explique d'ailleurs l'incidence élevée des suicides chez les détenus suivis par les psychiatres, y compris dans les locaux mêmes des SMPR, dont on verra qu'ils n'assurent pas d'hospitalisation complète. C'est ainsi que le SMPR de Lyon a connu quatre suicides en deux mois durant l'été 2000, alors que le SMPR venait d'être installé dans de nouveaux locaux qui représentaient un réel progrès par rapport à la situation antérieure.

L'évolution du nombre des suicides est aussi à rapprocher de celle des tentatives de suicide et des actes d'automutilation.

Suicides, tentatives de suicide et actes d'automutilation en milieu carcéral

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Suicides	107	138	125	118	125	121
Tentatives de suicide	680	827	1 022	1 006	812	918
Actes d'automutilation	1 786	1 763	1 337	1 362	ND	ND

Source : Direction de l'administration pénitentiaire.

⁹ Source : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - ANAES et Fédération française de psychiatrie - Conférence de consensus des 19 et 20 octobre 2000.

Face à cette évolution défavorable, une réflexion a été engagée. Une circulaire du ministre de la justice relative à la prévention des suicides a été diffusée le 29 mai 1998 à l'ensemble des établissements pénitentiaires¹⁰. Elle s'articule autour de trois axes principaux :

- un effort sur l'accueil du détenu, à la fois en terme d'hygiène et d'information sur le parcours carcéral ;
- une action sur le repérage des détenus à risque qui doit faire l'objet d'une prise en charge globale, et notamment une attention particulière aux détenus auteurs d'actes auto-agressifs ;
- un placement en prévention au quartier disciplinaire qui doit rester exceptionnel ;
- après un suicide, des actions à l'égard de la famille du défunt, de ses codétenus et des personnels.

En outre, depuis septembre 1997, un programme d'action pour la prévention du suicide est expérimenté dans onze sites pénitentiaires pilotes. Il s'agit notamment d'individualiser au maximum l'accueil en détention afin de :

- mieux repérer les détenus fragiles ;
- mettre en place un dispositif d'observation qui permette un suivi individualisé et pluridisciplinaire des détenus présentant des risques suicidaires ;
- réorganiser le fonctionnement des quartiers disciplinaires, lieu à risque élevé de passage à l'acte.

Cette expérimentation a fait l'objet d'un premier bilan. Le rapport du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral, resté jusqu'ici confidentiel, préconisait d'étendre le dispositif aux établissements pénitentiaires connaissant un fort taux de suicides. S'agissant du signalement des détenus à risque, l'évaluation souligne l'intérêt des commissions pluridisciplinaires associant personnels de santé, surveillants, cadres de l'administration pénitentiaire et travailleurs sociaux. Il note que les relations entre les services pénitentiaires et les services médicaux dans ce domaine « *sont en général jugées satisfaisantes de part et d'autre,* » tout en relevant que « *le personnel pénitentiaire souffre d'une absence de retour de l'information justifiée souvent par le respect du secret médical.* »

Plus récemment, se fondant sur les comparaisons internationales relatives à la mortalité par suicide, la ministre de la justice a demandé à son administration d'étudier les mesures mises en œuvre par différents pays européens pour réduire l'incidence des suicides en détention.

➤ *des réalisations encore trop modestes et timides sur la prévention*

La mission a constaté que la circulaire du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides est généralement connue des responsables des établissements pénitentiaires. Mais très peu d'établissements visités avaient organisé une réflexion collégiale sur la prévention des suicides dans leur établissement.

Dans les rares établissements où une démarche de ce type avait été engagée, elle l'avait généralement été à l'initiative de l'administration pénitentiaire. A Lyon par exemple, une commission de prévention du suicide associant des personnels pénitentiaires et médicaux se réunit selon un rythme bi-mensuel et a mis en place une fiche personnalisée sur laquelle les différents intervenants mentionnent les éléments de nature à justifier une vigilance particulière.

Les services de santé, qu'il s'agisse des UCSA ou des SMPR ou des secteurs psychiatriques ne jouent pas un rôle moteur dans ce type de démarche. La réactivité de certains SMPR face à des signalements ou des urgences psychiatriques est jugée insuffisante par la direction des établissements concernés comme par certains personnels des UCSA. Dans un autre établissement cependant, c'est l'UCSA qui se refuse à participer à une réflexion pluridisciplinaire sur le suicide.

¹⁰ Circulaire (justice/DAP) n° JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

Plus généralement, les personnels médicaux sont apparus assez peu enclins à se saisir par eux même de cette problématique pour des raisons diverses : les UCSA sont centrées sur l'aspect somatique et l'importance de leur activité les empêche souvent d'envisager une implication plus spécifique sur la prévention du suicide, même si le travail quotidien fait par les soignants, médecins comme infirmiers, peut contribuer à apaiser des situations. S'agissant des SMPR ou des secteurs de psychiatrie, leur intervention est dans certains sites conditionnée à une demande expresse du détenu, ce qui est loin d'être toujours le cas chez des personnes suicidaires. La crainte de voir leur responsabilité engagée peut également jouer un rôle dans ces réticences.

S'agissant des préconisations faites par la circulaire de mai 1998 ou par les précédentes, les réalisations sont généralement modestes :

- les quartiers pour arrivants sont encore insuffisamment nombreux et l'aménagement de leurs cellules n'est pas souvent de nature à atténuer le stress et la détresse éprouvée à l'entrée en prison ;
- la gestion des écrous tardifs très nombreux dans certaines maisons d'arrêt demeure problématique ;
- certains établissements ont mis en place une fiche de signalement, mais insuffisamment partagée et trop lentement mise à jour; la crise suicidaire pouvant avoir une évolution très variable et parfois très rapide ;
- l'accueil personnalisé des détenus signalés est insuffisamment collectif et partagé.

L'enquête exhaustive réalisée récemment par la DAP sur les modalités d'application de la circulaire du 29 mai 1998 devrait permettre de préciser les constats faits par la présente mission.

➤ *la gestion de l'après suicide*

La survenue d'un suicide en milieu carcéral est une épreuve, non seulement pour la famille du défunt, mais aussi pour les codétenus, les personnels. Un suicide est toujours vécu comme un échec. Il peut s'y ajouter, du fait de l'enquête administrative systématique, l'inquiétude de se voir mis en cause dans la recherche de responsabilités éventuelles.

En cas de suicide, le parquet fait procéder systématiquement à une recherche des causes de la mort, avec autopsie et analyses toxicologiques. Cette pratique se comprend aisément dans un tel contexte, de manière à dissiper les interrogations sur les circonstances du décès, quand bien même le suicide apparaîtrait-il évident.

Mais les conclusions de ces autopsies et examens toxicologiques restent le plus souvent confidentielles et ne sont portées ni à la connaissance des familles quand elles le souhaitent et avec les précautions qui s'imposent, ni aux personnels pénitentiaires et soignants aux fins d'analyse étio-pathologique et pour en tirer les leçons utiles. Il est vrai que le besoin de transparence se heurte au problème juridique de compatibilité avec les dispositions de l'article 11 du code de procédure pénale relatives au secret de l'enquête et de l'instruction.

Enfin, la survenue d'un suicide en prison donne rarement lieu, en dehors de l'enquête administrative pénitentiaire, à une véritable réflexion sur ses circonstances: débriefing ou démarche de type "réagir" ou "retour d'expérience". Il paraît pourtant essentiel que les services de santé puissent disposer de ces informations pour avoir un regard critique sur leurs prescriptions ou leurs prestations, indépendamment de toute préoccupation immédiate de recherche de responsabilité.

Le soutien psychologique des personnels pénitentiaires ayant été confrontés à un suicide est, lui, en progrès, les DRSP rencontrées ayant témoigné de leur préoccupation et de leur volonté de progresser sur cet aspect. Pour ce qui est de la prise en charge des familles des défunts, la mission n'a pas relevé d'initiative particulière.

2.3 L'attribution de certaines missions à l'hôpital public n'a pas permis de trouver des solutions satisfaisantes

2.3.1 Un besoin en soins dentaires mal couvert

Les soins dentaires figurent parmi les motifs de mécontentement fréquemment exprimés par les détenus. C'est ce qui ressort des plaintes adressées à l'IGAS (annexe 8). L'insuffisance des moyens disponibles pour les soins dentaires était déjà apparue lors de l'enquête réalisée au premier trimestre 1997 à la demande de la direction des hôpitaux.

Le grief le plus fréquent concerne les délais d'attente pour une consultation avec un dentiste. Dans certains établissements, en dehors des situations d'urgence qui sont traitées de manière généralement satisfaisante, il peut arriver que le délai d'attente imposé au détenu soit de plusieurs semaines. La cause habituelle de ces délais réside dans une insuffisance des plages de consultations dentaires par rapport à la demande exprimée ; les moyens mis en place ne sont donc pas au niveau du besoin. Ce peut être aussi une difficulté temporaire à faire assurer les vacations dentaires prévues, par exemple à l'occasion du départ d'un chirurgien-dentiste ou de ses congés. Les établissements hospitaliers éprouvent des difficultés à mettre à la disposition des UCSA des chirurgiens dentistes, eux-mêmes n'étant souvent dotés que de services de stomatologie.

De plus, l'absence d'assistant dentaire, constatée dans la quasi-totalité des établissements visités par la mission, contribue à limiter l'offre de soins dentaires en réduisant la productivité des chirurgiens dentistes. Selon les praticiens interrogés, la présence d'un assistant dentaire aux côtés d'un dentiste permet d'augmenter la productivité de celui-ci de 30 à 40%. L'assistant dentaire contribue également à réduire les appréhensions des patients, participe à la désinfection du matériel et réduit les risques de détournement d'instruments dentaires à des fins dangereuses.

La seconde catégorie de mécontentements porte sur la nature et la diversité des soins dentaires réalisés au sein des UCSA. C'est la conséquence, pour l'essentiel, de l'application stricte de la circulaire du 8 décembre 1994 aux termes de laquelle *"le détenu bénéficie de la prise en charge de l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) dans la limite des tarifs de responsabilité. Les dépassements autorisés pour certains actes sont à la charge des détenus. Le chirurgien-dentiste hospitalier ne peut pratiquer que des actes inscrits à cette nomenclature"*.

Certains détenus se plaignent ainsi de n'avoir accès qu'à des soins "basiques", quand on ne leur conseille pas d'attendre leur sortie, si elle n'est pas trop lointaine, pour envisager les soins qu'ils réclament.

L'accès aux soins conservateurs ne pose pas de problèmes particuliers. Il s'agit là d'un point essentiel, tant les obturations dentaires à la suite de caries ou les interventions pour détartrage sont nécessaires pour cette population. En effet la consommation d'opiacées et de neuroleptiques contribue à l'aggravation de l'état bucco-dentaire.

L'accès aux soins chirurgicaux courants (extractions multiples sous anesthésie générale et traitement des lésions osseuses et gingivales) ou à la chirurgie maxillo-faciale pose les mêmes problèmes que les autres soins chirurgicaux (escorte à l'hôpital, organisation de consultations de stomatologie dans les UCSA).

En revanche, l'accès aux prothèses conjointes et adjoindes est limitée aux techniques admises à la NGAP¹¹, sauf si le chirurgien dentiste a accès, par l'intermédiaire de l'hôpital, à des techniques plus élaborées (céramiques et implants), comme c'est le cas à la maison d'arrêt de Gradignan. Par ailleurs, le tarif de responsabilité laisse au détenu une part importante des dépenses. Cependant, le droit ouvert aux détenus de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire doit permettre de pallier les carences de l'intervention de l'administration pénitentiaire en cas d'indigence du détenu. Si la situation du détenu – notamment condition de ressources du foyer – lui permet de bénéficier de cette couverture, celle-ci doit permettre de prendre en charge les dépassements de tarifs appliqués pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie faciale¹².

Enfin, l'accès à l'orthodontie est pratiquement impossible dans la mesure où la responsabilité de l'assurance maladie est limitée aux traitements commencés avant 16 ans.

Les transfèrements de détenu d'un établissement pénitentiaire à un autre sont une difficulté supplémentaire pour la continuité des soins. Certains dentistes refusent d'engager des soins prothétiques s'ils n'ont pas un minimum d'assurance quant au maintien du détenu jusqu'à la fin des soins envisagés. La plupart ont d'ailleurs le souvenir de prothèses plus ou moins coûteuses restées inutilisées par suite de la sortie ou du transfèrement de leur destinataire. Le problème est réel, mais la mission estime qu'un suivi pourrait être mieux organisé.

Néanmoins, sur le plan des locaux et des équipements, les conditions d'installation des cabinets dentaires en milieu pénitentiaire ont été bien améliorées, bénéficiant de la rénovation d'ensemble des UCSA. La plupart des fauteuils dentaires vus par la mission sont modernes. Cependant, l'exiguïté des locaux affectés aux cabinets dentaires limite l'offre de soins.

En résumé, si les soins dentaires prodigués en prison correspondent bien à ceux qui sont dispensés à l'hôpital, il reste vrai qu'ils n'offrent pas la diversité et la souplesse de prise en charge qu'on peut trouver dans le secteur de ville.

2.3.2 La fourniture de certains services ou prestations

Lors de ses visites, la mission a pu noter que la fourniture aux détenus de certains services ou de certaines prestations soulevait des difficultés parfois importantes. D'un établissement à l'autre, elle a observé des situations disparates dont elle décrit ci-après les principaux éléments.

2.3.2.1 Les difficultés d'organisation des consultations de spécialistes

De fortes hétérogénéités existent entre les établissements pénitentiaires et il est aujourd'hui nécessaire de réajuster l'offre de soins pour tenir compte non seulement de l'augmentation des besoins mais aussi de leur diversification.

Dans la plupart des établissements visités par la mission, les UCSA présentent un sous-dimensionnement plus ou moins important en matière de consultations de spécialistes. Certaines spécialités (neurologie, rhumatologie), sont totalement absentes ou presque. D'autres spécialités (dermatologie, orthopédie, ophtalmologie, ORL) sont présentes mais de manière limitée et ne peuvent donc répondre toujours à la demande de soins.

Trois facteurs objectifs viennent limiter la possibilité d'organiser des consultations spécialisées dans les UCSA :

¹¹ En ce qui concerne les prothèses hors nomenclature, elle reste, comme dans le milieu libre, à la charge totale du détenu.

¹² Cette prise en charge ne peut excéder un plafond fixé à 2600 F par bénéficiaire, par période de deux ans, ce plafond n'étant pas applicable lorsque les frais engagés correspondent à des prothèses amovibles d'au moins dix dents et à des traitements d'orthopédie dento-faciale ou en cas « d'impérieuse nécessité médicale »

- la taille de l'établissement conditionne le besoin en terme de consultations spécialisées. Un établissement trop petit ne génère pas suffisamment de demandes pour justifier l'organisation de telles consultations ;
- l'équipement lié à certaines spécialités rend nécessaire un déplacement à l'hôpital ;
- la pénurie de spécialistes qui existe dans certaines régions pour certaines spécialités aggrave encore la situation, d'autant plus que la localisation de certains établissements pénitentiaires en zone rurale ou peu accessible contribue à la désaffectation de certains praticiens pour la prison.

A ces éléments objectifs s'ajoutent d'autres facteurs plus dépendants de la volonté des différents acteurs :

- l'exiguïté des locaux d'un grand nombre d'UCSA limite la venue de personnels médicaux. Cette situation est problématique, s'agissant des établissements visités par la mission, à Caen, Loos et Fleury-Mérogis. La mission a pu observer en maints endroits que plusieurs praticiens devaient se partager un seul cabinet de consultations, local de dimensions souvent modestes et de surcroît encombré par le matériel médical correspondant aux différentes spécialités qui y sont pratiquées. Même si des vacances supplémentaires étaient mises en place, elles ne pourraient pas se dérouler dans les conditions actuelles d'hébergement de nombreuses UCSA ;
- la motivation de nombreux spécialistes à venir travailler en prison est souvent limitée, ceux-ci préférant rester au sein de leur service hospitalier ;
- la venue de spécialistes à l'UCSA varie aussi selon les hôpitaux de rattachement, lesquels sont plus ou moins bien pourvus en spécialités ;
- enfin, la détermination de l'hôpital de rattachement à mettre en place de telles consultations apparaît parfois faible, même si elle se heurte souvent aux obstacles déjà mentionnés.

La situation apparaît donc extrêmement variable selon les établissements et les spécialités concernées. Le tableau suivant donne une idée de cette disparité sur un échantillon d'établissements et à partir de trois spécialités nécessaires en détention :

Consultations spécialisées dans un échantillon d'UCSA (1999)

	Lyon	Bordeaux	Caen	Loos	Rennes	Fleury Merogis	Baumettes
Gastro-entérologie	non	non	oui	non	oui	oui	oui
Orthopédie- traumatologie	oui	non	non	non	non	non	oui
Dermatologie	non	oui	oui	oui	non	oui	oui

Source : rapports d'activité des UCSA - 1999

On observe que la présence de consultations spécialisées n'est pas uniquement liée à la taille de l'établissement pénitentiaire.

Ces mêmes difficultés sont également présentes en ce qui concerne les soins de kinésithérapie et d'orthophonie. Vacances insuffisantes, locaux exigus et à « usage multiple » ne permettent pas toujours une prise en charge adaptée. En ce qui concerne la kinésithérapie, la mission a observé que, faute de place, le cabinet n'était parfois même pas équipé de tout le matériel nécessaire.

Sensibilisés à ces questions par les personnels des UCSA, les responsables des hôpitaux de rattachement paraissent avoir pris la mesure du problème et des efforts ont été accomplis dans certains établissements où des vacations supplémentaires ont été prévues et budgétées. Mais ces efforts restent encore insuffisants et sont surtout disparates. Un réel pilotage, conduit établissement par établissement, à partir de tableaux de bord prenant mieux en compte les besoins sanitaires de la population pénale, serait sans doute très souhaitable. Il reste bien entendu que l'exiguïté des locaux appelle de toutes façons des solutions nouvelles en termes d'aménagement immobilier.

2.3.2.2 Les difficultés relatives à la fourniture de prothèses orthopédiques et d'audioprothèses

Les équipes médicales des UCSA ont signalé aux membres de la mission des difficultés relatives à la fourniture et à la prise en charge financière des prothèses orthopédiques et des audioprothèses. Ces difficultés sont d'ailleurs souvent évoquées dans les plaintes de détenus reçues à l'IGAS.

Pour l'essentiel et jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 27 janvier 1999 instaurant la CMU (et notamment la CMU complémentaire), les modalités de cette prise en charge étaient les suivantes : selon le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, les appareillages et les prothèses font, comme les médicaments, l'objet d'une prescription dans le cadre de l'activité de l'UCSA.

Les appareillages et les prothèses, ainsi que leur renouvellement éventuel, sont réalisés à la diligence de l'établissement de santé signataire du protocole soit directement, soit par l'intermédiaire de fournisseurs.

Quant aux modalités de prise en charge financière, le guide méthodologique prévoit que ces appareils sont financés sur les crédits de l'établissement de santé et pris en charge par la dotation globale.

Quant à la part effectivement laissée à la charge du détenu, elle variait selon les différents appareillages :

- *les prothèses orthopédiques :*

Pour le grand appareillage orthopédique (prothèses et orthèses), comme d'ailleurs pour les véhicules pour handicapé physique, le tarif de remboursement par la sécurité sociale est égal au prix de vente. Quant au taux de remboursement, il est de 100% de ce tarif. Il n'existe donc en principe aucun problème de remboursement de ces prothèses pour les détenus. Mais restent les difficultés de délais et d'imputation sur le budget de l'hôpital, s'agissant, pour ce dernier, de dépenses auxquelles il n'est pas accoutumé.

Pour le petit appareillage orthopédique (orthèses seulement), le taux de remboursement est en principe de 65% et ce taux peut être porté à 100% pour certaines affections. Mais, le ticket modérateur étant à la charge de l'Etat (article L 381-30-5 II du code de la sécurité sociale), le détenu n'a pas à le supporter ni même à en avancer le montant.

Par contre, il y a, pour ces matériels, décrochage du tarif de remboursement par rapport au prix de vente. La différence entre le prix de vente et le tarif de remboursement, qui peut être tout à fait significative restait donc la charge du détenu, ce qui explique les difficultés exprimées par les équipes médicales des UCSA. En application des dispositions de l'article D 367 du code de procédure pénale, l'administration pénitentiaire peut se substituer au détenu dont les ressources sont insuffisantes. Cette faculté est cependant rarement exercée selon les renseignements fournis à la mission par la direction de l'administration pénitentiaire.

La mise en œuvre de la CMU complémentaire doit permettre de résoudre ces difficultés, les détenus y ayant accès. Mais la mission souligne que cette faculté est aujourd'hui largement méconnue, tant par les équipes médicales que par l'administration pénitentiaire.

- *les audioprothèses :*

Les modalités de remboursement varient en fonction de l'âge du patient. Si pour les patients âgés de moins de 20 ans, le tarif de remboursement (qui varie entre 3000F et 9000F) est très proche du prix de l'appareil (7300F en moyenne), en revanche, pour les patients âgés de plus de 20 ans, soit pour la grande majorité des détenus, le tarif de remboursement n'est que de 1310F. Quant au taux de remboursement, il n'est que de 65% de ce tarif (sauf en cas de prise en charge à 100%).

Là aussi, dans un cas comme dans l'autre, la part laissée au détenu pouvait être conséquente, sous réserve bien entendu de la faculté - rarement mise en œuvre - ouverte à l'administration pénitentiaire de se substituer à lui lorsque ses ressources sont insuffisantes. Là encore, le recours à la CMU complémentaire doit changer cette situation

2.3.2.3 *Les lunettes*

D'une manière générale, la fourniture de lunettes aux détenus n'ayant pas de ressources suffisantes ne pose pas de problème de financement. Les délais de livraison sont normaux. Le mécanisme mis en place est celui d'une convention tripartite, systématiquement signée entre l'établissement pénitentiaire, le centre hospitalier et le service de santé des armées. Aucune difficulté particulière n'a été signalée à la mission.

2.3.2.4 *La fourniture de produits de substitution anti-tabac*

En prison, la consommation de tabac est importante. A titre d'exemple, on peut indiquer qu'à Château-Thierry, on a constaté une forte augmentation des dépenses de tabac qui représentaient 21,9 % des dépenses de cantine en 1999 contre 16,2 % en 1998.

A ce jour, les produits de substitution anti-tabac ne sont pas remboursés par la sécurité sociale. Les équipes médicales des UCSA ont signalé à la mission que le coût de ces produits, relativement élevé (environ 800F par mois pour un gros fumeur), constitue un obstacle objectif aux tentatives de sevrage qui pourraient se manifester en prison.

Ces produits pourraient toutefois être pris en charge, en tout ou partie, grâce à des accords conclus localement par les caisses dans le cadre d'actions de préventions ciblées. Ce mécanisme a été mis en place avec succès dans un établissement visité par la mission.

Compte tenu de l'importance des pathologies liées au tabac rencontrées en milieu carcéral, l'utilité de telles actions de prévention n'a pas à être démontrée. Elles s'inscriraient très naturellement dans la mission d'éducation à la santé qui incombe à l'UCSA et à l'hôpital de rattachement et offriraient un cadre conventionnel permettant le financement total ou partiel des produits de substitution par la sécurité sociale.

2.3.3 La permanence des soins

Si la plupart des UCSA assurent des soins infirmiers et une distribution de médicaments les samedis et dimanches, en organisant un tour de garde infirmier, très peu garantissent, en revanche, la permanence des soins durant la nuit. Seuls quelques grands établissements pénitentiaires bénéficient de la présence d'un médecin de garde ou d'astreinte, comme c'est le cas par exemple à la Santé, à Fresnes ou à Lyon.

S'agissant des SMPR qui fonctionnent théoriquement comme des structures d'hospitalisation, la permanence des soins n'est pas plus assurée (cf. chapitre 3).

Les carences de cette permanence des soins, et plus précisément, de la gestion des urgences médicales ont été dénoncées à plusieurs reprises. L'absence de médecin de garde, les conditions d'alerte des surveillants, les délais et les modalités d'accès aux cellules sont autant d'éléments qui peuvent aboutir à une gestion de l'urgence insatisfaisante ou à ce que le Dr Pradier appelle «*des improvisations plus ou moins talentueuses*¹³.»

La plupart du temps, ces carences s'expliquent par une formalisation insuffisante des conditions d'intervention de la médecine d'urgence.

Le fait pour la structure hospitalière de rattachement de ne pas prévoir l'existence d'un praticien de garde ou d'astreinte n'est pas fondamentalement critiquable. Au regard du volume de «détenus-patients» potentiellement concernés, la présence d'une permanence médicale à demeure sur place n'est pas justifiée. C'est la raison pour laquelle le recours à une régulation externe (le centre 15) et à des structures libérales spécialisés dans l'urgence, type «SOS médecins» peut être considéré comme une solution adaptée. Ce recours doit permettre une intervention en lien avec la réalité de l'urgence médicale. Dans un certain nombre d'établissements – par exemple à Nantes - cette procédure fonctionne de manière satisfaisante.

Trop souvent néanmoins, l'absence de procédures formalisées conduit à des refus d'intervention de la part des professionnels extérieurs à la prison ou à des conflits qui s'expliquent par la méconnaissance réciproque des modes de fonctionnement. Ces difficultés ont même abouti à une procédure judiciaire à l'encontre de médecins qui avaient refusé d'intervenir à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy pour des motifs liés à leur condition de rémunération et au mode d'accès au patient.

Le conseil national de l'ordre des médecins a indiqué récemment que, selon lui, «*les services préfectoraux ne peuvent en aucun cas imposer aux médecins libéraux de participer à la permanence des soins des détenus. Une telle participation ne peut s'envisager que dans le cadre de conventions conclues entre l'établissement pénitentiaire, l'agence régionale de l'hospitalisation, l'établissement public de santé et les médecins libéraux*¹⁴. »

Si cette formalisation apparaît d'autant plus nécessaire au regard de l'analyse faite par le conseil de l'ordre des médecins, elle ne règle pas pour autant les conditions trop souvent limitées d'alerte des surveillants la nuit. Des systèmes d'alerte dans les cellules ne sont opérationnels que dans un nombre restreint d'établissements pénitentiaires, les autres possibilités étant d'un autre âge – de l'appel des codétenus au papier enflammé lancé à l'extérieur de la cellule -.

¹³ La gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 – Rapport de M. Pradier – septembre 1999

¹⁴ Bulletin de l'Ordre des médecins – mai 2001

2.4 La limitation des escortes et des gardes reste un problème lancinant

Depuis de nombreuses années, la gestion des escortes et des gardes de détenus à l'hôpital est un sujet majeur de conflits, notamment entre la police, la gendarmerie, l'administration pénitentiaire et les établissements hospitaliers. Si des arbitrages importants semblent ouvrir la voie à un règlement, au moins partiel de ces difficultés, leur mise en œuvre apparaît fragile et soumise à de multiples contingences.

2.4.1 Un problème récurrent qui pénalise l'accès aux soins

2.4.1.1 L'augmentation continue du nombre d'extractions médicales

Évolution des extractions médicales (1997-2000)

	1997	1998	1999	2000	2000/1997
Pour soins d'urgence	4040	6268	6215	6 922	71%
Pour consultation et hospitalisation de jour	37118	45342	45744	45 155	22%
Pour hospitalisation programmée	4445	4558	4884	4 799	8%
Pour transferts vers des SMPR	629	470	370	498	-21%
Pour hospitalisation d'office	707	800	865	1 078	52%
Total	46939	57438	58078	58 452	25%

Source : DAP

En volume global, on observe une augmentation du nombre d'extractions de 25 % en quatre ans, pour plus de trois quart due à l'augmentation des consultations et hospitalisations de jour. L'analyse des transferts pour motifs psychiatriques est évoquée plus loin (cf. chapitre 3). La progression très importante des extractions pour soins d'urgence (+71 %) alors que les hospitalisations programmées augmentent beaucoup moins rapidement (+8 %) est un indice de la difficulté rencontrée dans beaucoup de sites à gérer les extractions autrement que par l'urgence, du fait des limitations imposées aux UCSA.

2.4.1.2 Des blocages persistants

➤ une confrontation ancienne des logiques

La mission conjointe IGAS-IGSJ avait déjà relevé en 1995 la confrontation des logiques médicale, policière et pénitentiaire qui conduit à la multiplication des blocages. Ces constatations demeurent parfaitement d'actualité :

- pour les services de police et de gendarmerie, ces tâches sont perçues comme des charges indues qui mobilisent un nombre important de personnels et les soustraient à leurs missions fondamentales.

Dans le courrier adressé à la mission, la direction générale de la gendarmerie nationale souligne que son concours se limite strictement « à un simple prêt de main forte ». (annexe 8). S'agissant de la police nationale, plus souvent sollicitée, notamment pour assurer les gardes des détenus hospitalisés, elle relève l'importance des effectifs mobilisés pour ces différentes tâches, qui sont autant de policiers en moins affectés sur la voie publique ou pour d'autres missions plus directement en lien avec la prévention et la lutte contre la délinquance.

Effectifs de police consacré à la garde et l'escorte des détenus à l'hôpital

(en heures fonctionnaires)	1997	1998	1999	1999/1997
Garde – détenus hospitalisés	671 105	646 405	649 403	-3%
Conduite aux soins	50 738	53 011	59 472	17%
Total	720 843	699 416	708 875	-2%

Source : Direction centrale de la sécurité publique

La baisse enregistrée entre 1997 et 1998 des heures consacrées à la garde des détenus hospitalisés, rapportée à l'augmentation des heures consacrées à la conduite aux soins est un bon indicateur, même s'il est indirect, de la diminution de la durée moyenne de séjour des détenus à l'hôpital : les détenus sont hospitalisés plus fréquemment mais pour des durées moins longues. Ces chiffres viennent confirmer de nombreux témoignages recueillis par la mission qui font état de pressions exercées par certaines préfectures et certains services de police, trop souvent relayées par l'hôpital, afin que le détenu hospitalisé regagne le plus rapidement possible l'établissement pénitentiaire, parfois dans des conditions sanitaires précaires.

- pour l'administration pénitentiaire, la gestion des extractions mobilise également un nombre d'agents important, dans le contexte actuel de tension sur les effectifs.

Dans les établissements de petite taille, l'organisation de ces extractions est particulièrement complexe et finit, dans certains cas, par reposer sur la coopération des forces de police. Dans la procédure type, une extraction mobilise trois personnels surveillants. Dans certains établissements, des contrats ont été passés avec des ambulanciers privés et permettent de limiter à deux le nombre de surveillants mobilisés.

- pour les personnels médicaux des UCSA, la limitation des extractions constitue un frein majeur à tout développement de la qualité des soins et les conduit à entrer dans une logique de sélection des extractions contraire à la déontologie médicale.

Face à cette limitation qui prend parfois la forme de quotas journaliers ou hebdomadaires d'extractions médicales, les médecins des UCSA sont conduits nécessairement à opérer un tri entre les consultations, actes de soins, ou hospitalisations plus ou moins urgentes, ce qui ne peut être jugé comme satisfaisant. Lors de son passage à la maison d'arrêt de Gradignan à Bordeaux, la mission a pu constater la réalité de ce tri, qui a abouti à l'annulation d'une consultation en vue d'une IVG du fait d'une autre consultation en urgence au CHU de Bordeaux.

L'augmentation continue des extractions médicales contribue à multiplier les situations de blocage et les conflits entre les différentes administrations :

- la police comme la gendarmerie sont conduites à considérer que l'administration pénitentiaire se défausse de ses obligations et n'assume pas ses responsabilités ;
- certains représentants de l'administration pénitentiaire considèrent, de leur côté, que l'UCSA ne gère pas suffisamment par elle-même les soins des détenus et développerait une vision « luxueuse » de leur santé en recourant, comme elle le fait, à l'hôpital. Ils soulignent également à différentes occasions la difficulté qu'ils rencontrent à limiter au minimum les temps d'attente à l'hôpital ;
- les personnels médicaux de l'UCSA considèrent, de leur côté, que les besoins médicaux doivent être considérés comme prioritaires et ne peuvent être limités par des contingences administratives et organisationnelles.

➤ une interprétation des textes divergente

Chacune de ces administrations se fonde, soit sur son interprétation propre des textes légaux ou réglementaires existant, soit sur ses propres circulaires ou notes internes pour justifier sa position ou relever l'existence de charges indues.

Les textes censés définir les tâches des différents services impliqués sont les suivants :

- l'article D 394 du CPP qui a trait aux hospitalisations des détenus dispose que « *le chef de l'établissement pénitentiaire doit donner également tous renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et d'une façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet* ».
- s'agissant des consultations, l'article D 396 du CPP dispose qu' « *en application de l'article R. 711-16 du code de la santé publique, les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé* ». L'article D 397 précise que « *lors des hospitalisations et des consultations ou examens prévus à l'article D 396, les mesures de sécurité adéquates doivent être prises dans le respect de la confidentialité des soins* ».
- l'article D 294 du CPP relatif aux transfèrements et extractions dispose que « *au cas où un détenu serait considéré comme dangereux ou devrait être surveillé particulièrement, le chef de l'établissement donne tous les renseignements et avis nécessaires au chef de l'escorte.* »

Ce cadre réglementaire appelle les remarques suivantes :

- le régime des consultations des détenus à l'hôpital n'est pas clairement défini, si ce n'est de façon générale avec la référence aux « *mesures de sécurité adéquates* » contenue dans l'article D 397 du CPP ;
- les références à « *la personnalité du sujet* » (article D 394) à un détenu « *considéré comme dangereux* » ou devant être « *particulièrement surveillé* » (article D 294) se recourent elles ? Dans les faits, l'administration pénitentiaire fait référence à la catégorie des détenus dangereux pour justifier la demande d'escorte adressée à la police ou à la gendarmerie. Or cette catégorie ne se confond pas avec celle des détenus particulièrement signalés (DPS) et peut donner lieu à des interprétations larges que critiquent les policiers qui estiment qu'ils sont réquisitionnés sans véritable justification ;
- la définition précise des tâches que recouvrent les notions de « *garde et escorte* » contenues dans l'article D 394 du CPP est contestée, notamment pour déterminer qui doit effectuer le transport du détenu vers l'hôpital.

La gestion des hospitalisations d'office des détenus suscite également de nombreuses difficultés juridiques. La mission a notamment été confrontée à une situation de conflit particulièrement difficile entre la préfecture de Bordeaux, le groupement de gendarmerie et l'UMD de Cadillac. Ce conflit a abouti au maintien dans cette unité d'un détenu après levée de l'hospitalisation d'office dans des conditions juridiques et surtout matérielles problématiques, du fait d'interprétations divergentes de la répartition des tâches entre l'hôpital et la gendarmerie. Le chef de service de l'UMD de Cadillac relève d'ailleurs qu'il est confronté, « *depuis 1999 à des difficultés croissantes concernant le transfert des intéressés, principalement de l'UMD vers les établissements pénitentiaires d'origine (organisation des escortes, chaque interlocuteur administratif se renvoyant la responsabilité de celle-ci, qu'il s'agisse de la DDASS, de l'administration pénitentiaire, du ministère de la justice..)* »¹⁵

La complexité du dispositif réglementaire encadrant les allers-retours d'un détenu hospitalisé d'office dans un hôpital psychiatrique, qui nécessite l'application combinée du CPP, de la circulaire du 9 décembre 1994 et de l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif aux UMD, ressort du tableau qui figure en annexe 9.

➤ *la question des permissions de sortir pour raisons médicales*

Dans certains établissements, des juges d'application des peines accordent des permissions de sortir pour des consultations ou des soins à l'hôpital, ce qui permet de contourner l'obstacle du nombre limité d'extractions. Cette mesure est accordée à des détenus qui ont déjà bénéficié de permissions de sortir qui se sont déroulées dans des conditions satisfaisantes.

¹⁵ Courrier à la DDASS du 7 février 2001

La possibilité pour le juge d'application des peines de prononcer une permission de sortir pour permettre à un détenu de se rendre à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation semble plus clairement ouverte depuis que le décret du 8 décembre 1998 a modifié l'article D 143 du Code de procédure pénale qui liste les cas justifiant une permission de sortir. Parmi ces motifs figure désormais la « *présentation dans un centre de soins*¹⁶ ». Cependant, cette permission ne peut excéder une journée. De plus, l'utilisation de permissions de sortir ne peut constituer une réponse à grande échelle au problème de la limitation des extractions, une telle permission de sortir étant réservée aux condamnés à une peine inférieure ou égale à cinq ans ou supérieure à cinq ans s'ils ont effectué la moitié de leur peine.

Enfin, l'utilisation de cette procédure donne lieu dans certains établissements à des difficultés importantes de partage de l'information entre le juge d'application des peines et les médecins de l'UCSA, ces derniers refusant de communiquer au juge les motifs justifiant une présentation dans un centre de soins pour préserver le secret médical.

2.4.1.3 Des blocages qui s'expliquent également par l'insuffisance des consultations de spécialistes dans les UCSA

La corrélation entre le nombre de consultations spécialisées et le volume d'extractions apparaît très clairement, tant il est vrai qu'une grande partie de ces extractions concerne des consultations à l'hôpital. La comparaison des ratios consultations spécialisées / extractions médicales entre différents établissements démontre la nécessité d'organiser des consultations spécialisées à l'UCSA.

A la maison d'arrêt de Rennes, on réalise plus de trois extractions pour une consultation spécialisée à l'UCSA alors qu'à Fleury-Mérogis, dont les particularités permettent l'organisation d'un très grand nombre de consultations spécialisées, ce ratio est quasiment inversé puisqu'on effectue plus de deux consultations spécialisées pour une extraction.

Certes, ces éléments de comparaison doivent être considérés avec prudence, compte tenu de certaines incertitudes liées aux statistiques en détention. Néanmoins, ils traduisent indéniablement une organisation des consultations de spécialistes très différente selon les UCSA et surtout selon leur établissement hospitalier de rattachement. Ils démontrent qu'une offre de soins diversifiée incluant des consultations spécialisées en nombre suffisant permet de faire baisser le volume d'extractions médicales.

Si l'organisation d'un nombre plus important de consultations spécialisées constitue logiquement pour l'hôpital un coût supplémentaire, la diminution concomitante du volume d'extractions aboutit à une économie beaucoup plus importante. L'administration pénitentiaire chiffre le coût d'une extraction médicale à près de 2000 F, compte tenu des heures fonctionnaires mobilisées. Dès lors, il s'agit bien d'un transfert de coût entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital – et donc entre l'Etat et l'assurance maladie- mais qui se traduit globalement par une économie indéniable.

2.4.1.4 Une limitation des extractions qui entraîne un retard au diagnostic et aux soins

Ces blocages se traduisent logiquement par une fréquence toujours plus grande des extractions annulées qui peuvent être dues dans certains cas à un refus du détenu, à son transfert ou à sa libération mais qui relèvent souvent, soit d'un manque de place à l'hôpital, soit de l'absence d'une escorte pénitentiaire ou policière quand cela est nécessaire.

Aux Baumettes, la comparaison entre les consultations programmées et celles qui ont dû être annulées témoigne des conséquences des restrictions apportées aux extractions.

¹⁶ La précédente formulation, « *présentation dans un centre d'examen médical, psychologique ou psycho-technique* », était plus ambiguë ».

Évolution du nombre de consultations annulées – UCSA des Baumettes

	1995	1996	1997	1998	1999
Nombre de consultations total	581	553	566	530	526
Annulations	51	79	68	93	158
Pourcentage d'annulation	9 %	14%	12%	18%	30%

Source : rapport d'activité UCSA 1999

Si en 1995, moins d'une consultation sur dix était annulé, ce ratio passe à près d'une sur trois en 1999.

A Loos, une étude réalisée sur 1998 et 1999 distingue les différents motifs d'annulation et démontre la diversité des points de blocage.

Étude sur les motifs d'annulation des extractions médicales UCSA de LOOS 1998 - 1999

	1998	1999
Pas de personnel pénitentiaire disponible	29%	34%
Pas de policier disponible	3%	3%
Refus du patient/détenu	7%	12%
Patient/détenu libéré, transféré, en permission	26%	24%
Urgence à passer	11%	7%
Rendez vous annulé par le CHU	6%	15%
Divers	18%	5%

Source : rapport d'activité UCSA 1999

Si certaines annulations, dont le nombre n'est pas négligeable, sont dues à des faits indépendants de la volonté des différentes institutions concernées - notamment refus du détenu-, la fragilité de l'organisation de la continuité des soins entre l'hôpital et l'établissement pénitentiaire apparaît bien réelle.

Dans l'analyse des plaintes de détenus adressées à l'IGAS concernant la prise en charge sanitaire (annexe 7), la très grande partie de celles qui apparaissent effectivement justifiées après enquête du médecin inspecteur de santé publique sont liées à des retards dans le traitement ou le diagnostic, eux-mêmes dus à la limitation du nombre d'extractions. L'exemple-type est celui d'un détenu, incarcéré à la maison d'arrêt de Loos en mars 1999 qui subit un dépistage VHC en avril, soit un mois plus tard, lequel se révèle positif. Les autres examens qu'il subit démontrent l'intérêt d'une ponction biopsie hépatique qui n'est fixée qu'au mois de janvier 2000, soit plus de 6 mois après le premier dépistage.

2.4.2 Des compromis récents fragiles et soumis à de multiples contingences

2.4.2.1 L'arbitrage incomplet du conseil de sécurité intérieure

Le conseil de sécurité intérieure (CSI) du 6 décembre 1999 a validé les arbitrages suivants :

- les escortes de détenus venant en consultation à l'hôpital seront assurées à partir de 2002 en totalité par l'administration pénitentiaire, ce qui correspond, d'après le CSI, à la création de 415 emplois de surveillants. Le relevé de conclusions du CSI du 6 décembre 1999 adopte la formulation suivante : « les escortes des détenus consultants médicaux qui sont actuellement assurées à hauteur de 15 % d'entre elles par la police et la gendarmerie seront assurées en totalité par la direction de l'administration pénitentiaire, sous réserve des détenus dangereux qui continueront à être escortés par les forces de l'ordre. La prise en charge de ces escortes par les personnels de surveillance, à 85 % depuis 1994 sera portée à 100 % d'ici à 2002, ce qui correspond à la création de 415 emplois à la direction de l'administration pénitentiaire.»

- la garde des détenus hospitalisés dans les UHSI sera à la charge de l'administration pénitentiaire, les forces de police et de gendarmerie conservant leur tâche d'escorte des détenus entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux, l'escorte à l'intérieur de l'hôpital ainsi que le contrôle de l'accès aux UHSI.

Si ces arbitrages laissent entrevoir une clarification dans la répartition des tâches, ils n'abordent pas l'ensemble des situations qui soulèvent des difficultés :

- l'organisation des consultations en urgence, qui peuvent déboucher sur une hospitalisation, en UHSI ou dans l'hôpital de proximité n'est pas évoquée ;
- la prise en charge des hospitalisations de courte durée dans l'hôpital de proximité n'est pas plus envisagée.
- la question, particulièrement sujette à conflits, des hospitalisations psychiatriques est également passée sous silence.

Or, au regard des chiffres mentionnés précédemment, les hospitalisations de courte durée comme les soins en urgence sont loin de constituer une part négligeable du nombre d'extractions médicales.

2.4.2.2 Une application fragile

Outre le fait que l'arbitrage du CSI ne règle pas l'ensemble des questions, deux éléments viennent d'ores et déjà fragiliser l'application de ces décisions :

➤ *la création de postes de surveillants*

La création de nouveaux postes de surveillants affectés à la prise en charge des escortes médicales est aujourd'hui bloquée, du fait d'une interprétation divergente de l'arbitrage du CSI de la part de l'administration pénitentiaire, du ministère de l'intérieur et de la direction du budget. Ces divergences portent sur deux points :

- l'évaluation du nombre de postes à créer à l'administration pénitentiaire – 415 emplois – pour accompagner le transfert de la part des extractions médicales supportées par la police et la gendarmerie – 15 % -vers l'administration pénitentiaire est contestée par la direction du budget qui souligne que ce chiffre est erroné car il ne correspond pas à la charge de 15 % des extractions médicales ;
- la direction du budget considère également que la création des postes de surveillants doit correspondre à un transfert d'emplois de la police nationale vers l'administration pénitentiaire, du fait du transfert des missions acté par le CSI, interprétation que conteste le ministère de l'Intérieur.

S'agissant du premier motif de blocage, les éléments fournis à la mission permettent de montrer sans ambiguïté que les 415 emplois de surveillants correspondent en réalité à la totalité des escortes à l'hôpital¹⁷ alors que la part supplémentaire incombant à l'administration pénitentiaire a été évaluée à 15 %. Dès lors, le dispositif prévu par l'arbitrage ne correspond pas à la réalité des besoins qui, s'ils sont importants, ne représentent qu'une fraction de ces 415 emplois. En conséquence, ce blocage devrait pouvoir être résolu facilement, les motifs de conflits étant liés à une interprétation erronée.

En ce qui concerne un éventuel transfert d'emplois entre la police et l'administration pénitentiaire, une telle exigence est en contradiction avec la logique même de l'arbitrage qui vise justement à recentrer la police nationale sur ses missions premières.

¹⁷ En prenant comme hypothèse un besoin de 48 000 consultations annuelles (chiffre 1999), un temps moyen en consultation de 4h45, une escorte composée de 2 surveillants et un premier surveillant, on obtient un équivalent en emplois de surveillants de 415

➤ *l'interprétation des textes réglementaires*

La nécessité d'aboutir à une interprétation conjointe des textes relatifs aux transports, aux escortes et à la garde des détenus, qu'ils aillent en consultation ou en hospitalisation dans un hôpital général ou qu'ils soient hospitalisés d'office dans un hôpital psychiatrique, demeure bien réelle. La mission a pris connaissance de travaux visant à la rédaction d'une circulaire interministérielle qui permettrait une clarification des définitions (escorte, détenu dangereux) comme de la répartition des tâches. Cependant, cette concertation est actuellement bloquée dans l'attente des arbitrages manquants sur les points évoqués précédemment.

2.4.2.3 La mise en place des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), qui n'interviendra pas avant 2003-2004

La mission relève le délai très important qui a abouti à la signature de l'arrêté définissant le schéma national d'hospitalisation des détenus. Près de six ans après l'édition du décret du 27 octobre 1994 qui prévoyait la désignation par un arrêté interministériel des hôpitaux chargés d'accueillir les UHSI et plus de cinq ans après la remise du rapport IGAS-IGSJ sur l'hospitalisation des détenus qui détaillait le mode de fonctionnement de ces unités, l'arrêté du 23 août 2000 décrit le schéma national d'hospitalisation des détenus et dispose que les UHSI devront être mises en place au plus tard en 2003. Au total, il aura donc fallu près de 10 ans entre la prise de décision et sa concrétisation, qui reste encore théorique pour l'instant.

Cet arrêté dispose que « *l'ouverture des unités hospitalières sécurisées interrégionales devra intervenir dans les meilleurs délais et, au plus tard, avant le 31 décembre 2003, sous réserve des arbitrages qui seront faits, chaque année, dans le cadre du budget de l'Etat et de la loi de financement de la sécurité sociale.* ».

Or, au regard des éléments collectés par la mission lors de ces différents déplacements, il apparaît très nettement que toute ouverture avant 2003 est peu envisageable, si l'on excepte les unités sécurisées qui fonctionnent déjà, notamment à Lyon. La complexité de l'opération, qui nécessite non seulement des investissements à l'intérieur de l'hôpital¹⁸ mais surtout une nouvelle coordination entre l'ensemble des intervenants pour organiser les flux, laisse penser que les ouvertures auront lieu au mieux à la fin de l'année 2003, voire en 2004.

Plusieurs points sensibles méritent également d'être évoqués :

- l'obligation de respecter la répartition des hospitalisations entre l'hôpital de proximité et l'UHSI, telle qu'elle est prévue par les textes ;

L'article R 711-19 du Code de la santé publique distingue, en effet, les deux types d'hospitalisation des détenus :

- ✓ dans l'établissement de santé de rattachement de l'UCSA s'il y a urgence ou pour une courte durée ;
- ✓ dans l'établissement de santé mentionné dans la liste fixée par arrêté (UHSI).

Le risque de voir les UCSA, notamment celles qui relèvent d'établissements hospitaliers de petite taille, adresser l'ensemble de leurs patients vers les UHSI ne doit pas être sous-estimé. Une telle situation contribuerait à la paralysie des UHSI et ainsi à un blocage de l'ensemble du système.

- la nécessité d'organiser en amont la répartition des rôles entre l'administration pénitentiaire, la police et la gendarmerie ;

¹⁸ A titre d'exemple, on trouvera en annexe 10 le calendrier de mise en place de l'UHSI au CHU de Lille

L'idée selon laquelle la mise en place des UHSI réglerait l'ensemble des difficultés doit, à cet égard, être écartée. La police continuera, notamment, d'être sollicitée de façon importante, pour la surveillance extérieure de l'UHSI, pour l'escorte entre l'établissement pénitentiaire et la prison ainsi qu'à l'intérieur de l'hôpital. L'article 7 de l'arrêté du 23 août 2000 dispose qu'un protocole devra régler l'ensemble de ces questions. Une concertation menée très en amont de l'ouverture des UHSI est indispensable afin de préparer dans les meilleures conditions cette nouvelle organisation.

- le scepticisme de nombreux acteurs ;

Il faut enfin souligner le scepticisme de nombreux acteurs, qu'ils soient personnels des UCSA, policiers, membres de l'administration pénitentiaire quant aux bénéfices que doit apporter la mise en place des UHSI. A cet égard, les autorités de tutelle (DHOS au niveau central, ARH et préfet au niveau déconcentré) doivent contribuer à lever ces doutes, notamment en réunissant les conditions de la réussite de cette réforme, conditions déjà évoquées dans le rapport IGAS-IGSJ de 1995 :

- ✓ l'unité sécurisée doit être érigée en unité fonctionnelle rattachée préférentiellement à un service de médecine interne ;
- ✓ la responsabilité de l'équipe médicale de l'unité doit appartenir à un praticien hospitalier, la reconnaissance par ses pairs permettant une meilleure intégration de l'unité dans l'hôpital, son rôle d'interface avec les UCSA étant capital pour assurer la coordination ;
- ✓ la définition claire de procédures d'orientation et de critères d'admission est nécessaire.

2.5 VIH et hépatites : deux constats très différents

Alors que le sida voit sa prévalence diminuer en détention et apparaît correctement traité, l'hépatite C, dont la prise en charge est problématique, constitue aujourd'hui un vrai défi de santé publique.

2.5.1 Le dépistage : un constat globalement satisfaisant, mais des améliorations à apporter

2.5.1.1 Rappel du dispositif prévu pour le dépistage VIH- VHC

Le dispositif prévu par la circulaire du 5 décembre 1996 se fonde sur la même logique que celle qui existe dans le milieu libre : pas de dépistage obligatoire, une démarche d'éducation à la santé, le respect de la confidentialité, un dialogue avec le médecin à toutes les étapes – consultation préalable et remise du test-. Plus précisément, il prévoit le mécanisme suivant :

- « lors de la visite médicale d'entrée, le médecin de l'UCSA invite le détenu à bénéficier d'un conseil personnalisé de prévention de l'infection par le VIH et si nécessaire d'un test de dépistage, que ceux-ci soient réalisés par l'UCSA ou par la consultation de dépistage anonyme et gratuite (CDAG) dont il fait connaître les jours et heures de passage ;
- à l'occasion des autres consultations, le médecin de l'UCSA renouvelle, si besoin est, l'information sur le dépistage et les possibilités offertes. »

S'agissant de l'intervention de la CDAG, celle-ci doit se faire « en coordination étroite avec l'UCSA, notamment dans un souci de continuité des soins. Toutefois, les résultats d'un test de dépistage rendus par le médecin de la CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'UCSA qu'avec le consentement de l'intéressé. »

Pour l'hépatite C, la circulaire du 21 mai 1999 dispose que « *comme dans la population générale, le dépistage doit être proposé à toute personne présentant des facteurs de risque, notamment lors de la consultation d'entrée* ». Ce dépistage peut être également réalisé par la CDAG (circulaire du 9 juillet 1998).

2.5.1.2 Un dépistage satisfaisant du VIH malgré une intervention parfois problématique des CDAG

Dans la plupart des établissements visités par la mission, les dépistages du VIH comme des hépatites B et C sont proposés puis effectués dans des conditions qui correspondent à la circulaire précitée.

Cependant, on relève également les difficultés liées à l'intervention des CDAG dans certains établissements. Lorsque cette intervention est défailante, il apparaît nécessaire que l'UCSA prenne le relais et assume directement le dépistage, comme c'est le cas dans certains établissements. Dans d'autres cas néanmoins, la défaillance de la CDAG aboutit à la quasi-absence de dépistage, ce qui est évidemment contraire aux objectifs définis par la loi de 1994 comme par la circulaire précitée.

Le cas de l'intervention des CDAG dans le département du Nord illustre cette coopération défailante.

Intervention des CDAG dans les établissements pénitentiaires du Nord - 2000

	Loos	Douai – Cuincy	Dunkerque	Valenciennes
Entrants	2457	952	89	705
Consultants au CDAG (en % des entrants)	460 19 %	161 17 %	122 ¹⁹ 137 %	242 34 %
Dépistés par le CDAG (en % des entrants)	327 13 %	69 7,2 %	92 103 %	241 34 %
Cas positifs parmi les dépistés	0,61 %	0	0	0,43%

Source : *Bilan récapitulatif CDAG – milieu carcéral 2000*

L'exemple du département du Nord montre une intervention des CDAG très inégale avec des taux de consultation et de dépistage très variables selon les établissements, allant du dépistage systématique à un nombre de personnes dépistées inférieur à 10 %. Une telle situation est d'autant plus dommageable lorsque l'UCSA ne prend pas le relais pour effectuer elle-même des tests de dépistage.

Plus fondamentalement, les textes actuels doivent évoluer car ils sont en décalage avec la réalité des soins en milieu pénitentiaire. Il ne s'agit naturellement pas de sacrifier une logique sanitaire aux contraintes carcérales mais d'aboutir à une plus grande efficacité des soins. La philosophie du dispositif actuel privilégie l'intervention des CDAG pour garantir l'anonymat. Or, au regard de l'organisation de la vie carcérale, la tenue d'une CDAG à des jours et des heures bien identifiés aboutit à l'inverse du résultat recherché, c'est-à-dire au non respect de la confidentialité, alors même que cette confidentialité constitue bien souvent pour les détenus une priorité. Ces critiques ont déjà été formulées par le professeur Gentilini qui écrivait en 1996²⁰ : « *Ces structures [les CDAG] ne sont pas adaptées au milieu pénitentiaire où la consultation au CDAG loin de protéger l'anonymat, expose le demandeur.* »

Dès lors, il est nécessaire de faire de l'UCSA le véritable pilote de la politique de dépistage, en affirmant sa responsabilité dans la mise en œuvre de cette politique. Sauf si l'intervention du CDAG est pleinement satisfaisante, et dans cette hypothèse, il serait illogique de remettre en cause un dispositif qui fonctionne, la responsabilisation de l'UCSA dans ce domaine doit permettre une simplification des procédures souhaitée, à juste titre, par de

¹⁹ Le nombre de consultants est ici supérieur à celui du nombre d'entrants, un même détenu pouvant être amené à consulter plusieurs fois.

²⁰ rapport Gentilini : Problèmes sanitaires dans les prisons : maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18 janvier 1992 avant, pendant et après l'incarcération.

nombreux intervenants, et une plus grande efficacité. Pour citer à nouveau le professeur Gentilini, il s'agit bien d'aboutir à « *un seul et même dispositif cohérent* ».

2.5.1.3 La nécessité d'accentuer les efforts sur le VHC

S'agissant de l'hépatite C, les conclusions de la conférence de consensus de 1997 sur cette maladie indiquaient que « *la population carcérale mérite un effort tout particulier de dépistage et de prévention* ».

Au regard de l'importance de la toxicomanie chez un grand nombre de détenus et du faible nombre de test réalisés antérieurement à l'incarcération (seulement 20 %), la prise en compte de facteurs de risques pour proposer le dépistage, si elle est nécessaire, ne doit pas conduire à écarter trop facilement le test. Le rapport entre le nombre d'entrants et le nombre de dépistages est très variable selon les établissements : 34 % d'entrants dépistés dans les maisons d'arrêt de Lyon, 60 % à Loos en 1999²¹.

D'après une enquête réalisée en 2000 sur près de la moitié des établissements pénitentiaires²², le dépistage ne serait pas proposé dans 29 % des établissements, ce qui apparaît considérable et en totale contradiction avec la politique préconisée.

L'exemple d'une enquête menée à Fleury-Mérogis montre l'intérêt potentiel d'une pratique du dépistage qui soit la plus large possible. D'octobre à novembre 1998, un test de dépistage systématique pour les virus VHC, VHB et VIH a été proposé à chaque détenu de Fleury-Mérogis dans le cadre de la consultation médicale d'entrée. L'interrogatoire comportait des informations générales sur la situation familiale, professionnelle, les antécédents médicaux et chirurgicaux, l'état de santé à l'entrée ainsi que sur les divers facteurs de risque de contamination virale. Sur 1480 détenus interrogés, près de 400 ont refusé le dépistage. 117 se savaient porteurs du VHC. 36 nouveaux cas ont été diagnostiqués par cette procédure, portant à 14,4 % de la population entrante la proportion infectée par le VHC, dont plus de la moitié déclare être toxicomane. 25 % des détenus infectés n'avaient pas connaissance de leur maladie à l'entrée en détention.

Une politique volontariste de dépistage de l'hépatite C à l'entrée en prison doit permettre d'engager une prise en charge pour une population qui est souvent peu consciente de la réalité de la contamination à laquelle elle a pu être exposée.

2.5.2 La qualité des soins : deux diagnostics très différents

2.5.2.1 Une prise en charge satisfaisante du VIH

Une enquête de la direction des hôpitaux réalisée en décembre 1997 sur les traitements antirétroviraux en milieu pénitentiaire constitue une source utile d'enseignements. Réalisée sur un échantillon de 46 établissements, dont l'ensemble de ceux ayant plus de 15 cas séropositifs, cette enquête aboutissait aux conclusions suivantes :

- l'organisation des soins était conforme aux besoins, du fait de l'existence d'une consultation spécifique VIH dans les 32 établissements qui accueillent 97 % des personnes séropositives ;
- la proportion de patients traités par tri et quadrithérapie était plus faible que celle observée à la même période dans les CISIH et enregistrée dans le dossier médico-économique de l'immunodéficience humaine (DMI2)²³, comme le montre le tableau suivant.

²¹ la différence entre les taux de dépistage VIH et VHC à Loos est dû au fait que le premier est réalisé par la CDAG, le second par l'UCSA, ce qui plaide une nouvelle fois en faveur d'un dépistage unique confié à l'UCSA

²² Hépatite C – Prisons 2000. Une enquête nationale de pratiques - Réseaux Hépatites – septembre 2000.

²³ Le DMI2 recense les informations sur la prise en charge du sida dans 30 CISIH

Recours aux traitements antirétroviraux en prison - 1997

	Détenus	Patients DMI2
% de patients traités	66 %	87 %
% des patients sous tri et quadrithérapie	61 %	67 %

Source : DHOS

Cependant, cet écart s'explique en partie par le fait que la population détenue infectée était à un stade moins avancé de la maladie que la population générale accueillie dans les CISIH :

- seulement 16 % des détenus infectés par le VIH étaient au stade SIDA contre 24 % dans la population DMI2 ;
- 54 % des détenus infectés étaient asymptomatiques contre 47 % dans la population DMI2.

Les enquêtes un jour donné sur le sida en milieu pénitentiaire intègrent depuis 1998 des informations sur les traitements antirétroviraux. Les résultats pour les années 1998 et 2000 sont les suivantes :

Recours aux traitements antirétroviraux en prison 1998-2000

	1998	2000
% de détenus traités par antirétroviraux	67,9 %	72,8 %
Répartition des patients traités selon le type d'associations antirétrovirales		
Monothérapie	2 %	1,2 %
Bi thérapie	33 %	18,3 %
Tri thérapie	61,7 %	71,6 %
Quadrithérapie	3,2 %	8,9 %

Source : DREES

La comparaison entre ces différents résultats doit être fortement nuancée puisqu'ils ne portent pas sur un ensemble de détenus strictement identiques²⁴. On peut néanmoins relever l'augmentation du pourcentage de détenus traités comme du recours à la tri et quadrithérapie. Si l'on tente d'évaluer cette prise en charge au regard des pratiques dans la population générale, les résultats sont les suivants :

Comparaison du recours aux antirétroviraux milieu pénitentiaire / DMI2 (juin 2000)

	Détenus	Patients DMI2
% de détenus traités par antirétroviraux	72,8 %	87,6 %
Répartition des patients traités selon le type d'associations antirétrovirales		
Monothérapie	1,2 %	0,5
Bi thérapie	18,3 %	11,6 %
Tri thérapie	71,6 %	70,9 %
Quadrithérapie	8,9 %	14,6 %
+ de quatre molécules	ND	2,2 %

Source : DREES - DHOS

Cette comparaison est fondée sur les données DMI2 même si celles-ci ne peuvent être considérées comme représentatives de la situation des prescriptions en France. En effet, ces données surestiment l'utilisation des associations de plus de trois antirétroviraux, car elles se fondent sur des services qui adaptent leur prescription dès l'annonce de résultats d'essais thérapeutiques. De plus, la répartition par âge est différente et peut introduire un biais.

²⁴ Au 1^{er} mai 2001, l'ensemble des questionnaires liés à l'enquête 2000 n'avaient pas été adressés à la DREES. Néanmoins, les données présentées portent sur 30% des détenus.

Le nombre des patients traités par antirétroviraux est inférieur en détention à ce qui ressort des données DMI2. De plus, la part des associations de quatre molécules et plus est également en retrait en détention. La comparaison de la répartition des malades par stade donne des éléments d'explication, même si elle ne peut sans doute pas expliquer la totalité de l'écart enregistré.

Comparaison de la répartition par stade milieu pénitentiaire / DMI2

	En détention	DMI2
Stade A (asymptomatique)	54 %	51,3 %
Stade B (symptomatique)	23 %	25,4 %
Stade C	23 %	23,3 %

Source : DREES – DHOS

Au total, compte tenu de ces différences de répartition et du fait que les données DMI2 surestiment les niveaux de traitement, l'accès aux traitements antirétroviraux apparaît relativement similaire à ce qui peut exister dans le milieu libre. La mission n'a, à aucun moment, été saisie de cas de limitation de l'accès aux multithérapies. Les praticiens hospitaliers exerçant dans les UCSA comme les chefs de service compétents dans ce domaine estiment que l'accès à ces traitements se fait dans des conditions satisfaisantes.

L'examen d'un certain nombre de budgets des UCSA démontre à cet égard le poids croissant de ces molécules dans les dépenses de médicaments même si cette évolution se trouve fortement masquée par la baisse importante du nombre de patients atteints par cette maladie.

Si un certain délai a pu être enregistré entre l'utilisation de certaines molécules dans le milieu libre par rapport à certains établissements, ce délai s'inscrit dans le cadre habituel d'un exercice des pratiques médicales qui ne peut être parfaitement homogène entre différents établissements hospitaliers, à l'image de ce qui existe dans le milieu libre. Le rattachement d'une UCSA à un service hospitalier spécialisé dans le domaine du sida comme à Fresnes peut favoriser une prise en charge en phase avec les progrès les plus récents. Néanmoins l'intervention des CISIH se fait, dans les autres cas, dans des conditions identiques à ce qui existe en milieu libre, s'agissant de l'accès aux nouvelles thérapies.

Les contraintes carcérales ne doivent pas cependant être sous-estimées : les transferts d'établissements ne favorisent pas la continuité des traitements. De la même façon, les graves carences de l'hygiène dans beaucoup d'établissements pénitentiaires, la promiscuité, la qualité médiocre de la nourriture ne constituent pas un cadre de vie propice à la prise en charge optimale d'une personne séropositive.

S'agissant des problèmes de confidentialité, ceux-ci semblent moins aigus qu'auparavant, à la fois du fait de la baisse très importante du nombre de détenus atteints par le virus et d'une certaine forme de banalisation dans la perception de cette maladie. L'ensemble des professionnels de santé ont indiqué veiller avec une grande attention au respect de cette confidentialité. Dans certains cas, des modalités particulières de consultation ou de distribution de médicaments sont organisées. De plus, le recensement des plaintes reçues par l'IGAS sur l'année 1999 ne fait pas ressortir de problèmes réels à ce sujet.

Néanmoins, les caractéristiques de la vie en détention ne doivent pas, là encore, être oubliées et il est évident que la prise à des heures régulières de doses importantes de médicaments n'est pas facile à gérer en milieu carcéral. L'amélioration générale des conditions de vie et notamment la baisse de la surpopulation doivent faciliter la préservation de la confidentialité pour les détenus séropositifs.

2.5.2.2 Un traitement de l'hépatite C fortement contraint par la limitation des extractions médicales

Au regard des caractéristiques de la population pénale (poids de la toxicomanie, précarité importante, faible contact avec le système de soins), il est possible d'adhérer à l'opinion émise par les Dr Remy, Benhaïm et Khemissa, auteurs d'une étude sur ce sujet, qui considèrent que « *la prison pourrait correspondre à un temps « idéal » de diagnostic et de traitement de l'hépatite particulièrement pour les sujets toxicomanes : rupture avec le milieu habituel, accès aux soins a priori facilité par les UCSA... Cela devrait théoriquement permettre d'éviter une perte de temps et de chances pour le patient²⁵* ». Les conditions actuelles de la prise en charge ne répondent pourtant pas à ce souhait.

La circulaire du 21 mai 1999 précitée dispose qu'en cas de séropositivité, « *le bilan doit être entrepris et le traitement mis en route selon les mêmes critères qu'en milieu libre.* » Au regard des éléments dont dispose la mission, il apparaît clairement que cette préconisation n'est actuellement pas respectée pour deux raisons principales :

- la difficulté d'organiser des extractions pour réaliser des ponctions biopsies hépatiques (PBH), qui sont, d'après la conférence de consensus de 1997 « *indispensables dans le bilan pré-thérapeutique* » ;
- le faible nombre de consultations d'hépatologie dans les UCSA.

➤ le facteur limitant des extractions

Le nombre insuffisant d'extractions explique le décalage observé entre le nombre de sérologies positives et celui des ponctions biopsies hépatiques. Dans le milieu libre, on estime qu'entre 50 et 70 % des cas de sérologie positive justifie une PBH. L'enquête un jour donnée réalisée par la DREES en 2000 aboutit sur 127 établissements pénitentiaires à un chiffre de 17,6 % de patients séropositifs qui ont réalisé une PBH pendant leur détention, soit moins d'un détenu atteint sur cinq. L'autre enquête réalisée sur un nombre inférieur d'établissements - près de la moitié- aboutissait à un ratio d'un détenu atteint sur trois. Comparé à ce qui est pratiqué dans le milieu libre, le recours à la PBH est faible en détention.

Les blocages constatés relatifs aux escortes induisent un délai moyen élevé - 5 semaines - pour effectuer cet examen, avec une attente qui peut atteindre 7 mois. Dans 30 établissements sur les 71 qui ont participé à l'enquête, aucune biopsie n'a été réalisée sur l'année 1999.

En 1999, l'UCSA des Baumettes indique avoir dû annuler 50% des PBH initialement prévues. De la même façon, l'UCSA de la maison d'arrêt de Loos a indiqué à la mission avoir été contrainte à fortement limiter la prescription de tels examens du fait de la limitation du nombre d'extractions auquel elle est soumise.

Prise en charge hépatite C – UCSA Loos - 1999

	Maison d'arrêt	Centre de détention	Total
Entrants 1999	2175	281	2456
Sérologie VHC demandées	1354	125	1479
Sérologie VHC positives	244	49	293
Indications de PBH posées en 1999	58	10	68
PBH proposées en 1999 et qui auraient du être faites au 15 mai 2000	20	10	30
PBH effectivement faites au 15 mai 2000	6	3	9
PBH faites en 1999	3	1	4
Traitements mis en route en 1999	3	5	8

Source : rapport d'activité UCSA 1999

En 1999, seules 4 ponctions ont été effectuées sur les 68 cas présentant les indications pour un tel examen, ce qui démontre les failles de la prise en charge actuelle .

Il faut néanmoins préciser qu'un nombre non négligeable d'extractions annulées peuvent l'être aussi pour des faits qui ne relèvent ni de l'UCSA, ni de l'hôpital de rattachement, ni de l'administration pénitentiaire.

L'analyse sur 6 mois réalisée au centre pénitentiaire de Perpignan des hospitalisations programmées pour biopsie du foie chez des malades atteints d'hépatite C permet de donner un exemple de cette situation : sur 20 annulations, 4 sont le fait du malade. On ne peut que regretter que dans 7 autres cas, l'annulation soit liée à une modification de la situation carcérale du malade (libération, permission, transfert) qui traduit soit un manque de coordination entre les acteurs, soit un retard dans la programmation de l'acte qui n'a pu intervenir avant la libération.

Le refus du malade ne doit pas être considéré comme un obstacle anecdotique qui serait facile à surmonter. La méconnaissance de cette maladie par la plupart des détenus, le caractère apparemment lourd de la PBH, les contraintes liées au traitement peuvent contribuer à justifier ce refus. C'est la raison pour laquelle un travail important d'explication par les différents intervenants, spécialistes, médecins généralistes, infirmiers voire psychiatres doit permettre de dissiper les doutes et d'expliquer en quoi la PBH puis le traitement vont dans l'intérêt du malade.

Certains interlocuteurs de la mission relèvent que le temps moyen passé en maison d'arrêt justifie le faible nombre de PBH prescrites. Il serait, selon eux, plus logique d'attendre la sortie du malade pour enclencher une prise en charge adaptée. Un tel argument est en décalage complet avec la nécessité d'enclencher le processus de soins. Compte tenu de la faible fréquentation du système de soins de la population entrante en prison, on peut penser que ce qui n'est pas commencé pendant la période de détention le sera rarement après la sortie. En cela, la prison doit bien être considérée comme un moment opportun pour démarrer une prise en charge.

De plus, les conséquences d'un arrêt prématuré du traitement ne sont en rien comparables à ce qui est constaté pour le VIH. Les essais cliniques montrent que les pourcentages de « réponses prolongées au traitement » ne sont pas inférieurs chez les patients pour lesquels une première tentative de traitement avait été faite.

Cette situation est d'autant plus incohérente que la population pénale comporte majoritairement des patients qui répondent bien au traitement antiviral, comme le souligne l'étude précitée²⁶ et les experts consultés par la mission. Au regard des caractéristiques de l'hépatite C, il ne s'agit pas d'évoquer une urgence médicale mais plutôt une « opportunité sanitaire » qu'il est nécessaire de saisir.

Enfin, en se situant toujours dans une logique de santé publique, cette population constitue également un réservoir de virus sur lequel il est indispensable d'agir.

➤ *l'insuffisance des consultations spécialisées*

Le nombre très insuffisant des consultations d'hépatologie dans les UCSA rejoint le constat plus général de l'insuffisance des consultations spécialisées dans ces structures. L'étude précitée aboutit à la conclusion selon laquelle une consultation spécialisée en hépatologie n'existe que dans un peu moins de la moitié des UCSA (44%).

²⁶ « Ces données préoccupantes le sont d'autant plus pour cette population d'actuels ou d'anciens usagers de drogue qui sont, selon les critères classiques de la littérature et la dernière conférence de consensus, des patients bons répondeurs au traitement antiviral (âge jeune, contamination souvent récente, fréquence élevée du génotype 3a), bien qu'une proportion de plus en plus importante soient porteurs d'un génotype viral moins bon répondeur ». Hépatite C – Prisons 2000. Une enquête nationale de pratiques - Réseaux Hépatites – septembre 2000

➤ *un accès au traitement satisfaisant, dès lors que la PBH a été réalisée*

D'après l'enquête un jour donné, 7,1 % des détenus ayant les marqueurs sériques de l'hépatite C bénéficient d'un traitement par interféron et/ou ribavirine. L'autre enquête aboutissait à un chiffre inférieur (4%). En comparaison, l'enquête réalisée en 1998 en milieu libre par la DREES indiquait que 35 % des patients suivis à l'hôpital pour une hépatite C recevaient un traitement antiviral²⁷, ce ratio s'appliquant à l'ensemble de la population séropositive, y compris ceux pour lesquels un traitement n'est pas indiqué.

Ce décalage important s'explique par le faible nombre de PBH déjà évoqué : lorsque cet examen a pu être effectué, la mise en route du traitement se fait dans des conditions très semblables à celle du milieu libre. Parmi les malades incarcérés qui ont réalisé une PBH, 41 % bénéficient d'un traitement par interféron et/ou ribavirine²⁸.

Si ce chiffre traduit un recours au traitement légèrement inférieur à ce qui est pratiqué dans le milieu libre – entre 50 et 60 % des patients biopsiés sont traités par traitement antiviral -, cela tient aussi aux conditions strictes d'observance du traitement – notamment l'arrêt de la toxicomanie - qui peuvent ne pas être réunies en détention.

Ces différents éléments démontrent une situation inquiétante s'agissant de la prise en charge de l'hépatite C :

- une sous estimation très probable du nombre de détenus infectés par le virus de l'hépatite C ;
- un recours aux examens permettant d'envisager un traitement qui est fortement limité ;
- un accès au traitement qui se fait, néanmoins, dans des conditions semblables à celui du milieu libre, dès lors que les indications ont pu être posées.

2.6 La prise en charge des addictions

On ne peut aborder le problème de l'accès aux soins des toxicomanes incarcérés sans se référer constamment à l'évolution du dispositif de prise en charge des toxicomanes en milieu libre. On observe bien souvent une similitude des besoins et des carences. Les constats et les propositions de la mission s'inscrivent pleinement dans l'ensemble des politiques menées en matière de lutte contre les toxicomanies.

2.6.1 Un manque de données récentes permettant de mesurer l'ampleur du phénomène

On ne dispose pas de manière générale de données suffisamment exhaustives et surtout récentes sur l'importance des conduites addictives concernant les personnes incarcérées.

Quelques études éparses ont été faites sur un échantillon d'établissements dans les années 93 et 94 : ainsi, une enquête par sondage réalisée à la fin de l'année 1994 par l'APECAPP (association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisation des populations pénales) auprès de détenus entrants, sur un échantillon représentatif de l'ensemble des maisons d'arrêt montrait que 37,6% des hommes souffraient de problèmes liés à l'alcool et que 22,5% en étaient dépendants.

²⁷ Sur les 4666 patients ayant eu recours, la semaine de l'enquête, aux soins pour hépatite C chronique

²⁸ Hépatite C – Prisons 2000. Une enquête nationale de pratiques - Réseaux Hépatites – septembre 2000

De même, une étude menée à la fin de l'année 1994, portant sur un échantillon de 450 femmes incarcérées en métropole, a montré que 26,5% avaient des problèmes liés à l'alcool. Dans cet échantillon, les femmes déclarant être des fumeuses étaient au nombre de 324, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour étant de 22. 27,3% d'entre elles avaient pris au moins une fois par semaine dans l'année précédente une drogue dure, tandis qu'un tiers présentant une maladie liée à l'alcool étaient des polytoxicomanes actives.

La dernière enquête épidémiologique réalisée auprès des antennes toxicomanie en prison date de 1994. (enquête INSERM de Françoise Façy sur les toxicomanes incarcérés vus par les antennes en 1994). Elle n'a pas été reconduite depuis cette date, en raison notamment du caractère peu représentatif des données recueillies (lorsqu'elles le sont) qui concernent seulement les toxicomanes suivis par les antennes.

On peut cependant signaler deux enquêtes INSERM effectuées au centre pénitentiaire des Baumettes en 1996 et 1997 portant sur un échantillon de 500 détenus hommes et femmes suivis par l'antenne toxicomanie (en majorité des consommateurs d'héroïne, à hauteur de 60 %).

Parmi les données recueillies, certaines sont intéressantes : l'âge moyen était de 30 ans, plus de 87% avaient déjà été incarcérés ; plus de 25% avaient été hospitalisés dans un hôpital psychiatrique.

La seule étude récente de portée nationale est l'enquête de la DREES sur la santé des entrants en prison menée au printemps 97 qui a montré l'importance de la consommation de produits à risque par la population pénale.

Il est important de souligner que lors de cette enquête, 28% des entrants en prison déclarait au moins deux consommations à risque dont parmi celles-ci l'association alcool drogues qui concernait près de la moitié de ces personnes. En outre 30% des consommateurs de drogues dures fumaient plus de vingt cigarettes par jour et 43% avaient une consommation excessive d'alcool.

Les nombreux entretiens faits par la mission au cours de ses visites permettent seulement de dégager des tendances qui corroborent pour l'essentiel les chiffres cités plus haut. L'ensemble des équipes observent :

- une augmentation de la poly-toxicomanie avec association de plus en plus fréquente d'alcool, et inversement une diminution de la consommation d'héroïne et des pratiques d'injection ;
- une augmentation des problèmes psychiatriques, une paupérisation et un vieillissement de cette population ;
- une nécessité de prise en charge de plus en plus importante des problèmes de toxicomanies des femmes incarcérées ;
- des taux de réincarcération importants, la prison faisant partie du parcours du toxicomane.

2.6.2. Un dispositif de prise en charge de la toxicomanie et de l'alcoolisme confié au secteur psychiatrique et centré sur la lutte contre les produits illicites.

2.6.2.1 Une organisation des soins placée sous l'égide des SMPR

Le dispositif de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme dans les établissements pénitentiaires s'est d'abord fait de façon empirique à l'instar du dispositif mis en place en milieu libre : quelques associations spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes, financées le plus souvent par la DGS viennent rencontrer des détenus qu'elles suivent par ailleurs à l'extérieur de la prison. Certaines acceptent en outre de rencontrer des détenus qui en font la demande et de collaborer avec les juges d'instruction et les juges de l'application des peines qui les sollicitent parfois dans le cadre de projets de sortie. On ne peut parler avant le milieu des années 1980 de réelle prise en charge.

➤ *une montée en charge du dispositif à partir de 1986*

Progressivement, des enquêtes épidémiologiques ont mis en évidence que plus du tiers des entrants en prison n'a jamais été en contact avec un dispositif de soins spécialisé préalablement à leur incarcération.

Parallèlement, des expériences de prise en charge sanitaire de toxicomanes sont mises en place dans les années 80 dans quelques grandes maisons d'arrêt. Les premières antennes de lutte contre la toxicomanie créées à Fresnes et à Lyon, sous l'égide de médecins chefs de SMPR vont constituer un modèle repris par l'AP et la DGS pour en implanter dans un certain nombre de maisons d'arrêt pourvues de SMPR qui, aux termes de leur arrêté de création, incluent dans le champ de leur mission de santé mentale, la lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme (arrêté du 14 décembre 1986). Financées par la DGS, elles sont placées sous l'autorité médicale du médecin chef du SMPR dont elles constituent une unité fonctionnelle et sous l'autorité administrative de l'hôpital de rattachement du SMPR.

Tout en étant alors centré sur les établissements dotés de SMPR, le dispositif prévoit cependant une prise en charge dans l'ensemble des établissements pénitentiaires selon diverses modalités :

- dans les établissements dotés de SMPR, mais dépourvus d'antenne de lutte contre la toxicomanie, ceux-ci doivent intervenir en étroite collaboration avec les centres et associations spécialisés extérieurs et coordonner leur action ;
- dans les établissements ne disposant pas de SMPR, il appartient au secteur de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile d'organiser et de coordonner l'intervention des centres et associations spécialisés extérieurs (ex : CAA), à savoir par des structures permanentes financées par des instances autres que la DGS. Jusqu'à une période récente dans les établissements du programme 13000, un intervenant spécialisé était chargé de coordonner les actions au sein de l'équipe médicale de l'établissement.

➤ *des objectifs ambitieux*

Les objectifs fixés aux antennes sont particulièrement ambitieux. En effet, aux termes du cahier des charges (circulaire DGS du 3/11/87), leurs missions sont multiples :

- accueil de tous les entrants en vue d'un dépistage ;
- recueil des données épidémiologiques ;
- information et orientation éventuelle en vue d'un sevrage et/ou d'un suivi de ces personnes ;
- coordination des actions mises en œuvre en direction des toxicomanes ;

- préparation à la sortie des personnes dont elle assurent le suivi, notamment avec le dispositif spécialisé extérieur.

Aux termes du décret du 29 juin 1992, les antennes de lutte contre la toxicomanie deviennent des « centres de soins spécialisés aux toxicomanes » acquérant le même statut et la même dénomination que les centres de soins extérieurs. Au même titre que ces derniers, elles doivent assurer la prise en charge médico-psychologique, sociale et éducative des toxicomanes comprenant l'aide à l'insertion et à la réinsertion.

2.6.2.2 *Un dispositif centré sur la lutte contre les produits illicites*

Alors que les missions confiées au SMPR comprennent la prise en charge de l'alcoolisme et de la toxicomanie, l'ensemble des moyens, comme en milieu libre, s'est concentré pendant longtemps sur les antennes de lutte contre la toxicomanie.

➤ *l'importance du dispositif de lutte contre la toxicomanie*

Il existe actuellement 16 CSST (antennes toxicomanies) situées dans les plus grandes maisons d'arrêt pourvues de SMPR représentant environ 28,5% de la population incarcérée. Les moyens en personnel attribués à l'ensemble de ces antennes correspondent à un équivalent de 57 ETP, soit en moyenne trois ETP par antenne.

Par ailleurs, 57 établissements pénitentiaires regroupant 49% de la population incarcérée au 1^{er} janvier 99, relèvent d'un CSST en milieu libre à même d'intervenir en prison. 129 établissements ne peuvent bénéficier d'aucune prise en charge de CSST. Cependant, ces établissements font souvent appel au dispositif associatif extérieur.

Par ailleurs, durant ces dernières années, à la faveur des programmes de substitution mis en place à partir de 1996, les moyens consacrés à la lutte contre la toxicomanie dans les établissements pénitentiaires dépourvus d'antennes ont progressé de façon importante : à la suite de la circulaire DGS/DH du 3 avril 1996, une enveloppe de 10 MF a permis de recruter 34 ETP non médicaux pour favoriser la coordination et le travail en réseau entre les différents partenaires ce qui a permis de porter le nombre d'ETP à 54.

Au total, le personnel participant à la lutte contre la toxicomanie en milieu pénitentiaire, antenne et hors antenne, s'élèverait à environ 110 ETP (chiffre qui ne recense pas les interventions des CSST extérieurs à la prison)

Au regard de ces moyens, ceux mis à la disposition de la lutte contre l'alcoolisme sont dérisoires.

➤ *la faiblesse du dispositif de lutte contre l'alcoolisme*

Il existe actuellement 4 antennes d'alcoologie en milieu pénitentiaire. A l'exception de Fleury-Mérogis et des prisons de Lyon qui disposent d'une véritable infrastructure, elles sont composées d'une seule personne travaillant à mi-temps.

Certes, les équipes médicales peuvent travailler d'une manière générale avec les centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, (CHAA) devenues des CAA mais ces unités au nombre de 200 environ sur le territoire national ne peuvent répondre à toutes les demandes. Des associations d'anciens buveurs comme « les alcooliques anonymes » ou « vie libre » interviennent également dans un certain nombre de maisons d'arrêt, alors que selon les spécialistes, leur intervention ne peut constituer qu'un apport complémentaire en raison des problèmes de prise en charge spécifique posés par cette population souvent plus jeune que celle fréquentant les associations d'anciens buveurs.

La faiblesse de ce dispositif repose sur une sous-estimation des besoins de prise en charge des personnes incarcérées ayant un problème d'alcoolisme. Parmi les raisons avancées à celle-ci, il y aurait à la fois l'absence de problèmes particuliers posés par cette population en détention et de demande de prise en charge liée la plupart du temps à la négation d'un problème d'alcoolisme. S'il est vrai qu'en comparaison du comportement plus « perturbateur » d'un certain nombre de toxicomanes détenus, celui des détenus alcooliques est parfois plus « silencieux », cette explication n'est cependant pas convaincante, l'objectif étant justement de mettre en place une politique de dépistage active et élargie des problèmes d'addiction en prison.

Outre l'importance culturelle de l'alcool en France, on peut se demander si ce n'est pas le fait que la prise d'alcool n'est pas en soi une infraction qui a fondé pendant longtemps une telle disparité entre la prise en charge de la toxicomanie et de l'alcool. Cette attitude est d'autant plus paradoxale que la relation entre certains groupes d'infractions et l'alcoolisation de leurs auteurs est avérée et serait même un facteur déterminant pour certains délits ou crimes comme les atteintes à la pudeur, les coups et blessures volontaires et les homicides.

2.6.3 Un bilan mitigé du dispositif

2.6.3.1 Des critiques récurrentes

Parmi les critiques adressées depuis longtemps au dispositif de lutte contre la toxicomanie par les rapports successifs, celle d'une déficience dans la prise en charge des usagers de drogue incarcérés revient fréquemment.

- *une évaluation critique en 1993 relayée par la MILDT en 1998*

Une évaluation des antennes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a été réalisée en 1993 à la demande du ministère de la justice et du ministère de la santé par « démoscopie²⁹ ».

Tout en insistant sur l'impérieuse nécessité de la présence d'intervenants spécialisés dans les établissements des régions les plus touchées par la toxicomanie et l'alcoolisme, en raison notamment de la lourdeur et de la spécificité des problèmes posés par cette population pénale, les auteurs du rapport ont estimé que les modalités de fonctionnement des antennes étaient insatisfaisantes tant en termes de positionnement que de missions.

Ils ont plus particulièrement relevé les relations ambiguës, voire conflictuelles entre bon nombre d'antennes et le médecin chef du SMPR du fait du positionnement incertain de celle-ci au sein des SMPR. Ces conflits peuvent être exacerbés lorsque les médecins chefs refusent de reconnaître les antennes comme dispositif de soins autonomes.

Ils ont également perçu, tant en raison de ce qui est dit plus haut que du caractère flou des missions figurant au cahier des charges, des disparités fortes entre les antennes à la fois dans la prise en charge des toxicomanes et dans les relations qu'elles entretiennent avec leurs partenaires internes et externes. La réussite de certaines d'entre elles est surtout liée à leur capacité de tisser un réseau de relations avec l'extérieur. Ce succès qui, repose plus sur des individualités que sur un fonctionnement institutionnel est, du fait d'un turnover important des équipes, considéré comme fragile.

Enfin, ils ont évoqué le fait que les antennes n'assuraient pas toutes le dépistage systématique des entrants et ne remplissaient pas leur mission épidémiologique.

La mission d'évaluation a proposé que les activités des antennes s'inscrivent dans un schéma plus clair comprenant notamment, l'accueil de tous les entrants ou à défaut une

²⁹ Demoscopie : évaluation des antennes toxicomanie.1993

intervention rapide sur signalement, un suivi thérapeutique, une coordination des actions internes et externes pour chaque détenu. Elle a insisté sur la nécessité un travail d'équipe très régulier des antennes avec les autres spécialistes et les centres d'accueil extérieurs, la mise au point d'actions communes avec les services socio-éducatifs dans un souci de complémentarité, et une réflexion commune sur la mise en place d'un « sas de sortie ».

La MILDT a pour sa part souligné en 1998 l'insuffisance de la préparation à la sortie des détenus toxicomanes renforcée par l'absence de coordination entre les CSST, les SMPR, les UCSA et les services socio-éducatifs.

➤ *les limites des dispositifs de préparation à la sortie mis en place par les antennes*

Un certain nombre d'antennes se sont engagées sur la voie proposée par l'étude citée plus haut en créant des « unités pour sortants » (UPS) destinées à accueillir pendant une durée limitée des détenus toxicomanes pour un stage de préparation à la sortie. Ces unités ont été mises en place en 1997 sur huit sites pénitentiaires. Ce dispositif s'adresse essentiellement aux détenus toxicomanes les plus marginalisés. Avant de décider de l'extension ou non du dispositif, une évaluation a été effectuée par l'ORS PACA.

Cette évaluation effectuée auprès des détenus, des personnels des antennes et des personnels pénitentiaires de l'ensemble des unités montre que ce dispositif a touché pour le moment peu de détenus (265 en 1998) alors qu'il est mis en place dans les maisons d'arrêt les plus importantes (la Santé, Fresnes, les prisons de Lyon, les Baumettes, entre autres).

La difficulté de recruter des candidats pouvant se trouver à un mois de leur libération et l'absence de motivation d'un certain nombre de détenus expliqueraient pour une bonne part la faiblesse de ces chiffres.

Par ailleurs, l'efficacité du dispositif est considérée comme limitée en raison notamment de l'absence de suivi des stagiaires après leur sortie.

Il a cependant été souligné que le stage UPS constituait un moment important d'accès aux soins pour des détenus n'ayant jamais manifesté de demandes pendant leur incarcération auprès des antennes. C'est souvent à ce moment là qu'une prise en charge par des dispositifs extérieurs à la prison est mise en place.

➤ *les constats contrastés effectués par la mission*

- La mission a pu vérifier en partie l'actualité des constats faits en 1993 concernant plus particulièrement les antennes :
 - le repérage des toxicomanes à l'entrée ne fait pas l'objet de la même attention par toutes les antennes dont un certain nombre se contentent d'attendre qu'ils se signalent directement auprès d'elles ;
 - les recueils de données épidémiologiques lorsqu'ils existent ne portent que sur la file active suivie par l'antenne dont on sait qu'elle est loin d'être représentative de la population des toxicomanes incarcérés ;
 - la prise en charge des toxicomanes est le plus souvent fondée sur une approche essentiellement psychologique, au détriment d'une approche également sociale et sanitaire.
- Elle a pu également constater que la coordination entre les différents acteurs était trop souvent défailante :

Celle-ci est encadrée par l'article D.385 du CPP qui dispose que « *dans le cadre de la prise en charge globale des personnes présentant une dépendance à un produit licite ou illicite, les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire favorisent et coordonnent, en collaboration avec les UCSA les interventions, au sein de l'établissement pénitentiaire, des équipes des structures spécialisées de soins, notamment des centres spécialisés des soins aux toxicomanes et des centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie* ».

Ce rôle central accordé aux SMPR ou aux secteurs de psychiatrie est actuellement mis en cause. Beaucoup d'interlocuteurs de la mission ont fait état des blocages liés à cette répartition des rôles et de l'incapacité de nombreux SMPR à assurer cette fonction de coordonnateur et à impulser une véritable politique de prise en charge des addictions.

Des efforts ont néanmoins été accomplis dans certains endroits. C'est ainsi qu'à Fleury-Mérogis, la prise en charge des toxicomanes a fait l'objet d'une note conjointe du SMPR et de l'UCSA fixant un protocole précis du travail de chacun. A Lyon, un véritable projet commun UCSA-SMPR de prise en charge des détenus toxicomanes a été mis en place. A Rennes, où le SMPR n'est pas doté d'un CSST, il intervient en étroite collaboration avec les centres et associations spécialisés extérieurs et assure un véritable rôle de coordination. Une « unité fonctionnelle des comportements addictifs » a été créée. A Fresnes, un projet commun UCSA-SMPR est également en cours et pourrait aboutir à la création d'une « unité-addictions »

2.6.3.2. *Les conditions d'un changement*

➤ *un nouveau cadre fixé par les conventions départementales d'objectifs*

Les conventions départementales d'objectifs de lutte contre la drogue et la toxicomanie visant à la prise en charge sanitaire et sociale des toxicomanes relevant de la justice ont été mises en place en 1993 dans une quinzaine de départements prioritaires pour la politique de la ville. Parmi les priorités qui leur sont fixées figurent « *l'accompagnement sur le plan sanitaire et social de l'ensemble des mesures de sûreté et des peines prononcées par les juridictions.* »

Le financement par la MILDT d'un certain nombre de projets a permis de renouveler et de diversifier les prises en charges des toxicomanes incarcérés. La généralisation du dispositif à l'ensemble des départements à compter de 1999 et son extension aux personnes sous main de justice rencontrant des difficultés avec l'alcool, ne peut que contribuer à faire accéder les détenus à des soins que le dispositif actuel n'est pas à même de leur fournir.

➤ *un nouveau cadre fixé pour la prise en charge des addictions*

D'une manière générale, la compétence reconnue à la MILDT d'intervenir sur l'ensemble des addictions (dont l'alcool et le tabac) ne peut qu'avoir des effets bénéfiques sur le traitement des addictions en milieu carcéral.

Les orientations gouvernementales en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies fixées dans le plan triennal de la MILDT, ont d'ailleurs inclus la problématique des phénomènes d'addiction des détenus et retenu des actions spécifiques:

- Il est particulièrement recommandé de :
 - traiter toutes les formes de dépendance y compris le tabagisme et les consommations de médicaments ;
 - garantir aux personnes toxico-dépendantes détenues l'accès à l'ensemble des soins ;
 - diversifier les modes de prise en charge en milieu carcéral et à la sortie, parmi lesquels les traitements de substitution et les approches collectives, (groupes de parole, stages préparatoires à la sortie au sein des unités pour sortants) permettant notamment au détenu de s'inscrire dans un projet d'exécution de peine.

- pour ce faire, renforcer les structures spécialisées dans la prise en charge des conduites addictives qui doivent intervenir dans le repérage systématique, le suivi, la préparation du projet de sortie des usagers de drogue détenus et leur suivi à l'extérieur.
- La mise en œuvre de ces orientations s'est traduite par l'élaboration commune par l'AP, la DH, et la DGS, sous l'égide de la MILDT, d'un nouveau cahier des charges pour la prise en charge des toxicomanes détenus. Il s'agit plus particulièrement de :
 - repérer toutes les situations d'abus et /ou de dépendance à l'ensemble des produits psycho-actifs ;
 - proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne détenue ;
 - développer la prévention notamment celle des risques associés à la consommation de produits ;
 - favoriser les aménagements de peine ;
 - préparer la sortie.

La réalisation de ces objectifs repose sur la mobilisation et la coordination de l'ensemble des partenaires intervenant en milieu pénitentiaire y compris les partenaires extérieurs.

Le nouveau cahier des charges servant de base à l'élaboration des protocoles doit être proposé par le DDASS à l'ensemble des acteurs externes ou internes intervenant dans le ou les établissements pénitentiaires du département. Le DDASS doit également susciter la mise en place dans chaque établissement d'un groupe de projet chargé d'élaborer et d'appliquer le protocole.

La coordination doit être exercée par un responsable de projet désigné par l'ensemble des acteurs parmi les intervenants en psychiatrie dans l'établissement, (SMPR ou secteur de psychiatrie) ou, par délégation, parmi les membres de l'UCSA en raison de critères tels que « *son implication et sa motivation particulière, sa connaissance de la prise en charge des questions de dépendance, ses capacités à intégrer ce projet sanitaire dans le champ global de l'insertion.* »

Il est plus particulièrement chargé d'animer le groupe de projet qui doit établir un diagnostic de la situation locale et élaborer le protocole de prise en charge au sein de l'établissement, signé par l'ensemble des intervenants et validés par les DDASS. Ce protocole doit définir les modalités d'intervention précises de chacun des services concernés. Une évaluation de ce dispositif confiée à l'OFDT est également prévue.

A ce jour, la rédaction définitive de la note interministérielle fixant le nouveau dispositif qui doit être envoyée aux autorités sanitaires et judiciaires ainsi qu'aux médecins chefs des SMPR et des UCSA n'est toujours pas achevée.

La volonté de coordination émanant de ce nouveau cahier des charges ne peut qu'être approuvée. Cependant, la mission craint que ce dispositif ne se heurte encore à des logiques de territoire dont elle a souligné le caractère récurrent et qui ont trop souvent jusque là freiné un véritable accès aux soins des toxicomanes.

2.6.4. L'accès des toxicomanes détenus aux traitements de substitution

2.6.4.1 Un cadre juridique clarifié

Après avoir observé pendant longtemps une grande réserve vis à vis des traitements de substitution et les avoir tolérés seulement à titre expérimental dans quelques services hospitaliers, les autorités sanitaires françaises se sont résolument engagées dans la promotion des traitements de substitution. Depuis le début des années 90 en effet, l'abstinence n'est plus considérée comme la seule réponse aux problèmes de dépendances aux opiacés. La substitution s'est imposée comme l'un des modes de traitement de la toxicomanie. Elle représentait en 1999 plus de 60 % des modes de prise en charge des toxicomanes suivis³⁰

On considère que les traitements de substitution sont d'un intérêt majeur dans la prise en charge des toxicomanes lourds à plusieurs titres : ils facilitent l'accès aux soins de patients souvent difficiles en les intégrant dans un cadre thérapeutique ; ils permettent de réduire les risques de contamination par le VIH et le VHC ; enfin, ils favorisent la réinsertion sociale de personnes souvent marquées par la délinquance. Deux produits sont principalement utilisés, la méthadone et la buprénorphine mise sur le marché sous le nom de subutex.

Les plans gouvernementaux successifs ont d'abord donné un caractère prioritaire à l'extension des programmes de distribution de méthadone. Cet opiacé de synthèse a vu ses modalités de distribution élargies à l'ensemble des médecins de CSST.

En 1996, l'autorisation de mise sur le marché du subutex (dont la prescription ne pouvait se faire jusque là qu'au sein des CSST), pouvant être désormais prescrit par les médecins généralistes, va entraîner un essor important des traitements de substitution. En 1999, 70 000 personnes bénéficiaient d'un traitement de substitution.

A la faveur de l'adoption de la loi du 18 janvier 1994, la diversification des modalités de traitement des personnes toxicomanes en milieu libre intervenue à cette période a été étendue au milieu carcéral en 1996.

Deux circulaires ont fixé à quelques mois d'intervalle la pratique des traitements de substitution en milieu carcéral :

- la circulaire du 3 avril 1996 prévoit les conditions de prescription de méthadone et du subutex. Elle autorise la poursuite d'un traitement de méthadone et de subutex initiée en milieu libre ainsi que la prescription initiale d'un traitement de subutex en cas de dépendance majeure aux opiacées, aux fins de préparation à la sortie « *dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée* ». Par contre l'initialisation de la méthadone n'est pas jugée utile ;
- la circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH élargit le cadre de la première en autorisant la prescription initiale d'un traitement de méthadone pendant l'incarcération par un médecin de CSST interne ou externe à la prison.

2.6.4.2 Une mise en œuvre inégale

➤ *une progression réelle mais lente*

Si l'on observe la progression des dépenses pharmaceutiques dans les grands établissements pénitentiaires, on voit que le subutex vient actuellement au premier rang des dépenses pharmaceutiques qui ont augmenté ces dernières années.

³⁰ La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales – DREES novembre 1999

L'enquête menée par la DH/DGS en 1998 et 1999 sur la base d'un questionnaire adressé à toutes les unités médicales implantées en milieu pénitentiaire soit 168 relatise cependant ce constat :

En effet, sur un peu plus de 50 000 personnes écrouées un jour donné en mars 1998, 1056 d'entre elles bénéficiaient d'un traitement de substitution dont 85% sous forme de subutex et 15% sous forme de méthadone. En novembre 1999, sur une population à peu près équivalente, 1653 détenus bénéficiaient d'un traitement de substitution. Alors qu'ils représentaient 2% de la population carcérale en 1998, ce taux atteint 3,3% en 1999.

La prescription de traitement de substitution reste donc une pratique marginale face à un taux de 30 à 40% habituellement avancé concernant le nombre de personnes toxicomanes au sein de la population pénale, même si l'ensemble de ces personnes ne sont évidemment pas concernées par ces traitements de substitution.

➤ *des causes de blocages diverses*

La difficulté d'accès des toxicomanes incarcérés aux traitements de substitution tient à plusieurs raisons

▪ *des refus de principe d'un certain nombre de médecins*

Les deux enquêtes de la DH/DGS ont montré qu'un nombre non négligeable d'UCSA ou de SMPR ne pratiquaient pas la substitution, 34 en 1999 contre 22 en 1998, soit 21% de ceux qui ont répondu au questionnaire.

Le refus de principe d'un certain nombre de médecins de prescrire des traitements de substitution à des toxicomanes incarcérés existe en prison comme en milieu libre. A l'extérieur de la prison, cette attitude n'est pas préjudiciable au patient qui a toujours la faculté de s'adresser à un autre médecin du secteur libéral ou à un centre de soins. En milieu carcéral, cette possibilité lui est retirée. Ce refus a des conséquences d'autant plus importantes lorsqu'il s'agit de poursuivre un traitement initié à l'extérieur.

Lors d'une journée sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral organisée par le ministère de l'emploi et de la solidarité en mai 1999, un médecin généraliste expliquait dans sa communication que la toxicomanie « *est encore tenue, par de nombreux médecins qui exercent en prison, pour une délinquance plutôt que pour un état pathologique. Cette délinquance semble ne réclamer pour beaucoup de ces médecins que des mesures répressives et punitives dont le sevrage imposé fait partie.* ». La mission observe qu'en milieu carcéral, les réticences des personnels aux traitements de substitution y compris des personnels de surveillance sont encore guidées par la difficulté à les assimiler à des traitements médicaux.

L'absence d'information sur la date de sortie dans le cas de détention provisoire est parfois présenté comme une justification pour refuser un traitement de substitution. Dans le cas de condamnations à de longues peines, les avis sont également divergents. Certains médecins s'interrogent sur la finalité et les risques éventuels d'un traitement au long cours.

▪ *des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre*

L'enquête DH/DGS a mis en évidence les éléments suivantes :

- le pourcentage de détenus sous traitement de substitution dans les maisons d'arrêt est similaire qu'elles soient dotées ou non de CSST ;
- la part de traitements interrompus est plus importante dans les maisons d'arrêt dépourvues de CSST;
- jusqu'à une date récente, le pourcentage de patients sous substitution était plus faible dans les établissements du 13 000 et les arrêts de traitement plus fréquents ;

- le subutex est beaucoup plus utilisé que la méthadone et concerne 84% des traitements. Il est principalement prescrit dans le cadre de poursuites de traitements antérieurs (84% des prescriptions de subutex). Malgré le cadre restreint de prescription de la méthadone, ce traitement est cependant de plus en plus initié en détention : 19% en 1998, 29% en 1999.

La mission a, pour sa part, constaté des pratiques très différentes d'un établissement à l'autre qu'il s'agisse de la prescriptions du produit, de l'identité du service prescripteur ou des pratiques de distribution

Ainsi, aux prisons de Lyon, de même qu'au centre de détention de Caen, la poursuite des traitements de subutex et de méthadone est effectuée mais pas initialisée. A la maison d'arrêt de Borgo, il n'y a pas d'opposition de principe à la poursuite d'un traitement à la méthadone mais le médecin ne prescrit pas de subutex. A la maison d'arrêt de la Santé, pourtant pourvue d'un CSST, l'initialisation de la méthadone a démarré en 2000. Les traitements de substitution sont d'une manière générale sous la responsabilité d'un seul médecin psychiatre, pour éviter des disparités de traitements. A Loos, si des traitements de substitution sont proposées à la maison d'arrêt, cette possibilité n'existe pas au centre de détention.

S'agissant de l'identité du service prescripteur, on observe également des situations très différentes : c'est ainsi qu'à la maison d'arrêt des Baumettes, le traitement de substitution est assuré pour le subutex par l'UCSA et pour la méthadone par le SMPR. A l'établissement pénitentiaire de Château Thierry, aucune prescription de méthadone n'existe, l'unité psychiatrique ne prenant en charge que les demandes de sevrage. Quant au subutex, il est prescrit uniquement par l'UCSA.

Les pratiques de distribution diffèrent également selon les endroits ; dans certains établissements, ce sont les infirmiers de l'UCSA qui distribuent le subutex, soit dans ses locaux, soit dans les cellules, tandis que la distribution de méthadone est effectuée quotidiennement au sein du SMPR. Par contre, dans d'autres établissements, la distribution de l'ensemble des produits est faite par le personnel infirmier de l'UCSA ou plus rarement du SMPR.

La mission a pu constater que cette organisation de la distribution était souvent sujette à tensions entre les UCSA et les SMPR, les personnels infirmiers des premières considérant qu'il n'était pas tenu compte de leurs observations par les prescripteurs concernant des pratiques de trafic ou des risques de complications.

▪ *Des difficultés inhérentes à la vie carcérale compliquant l'accès aux traitements de substitution*

➤ *l'importance des trafics internes*

En juillet 1996, un rapport au garde des sceaux du groupe de travail sur la lutte contre l'introduction des drogues en prison et l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes incarcérés avait mis en évidence :

- l'augmentation constante de l'entrée et la circulation de substances illicites dans pratiquement tous les établissements pénitentiaires, beaucoup plus importante que celle révélée par les incidents ;
- la forte demande de médicaments psychotropes qui induit une large prescription, laquelle génère des trafics.

Si le trafic de méthadone est quasiment nul, en raison notamment de l'étroite surveillance dont sa prescription fait l'objet (prescription uniquement par le CSST interne ou externe à la prison, distribution sous forme de sirop et absorption devant le personnel) celui de subutex a été constamment rapporté à la mission par l'ensemble des personnels pénitentiaires et médicaux.

Le regard que chacun porte sur ce phénomène n'est cependant pas identique : les personnels infirmiers qui assurent la distribution quotidienne dans les cellules et les surveillants qui les accompagnent, sont persuadés que beaucoup de détenus ne prennent pas le subutex qui leur est remis mais le conservent pour l'échanger et le revendre. Les directeurs d'établissement indiquent pour leur part trouver souvent de tels produits lors de fouilles. Les médecins sont plus partagés, certains estimant que les trafics de subutex existent mais comme en milieu libre et ne sont en tout cas pas supérieurs à ceux des benzodiazépines, d'autres se demandant si, en prescrivant des traitements de substitution, ils ne deviennent pas à leur tour des « dealers ».

Ce problème a fait rarement l'objet de réunions communes entre les divers personnels. Faute de mesure réelle du phénomène, chacun reste sur ses positions et ses certitudes ce qui renforce le sentiment de méfiance vis à vis des produits de substitution et alimente les fantasmes.

➤ *la difficulté de prise en charge accompagnant les traitement de substitution*

Les traitements de substitution sont, comme on l'a indiqué plus haut, un des modes de traitement de la toxicomanie. En milieu libre, ils s'accompagnent en général d'une prise en charge de la personne et s'insèrent dans un projet de vie. Aux dires des spécialistes, ils correspondent à un moment particulier du parcours du toxicomane qui, sans nécessairement avoir une perspective de sevrage, veut modifier son mode de vie.

En prison, il est particulièrement important d'inscrire ce traitement dans une telle perspective : l'incarcération peut être l'occasion de favoriser un accès aux soins des détenus et d'inciter à la mise en place d'un projet d'insertion. Mais cette prise en charge personnalisée n'est pas toujours possible que cela soit le fait du détenu dont la motivation peut être fluctuante ou que cela tienne aux capacités du système de soins à assumer cette prise en charge. Dans certains cas, la demande de traitement de substitution est parfois perçue comme exclusivement utilitaire.

Au total, la diversité des pratiques comme des arguments avancés pour les justifier résulte de la faiblesse de la doctrine relative à l'utilisation de traitements de substitution en milieu carcéral.

2.6.5 La réduction des risques en milieu carcéral

Les motifs ayant conduit les pouvoirs publics à autoriser les traitements de substitution sont liés notamment aux impératifs de réduction des risques. Bon nombre d'associations ont réclamé que toutes les mesures de prévention existant à l'extérieur s'appliquent en prison.

Face à cette revendication, et compte tenu des enjeux de santé publique, en 1997, une mission conjointe a été mise en place par le directeur général de la santé et le directeur de l'administration pénitentiaire sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites en milieu carcéral. La présente mission qui n'a pas été saisie de cette question, n'a donc pas souhaité interférer avec les travaux en cours.

CHAPITRE 3 : LE DISPOSITIF DE SOINS PRESENTE SURTOUT DES LACUNES IMPORTANTES DANS TROIS DOMAINES : LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE, LE TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX ET LA PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT ET DU HANDICAP

3.1 Une approche santé publique à définir

3.1.1 - Un retard considérable en hygiène

Le code de procédure pénale stipule que *"l'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité, tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments, le fonctionnement des services économiques et l'organisation du travail, que l'application des règles de propreté individuelle et la pratique des exercices physiques."* (article D. 349 du CPP)

Mais la réalité est encore fort éloignée de cet objectif général. De nombreux rapports et témoignages en attestent, même si les situations peuvent être sensiblement différentes d'un établissement à un autre. Les établissements du programme 13 000 représentent un progrès considérable à cet égard.

Consciente des insuffisances actuelles et des disparités existantes, la DAP a lancé au cours de l'année 2000 auprès de tous les établissements pénitentiaires, une enquête sur l'hygiène et les conditions de vie des personnes détenues. Il s'agit d'une enquête particulièrement détaillée dont les données recueillies sont en cours d'exploitation et de validation. La présente mission a eu connaissance de certains résultats préliminaires et y fait référence.

Cette enquête permettra d'avoir une connaissance beaucoup plus précise des écarts existants, de la diversité et de l'ampleur des besoins restant à satisfaire en matière d'hygiène et de conditions matérielles de détention. Elle devrait constituer une base solide pour les discussions à venir sur les priorités à retenir et les moyens à mobiliser.

Malgré les progrès réalisés, la vétusté d'une proportion encore importante d'établissements pénitentiaires constitue un obstacle évident et considérable à l'atteinte de "conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité".

La DAP a bien procédé à des rénovations et reconstructions d'établissements, mais le rythme de ces opérations est trop lent par rapport au retard à combler. Les 10 milliards de francs d'investissements prévus pour les cinq années à venir permettront d'accélérer le processus de rénovation du parc pénitentiaire.

Les conséquences de cette vétusté affectent les cellules des détenus comme les locaux collectifs. Elles retentissent également sur les conditions de travail des personnels pénitentiaires et des autres intervenants. D'une manière générale la situation est plus défavorable dans les maisons d'arrêt que dans les établissements pour peines.

➤ *hygiène individuelle et propreté des cellules*

Les installations sanitaires devraient être "*propres, décentes, ... réparties d'une façon convenable et leur nombre proportionné à l'effectif des détenus*" (article D. 351 du CPP). Des progrès ont été accomplis mais la norme, déjà trop faible, de trois douches minimales par semaine et par détenu n'est pas atteinte dans tous les quartiers d'établissements. Il y a encore des exceptions tenant à l'insuffisance quantitative et qualitative des cabines de douche, ou à l'étroitesse des plages horaires pendant lesquelles elles peuvent être utilisées, ou à un approvisionnement insuffisant en eau chaude. D'après l'enquête de la DAP en cours d'exploitation, plus de 40% des établissements ne comptent qu'une douche en état de marche pour plus de 7 personnes.

Dans certaines cellules, l'absence de séparation entre les WC et le reste de la cellule n'est pas hygiénique et s'avère psychologiquement dégradante. Cet inconvénient est évidemment majoré lorsque la cellule est occupée par plusieurs détenus.

Le chauffage des cellules réalisé la plupart du temps au moyen de canalisations sans radiateur n'est pas satisfaisant. La température à l'intérieur des cellules est souvent basse en hiver et le dispositif ne permet aucun réglage ou modulation en fonction des circonstances.

L'éclairage naturel est souvent insuffisant de même que l'éclairage électrique. L'étroitesse des fenêtres (parfois obturées) ne permet pas souvent une ventilation naturelle suffisante. Bon nombre de détenus étant contraints de laver leur linge à l'eau froide et de le faire sécher à l'intérieur des cellules, l'air de celles-ci se trouve être saturé de vapeur d'eau, avec les inconvénients que cela peut avoir en hiver. Dans beaucoup d'établissements il manque des machines à laver et à sécher le linge pour les détenus.

Si la propreté de la cellule est de la responsabilité des détenus qui l'occupe, l'impossibilité pour un certain nombre de détenus âgés, invalides ou souffrant de troubles mentaux de nettoyer eux-mêmes leur cellule aboutit à des situations parfois indignes.

➤ *hygiène des locaux collectifs : cours de promenade et aires de sport, quartier disciplinaire, quartier d'isolement*

Dans les établissements sous gestion de l'administration pénitentiaire, par opposition aux établissements du programme 13.000, le nettoyage et l'entretien des locaux sont assurés par des détenus sélectionnés par l'administration pour le service général. La mission a constaté que, si certains locaux tels que les cuisines, les bureaux de l'administration ou les locaux des UCSA étaient généralement propres, il en était rarement de même pour d'autres espaces tels que cours de promenade, douches, ateliers, quartiers disciplinaires et d'isolement.

La présence de débris dans les cours ou espaces non couverts aggrave l'image de la détention et ne contribue pas au respect de soi-même et du respect des autres. Cela constitue aussi des gîtes potentiels pour la prolifération des rongeurs et autres nuisibles, vecteurs possibles de maladies.

L'état général des cellules disciplinaires et d'isolement est trop souvent déplorable. Si la dégradation de ces cellules par leurs occupants est bien réelle, l'administration devrait faire assurer un minimum de propreté dans ces cellules, par respect pour ceux qui les occupent et pour préserver leur santé physique et psychique.

Parmi les anomalies les plus criantes, on mentionnera : la proximité stupéfiante du point d'alimentation en eau et de la canalisation assurant la chasse de la cuvette d'aisance ; l'état crasseux et maculé des murs et/ou des grilles ; l'absence de tout dispositif d'alerte ; l'existence particulièrement regrettable de points d'accrochage en des lieux où le risque de passage à l'acte suicidaire est notoirement accru.

➤ *hygiène alimentaire*

Certains détenus se plaignent parfois de la qualité des plats. A cet égard, la présente mission n'a pas constaté d'insuffisances quantitatives, mais les rations apparaissent trop riches en graisses et en féculents.

De nombreuses cuisines ont été rénovées et certaines sont bien installées. Des contrôles assez systématiques sont faits sur le personnel de cuisine, notamment les détenus qui y sont affectés, pour vérifier l'absence de portage infectieux ou parasitaire contre-indiquant le travail en cuisine. Des contrôles de la qualité microbiologique des plats préparés sont effectués à l'initiative de l'établissement et des administrations de contrôle. Les conditions générales d'installation et de fonctionnement des cuisines sont contrôlées régulièrement par les services déconcentrés de l'État.

Les conditions d'acheminement des repas en cellule sont souvent précaires : dans un grand nombre de cas, la nourriture arrive froide dans la cellule. De plus, les rares menus spécifiques sont souvent détournés lors de ce transport.

A cet égard, on doit regretter l'absence quasi générale d'intervention d'un diététicien dans la confection des repas. Ce point devrait être amélioré car il y a pratiquement dans tous les établissements des détenus astreints à des régimes diététiques. Le service d'un diététicien devrait être assuré par l'hôpital conventionné avec l'établissement pénitentiaire.

➤ *hygiène et santé des détenus au travail*

La question de l'hygiène et de la santé au travail ne figure pas explicitement dans la lettre de mission. D'ailleurs, du point de vue institutionnel, la médecine du travail ne relève pas du ministre chargé de la santé mais du ministre chargé du travail ; il en va de même du contrôle exercé par les médecins inspecteurs du travail ¹ et les inspecteurs du travail.

En droit, "*les relations entre l'organisme employeur et le détenu sont exclusives de tout contrat de travail*" ² (qu'il s'agisse du service général ou d'une activité exercée au profit d'une entreprise concessionnaire). "*Il est dérogé à cette règle pour les détenus admis au régime de la semi-liberté*".

Il découle de ce principe la non-application des droits et obligations attachés au contrat de travail. Et notamment, la législation relative à la médecine du travail ne s'applique pas aux détenus qui travaillent, que ce soit en cellule ou dans des ateliers collectifs.

Il n'en demeure pas moins que la reconnaissance de l'aptitude physique voire psychologique d'un détenu à exercer tel ou tel travail, ainsi que la surveillance médicale des conséquences néfastes que pourraient avoir certains travaux sur son état de santé se posent. Il en va de même des aménagements éventuels du poste de travail ainsi que de la surveillance des conditions d'hygiène et de sécurité au travail. Les inspecteurs du travail assurent d'ailleurs parfois des inspections des ateliers en milieu pénitentiaire au titre de leur compétence en

¹ Les médecins inspecteurs du travail sont affectés dans les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP).

² Article D. 103 du code de procédure pénale.

matière de conditions de travail, d'hygiène et de sécurité. Cette possibilité existe également pour les agents et ingénieurs conseils des caisses régionales d'assurance maladie.

En pratique, la mission a constaté qu'il n'existait pas de médecine du travail en faveur des détenus autorisés à travailler. Les médecins des UCSA sont des médecins "traitants", qui n'ont pas la qualification en médecine du travail.

Toutefois, la DAP a signalé à la mission une expérimentation, récente et limitée à deux établissements, de surveillance médicale spéciale. Il s'agit de deux établissements pénitentiaires dans lesquels des détenus effectuent des travaux relevant de l'arrêté du 11 juillet 1977³ (travaux particulièrement dangereux). La surveillance médicale est assurée par un service inter-entreprises de médecine du travail.

3.1.2 - Le manque d'outils propre à une politique de santé publique

3.1.2.1 Un déficit en information qui gêne la réflexion stratégique

L'amélioration de la qualité des soins dispensés aux détenus et l'optimisation des actions de promotion de la santé passent nécessairement par une meilleure connaissance des besoins (somatiques et psychiques) des détenus et des moyens et actions actuellement mis en œuvre, ainsi que de leur impact.

Des progrès ont été accomplis depuis 1994 vers cette connaissance plus approfondie des besoins et des moyens sanitaires mis en œuvre. On peut rappeler, sans vouloir être exhaustif⁴ :

- l'enquête sur l'état de santé des entrants en prison, réalisée en 1997 par la DREES ;
- le bilan, réalisé en 1997, de la mise en œuvre des protocoles conclus entre les établissements publics de santé et les établissements pénitentiaires dans le cadre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994 ;
- l'enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues, réalisée en 1997, par la DH ;
- l'enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire réalisée en mars 1998 par la DH et la DGS ;
- l'enquête sur la réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral (prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral), menée en 1997-98 sous la coordination de l'ORS de la région PACA ;

Il faut aussi mentionner les enquêtes locales initiées par les partenaires intervenant auprès des détenus et réalisées par les UCSA et SMPR seuls ou, plus souvent, en partenariat avec un observatoire régional de la santé ou un comité départemental d'éducation pour la santé. Par exemple, les UCSA de Lyon ont réalisé une enquête sur les troubles du sommeil en milieu carcéral.

³ Arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale.

⁴ Les enquêtes rappelées ici sont évoquées à propos des différents thèmes traités dans ce rapport.

Sans vouloir minimiser l'importance et l'utilité des travaux évoqués, on remarquera qu'il s'agit exclusivement d'enquêtes limitées dans le temps qui, par construction, ne permettent pas de suivre de manière continue l'évolution de la situation décrite (besoins et moyens). Le constat n'est d'ailleurs pas totalement spécifique aux soins en détention, puisque certains des outils de suivi de l'activité de soins sont eux-mêmes en cours de développement dans les établissements de santé. C'est notamment le cas du PMSI pour les soins psychiatriques ou les soins de suite et de réadaptation ou les soins ambulatoires.

A côté du problème de la disponibilité des outils d'information dans les établissements de santé, les UCSA et les SMPR, notamment les antennes toxicomanie ont aussi à supporter la contrainte de leur éloignement physique par rapport à leur établissement d'appartenance. Ainsi, la mission a pu constater que le niveau de développement des outils bureautiques et du système d'information médicale était très souvent en retard par rapport à la situation de l'hôpital de rattachement.

3.1.2.2 Une promotion de la santé embryonnaire

Le dispositif de santé en milieu carcéral, désormais centré sur les équipes UCSA, souffre d'un handicap qu'on pourrait qualifier de "culturel". Par culture, et en dépit des principes généraux énoncés par le législateur les hôpitaux dont relèvent les UCSA n'ont pas encore vraiment acquis les savoir-faire qu'ils seraient censés posséder en matière de prévention (individuelle ou collective), d'éducation à la santé et de promotion de la santé d'une manière générale.

Pourtant, dans l'esprit des promoteurs de la réforme, la promotion de la santé devait constituer un des points forts de la réorganisation. En particulier, l'objectif était de faire bénéficier la population pénale, souvent jeune, précarisée et n'ayant eu jusque-là qu'un faible accès aux soins, d'actions de prévention et d'éducation pour la santé susceptibles d'amener les personnes détenues à une meilleure prise en charge de leur santé.

L'établissement de santé est donc chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé et d'élaborer, en concertation avec tous les partenaires concernés (établissement pénitentiaire, services de l'État, services du conseil général, autres collectivités, organismes de sécurité sociale, associations), un programme annuel ou pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé.

Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 prévoit en outre que la réalisation des actions relevant de la compétence de l'État ou du Conseil général peut, en fonction des circonstances locales, être déléguée par voie de convention à l'établissement de santé.

Pour ce qui est de la nature et du contenu des actions de prévention et d'éducation pour la santé, le guide méthodologique conseille de définir les priorités à partir des problèmes de santé relevés dans chaque établissement, notamment à partir des informations recueillies à l'occasion de la visite d'entrée, et en prenant en compte les caractéristiques de l'établissement pénitentiaire.

Compte tenu des pathologies observées en milieu carcéral, le guide suggère de privilégier notamment, l'infection par le VIH, les autres maladies sexuellement transmissibles, l'alcoolisme et les autres toxicomanies, les hépatites B et C, la mise à jour des vaccinations (anti-tétanique notamment), l'alimentation, la responsabilisation du détenu à sa santé, et à l'observance des traitements, l'hygiène bucco-dentaire.

En pratique, seuls quelques établissements ont mis en place des actions de promotion de la santé, en faisant appel, comme il était suggéré, à des partenaires ayant les compétences, l'expérience et les moyens pour les conduire.

Lorsqu'un véritable projet est élaboré comme par exemple aux Baumettes (préparation à la sortie), à la Santé (état bucco-dentaire), ou à Fleury-Mérogis (alcoolisme), la méthodologie suivie est généralement bonne. Le choix des actions se fonde sur une analyse des besoins, soit à partir de données disponibles, soit à partir d'une enquête préalable destinée à préciser le besoin. Le point faible le plus souvent constaté, mais qui n'est pas propre aux actions de prévention menées en milieu pénitentiaire, se situe au niveau de l'évaluation des actions menées : évaluation des moyens consommés et, plus encore, évaluation de l'impact des actions menées. Ce dernier aspect constitue pourtant une étape indispensable à la justification de renouvellement des actions engagées et à leur aménagement éventuel. Il n'en est pas moins vrai que cette démarche reste malheureusement trop rare. De plus, certains thèmes majeurs, comme par exemple le tabac, restent pratiquement ignorés.

Il ressort aussi des différents sites visités que le dynamisme déployé est dans l'ensemble assez modeste eu égard à l'ampleur du besoin. Parmi les obstacles ou contraintes le plus souvent mis en avant, les établissements de santé évoquent l'insuffisance relative de leurs moyens, notamment en personnel paramédical, et les choix qu'ils sont conduits à faire entre soins curatifs et activités de prévention.

3.1.3 Des incertitudes en matière de contrôle, d'évaluation et d'inspection

3.1.3.1. Un dispositif réglementaire de contrôle multiple et diversifié

Les établissements pénitentiaires sont, théoriquement, l'objet de contrôles multiples et diversifiés. Cette diversité du dispositif d'inspection et de contrôle est résumée à l'article D. 229 du CPP, aux termes duquel "*sans préjudice du contrôle des autorités judiciaires, ..., et celui de la commission de surveillance, les établissements pénitentiaires font l'objet du contrôle général de l'inspection des services pénitentiaires et des inspections périodiques des magistrats ou des fonctionnaires de l'administration pénitentiaire et des directeurs régionaux ou de leurs adjoints ; en outre, ils sont soumis aux inspections du préfet ou du sous-préfet, ainsi que, dans le domaine de leur compétence, de toutes les autorités administratives investies d'un pouvoir de contrôle à l'égard des différents services de l'administration pénitentiaire*".

- *le transfert du contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires aux services du ministère chargé de la santé en 1983*

Ce sont deux décrets de 1983⁵ et 1984⁶ qui ont confié le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires à l'inspection générale des affaires sociales et aux services du ministre chargé de la santé. Auparavant, le contrôle relevait de l'inspection médicale propre au ministère de la justice.

⁵ Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale (3^{ème} partie : Décrets).

⁶ Décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale (3^{ème} partie : Décrets).

La réforme visait donc à étendre aux établissements pénitentiaires la mission générale de contrôle dévolue aux services déconcentrés du ministère de la santé et notamment aux médecins inspecteurs. D'ailleurs, ces médecins assuraient déjà le contrôle des centres médico-psychologiques régionaux (futurs SMPR).

Cette nouvelle compétence a été maintenue, en des termes à peu près identiques, jusqu'à ce jour. Elle figure désormais à l'article D. 348-1 du code de procédure pénale, qui dispose : "*l'inspection générale des affaires sociales et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Ces services contrôlent à l'intérieur des établissements pénitentiaires l'exécution des lois et des règlements se rapportant à la santé publique et effectuent toutes vérifications utiles à leurs missions.*"

Une circulaire du secrétaire d'État à la santé en date du 30 août 1984 ⁷, adressée aux préfets de région (DRASS) et de département (DDASS), précisait déjà la portée et le contenu de cette nouvelle mission, demandant notamment aux médecins inspecteurs d'établir un rapport au moins annuel sur les établissements pénitentiaires de leur département.

➤ *le comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral*

C'est un décret du 6 août 1985 ⁸ qui a créé le comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, désormais ⁹ placé sous la présidence conjointe des deux ministres chargés de la justice et de la santé.

Aux termes de l'article D. 348-3 du code de procédure pénale, "*le comité interministériel est chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Il veille à la mise en œuvre des orientations fixées dans les domaines de la prévention, de l'organisation des soins et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Il assure la concertation, à l'échelon national, entre les services des ministères compétents chargés de promouvoir l'amélioration des soins dispensés aux personnes incarcérées et concourt à l'évaluation du dispositif de soins en milieu pénitentiaire.*"

Le comité interministériel est censé se réunir au moins une fois par an. En fait, ce comité ne se réunit plus, tout au moins formellement, mais il existe des rencontres des directeurs respectifs de l'administration pénitentiaire, de la direction générale de la santé et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

La collaboration entre les deux ministères est également facilitée par la mise à disposition réciproque de fonctionnaires entre les directions relevant du ministère de la justice et celles relevant du ministère de la santé.

➤ *des voies administratives offertes aux détenus pour se faire entendre*

Des détenus ont la possibilité de s'adresser directement, sous pli fermé, à certaines autorités administratives ou judiciaires limitativement énumérées ¹⁰. Parmi les autorités énoncées figurent notamment :

- l'inspecteur général des services judiciaires,

⁷ Circulaire DGS/3A/390 du 30 août 1984 relative au contrôle exercé par les services extérieurs du ministre chargé de la santé dans les établissements pénitentiaires.

⁸ Décret n° 85-836 du 6 août 1985 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale (3^{ème} partie : Décrets) (JO du 8 août 1985).

⁹ Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires (JO du 9 décembre 1998).

¹⁰ Arrêté du 12 mai 1997 fixant la liste des autorités administratives et judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé. Arrêté codifié à l'article A. 40 du code de procédure pénale.

- le chef de l'inspection des services pénitentiaires,
- le chef de l'inspection générale des affaires sociales,
- les préfets et sous-préfets,
- les médecins inspecteurs des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales,
- les directeurs d'établissement de santé,
- le président du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants au Conseil de l'Europe.

C'est à ce titre que le chef de l'IGAS est saisi de requêtes ou plaintes de la part de détenus ou de leurs familles (annexe 7).

En résumé, le contrôle du fonctionnement général des établissements pénitentiaires et des services qui y interviennent est dûment prévu par la réglementation. Il convient d'examiner la réalité de ces contrôles et d'apprécier leur impact.

➤ *des contrôles effectués mais des solutions plus difficiles à mettre en œuvre*

Les rapports d'enquête parlementaires et le rapport de la commission présidée par M. Guy Canivet ont insisté sur le caractère formel du fonctionnement des commissions de surveillance de la plupart des établissements pénitentiaires et sur leur faible efficacité. Cela vaut pour l'ensemble des aspects de la vie carcérale, et notamment les aspects sanitaires. Les trois rapports plaident en faveur d'un contrôle renouvelé, plus opérationnel, et extérieur à l'administration pénitentiaire.

➤ *des inspections réalisées, mais une réelle difficulté à résoudre les dysfonctionnements repérés*

Conformément à la réglementation, les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, essentiellement les DDASS, réalisent des inspections en milieu pénitentiaire. Il s'agit généralement d'inspections systématiques programmées, réalisées le plus souvent après recueil préalable d'informations statistiques au moyen d'un questionnaire dont la forme et le contenu varient d'un département à un autre.

La périodicité des inspections n'est pas toujours annuelle et bien des DDASS omettent de transmettre à l'administration centrale les rapports des inspections qu'elles ont réalisées. Ainsi, les rapports remontés des DDASS étaient au nombre de 26 en 1998 et 15 en 1999. En outre, les rapports transmis ne sont pas exploités de manière systématique.

Les inspections sont le plus souvent réalisées par un médecin inspecteur de santé publique. Les ingénieurs et autres agents du service santé environnement effectuent également des inspections portant sur les conditions générales d'hygiène, les cuisines, le traitement des effluents et des déchets. Les pharmaciens inspecteurs de santé publique contrôlent aussi le fonctionnement des pharmacies à usage intérieur et la distribution des médicaments.

Les dysfonctionnements les plus fréquemment relevés à l'occasion de ces inspections recouvrent les aspects évoqués au long de ce rapport, et notamment les retards aux soins. Mais la principale faiblesse des inspections actuelles réside dans la difficulté à passer de l'identification des dysfonctionnements repérés à leur suppression ou atténuation. C'est ce qui ressort également de l'instruction des plaintes et des signalements individuels.

➤ *des investigations et contrôles consécutifs à des requêtes individuelles*

Si certaines DDASS reçoivent parfois directement des requêtes de détenus (c'est notamment le cas du département du Calvados), le plus souvent elles interviennent à la demande de l'IGAS, que l'IGAS ait été saisie directement ou par la DAP, la DGS ou la DHOS.

Ainsi, au cours de l'année 2000, l'IGAS a été saisie de 388 plaintes adressées par les détenus eux-mêmes ou par des tiers agissant dans leur intérêt : familles, avocats, associations de défense des droits des détenus, visiteurs de prisons. En fonction de la nature des établissements concernés, les 388 réclamations peuvent être ventilées de la manière suivante :

- 227 proviennent des maisons d'arrêt ;
- 161 proviennent des établissements pour peines.

Sur ces 388 plaintes, 380 ont fait l'objet d'interventions auprès des services déconcentrés (en pratique les médecins inspecteurs de santé publique). Ces interventions ont donné lieu à autant de rapports médicaux, 8 réclamations partiellement ou totalement mal orientées ont été transmises au ministère de la Justice.

- S'agissant de l'évolution du volume de plaintes reçues, on constate une relative stabilisation. Le tableau ci-dessous retrace l'évolution constatée :

Évolution du nombre de plaintes reçues à l'IGAS

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Plaintes reçues à l'IGAS	282	264	229	240	284	333	299	332	323	386	441	388
dont réclamations mal orientées	21	11	13	18	16	33	41	35	13	21	23	8

Source IGAS

Il serait cependant hasardeux de tirer des conclusions rapides du tableau précédent. En effet, les plaintes adressées directement aux autorités départementales ne sont pas recensées ; leur nombre varie très sensiblement d'un département à un autre, reflétant sans doute davantage des niveaux différents d'information des détenus sur les possibilités qui leur sont ouvertes que les différences, pourtant réelles selon les sites, dans l'acuité et la fréquence des problèmes.

Un sondage effectué par la mission (annexe 7) sur les plaintes reçues en 1999 montre que 39 % des griefs allégués par les plaignants ne seraient pas fondés du point de vue des médecins inspecteurs. Comme à l'hôpital, certains griefs trouvent leur origine dans une insuffisance de communication entre le patient et l'équipe soignante.

Pour ce qui est des problèmes les plus fréquemment évoqués par les plaignants, ils n'évoluent guère d'une année à l'autre. Les difficultés concernent tout particulièrement :

- les problèmes d'escorte et de garde lorsqu'ils retardent la réalisation des soins à l'extérieur de la prison ;
- les soins dentaires : perturbations ou interruptions de traitements par suite de transfèrements, difficultés de réalisation de soins autres que de base ;
- les prises en charge psychologiques ou psychiatriques ;
- La prise en charge du handicap et la fourniture de prothèses et d'appareils.

La direction de l'administration pénitentiaire ainsi que les directions concernées au ministère de la santé (DHOS et DGS) sont informées des dysfonctionnements avérés les plus importants.

L'IGAS est par ailleurs de plus en plus sollicitée par les associations qui œuvrent pour la défense des droits des détenus.

➤ *le rôle du CPT du Conseil de l'Europe*

Le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) contribue aussi, par ses visites et ses recommandations, à l'amélioration des soins prodigués aux détenus.

Le CPT a effectué cinq visites en France depuis 1991. Sa dernière visite a eu lieu du 14 au 26 mai 2000. Le comité a ainsi visité, à son initiative et parfois de manière impromptue, des locaux de garde à vue, des zones d'attente, des centres de rétention administrative, des établissements de santé ¹¹ et des établissements pénitentiaires ¹². Un rapport préliminaire a été rédigé et les autorités françaises ont été amenées à faire part de leurs observations conformément à la procédure contradictoire appliquée par le CPT.

Lors de sa restitution orale en mai 2000, la délégation du CPT notait avoir relevé des effets très positifs à la réforme de 1994 et précisait qu' "*en particulier, la qualité des soins somatiques dispensés dans les UCSA s'était indiscutablement améliorée*".

3.2 La place croissante des problèmes mentaux en détention impose de modifier le dispositif de soins

3.2.1 L'augmentation du champ de la psychiatrie en prison

3.2.1.1 Le constat

Tous les interlocuteurs de la mission - qu'ils relèvent du système judiciaire, médical ou de l'administration pénitentiaire - ont souligné les difficultés croissantes rencontrées dans la gestion des problèmes mentaux en prison.

¹¹ Hôpital d'Yzeure ; CH de Moulins-Yzeure ; Unité pour malades difficiles du CH de Sarreguemines.

¹² Etablissement public de santé national de Fresnes ; MA de Fresnes ; CP de Lannemezan ; MA de Lyon Saint Paul ; MA de Paris – La Santé.

➤ *les aspects quantitatifs*

On ne dispose pas, ce qui est dommage, d'enquêtes nationales répétées chaque année qui permettent de mesurer ce type d'évolution, mais seulement d'enquêtes ponctuelles, dont le champ et le thème changent chaque fois.

- “L'évaluation de l'état de santé et des besoins sanitaires de la population pénale” réalisée entre novembre 1992 et mai 1993 par l'ORS PACA sur certaines maisons d'arrêt de la région avait montré un pourcentage de personnes traitées par psychotropes à l'entrée en prison de 22 %, retrouvé des antécédents psychiatriques dans 30,5 % des cas et les médecins pénitentiaires avaient porté dans 10 % des cas un diagnostic de pathologie psychiatrique. Toutefois, les toxicomanes étaient inclus dans ces pourcentages.
- Dans l'enquête réalisée en 1997 sur la santé des entrants en prison, on constatait en revanche que 8,6 % des hommes incarcérés étaient déjà régulièrement suivis par un service psychiatrique (contre 13 % des femmes) mais que 18,3 % de ces mêmes entrants (28,1 % des femmes) avaient une prescription de médicaments pour des problèmes neurologiques ou psychiques, produits de substitution non inclus (17,1 % des hommes recevaient un traitement psychotrope¹³, 1,3 % recevaient un traitement anticomitial) et que la proportion d'entrants pour lesquels le médecin prescrivait une consultation en psychiatrie hors motif relié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie¹⁴ était de 8,5 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes.

Parmi les détenus auxquels une consultation spécialisée de psychiatrie était proposée, seulement un tiers était déjà suivis en psychiatrie, et un quart recevaient un traitement psychotrope¹⁵. Au bout du compte en 1997, si l'on additionne malades anciennement suivis et nouveaux malades diagnostiqués, le pourcentage de sujets présentant à l'entrée des troubles mentaux était compris, chez les hommes entre **14 % et 25 %**, cette proportion pouvant atteindre 30 % chez les femmes.

Sachant que l'enquête provençale inclut les toxicomanes et se situe dans une région particulièrement touchée par ce phénomène, alors que la deuxième enquête, nationale, les exclut, on peut penser que le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux en prison a plutôt progressé entre 1992 et 1997....

- Depuis cette date, il n'y a pas eu d'enquête nationale, mais l'ensemble des interlocuteurs rencontrés affirment que la proportion de problèmes mentaux a continué de croître. Une étude effectuée par la pharmacie de Fleury-Mérogis montre par exemple que le pourcentage de personnes traitées par psychotropes a augmenté :

Proportion de patients détenus placés sous traitement psychotrope à Fleury-Mérogis

	1996	1999	2000
nombre de détenus	4446	3211	2800
nbre de détenus recevant un traitement médicamenteux	1269	1859	1540
% de traitements comportant des psychotropes	39 %	65 %	80 %

Source pharmacie de Fleury-Mérogis

Le taux ne donne en soi aucune indication sur la gravité des problèmes rencontrés, mais l'augmentation de ce taux, à organisation constante, est révélatrice soit d'une augmentation des troubles, soit d'une meilleure prise en charge, ce qui, en terme de besoins à couvrir, revient de toute façon à une augmentation.

¹³ 3,5 % neuroleptique, 4 % antidépresseur, 15,2 % anxiolytique ou/et hypnotique : le total est différent de 17,1 % du fait des associations médicamenteuses.

¹⁴ Une consultation de psychiatrie pour motif lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie était en outre prescrite dans 10,7 % des cas supplémentaires.

- Enfin, une étude a été lancée en 2001 par l'INSERM, avec le soutien de la DGS, pour mieux connaître la santé mentale des détenus. Mais la mission ne devrait pas disposer en temps utile de ses résultats.

En conséquence, évaluer pour le moment à un quart la proportion de personnes présentant des troubles mentaux en prison, comme le font la plupart des interlocuteurs de la mission, apparaît comme une estimation raisonnable, même si cette estimation cache des situations très diverses.

➤ *les indices qualitatifs de cette progression*

La prison serait “un grand asile peuplé de fous”. Madame le Dr de Beaurepaire, chef du SMPR de Fresnes, décrit ainsi sa première impression, lorsqu’il y a 6 ou 7 ans, elle a commencé à y exercer, revoyant avec 30 ans de décalage ce qu’elle observait, au début de sa carrière, dans les hôpitaux psychiatriques.

Dans cet établissement, la file active¹⁶ des détenus suivis au SMPR (3500 patients) comporte selon ce praticien¹⁷ 10 % de psychoses délirantes chroniques (dont la moitié environ de schizophrénies), 10 % de psychoses aiguës, bouffées délirantes, réactions délirantes à des stress majeurs, soit déjà 20 % de personnes délirantes, c’est à dire 700 détenus par an, les autres troubles étant heureusement moins sévères. Ramené au flux annuel d’environ 8000 détenus par an, c’est un taux annuel de 8,75 % de personnes délirantes qu’il faut envisager.

La majorité des personnes interrogées par la mission pense que la morbidité psychiatrique s’est aggravée. Aucune étude épidémiologique nationale détaillée n’en apporte la preuve, mais certains exemples locaux vont dans ce sens. Ainsi, à la maison d’arrêt de Strasbourg, le pourcentage des psychotiques détectés par le SMPR (sujets atteints par les formes les plus sévères de la pathologie mentale) au sein des entrants en prison est passé de 1,1 % en 1990 à 4,6 % en 1995 et à 8,7 % en l’an 2000.

Ces chiffres sont à comparer aux données épidémiologiques de la population générale, qui restent stables et montreraient qu’il y a 1 % de schizophrènes et 15 % de personnes sujettes à la dépression.¹⁸

- Le premier effet de ce phénomène est une **augmentation des patients lourds** dans la file active de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Au SMPR de Strasbourg par exemple, le nombre de psychotiques suivis a été multiplié par 5,4 en 12 ans.

Évolution du nombre de psychotiques parmi les patients suivis par le SMPR

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000) 92-2000
psychotiques	22	22	31	44	63	68	83	81	87	106	125	119	+170 %
Patients suivis				1705	1458	1300	1455	1459	1325	1304	1172	1048	-39%

Source *Établissement public de santé Alsace Nord*

¹⁶ ce terme désigne généralement une clientèle régulièrement suivie

¹⁷ “ A propos de patients psychotiques incarcérés, problèmes cliniques et éthiques ”. C de Beaurepaire, S. Pottiez. A paraître.

¹⁸ Données CREDES cités dans le dossier DGS “ santé mentale : l’usager au centre d’un dispositif à rénover ” avril 2001.

A côté des psychoses, les SMPR doivent également répondre à des problèmes divers : troubles du comportement, dépressions, troubles de la personnalité, addictions, complications psychiatriques de maladies somatiques, etc.

- Par ailleurs, les **incidents à l'intérieur de la prison se multiplient**, compte tenu du caractère instable de cette population.

Pour les établissements pénitentiaires relevant de la direction régionale pénitentiaire de Paris, le nombre de victimes d'agressions verbales ou physiques au sein du personnel pénitentiaire augmentait la même année d'environ 20 % de 1999 à 2000, alors que les effectifs de détenus diminuaient (passant de 13 000 en moyenne à 11 000 environ).

Incidents contre le personnel donnant lieu à rapport au parquet en Ile de France

Incidents contre le personnel pénitentiaire	1999	2000	2000/1999
- nombre d'agressions	68	76	+ 11,8 %
- nombre de menaces	56	86	+ 53 %
agents concernés	117	141	+ 20,5 %

Source : DR Paris 2001 : population pénale majeure et mineure

Pour l'ensemble du personnel pénitentiaire français, la progression est encore plus nette : les agressions ont été multipliées par 2,7 en 5 ans. Si la totalité de ces phénomènes n'est pas imputable aux seules personnes souffrant de troubles mentaux, leur présence y contribue de façon notable.

Agressions de personnels pénitentiaires

	1996	1997	1998	1999	2000
Nombre d'agressions	127	215	278	278	338

Source DAP 2001

Les personnels pénitentiaires sont parfois débordés par des détenus souffrant de troubles mentaux, violents ou perturbateurs, qui les laissent désemparés, faute d'avoir été formés à leur contact, exception faite des personnels de Château-Thierry, dont les plus anciens sont habitués à la fréquentation de psychotiques sévères. De plus la perception différente du personnel pénitentiaire et du personnel soignant crée une distorsion dans l'approche de problèmes identiques, les premiers percevant un problème disciplinaire là où les seconds détectent des symptômes...

- Dans certains cas, la dangerosité de ces malades est extrême : plusieurs détenus suivis par des SMPR ont été les auteurs d'agressions très graves, et même de meurtres : 2 meurtres de codétenus ces derniers mois, et la mort d'un surveillant en 1997. A Château-Thierry ou en UMD, la mission a pu constater la présence de plusieurs détenus très dangereux, parvenus dans ces établissements après de multiples transferts, au fur et à mesure que les établissements les déclaraient indésirables.

Certains cadres de direction font état de cas « d'instrumentalisation » de ces malades très perturbés par d'autres détenus, qui utilisent leur dangerosité comme une arme pour susciter des incidents graves, voire des tentatives de mutinerie.

- Dernier indice de cette augmentation des besoins en santé mentale en prison : l'augmentation continue des automutilations et des suicides (chapitre 2.2.3), dont le nombre a plus que doublé en 10 ans.

3.2.1.2 L'origine de cette situation

Plusieurs types de causes viennent expliquer cette évolution : sanitaires, judiciaires, pénitentiaires et socioculturelles. Les causes judiciaires alliées aux causes hospitalières réalisent un transfert de charge entre l'hôpital, qui a par ailleurs vu considérablement diminuer le nombre des personnes hospitalisées en psychiatrie, et la prison, qui a vu croître la demande en soins mentaux, alors que les causes pénitentiaires et les causes socioculturelles tendent à augmenter dans l'absolu le nombre de troubles mentaux à prendre en charge ou le champ de la psychiatrie.

➤ les causes sanitaires

La politique de santé mentale a été marquée à partir des années 1960 par la volonté de faire disparaître les asiles et de redéployer le dispositif de soins vers l'extérieur. Depuis 1986, l'organisation de la sectorisation psychiatrique relève de l'hôpital. Cette politique, qui a pour objectif d'éviter la rupture entre le malade et son environnement, a réduit de plus de la moitié le nombre de malades hospitalisés à temps complet en psychiatrie et divisé par plus de 8 leur durée de séjour.

Évolution du nombre et de la durée de séjour des patients en hospitalisation complète

	1969	1979	1989	1995	1999
Nombre de patients hospitalisés au 31 décembre de l'année	122 429	101 292	65 809	59 708	52 667
Durée de séjour	270 jours	132 jours	57 jours	40,3 jours	32,4 jours

Source : SESI et DRESS

Les secteurs infanto-juvéniles ne se sont toutefois pas développés de la même manière, compromettant ainsi la prise en charge des mineurs. En outre, en établissant un lien résidentiel entre le malade et l'équipe destinée à le prendre en charge, la sectorisation a pu conduire, de façon plus ou moins volontaire, notamment dans les grandes agglomérations, à ce que soient délaissées les personnes sans domicile fixe ou souffrant d'exclusion.

Ainsi au centre national d'observation (CNO) de Fresnes, centre d'aiguillage et de transit de toutes les longues peines, on a constaté l'apparition récente d'une population de jeunes exclus de 16 à 25 ans, auteurs de violences avec actes de torture et de barbarie, qui tue, sous l'effet de produits divers, des faibles, des SDF, des personnes âgées et des handicapés. Plusieurs d'entre eux ont été condamnés par une cour d'assises des mineurs. Cette population, composée de marginaux, squatteurs, désocialisés et/ou polytoxicomanes, présentée comme inexistante il y a 7 ans, représente maintenant 18 % de la "clientèle" du CNO¹⁹. La majorité de ces personnes n'avait jamais été prise en charge par le secteur psychiatrique.

A Lyon, le chef du SMPR retrouve le même phénomène "d'une montée du quart monde en prison, de patients abandonnés psychotiques qui ...finissent tôt ou tard par un passage à l'acte".²⁰

A Fleury-Mérogis, les psychiatres du SMPR mettent plus directement en cause la responsabilité de nombreux secteurs dans l'abandon des malades exclus, aussi bien avant la détention qu'après la sortie de prison et citent, dans ce dernier cas, de nombreux exemples de ces carences.

Des études danoises ont par ailleurs montré une criminalité significativement plus élevée chez des schizophrènes non pris en charge²¹.

¹⁹ Rapport d'activité du CNO de 1999 et entretien avec le Dr de Beaurepaire

²⁰ Dr Lamothe "développement des soins psychiatriques dans les prisons françaises" déclaration du 18 janvier 2001

D'une façon générale, l'étude des entrants en prison de 1997 a montré que, parmi les détenus chez lesquels une consultation de psychiatrie était prescrite (8,8 % des entrants, hommes et femmes confondus), seulement un tiers était régulièrement suivi auparavant et seulement un quart était en cours de traitement médicamenteux et que la proportion atteignait 9,4 % chez les mineurs.

Le fait que de jeunes marginaux n'aient pas été pris en charge en temps opportun par le secteur psychiatrique témoigne d'une faille du dispositif. Cette constatation rejoint la préoccupation affichée par le gouvernement en avril 2001. Celui-ci envisage *des "actions ciblées de politique de santé mentale"* en faveur des jeunes mineurs en difficulté et des personnes en situation de précarité, dans le but d'apporter à ces personnes *"un soutien individuel et collectif"*²².

➤ *les causes "judiciaires"*

Faute d'avoir été dépisté à temps, les personnes souffrant de troubles mentaux se retrouvent face à un système judiciaire mal préparé à les détecter.

- L'ancien article 64 du code pénal affirmait : *" il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister "*. Lorsque, après expertise, cet article lui était appliqué, le prévenu bénéficiait d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement et était généralement hospitalisé d'office.

Dans le but de reconnaître la souffrance de la victime, de responsabiliser l'auteur de l'acte et de prendre en compte les progrès accomplis dans la connaissance des maladies mentales, la loi n°90-527 du 27 juin 1990 a substitué à ce texte un nouvel article (codifié à l'article 122-1 en 1994 par le nouveau code pénal) comprenant les deux alinéas suivants :

"N'est pas pénalement responsable, la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli²³ son discernement²⁴ ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime "

Sous l'effet de cette modification, le rapport Pradier, reprenant les analyses de nombreuses personnes travaillant en milieu pénitentiaire, estimait en 1999 que *"l'attitude des psychiatres experts s'est substantiellement modifiée au cours des dix dernières années. Pour ce qui est des procès d'assises, c'est à dire de la criminalité, on est passé d'une proportion voisine de 16 % d'accusés, jugés irresponsables au moment des faits au début des années 80, à 0,17 % pour l'année 1997 "*.

- En réalité, les **statistiques du ministère de la Justice ne corroborent pas** cette affirmation, comme en témoignent les données suivantes, issues du répertoire de l'instruction.

Nombre de personnes faisant l'objet d'un non-lieu

	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	1999-87
--	------	------	------	------	------	------	------	---------

²¹ Mental disorder and crime. Arch. Gen. Psychiatry Hodgins S, Mednick SA, Brennan et al.

²² " Santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover. " ministère de la santé. Avril 2001

²³ C'est la mission qui souligne

²⁴ certains font remarquer que le " discernement " étant la capacité de distinguer le bien du mal, les psychotiques peuvent garder cette faculté au sein même de leur délire, mais se sentir néanmoins obligé d'accomplir l'acte qui leur est reproché. En revanche les pervers (qui ont un doute structurel sur le bien et le mal) devraient aux termes de la loi, bénéficier de cet article, ce que personne n'envisage...

nbre de personnes mises en examen (1)	96 520	76 485	72 412	60 067	73 684	68 593	63 129	- 34,6%
Ordonnances de non-lieu	10 856	12 141	8 207	7 112	8 990	9 736	9 424	- 13,2 %
dont art.64 puis 122-1 CP (2)	444	511	372	370	340	190	286	- 35,6 %
dont - crimes	-	-	-	-	69	61	68	
- délits	-	-	-	-	271	129	218	
% (2) / (1)	0,46 %	0,67 %	0,51 %	0,61 %	0,46%	0,28%	0,45 %	

Source répertoire de l'instruction Direction des affaires criminelles et des grâces. Avril 2001

Le pourcentage de non lieu obtenu en 1987 avec l'article 64 du code pénal par rapport au nombre de personnes mises en examen (0,46 %) est pratiquement identique à celui obtenu en 1999 avec le premier alinéa de l'article 122-1 (0,45 %). Dans ces conditions, on voit bien que la modification **de la loi n'a pas eu d'effet** sur le taux de malades mentaux bénéficiant d'un non-lieu pour irresponsabilité.

En revanche, si l'on se réfère au nombre de sujets atteints de graves troubles mentaux ayant accompli un acte faisant l'objet d'une instruction judiciaire, le nombre de personnes qui font l'objet d'un **non-lieu** en raison de problèmes mentaux dans une affaire criminelle (68) ou délictuelle (218) est **toujours resté faible** par rapport au nombre de ceux qui font l'objet d'une condamnation.

En effet, si l'on compare ces chiffres à ceux de 2 établissements pour lesquels on dispose de données épidémiologiques, par exemple à la maison d'arrêt de Fresnes, le flux annuel de **personnes délirantes** était estimé par la chef du SMPR à **700** et à la maison d'arrêt de Strasbourg, le flux entrant de psychotiques était évalué à 125 en 1999²⁵, les personnes qui ne bénéficient pas de l'article 122-1 sont donc beaucoup plus nombreuses.

En effet, en matière délictuelle, l'expertise psychiatrique est loin d'être la règle, elle est même plutôt l'exception. **Beaucoup de troubles mentaux échappent ainsi à tout dépistage** avant la condamnation ou l'incarcération de la personne.

En matière criminelle, où l'expertise psychiatrique est la règle, les experts psychiatres chargés d'analyser la responsabilité des prévenus en vue de leur procès, préféreraient souvent, d'après les renseignements recueillis par la mission, invoquer le deuxième alinéa de l'article 122-1 plutôt que le premier, car ils estiment que la responsabilisation du malade passe par une pénalisation de ses actes et par une confrontation à la loi. Plusieurs psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire se plaignent, exemples à l'appui, du caractère contradictoire de certaines conclusions des experts, une partie de l'expertise décrivant les délires du sujet et l'autre partie faisant état de "*convictions personnelles pour prendre la décision, malgré tout, de considérer que le sujet est responsable de ses actes*"²⁶.

Toutefois, il n'est pas possible de chiffrer le nombre de condamnations dans lesquelles le deuxième alinéa de l'article 122-1 a joué, cette information n'étant pas comptabilisée.

Plusieurs procureurs et procureurs généraux ont signalé que, paradoxalement, le deuxième alinéa de l'article 122-1 pouvait jouer contre les prévenus, dans la mesure où il ne comporte pas une atténuation systématique de la peine, comme l'excuse de minorité. Au contraire, dès que le prévenu présente des troubles mentaux, des **peines plus lourdes** sont parfois décidées, et les réquisitions du parquet sont de plus en plus souvent dépassées par les cours d'assises.

➤ *les causes " pénitentiaires "*

²⁵ statistiques du Dr M.Burger, chef du SMPR d'Alsace

²⁶ Audition des Dr Archer, Paulet, Laurencin devant la commission parlementaire le 31 mai 2000

L'ensemble des médecins interrogés soulignent le caractère pathogène de la prison. L'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire²⁷ insiste sur “ *l'effet anxiogène, déprimant et déstructurant de la vie carcérale* ” lorsqu'aux causes individuelles (“ *échecs multiples et précoces, traumatisme de l'arrestation et de l'écrou, opprobre social, rupture avec les proches, isolement ou promiscuité, attente constante...* ”) s'ajoutent les “ *conditions matérielles de détention [souvent] déplorables* ”.

A Fresnes par exemple, selon le chef du SMPR, la survenue de troubles mentaux en cours de détention est évaluée à 10 % des patients suivis. Cette pathologie s'exprime soit sous un mode délirant (persécution, mysticisme, angoisse) soit sur un mode dépressif ou auto-agressif.

➤ *les causes socioculturelles*

Fondée sur une vision optimiste de l'homme, l'idée de plus en plus répandue que les actes les plus terrifiants (viols et meurtres d'enfants, agressions sexuelles, actes de torture ou de barbarie) ne peuvent avoir été effectués que par des malades, conduit progressivement à faire entrer dans le champ de la pathologie mentale - et donc du traitement médical - une partie de la délinquance. Les psychiatres ont le sentiment d'être ainsi sommés de soigner un sujet qui était jusque là uniquement puni. C'est particulièrement vrai pour les auteurs de crimes et délits à caractère sexuel.

Devant cette mise en demeure, les psychiatres redoutent - outre une intrusion de la morale dans le champ de la pathologie - que cette situation ne se traduise par un transfert de responsabilité du détenu ou du système pénitentiaire à eux mêmes, essentiellement dans deux domaines :

- celui de la prévention de la récurrence des actes d'agressions sexuelles, notamment des pédophiles et pédoclastes²⁸ ;
- celui de la prévention du suicide des détenus.

Sans doute, cette crainte n'est elle pas juridiquement fondée²⁹, mais il suffit qu'elle soit partagée pour avoir des effets négatifs sur le recrutement de psychiatres susceptibles de s'occuper de ces aspects...

S'agissant des déviances sexuelles, la classification internationale des maladies, dans sa dixième version (CIM 10) de même que la classification américaine des diagnostics (DSM IV) accèdent cette conception pathologique de la délinquance sexuelle, puisqu'au chapitre V “ *troubles mentaux et troubles du comportement* ” section “ *troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte* ”, les “ *troubles de la préférence sexuelle* ” on trouve les chapitres “ *F 65-2 exhibitionnisme, F 65 -3 pédophilie, et F 65-4 sadisme sexuel* ”, mais cette classification est assortie de conditions restrictives qui en limitent la portée.

S'agissant du suicide, il est demandé au dispositif de santé mentale, associé à d'autres professionnels (personnel pénitentiaire, travailleurs sociaux), de dépister les sujets à risque et de les prendre en charge. Avec l'augmentation continue en détention des suicides et des pratiques d'automutilation, leur rôle - et les besoins d'accompagnement médical - se sont donc accrus.

*

* *

Au total, l'ensemble de ces facteurs conduit à une **augmentation de la demande en soins dans le domaine de la santé mentale** en prison alors même que le système actuel de prise en charge est inadapté.

²⁷ Audition des Dr Archer, Paulet, Laurencin devant la commission parlementaire le 31 mai 2000

²⁸ auteur de meurtre sur enfant après agression sexuelle

²⁹ encore que rien n'interdise à la victime d'un agresseur sexuel récidiviste de porter plainte contre le médecin de ce dernier.

3.2.2 L'inadaptation du dispositif de santé mentale en prison

L'organisation de la politique de santé mentale des détenus repose à la fois sur un dispositif interne de soins et sur le recours à l'hôpital et au secteur psychiatrique pour les hospitalisations et le suivi post-pénal.

3.2.2.1 Un dispositif de soins à l'intérieur de la prison qui n'est pas en mesure de répondre aux missions assignées

Ce dispositif est basé sur les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dans 26 sites pénitentiaires et sur les secteurs de psychiatrie générale dans les autres sites.

➤ *les principes de fonctionnement du système sont les suivants :*

Le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique a confié au service public hospitalier la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux. La création de services médico-psychologiques régionaux (SMPR), succédant aux anciens CMPR, a permis, dans un premier temps, l'implantation d'équipes hospitalières au sein de 18 établissements pénitentiaires, puis de 20. Leur nombre a été porté à 26 par la circulaire du 8 décembre 1994.

Les 26 SMPR sont implantés dans de grandes maisons d'arrêt, à l'exception de celui de Caen et de Châteauroux, implantés dans des établissements pour peine. Leurs missions sont larges, pratiquement identiques à celles des secteurs de psychiatrie générale. Ils sont en effet chargés d'un éventail des soins psychiatriques qui va de l'hospitalisation complète "librement consentie"³⁰ aux différents modes de prise en charge ambulatoire. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement. Les SMPR sont censés avoir une vocation régionale et être dotés de lits d'hospitalisation, dans lesquels les procédures d'admission et de sortie sont décidées par le médecin.

Dans les autres sites pénitentiaires (123, c'est à dire la grande majorité, à l'exception jusqu'à maintenant des établissements du programme 13 000), il revient à l'équipe du secteur de psychiatrie générale d'assurer la prise en charge des troubles mentaux.

➤ *la réalité est sensiblement différente*

◆ Il n'y a pas de véritable "hospitalisation complète" dans les cellules du SMPR :

- d'une part, ces cellules ne sont pourvues d'aucun équipement hospitalier traditionnel et ne diffèrent pas des cellules habituelles : aucun fluide médical, un confort spartiate, pas de sanitaires spécifiques, des lits métalliques éventuellement dangereux en cas de crise comitiale ou de malaise, parfois une sonnette (Caen, Loos, Lyon) mais pas toujours (Marseille, Fleury-Mérogis). A Bordeaux, le mode d'alerte la nuit consiste à appeler le mirador ou à laisser tomber un journal enflammé par la fenêtre
- d'autre part, s'agissant d'un lieu de soins, l'entretien, le nettoyage, la désinfection devraient être assurés par des professionnels, type « agents de service hospitaliers (ASH) » et non par des détenus, comme c'est généralement le cas, avec des conséquences souvent déplorables sur l'hygiène des locaux et des personnes ;
- mais surtout l'absence de personnel soignant la nuit (dans 24 SMPR) ou l'impossibilité faite à celui-ci, dans les 2 SMPR qui disposent d'un infirmier en garde (Fresnes et les Baumettes) d'accéder directement au malade paraissent incompatibles avec les obligations de permanence et de continuité de soins faites aux services hospitaliers. En cas d'urgence

³⁰ Les hospitalisations sans consentement étant régies par d'autres textes

(crise d'épilepsie, malaise, tentative de suicide) en effet, l'infirmier de Fresnes doit appeler un gardien, qui fait lui-même appel à un gradé, ce qui retarde d'autant le moment d'intervenir, le temps que celui-ci arrive. Si le détenu a besoin d'un médicament, il ne peut glisser sous la porte qu'un comprimé, et le recours à un soluté ou une injection est impossible. Dans les SMPR dépourvus de personnel soignant la nuit, la situation est pire : seule une ronde de surveillants assure une éventuelle présence, qui n'a rien d'hospitalière.

- enfin l'hospitalisation des femmes n'est pour ainsi dire pas prévue, puisque les SMPR n'ont pas de cellules pour femmes, à l'exception de celui de Fleury-Mérogis, qui dispose de 9 lits au sein de la maison d'arrêt des femmes. Pourtant, même si les femmes sont beaucoup moins nombreuses en prison, elles présentent plus souvent des troubles mentaux que les hommes.

♦ Le recrutement régional du SMPR, déjà limité, régresse :

Le nombre total de transferts de détenus vers le SMPR de rattachement est ainsi passé de 579 en 1997 à 417 en 1998 et 317 en 1999³¹, nombre très faible si on le rapproche du pourcentage de détenus présentant des troubles mentaux dans les établissements dépourvus de SMPR.

En outre, 3 régions sont dépourvues de SMPR : l'Auvergne, la Franche Comté et le Limousin, ainsi qu'un DOM, la Guyane.

Certains SMPR essayent de jouer le jeu régional : le SMPR des Baumettes, celui de Lyon, de Caen ou de Fresnes accueillent des détenus malades des maisons d'arrêt ou des centres de détention de leur région, dans la limite de leurs possibilités. Mais le SMPR de Bordeaux par exemple revendique le droit de ne pas accepter de malades mentaux d'autres établissements au motif de ne pas stresser davantage les malades en les coupant de leurs liens familiaux.

Dans les faits, les établissements dépourvus de SMPR visités par la mission se plaignent d'être peu aidés. Selon les responsables de ces établissements, le SMPR de rattachement de la maison centrale de Poissy, Bois d'Arcy, n'a jamais assuré de prestation pour les malades mentaux de cet établissement ; le SMPR d'Amiens n'apporte pas d'aide à Château-Thierry ; le SMPR de Nice est trop éloigné de la maison d'arrêt de Borgo ou du centre de détention de Casabianda pour leur apporter un réel soutien. On pourrait multiplier les exemples. Les SMPR traitent d'abord les détenus malades de leur établissement, aux dépens de ceux des autres établissements.

³¹ Données fournies par la DAP en 2000.

L'enquête menée par la DREES auprès des SMPR en 2001 (tableau en annexe 11) témoigne bien de l'activité faible, voire nulle, menée par ces services en faveur d'autres établissements pénitentiaires ou à l'intérieur de structures extérieures à l'établissement d'implantation.

- le choix de l'implantation des SMPR s'est fait au détriment des établissements pour peine.

Seuls deux établissements pour peine (Caen, Châteauroux), sont pourvus d'un SMPR. On peut se demander si les raisons qui ont conduit les administrations pénitentiaire et sanitaire à privilégier les maisons d'arrêt (du fait du flux important de détenus) aux dépens des maisons centrales ou des centres de détention ne devraient pas être réexaminées, dans la mesure où l'on retrouve, dans ces établissements, un taux souvent élevé de psychotiques et la majorité des délinquants sexuels sévères, et que le parcours d'un délinquant, qui a pu démarrer un traitement en maison d'arrêt peut se heurter en centre de détention à l'absence de moyens de santé mentale.

- enfin, il existe une grande disparité de moyens psychiatriques affectés à des établissements de même catégorie (maison d'arrêt, établissements pour peine) sans que cela ne soit corrélé à une disparité de besoins.

L'enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues, menée par la DHOS et publiée en mars 1999 faisait état d'importantes disparités entre SMPR d'une part, mais aussi et surtout entre les sites disposant de SMPR et ceux n'en disposant pas. Comparant le ratio des effectifs rémunérés de psychiatres et internes pour 100 détenus, les moyens allaient de 1 à 4 entre deux régions métropolitaines pourvues de SMPR³² et de 1 à 24 entre la région pourvue de SMPR la mieux dotée et celle dépourvue de SMPR la moins dotée, ce qui représentait des écarts encore plus grands entre établissements.

Parmi les régions les plus dotées : la Bourgogne ou la région Rhône-Alpes ; parmi les régions les plus démunies : la Guyane, la Corse, l'Auvergne, les régions Centre et Champagne-Ardenne.

Or, l'enquête réalisée en 1997 sur la santé des entrants en prison avait montré que la proportion des entrants pour lesquels le médecin prescrivait une consultation de psychiatrie n'était que de 7 % à Fleury-Mérogis, de 8% dans les grands établissements (ceux dont le flux d'entrants était supérieur à 600/an) mais atteignait 12 % dans les petits établissements. Ainsi la clientèle psychiatrique paraîtrait-elle proportionnellement moins élevée dans les établissements disposant de SMPR que dans les petits établissements qui n'en disposent pas.

Par ailleurs, les modes de travail d'un SMPR à l'autre, d'un secteur à l'autre, sont si différents, selon la personnalité et les méthodes des responsables, l'entente des équipes, le partage du travail à l'intérieur du service et avec l'UCSA, l'importance plus ou moins grande du travail en groupe, la fréquence des réunions internes, la présence effective et le temps de travail réel des professionnels (parfois très restreints), qu'il est difficile de dire, faute de critères communs d'évaluation, si ces disparités de moyens se traduisent toujours par des disparités d'activité comparables, a fortiori de résultats...

La mission a pu constater à quel point les modes de comptabilisation de l'activité en santé mentale rendaient toute comparaison entre services aléatoire : l'addition des actes (soins, distribution des médicaments, participation à divers groupes, entretiens, consultations d'entrée ou de suivi etc.) ajoutée à l'amalgame des professions (psychiatres, psychologues, infirmiers, etc.) permet de masquer bien des disparités.

³² le ratio était de 0,179 pour la Haute Normandie et de 0,756 pour la Bourgogne.

Ainsi, dans plusieurs services visités, l'examen d'entrée (qui permet un éventuel diagnostic) est effectué non par le psychiatre, mais par l'infirmier, parfois par le psychologue, ce qui est contraire au code de la santé publique³³ (article L.4161-1).

Il n'est pas normal que la consultation de santé mentale d'entrée ne soit pas effectuée systématiquement par les psychiatres, comme le font les médecins de l'UCSA pour les affections somatiques au moment de l'incarcération. A Fleury-Mérogis, la chef de service du SMPR a mis en œuvre cette règle, lorsqu'elle est arrivée en 1995, ce qui lui a permis de dépister à temps des problèmes méconnus et de recourir moins souvent aux hospitalisations d'office (11 seulement en l'an 2000 pour une population théorique de 3821).

De plus, certains chefs de service imposent parfois à leur équipe une conception thérapeutique basée sur leurs **convictions personnelles** : cela a été le cas, au moins jusqu'à une date récente, pour le traitement substitutif en manière de toxicomanie, mais cela peut être aussi le cas pour d'autres problèmes, l'utilisation du quartier disciplinaire, les traitements anti-androgènes, la coopération avec l'UCSA, etc.

3.2.2.2 *Un recours à l'hospitalisation psychiatrique dans des conditions critiquables*

Selon l'article R. 711-9 du CSP "*l'hospitalisation des détenus est assurée : 1° en cas de troubles mentaux, par un SMPR, conformément aux missions définies ... par le décret n°86 602 (sus visé)... toutefois, les hospitalisations relevant de l'article D 398 du CPP sont effectuées dans les établissements habilités au titre de l'article L 331 du présent code³⁴*" (à savoir les hôpitaux susceptibles d'accueillir des malades sans leur consentement).

Le décret n° 98 1099 du 8 décembre 1998 a modifié dans le sens suivant l'article D 398 du code de procédure pénale : "*Les détenus atteints de troubles mentaux visés à l'article L 342 du CSP³⁵ ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder dans les meilleurs délais à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité... il n'est pas fait application à leur égard de la règle posée au second alinéa de l'article D 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation*".

En fait, l'hospitalisation psychiatrique des détenus pose plusieurs types de problèmes :

- un mode d'hospitalisation insuffisant,
- des conditions de séjour insatisfaisantes,
- enfin une place mal définie attribuée aux unités pour malades difficiles (UMD).

³³ L'article L.4161-1) précise "*exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic...5°... Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas... aux infirmiers... qui agissent comme aides d'un docteur en médecine, ni aux personnes qui accomplissent les actes professionnels dont la liste est établie par décret*". Or le dépistage d'entrée est un acte de diagnostic qui réclame la présence d'un médecin et ne constitue pas une "aide" comme la réalisation d'un soin prescrit, par exemple.

³⁴ Codification actuelle : art L 3122-1 du nouveau code de la santé publique

³⁵ Codification actuelle : L 3213-1 du nouveau code de la santé publique

➤ *un mode d'hospitalisation insuffisant*

L'hospitalisation d'office (HO) est le seul véritable mode d'hospitalisation accessible aux détenus. Or ce mode d'hospitalisation ne convient qu'aux personnes ayant des “*troubles mentaux qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes*” (article L.3213-1 du CSP).

Lorsque le détenu ne pose pas de problème sécuritaire, mais que “*ses troubles rendent impossible son consentement [et que] son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier*” (par exemple en cas de dépression sévère), il n'y a pas d'équivalent de ce qu'est, pour les non détenus, l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) prévue à l'article 3212-1 du CSP. Par ailleurs, comme on l'a vu plus haut, il n'y a pas de véritable équivalent de l'hospitalisation librement consentie.

Or, dans la population générale, l'hospitalisation d'office est un mode d'hospitalisation presque marginal : sur 290 000 personnes suivies en 1997 par le secteur psychiatrique à temps complet, 128 000 ont bénéficié d'une hospitalisation complète, 55 033 d'une HDT et seulement 8817 personnes d'une HO³⁶.

Dès lors, en l'absence de modes d'hospitalisation autres que l'HO, il n'est pas surprenant que celle-ci progresse dans de nombreux établissements. Selon la direction de l'administration pénitentiaire, le nombre de mouvements de détenus enregistrés pour des HO (article D. 398 du CPP) a ainsi crû de plus de 52 % en quatre ans.

Mouvements de détenus pour HO

	1997	1998	1999	2000	2000/1997
Nombre de mouvements pour hospitalisation d'office	707	800	865	1078	+ 52 %

Source DAP bureau PMJ2 nombre de mouvements pour HO pour un ou plusieurs détenus

Ces données ne correspondent pas exactement aux admissions d'un détenu en HO mais aux mouvements d'un ou plusieurs détenus (aller et/ou retour) pour une HO.

L'enquête menée par la DHOS pendant 3 mois de l'année 1997 sur 149 sites faisait état de 128 HO, ce qui donne par extrapolation une estimation de 500 HO la même année, à comparer aux 707 mouvements enregistrés par la direction de l'administration pénitentiaire. De même en 1998, le bilan des rapports d'activité des commissions départementales des hôpitaux psychiatriques effectué par la direction générale de la santé donnait 687 hospitalisations d'office “ article D.398 du CPP”, à rapporter aux 800 mouvements enregistrés par la DAP.

Sur une plus longue période, l'augmentation paraît plus nette encore. A la DDASS de Gironde par exemple, le nombre d'hospitalisations d'office de détenus a été multiplié par plus de 4 en 6 ans, alors que le nombre de malades non détenus hospitalisés d'office n'était multiplié que par 1,8. Toutefois, les détenus ne représentent encore qu'à peine 2,5 % de ce mode d'hospitalisation. A Loos-les-Lille, le nombre d'hospitalisations d'office de détenus est passé de 12 en 1991 à 43 en 1996 (X 3,5 en 5 ans) mais s'est stabilisé depuis (55 en 1999, 41 en 2000).

On relève des différences importantes dans les taux d'HO d'un établissement à l'autre, sans qu'il soit possible, faute d'analyse épidémiologique et de système d'évaluation de l'activité suffisamment performants, de dire si cela traduit ou non une anomalie dans la prise en charge. On peut s'interroger cependant sur la multiplication par 5 des HO à Marseille de 1998 à aujourd'hui.

³⁶ DREES. Bilan de la sectorisation psychiatrique n° 2. Juin 2000

En revanche, la **durée d'hospitalisation** apparaît anormalement **courte** dans la majorité des établissements visités. Alors que la durée de séjour moyenne dans les hôpitaux psychiatriques est en 2000 d'un peu plus de 32 jours, il est rare que la durée de séjour d'un détenu à l'hôpital, hors UMD, atteigne un mois. A Loos-les-Lille par exemple, la médiane est de 15 jours. Cette donnée n'est malheureusement pas enregistrée de façon systématique par les DDASS ou les établissements pénitentiaires. Dans les établissements visités, elle était généralement d'une dizaine de jours, mais il n'est pas rare que le détenu hospitalisé d'office revienne en prison au bout de 2 à 4 jours, et que des incidents surviennent à son retour, entraînant des allées et venues avec le quartier disciplinaire.

➤ *des conditions d'hospitalisation de détenus inacceptables ou dangereuses*

L'ouverture des hôpitaux psychiatriques, en soi bénéfique, a conduit de nombreux services psychiatriques à ne plus avoir de secteur fermé d'hospitalisation leur permettant de répondre aux obligations des articles L. 3122-1 et L.3222 du CSP ce qui peut s'avérer dangereux face à une minorité de malades.

Certains psychiatres de secteurs font preuve d'indifférence, voire de désinvolture, face à cette situation, considérant que la garde des malades ne leur incombe pas. Les **évasions de détenus lors d'hospitalisation d'office** sont la conséquence d'une telle attitude. C'est ainsi que la DRSP d'Aquitaine, recensant en août 2000 auprès de 20 établissements pénitentiaires les évasions survenues en cours d'hospitalisation d'office, a relevé 5 évasions récentes³⁷. Pour le seul site de Loos-les-Lille, le nombre d'évasions à partir d'un hôpital psychiatrique a atteint 3 au cours de l'année 2000.

Plus généralement, au niveau national, l'hôpital et surtout l'hôpital psychiatrique apparaissent comme des lieux d'évasion fréquents.

Nombre d'évasions de détenus à partir d'un hôpital

	1999	2000
Détenus hospitalisés d'office en psychiatrie	19	18
Détenus hospitalisés pour problèmes somatiques	15	2
Détenus extraits pour consultations médicales	5	1

Source : direction de l'administration pénitentiaire. Avril 2001

Ramené au nombre total d'extractions pour hospitalisation et consultation pour un motif somatique durant l'année 1999, le taux d'évasion de l'hôpital général³⁸ est environ 100 fois moins élevé que le taux d'évasion à partir d'un hôpital psychiatrique !

Les évasions à partir d'hôpital psychiatrique sont d'autant plus préoccupantes qu'il ne s'agit pas d'évasions complexes ou spectaculaires ; le plus souvent le détenu s'en va par la porte, ou par une issue d'accès facile...

Plusieurs exemples récents peuvent être cités pour illustrer ce propos :

1° dans le nord de la France, une malade placée en HO a brisé la vitre du local fumeur dans lequel elle se trouvait, le personnel s'étant éloigné et a pu quitter l'hôpital. La psychiatre du service hospitalier fait valoir (par un raisonnement que l'on a du mal à suivre) que les conditions mêmes de son évasion (qu'elle décrit comme "manifestement volontaires et calculées" (?) témoignent que la malade ne relevait pas d'une HO. Le SMPR a donc repris la malade dans des conditions difficiles, une fois que la police l'eût retrouvée chez elle.(annexe 12).

³⁷ 2 en 2000, un détenu originaire de la MA de Bayonne et un autre de la MA de Niort, 2 en 1999, l'un originaire du CD de Mauzac et l'autre de la MA de Pau, enfin un du CD d'Uzerche en 1995.

³⁸ Le taux d'évasion de l'hôpital général est de (15 + 5 évasions) / 56 834 extractions pour hospitalisation et consultation pour motif somatique, soit 0,035 %. Le taux d'évasion pour motif psychiatrique est de 19/environ 600 à 700 HO soit entre 3,1 % et 2,7 %.

➤ 2° dans une autre région, un détenu hospitalisé d'office aurait emmené avec lui, lors de son évasion, une autre malade du service (qui n'était pas détenue, ce qui pose au passage la question du mélange de ces deux publics). Le prisonnier serait heureusement revenu le lendemain sur place, pour rechercher son portable (!).

A l'inverse, dans certains établissements psychiatriques, les conditions d'hospitalisation des détenus se révèlent beaucoup plus dures que ce qu'elles sont en prison : dans certains cas, le détenu se retrouve attaché en permanence à son lit, interdit de visite et de promenade, privé d'accès à la cantine et à la télévision, relégué dans une cellule d'isolement inadaptée.

Une enquête réalisée pour l'agence régionale de l'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais en novembre 1998³⁹ a révélé de nombreuses difficultés d'accueil en hôpital psychiatrique pour les malades dangereux. Certes, il ne s'agit pas d'assimiler "malades dangereux" et détenus en HO, mais ces deux ensembles comportent une intersection non négligeable.

Or, parmi les 21 secteurs ayant répondu à l'enquête, 19 secteurs avaient recours à la contention pour les patients dangereux, 14 secteurs avaient connaissance d'accidents de travail provoqués par ces malades sur le personnel. La plupart de ces 21 secteurs réclamaient un aménagement des matériels et des locaux, un renforcement du personnel et une formation à l'abord des situations de violence.

Les personnels hospitaliers invoquent divers arguments pour expliquer les difficultés d'accueil des détenus : la féminisation du personnel, la limitation de capacité hospitalière liée à la restructuration. Il convient de les relativiser.

- la féminisation des personnels

Lorsque les détenus sont hospitalisés dans des services de médecine ou de chirurgie pour des problèmes somatiques, ils sont gardés par des policiers ou des gendarmes. En revanche, lorsqu'ils sont hospitalisés pour des troubles mentaux, la garde incombe à l'hôpital psychiatrique, qui l'assure avec ses propres personnels.

Autrefois, la profession d'infirmier psychiatrique était relativement masculine contrairement à celle d'infirmier diplômé d'État (IDE), essentiellement féminine. Maintenant que la profession a été unifiée, cette différence s'est atténuée. Pour la France entière, le taux de féminisation des infirmiers en psychiatrie en 2001 atteint 65,4 %⁴⁰, toutefois le flux d'entrée est très féminisé.

La féminisation est cependant variable d'une région ou d'un établissement à l'autre. Pour prendre deux exemples opposés, à l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif, le nombre d'hommes infirmiers atteint 200 (dont 50 à l'UMD) pour 463 infirmières, alors qu'à l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux, les hommes représentent seulement 2% des effectifs d'IDE. Le directeur a été obligé de faire appel à des vigiles privés accompagnés de chiens pour assurer la sécurité nocturne de son établissement.

L'exemple de l'UMD de Sarreguemines montre cependant que rien n'interdit de trouver un mode d'organisation équilibré, avec un personnel organisé et formé, pour assurer un secteur fermé commun garantissant la sécurité.

³⁹ Prise en charge dans le Nord-Pas-de-Calais des malades mentaux dangereux. Novembre 1998. E.ARCHER, C.THEVENON-GIGNAC, J.J REVILLON

⁴⁰ Les infirmiers psychiatriques au 1^{er} janvier 2000. Répertoire ADELI. Source : bureau P2 de la DHOS

- la diminution des capacités hospitalières

Les restructurations hospitalières, rendues possibles par les progrès des chimiothérapies, ont fait diminuer le nombre de lits hospitaliers publics ou parapublics de 32 % en 8 ans et fait disparaître en partie les concentrations asilaires. Les personnels invoquent donc le manque de places, de temps et de moyens pour accueillir en secteur fermé ce type de population.

Mais ces évolutions ont surtout permis la création d’alternatives à l’hospitalisation et une gestion plus réactive des séjours hospitaliers, qui ne s’opposent nullement au maintien d’un petit secteur fermé.

➤ *la place mal définie des unités pour malades difficiles (UMD)*

- l’article 1 de l’arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles (UMD) établit que “ *les patients relevant d’une UMD doivent présenter pour autrui un danger tel qu’ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet.* Il précise également que ces personnes doivent être placées sous le régime de l’hospitalisation d’office (HO) et présenter “ *un état dangereux majeur, certain ou imminent* ”.

Les UMD accueillent des détenus en crise et des personnes ayant bénéficié du premier alinéa de l’article 122-1 du Code pénal, mais elles accueillent en majorité des malades mentaux non détenus jugés dangereux car risquant de passer à l’acte. A Sarreguemines, le taux de “ médico-légaux ” est passé d’environ 4% en 1996 à 12 % en 2000, à Cadillac il a baissé de 17 % en 1996 à 11 % en 2000. Dans tous les cas, les détenus ne représentent qu’une minorité de la clientèle de ces unités.

Pourcentage de malades posant des problèmes médico-légaux dans la clientèle de l’UMD de Sarreguemines

Pourcentage de malades hospitalisés en UMD	1996	1997	1998	1999	2000
Détenus (art.. D 398 CPP)	3,6 %	3,0 %	4,8 %	5,4 %	12,0 %
Bénéficiaires art. 122-1 1° alinéa non détenus	12,7 %	14,5 %	15,7 %	21,7 %	25,3 %
Pourcentage total des “ médico-légaux ”	16,3 %	17,5 %	20,5 %	27,1 %	37,3 %

Source : UMD Sarreguemines

Or, face à des troubles mentaux graves, les psychiatres des maisons centrales et plus généralement ceux qui sont amenés à soigner des personnes condamnées à de longues peines pour des actes particulièrement graves (meurtres et viols avec torture et actes de barbarie) hésitent à les placer hors UMD.

Le nombre de places d'UMD a toutefois diminué. En 1990, il y avait environ 500 places dans les UMD. En 2001 il reste 416 places ainsi réparties :

Capacité en places des UMD en 2001

UMD	Région	Nombre places homme	Nombre places femmes	Nombre total places Installées
Villejuif	IdF	46	14	60 *
Montfavet	PACA	64	20	84
Cadillac	Aquitaine	86	0	86
Sarreguemines	Lorraine	166	0	166
TOTAL	-	382	34	416

Sources : CHS Villejuif, Sarreguemines, Montfavet

* le nombre de places autorisées est de 80

L'UMD de Villejuif dispose en effet de 20 places installées en moins que le nombre autorisé (80 places), celle de Sarreguemines a fermé 49 places en 1994 lors de sa rénovation, l'ensemble de ces fermetures devant en principe être contrebalancées par une ouverture de places d'UMD dans les régions de l'Ouest ou du Nord qui en sont dépourvues, ouverture qui n'a pas eu lieu.

Le taux d'occupation dans les UMD dépasse 93 % dans 3 d'entre elles, et ne s'abaisse à 69 % qu'à Montfavet, du fait de la rénovation des locaux en cours.

La durée de séjour en UMD est longue (7 mois à Cadillac en l'an 2000) ce qui n'est pas en soi surprenant, compte tenu de la sévérité des problèmes. Toutefois la longueur de certains séjours est aggravée par le refus des hôpitaux psychiatriques d'accueillir le détenu malade à sa sortie d'UMD, lorsque les critères d'accueil en UMD ne sont plus remplis. A Cadillac, par exemple 9 détenus malades (c'est à dire la totalité des détenus accueillis en 1999) ont connu des difficultés de retour, entraînant des délais supplémentaires compris entre 2 et 5 mois.

Par ailleurs, aucune UMD n'est en mesure d'accueillir des adolescents dangereux, alors que cette catégorie de malades augmente. C'est ainsi que l'HO d'un adolescent homicide nous a été signalé comme posant des problèmes d'accueil difficiles par le procureur de la République de Lille. Le CHS de Villejuif avait proposé un projet dans ce sens, qui n'a pas été accepté.

- A l'origine de cette situation, plusieurs explications :
 - d'un côté, la direction générale de la santé, qui essayait de promouvoir l'ouverture des établissements psychiatriques, pouvait craindre de voir reconstituer par les UMD une sorte de " QHS⁴¹ " sanitaires, et souhaitait une gestion plus dynamique de ces services ;
 - d'un autre côté, elle craignait que le maintien de capacités importantes dans les UMD n'accélère la tendance au rejet des malades perturbateurs par les secteurs de psychiatrie relevant des hôpitaux, alors même que l'article L 3122-1 du CSP faisait obligation à ces mêmes hôpitaux habilités d'assurer les hospitalisations sans consentement.

Plus de 10 ans après le dernier rapport sur le sujet, ces arguments - même s'ils s'avèrent partiellement fondés - ne doivent pas pour autant conduire à l'immobilisme. En 2000, Le délai d'attente pour Cadillac a atteint 8 mois, celui de Sarreguemines est de 41 jours, seul celui de Villejuif est inférieur à 3 semaines (14 à 18 jours), mais les conditions de séjour actuelles y sont particulièrement dures⁴². Malgré les efforts de gestion accomplis, la durée de séjour reste longue et le nombre de malades entrés en UMD en 1999 est limité, comme le montre le tableau suivant :

Nouvelles admissions en UMD en 1999

⁴¹ " quartiers de haute sécurité "

⁴² un projet de reconstruction est en cours.

	Villejuif	Montfavet	Cadillac	Sarreguemines
Nouveaux malades admis en 1999	98	27	74	90

Source : UMD Villejuif

Ces données, rapportées au taux de détenus malades mentaux présents en UMD, montrent à quel point est faible le débouché possible pour ces personnes (moins de 50 par an). Il convient donc de réexaminer la place que l'on veut donner aux UMD dans le dispositif de santé mentale des détenus.

3.2.2.3 Les ambiguïtés de ce dispositif, qui alimentent la suspicion

Plus que les autres personnels, les psychiatres sont soumis à des critiques croisées : certains personnels pénitentiaires, travailleurs sociaux ou certains juges leur reprochent parfois de ne pas collaborer suffisamment à la protection de la société, à la prise en charge et à la réinsertion du sujet, le personnel soignant et les détenus d'être des alliés objectifs du système répressif. La place et la mission du psychiatre reposent en effet sur des notions ambiguës, qui entraînent nombre de malentendus.

➤ *la place du psychiatre en prison*

Contrairement aux médecins somatiques et aux personnels de l'UCSA qui n'ont pas besoin de connaître le motif d'incarcération du patient pour le soigner et peuvent ainsi se concentrer sans arrière pensée sur les symptômes de sa maladie, le personnel psychiatrique ne peut dissocier l'acte commis de l'homme malade. Cette situation le met en porte-à-faux : ou bien il essaie de comprendre les circonstances de l'acte, et paraît ignorer la souffrance de la victime, les règles de la société et l'administration pénitentiaire avec laquelle il travaille, ou bien il essaie de faire comprendre à son malade sa responsabilité et le sens de sa peine et de reconnaître la réalité des faits et il semble quitter son rôle de médecin, défenseur naturel du malade. Du coup, le psychiatre se réfugie dans un usage du secret médical que ses interlocuteurs peuvent juger abusif.

➤ *la mission d'expert et de soignant*

L'expertise constitue, pour reprendre les termes du Dr Maisondieu, psychiatre de la centrale de Poissy, une « *partie de poker menteur* » avec le détenu, dans la mesure où l'examen psychiatrique débouchant sur une décision (du tribunal, du JAP) capitale pour ce dernier, mensonges et dissimulations sont la règle pour que celle-ci se fasse dans le sens souhaité. Paradoxalement, les véritables malades mentaux font moins facilement état de leurs problèmes et peuvent garder cachées les hallucinations qui les perturbent.

Au contraire, pour sa mission de thérapeute, le soignant a besoin d'une relation confiante avec son malade : il doit connaître l'état réel de celui-ci. Il faut donc que le détenu ait la garantie qu'aucune des informations qu'il confie à son médecin sur ses fantasmes ou ses hallucinations ne sera divulguée à quiconque. Le secret médical doit être non seulement garanti, mais proclamé.

Il faut donc compartimenter strictement les deux fonctions d'expertise et de soins et ne jamais laisser le même professionnel les assurer chez le même malade. Dans ce cadre, la participation des médecins ou le fait de donner un avis médical sur les malades qu'ils soignent à la commission d'application des peines, les certificats qui leur sont demandés - comme toute autre activité mélangeant les deux fonctions - présente une ambiguïté qu'il faudra bien lever, même si l'on perçoit les attentes des juges et de l'administration pénitentiaire.

➤ *le " consentement " des malades*

Les psychiatres français, faisant référence aux textes du comité pour la prévention de la torture et des traitements dégradants (CPT) ne veulent soigner en détention que des malades “ consentants ” et éviter ce qu’ils appellent le “ double enfermement ”. En Angleterre ou en Italie toutefois, ces principes n’ont pas empêché la création de structures de type prison-hôpital pour les malades mentaux.

Mais alors que pour des personnes atteintes de maladies somatiques, la notion de consentement est fondée sur des critères relativement simples (information loyale et entière, capacité à consentir, etc.), elle apparaît complexe, voire artificielle, chez les malades mentaux en période de crise. Le consentement suppose en effet que la personne ait conservé une capacité suffisante de discernement et de conscience et un minimum de rationalité.

Or, par définition, les psychotiques les plus sévèrement atteints, les dépressifs les plus inhibés sont justement ceux qui sont le moins capables de prononcer une adhésion valable tout en étant ceux qui ont le plus besoin de soins. Les soins prodigués en détention reposent ainsi sur un malentendu.

Il est intéressant de noter que le ministère chargé de la santé envisage d’ailleurs une évolution de la loi du 27 juin 1990 permettant d’offrir la possibilité d’un “ soin contraint ” en dehors de l’hôpital, ce qui pourrait peut être résoudre une partie de ces ambiguïtés⁴³.

➤ *l’utilisation du “mitard” et le rôle du psychiatre*

L’article D 251-4 du code de procédure pénale impose de faire examiner par un médecin le détenu placé au quartier disciplinaire (QD) aussi souvent que le praticien l’estime nécessaire et au moins deux fois par semaine. Lorsqu’il s’agit de malades mentaux suivis par le SMPR, c’est au psychiatre - et non au médecin de l’UCSA- que revient cette mission.

Mais les médecins supportent souvent mal ce rôle, qu’ils trouvent contraire à leur déontologie (article 10 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale⁴⁴). La plupart des psychiatres rencontrés par la mission considèrent en effet comme impossible de concilier l’optique médicale avec une vision répressive à l’égard de personnes souffrant de troubles mentaux.

L’administration pénitentiaire de son côté invoque la nécessité de disposer d’outils disciplinaires et supporte difficilement que l’on soustraie le détenu violent à la sanction prononcée à son encontre.

Dans les faits, si le sujet est délirant, la sanction n’est parfois que reportée ou tronçonnée, le malade étant traité une semaine au SMPR, puis enfermé la semaine suivante au QD, jusqu’à la fin de sa peine, faisant dire à un psychiatre que l’on finit par punir le détenu soit parce qu’il est malade, soit parce qu’il est guéri.⁴⁵ Dans d’autres circonstances, le détenu n’est pas admis au SMPR, et le personnel pénitentiaire est contraint de remettre en cellule un sujet dont la présence le nargue.

⁴³ Dossier : “ santé mentale : l’usager au centre d’un dispositif à rénover ” déjà cité.

⁴⁴ Selon l’article 10 sus-cité : “ un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins, ne peut directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l’intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité... ”

⁴⁵ A propos des patients psychotiques incarcérés. Problèmes cliniques et éthiques. C.de BEAUREPAIRE et S. POTTIEZ. A paraître.

➤ *le suivi post-pénal*

Après sa sortie, le détenu souffrant de troubles mentaux doit pouvoir continuer à être suivi. C'est en principe la mission du secteur psychiatrique de son lieu de résidence. Mais certains secteurs - notamment dans les grandes villes et dans la région parisienne - font preuve d'une réticence manifeste vis-à-vis de ce genre de clientèle.

Un SMPR comme celui de Loos-les-Lille disposait jusqu'à une date récente d'un local hospitalier implanté dans le CHU lui permettant d'accueillir ses patients lorsque le lien avec d'autres structures n'avait pu être établi. A l'heure actuelle, ce local lui a été retiré. De son côté, le SMPR de Fleury-Mérogis éprouve de grandes difficultés à trouver un tel local. L'absence de structures extra-pénitentiaires pose problème.

* *

*

Au total, alors que les détenus présentent des pathologies mentales graves et ont un fort besoin de soins psychiatriques, le recours à l'hospitalisation psychiatrique se révèle limité et la prise en charge ambulatoire est insatisfaisante et inégale d'un établissement pénitentiaire à l'autre. La place de la psychiatrie en prison fait l'objet d'interprétations divergentes qui en limitent l'efficacité. Les détenus n'ont pas le même accès aux soins psychiatriques que la population générale, ce qui est contraire aux principes établis par la loi de 1994.

3.2.3 La prise en charge des délinquants sexuels

3.2.3.1 Un groupe hétérogène très stigmatisé et en forte augmentation

➤ *un poids croissant*

La place des délinquants sexuels (DS) en prison ne cesse de s'alourdir. Alors que les effectifs de détenus diminuaient de 7 % en 5 ans, le nombre absolu de délinquants sexuels a augmenté de plus de 51 % pendant la même période, celui des femmes incarcérées pour ce motif (qui représentent moins de 2 % des effectifs de cette population) augmentant de 88 %. En valeur relative, et compte tenu de la diminution du nombre de détenus, le ratio DS/effectif total a augmenté de 62 % en 5 ans.

Evolution de la population incarcérée condamnée pour délinquance sexuelle en métropole

Au 1 ^{er} juillet de l'année :	1996	1997	1998	1999	2000	96-00
Nbre de délinquants sexuels	4785	5439	6001	6852	7233	+ 51 %
dont femmes	72	62	84	117	135	+ 88 %
Effectif total des détenus	34564	33906	33607	35343	32245	+ 7%
dont femmes	1163	1160	1120	1144	1072	- 8 %
Pourcentage de DS	13,8 %	15,8%	17,9%	19,4%	22,4%	+ 62%

Source : DAP

La cause de cette augmentation est liée - au delà d'une dénonciation plus aisée des faits par la victime - d'une part à l'allongement des peines et à l'instauration de peines de sûreté incompressibles (loi du 1^{er} février 1994), d'autre part au recul du point de départ de la date de prescription (loi du 6 juillet 1989) qui a permis une augmentation des condamnations. En effet, pour les infractions à caractère sexuel commises sur des mineurs, la prescription n'est plus calculée à partir de la date des faits, mais à partir de la date de majorité de la victime. Une personne peut donc être incarcérée longtemps après la réalisation de l'acte.

➤ *des catégories disparates*

Les délinquants sexuels ne constituent pas un groupe homogène. Selon le Docteur Elchardus⁴⁶, “ *les catégories établies à partir des types de délits commis ne peuvent - sauf à entraîner des confusions redoutables - être considérées comme valides pour fonder un diagnostic ou proposer une thérapeutique* ”. De plus, le risque de récidive, la capacité à suivre ou accepter un traitement, l’existence de facteurs favorisant le passage à l’acte diffèrent selon les individus.

Les catégories judiciaires sont les seules assorties d’un recensement statistique exhaustif permettant de connaître le flux annuel des condamnations et la nature de la peine. On distingue :

- les crimes : viols aggravés (commis sur mineur de moins de 15 ans, ou par ascendant ou par personne ayant autorité, ou par plusieurs personnes, ou avec actes de torture et barbarie, ou avec meurtres, etc.) ou viols non aggravés ;
- les délits : atteintes sexuelles, exhibition, agressions sexuelles sur personnes de plus de 15 ans...

Motif de condamnations pour atteintes sexuelles en 1999

Motifs	Nbre de condamnations
viols (crimes)	1917
- dont viols aggravés	sous - total : 1594
- commis par plusieurs personnes	- 109
- avec circonstances aggravantes	- 851
- sur mineurs de moins de 15 ans	- 492
- par ascendant ou personne ayant autorité	- 142
- dont viols simples et autres	sous - total : 323
Atteintes sexuelles (délits)	8307
- exhibition sexuelle	2007
- agression sexuelle	1127
- agression sexuelle avec circonstance aggravante	582
- atteinte sexuelle sur mineur sans circonstance aggravante	389
- atteinte sexuelle sur mineur avec circonstance aggravante	3516
- agression sexuelle par ascendant ou personne ayant autorité	285
- autres atteintes aux mœurs sur mineur	401
total condamnations en 1999	10 224

Source : Direction des affaires criminelles et des grâces. Avril 2001

Le nombre de condamnations a pratiquement doublé en 6 ans. La durée moyenne de peine prononcée pour viol est d’un peu plus de 9 ans (durée qui s’allonge) ; 79 % des personnes ont moins de 40 ans au moment de leur condamnation.

Les viols ou agressions sexuelles sur mineurs ou par ascendant ou personne ayant autorité (catégories qui regroupent à la fois des incestes et des actes de pédophilie) représentent 39 % des motifs de condamnations prononcées en 1999 mais concernent 71 % des personnes détenues pour délinquance sexuelle.

La mission a interrogé de nombreux experts médicaux sur la question des délinquants sexuels, notamment MM. les docteurs Coutanceau, Benezech, Archer, Serio, Maisondieu, Pilchard et Mmes les docteurs Baron-Laforet, Brahmy, Raptelet, de Beaurepaire, et consulté de nombreux articles et rapports (notamment le rapport Balier de 1995, ses recherches ultérieures et le numéro publié par Forensic sur le sujet⁴⁷). La classification qui suit est une tentative de synthèse de ces différents avis et devrait logiquement avoir des conséquences directes sur le mode de prise en charge (ce qui n’est -curieusement- pas toujours le cas) :

⁴⁶ XX^e conférence criminologique du Conseil de l’Europe, cité par l’information psychiatrique du 5 mai 1998

⁴⁷ Forensic : n° 176 1997

- *les pères incestueux et plus généralement les agresseurs intra-familiaux*⁴⁸ posent la question de la précocité du dépistage, afin d'empêcher que d'autres membres de la famille ne soient atteints, et surtout d'éviter les séquelles chez l'enfant victime (entre 30 et 50 % des agresseurs sexuels auraient été eux même des enfants abusés). Généralement dépourvus de passé judiciaire, ils comportent une forte proportion d'alcooliques, et récidivent rarement après leur condamnation, qui est tardive. Encore s'agit-il dans ce dernier cas souvent de pédophiles, qui s'attaquent à des enfants pré pubères.
- *Les pédophiles* à l'inverse ont souvent un passé judiciaire de manipulation, de transgression. Souvent présents dans des professions en contact avec des enfants, ils peuvent avoir été condamnés pour des escroqueries, des faux. Ils ont en effet besoin d'être manipulateurs, pour "se procurer" des enfants, et s'approcher d'eux. Ils récidiveraient davantage⁴⁹ (10 à 20 % des cas selon des études nord-américaines), les pédophiles homosexuels étant réputés récidiver le plus.
- *les violeurs de femmes adultes* (ou plutôt de filles ou femmes pubères) constituent le groupe le plus hétérogène. On trouve parmi eux des alcooliques, des psychopathes, des violents, au passé judiciaire souvent chargé : vols, agressions, homicides. Le viol ne constitue qu'un événement parmi d'autres, dans une trajectoire délinquante et violente. L'alcool est un élément du passage à l'acte très fréquent. Parmi les récidivistes, on retrouverait un nombre significatif de pervers.

En terme psychopathologique, le docteur Coutanceau observe différents profils, qui ont en commun leur immaturité et présentent tous une pathologie de la relation. Ces profils se distinguent par leur capacité ou non à reconnaître les faits et la contrainte faite à la victime, leur degré d'accessibilité à la honte et à la culpabilité, leur attitude face à la loi, leur aptitude à respecter des obligations de soins qui leur sont faites. On ne détaillera pas la nosologie, mais on retiendra que les pervers sont ceux qui posent - en terme de moyens d'action et de pronostic d'efficacité - les problèmes les plus délicats à résoudre.

➤ *les contours du risque de récidive*

Selon une étude menée en 1997 à partir du casier judiciaire national⁵⁰ qui analyse le parcours pénal de tous les condamnés pour viol et attentat à la pudeur entre 1984 et 1995, "*les taux de récidive des condamnés pour viol varient entre 2,5 % et 4 % selon l'année étudiée. En matière de récidive sexuelle aggravée, entre 1,5 % et 2,5 % des condamnés pour attentat à la pudeur ont été arrêtés et jugés pour un viol dans les années suivantes.*

La récidive d'attentat à la pudeur est plus fréquente : de 8,5 % à 10 % des condamnés pour attentat à la pudeur ont été jugés une deuxième fois après avoir commis une nouvelle infraction de ce type. Près de la moitié des récidivistes de viol ont réitéré dans l'année suivant leur libération. Enfin quelle que soit la nature de la récidive, celle-ci est plus fréquente pour les condamnés à de lourdes peines. "

La notion de "récidive" est insuffisante pour apprécier la véritable dangerosité d'un individu. Il s'agit en effet d'une notion judiciaire, qui suppose non seulement que la personne ait commis à nouveau un acte délictueux ou criminel, mais que l'infraction ait été constatée, que l'auteur en ait été retrouvé, puis jugé et condamné, et ce de façon définitive.

Les actes non dénoncés, les instructions en cours et les condamnations non prononcées, effacées ou non définitives ne font pas l'objet d'inscription au casier judiciaire national (et l'on

⁴⁸ Les sévices sexuels intrafamiliaux. E.ARCHER, S.VERMEERSCH. L'information psychiatrique n° 9. Nov. 1994

⁴⁹ Traitement médico-psychologique et suivi psycho-criminologique des pédophiles. R.Coutanceau, A.Manrorell. Forensic n° 17, 1997, P29-31.

⁵⁰ La récidive des crimes et délits sexuels. C. Burricand Infostat Justice. Décembre 1997, n° 50.

n'a pas le droit de les comptabiliser). Les chiffres mentionnés dans cette étude n'ont donc qu'une valeur plancher pour apprécier la réalité de la réitération.

Toutefois, cette étude relativise l'idée selon laquelle la plupart des violeurs récidivent même si le taux est encore trop élevé : « *au cours de chacune des années 1993, 1994 et 1995 entre 15 et 20 condamnés pour viol étaient ainsi des récidivistes ou encore, environ 20 à 40 des condamnés pour viol au cours de chacune de ces années risquaient de récidiver après leur libération* ».

S'agissant des attentats à la pudeur, « *la récidive à l'identique est près de trois fois plus fréquente que celle du viol. Comme aujourd'hui près de 4000 personnes sont condamnées chaque année pour attentat à la pudeur, on pourrait pronostiquer... que 350 à 400 d'entre elles seraient susceptibles de récidiver dans les années suivant leur condamnation* ». L'escalade existe mais n'est pas la règle, même si : « *parmi les condamnés pour viol d'une année récente, il y a plus d'individus antérieurement condamnés pour attentat à la pudeur (50 à 100) que pour viol (15 à 20)* ». »

Enfin lorsqu'il y a récidive, la même étude « *constate que cette récidive intervient en général assez rapidement après la sortie de prison* » (dans plus des ¾ des cas dans les 3 ans), ce qui montre qu'il s'agit d'une période cruciale pour le suivi, et rend d'autant plus dommageable la rupture de prise en charge psychiatrique à la libération.

➤ *une population stigmatisée, isolée et poussée au déni*

Les délinquants sexuels auteurs d'agressions sur des enfants ou des personnes âgées sont victimes de **brimades**, de racket, d'interdits et d'abus de toutes sortes de la part des codétenus. Les autres délinquants pour mœurs (violeurs de femmes adultes, proxénètes) ne sont d'ailleurs pas les derniers à exercer ce type d'abus, pour mieux se distinguer d'eux⁵¹.

Même si, selon les responsables du CNO de Fresnes, des centres de détention de Caen et de Casabianda, cette situation évolue sous l'effet de la croissance de cette population qui devient dans certains établissements majoritaire, la stigmatisation reste réelle et retentit sur la santé de ces détenus :

- en aggravant leurs conditions de vie et d'hygiène (accès aux douches difficile ou risqué, accès aux promenades et au gymnase interdit ou contingenté, limitation des ressources et des possibilités de cantiner) ;
- par suite des traumatismes, violences, stress ;
- du fait de suicides, nombreux dans cette population.

De nombreux délinquants sexuels âgés ont perdu toute relation familiale et se retrouvent isolés, sans visites. Selon une étude d'Anne Kensey à la direction de l'administration pénitentiaire, les détenus de plus de 50 ans (dont beaucoup sont des délinquants sexuels) sont 4 fois plus isolés que les personnes libres du même âge. Quand ce n'est pas le cas et qu'une partie de la famille les soutient, c'est souvent pour les encourager à persister dans une version idéalisée des faits.

Dès lors, continuant à adopter l'attitude qu'ils ont eu au cours de l'instruction ou du procès pendant lesquels ils ont souvent nié toute responsabilité, ou présentant leurs aveux comme une simple tactique de défense⁵², les délinquants sexuels se trouvent poussés au déni. Ce déni est général : il porte non seulement sur la réalité de l'acte (qu'ils disent n'avoir pas

⁵¹ Les infracteurs sexuels détenus : traitements et faits pervers. C. Salom. Mémoire de DU de criminologie Université Paris XIII présenté à l'ENAP.

⁵² Prison : une ethnologie en centrale. L. Lecaisne. Edition Odile Jacob. Septembre 2000.

commis) la participation de la victime (selon eux provocatrice ou consentante) le préjudice causé (ils invoquent le plaisir et refusent de voir la souffrance).

Que ce déni, qui persiste des années après le jugement, provienne d'une absence de discernement du bien et du mal, qu'il constitue une possibilité de " continuer à se regarder en face ", ou qu'il soit simplement une méthode de survie face aux codétenus vis-à-vis desquels ils s'inventent un autre passé, il n'en perturbe pas moins de façon très sérieuse les possibilités de prise en charge et l'efficacité des traitements mis en œuvre. Toutes les conditions qui permettent de surmonter ce déni sont donc à rechercher, notamment les groupes de parole avec des détenus qui ont dépassé ce stade.

Dans le même ordre d'idée, le regroupement des délinquants sexuels de façon relativement homogène au sein de certains établissements ne paraît pas devoir être repoussé a priori. Au nom du caractère inadmissible de toute ségrégation, la commission Balier l'avait écarté en 1995. En réalité, à cause de la ségrégation exercée par les autres détenus, et de l'évolution de la démographie pénale, l'administration les regroupe déjà, mais sans corrélation systématique avec les moyens affectés en psychiatrie (comme par exemple à Casabianda, cf.infra). L'administration pénitentiaire les considère en effet comme des détenus sans histoire, susceptibles d'être envoyés dans les établissements à vocation agricoles, comme Casabianda ou Moissac, et a tendance à minimiser les problèmes qu'ils posent.

Or, il faudrait que les établissements chargés d'accueillir ces personnes soient dotés de personnels de santé mentale en nombre suffisant et qu'ils aient établi un projet thérapeutique. Il est illusoire en effet de penser que le renforcement en personnels compétents sera possible partout simultanément, faute de personnels formés disponibles.

Par ailleurs, la prise en charge doit être modulée selon les circonstances et les catégories et permettre de :

- disposer d'un volet de thérapie familiale, dans les cas d'incestes ;
- prendre en compte l'alcoolisme, lorsque celui-ci a été un élément majeur du passage à l'acte ;
- répondre aux demandes de détenus pour les aider à reconstruire leur image et à retisser des liens sociaux ;
- et bien sûr avant tout, empêcher la répétition de l'acte.

3.2.3.2 Face à cette population en augmentation, des obligations nouvelles

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles a institué un suivi socio-judiciaire⁵³ à l'encontre des auteurs d'infractions sexuelles. L'article 763-7 du CPP prévoit notamment que " *lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire ...permettant d'... assurer un suivi médical et psychologique adapté.*

⁵³ introduit aux articles 763-1 à 763-9 du code de procédure pénal, aux articles 131-36-1 à 131-36-8 du Code pénal ainsi qu'au titre IX du livre III du code de la santé publique

Elle est immédiatement informée par le juge d'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les 6 mois. En cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur sans surveillance ou de mesure de semi-liberté, les obligations du suivi socio-judiciaire sont applicables. ”

Le décret n° 99-571 du 7 juillet 1999, dont les dispositions ont été introduites au code de procédure pénale (articles R 50-33, R 61-1 et R 61-6) détermine les modalités d'application du suivi socio-judiciaire.

Le décret n° 2000-412 du 18 mai 2000 définit les conditions d'établissement de la liste des médecins coordonnateurs, les modalités de mise en œuvre du choix du médecin “ traitant ” (qui n'est pas le médecin traitant habituel, mais un spécialiste de cette question) et le déroulement de l'injonction de soins.

La circulaire d'application n°N0R JUS-D698630117 C du 1^{er} juin 1999 précise que “ les condamnés refusant de suivre un traitement pendant leur incarcération ne seront pas considérés comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale donnant droit à des réductions de peine supplémentaires ”. C'est au JAP que revient la charge de désigner le médecin coordonnateur inscrit sur une liste établie par le procureur, qui va :

- faire choisir le “ médecin traitant ” ;
- conseiller celui-ci ;
- jouer le rôle d'intermédiaire entre lui et le JAP ;
- conseiller le condamné pour la poursuite éventuelle de son traitement, après la fin du suivi médico-judiciaire.

Le médecin traitant fixe le traitement et établit des attestations de suivi. Il avertit le JAP ou le coordonnateur en cas de cessation de traitement intempestive.

En terme de santé publique, il ressort de ces différents textes que deux types de dispositifs doivent être organisés :

- à l'intérieur de la prison, l'organisation d'un “ suivi médical et psychologique adapté ” ;
- à l'extérieur de la prison, un réseau de médecins coordonnateurs et de médecins traitants susceptibles d'assurer la partie médicale du suivi socio-judiciaire.

➤ *à l'intérieur de la prison, les moyens ne sont pas adaptés au but fixé*

Le chapitre précédent a montré que l'on ne pouvait considérer comme acquise l'existence d'un “ suivi médical et psychologique adapté ” dans tous les établissements pénitentiaires et notamment dans les établissements pour peines, où se concentrent les délinquants sexuels, au seul motif qu'une présence psychiatrique était assurée.

Les effectifs de personnels de santé mentale ne sont pas proportionnels au nombre de délinquants sexuels présents dans l'établissement. A titre d'illustration, on trouvera ci-après un tableau récapitulatif certaines de ces données.

Pourcentage de délinquants sexuels dans quelques établissements et effectifs de psychiatrie

	CP Caen	CD Argentan	MA Bordeaux	CP Fresnes	CD Casabianda	MA Loos	MC Chât. Thierry	MC Poissy
structure psy.	SMPR	13 000	SMPR	SMPR	secteur	SMPR	secteur	Secteur
capacité théorique	426	599	216		220	542	80+30	250
capacité réelle	418	497	516	2082	207	745	60	220
% DS. ⁵⁴	70%	33 %	31 %		88 %	19 %	30+10%	15%
nbre psychiatres (en etp)	3	0,3	2,8	8,4	0,2	5,5	1	0,4
nbre psychologues (en etp)	3	0	2	3,8	1	4,5	2	1,3
nbre IDE (en etp)	6	0	7	24,6	0	11	2	1,6

Source : CR activité SMPR et constatations lors des visites

Ainsi, le CD d'Argentan ou la maison d'arrêt de Bordeaux abritent à peu près le même nombre de délinquants sexuels (160 à 170) mais Bordeaux dispose de moyens en psychiatres 10 fois plus élevés. Le CD de Casabianda, établissement qui reçoit la proportion la plus élevée de délinquants sexuels, ne dispose que de 2 vacations hebdomadaires de psychiatre et d'une seule psychologue plein temps, laquelle, en assurant le suivi d'une cinquantaine de personnes, est désormais débordée. Le centre de détention de Caen est le seul qui dispose des moyens relativement importants, lui permettant de mener une action cohérente.

D'autre part, la notion de "suivi" est très variable d'un établissement à l'autre, en terme de méthodes, de moyens d'action et de durée, ce qui peut expliquer, au moins en partie, les différences de prise en charge constatées. La file active des délinquants sexuels est ainsi d'une trentaine à Poissy, d'une cinquantaine à Argentan ou à Casabianda, d'une large centaine à Fresnes, tous chiffres inférieurs au nombre de délinquants sexuels présents dans ces établissements.

Il existe un risque qu'un délinquant sexuel condamné à un suivi socio-judiciaire avec obligation de soins demande des soins en prison, mais qu'on ne puisse le prendre en charge. Lors de son audition devant la commission d'enquête parlementaire tenue au cours de l'année 2000 sur la situation dans les prisons françaises, Mme le Dr Betty Brahmy se demandait s'il n'y avait pas possibilité de recours contentieux dans ce cas, lequel constituerait, selon elle, une sorte de « déni de justice ».

➤ *à l'extérieur de la prison, une mise en œuvre embryonnaire du suivi socio-judiciaire*

72 condamnations ont été recensées au niveau national en 1999. Cela se traduit par un nombre peu élevé de cas dans chaque tribunal : quelques unités à Marseille (4), Bordeaux, Lyon (3 ou 4), Lille, Paris (4), aucun cas à Caen.

Parmi ces condamnations, certaines portent sur des criminels, qui ne sortiront pas de prison avant longtemps et pour lesquels l'application du suivi socio-judiciaire ne sera pas immédiate, mais d'autres portent sur des délits d'exhibitionnisme (3/4 à Paris par exemple) directement condamnés au suivi socio-judiciaire, sans peine d'emprisonnement préalable.

⁵⁴ ce pourcentage correspond au nombre approximatif de délinquants sexuels indiqué par la direction de l'établissement le jour de la mission rapporté à la capacité réelle.

Pour ces personnes (dont le chiffrage exact n'a malheureusement pas pu être fait) la question du suivi se pose dès maintenant.

A Paris, la mise en œuvre du suivi socio-judiciaire par le parquet à la suite du décret de mai 2000 mérite d'être détaillée pour son caractère remarquable :

- dès mai 2000, le parquet a organisé une rencontre avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, à l'issue de laquelle il a rédigé en commun une note de synthèse, puis un article de sensibilisation. Celui-ci a été publié en juin dans le bulletin de l'ordre, afin de susciter des candidatures ;
- parallèlement, un groupe de travail mixte siège/parquet a été constitué et une circulaire conjointe président/procureur de la République a été préparée (annexe 13) afin d'informer les magistrats et fonctionnaires intéressés. Cette circulaire a été diffusée en juillet 2000 ;
- malgré la multiplication de rencontres avec des milieux psychiatriques pour trouver des candidats, seulement 2 candidats aux fonctions de médecin coordonnateur s'étaient faits connaître en octobre ; en décembre, ce nombre n'atteignait que 16 candidats pour l'ensemble de l'Ile-de-France ;
- un avis sur ces candidatures a été demandé aux différents conseils de l'ordre de la région parisienne et ces avis sont revenus favorables en février 2001. En mars 2001 un avis a été demandé au préfet ;
- en avril 2001, la liste des médecins coordonnateurs était prête à sortir.

La liste de médecins coordonnateurs établie par le procureur de la République de Paris est donc la première. Elle comporte 16 noms.

Les autres procureurs rencontrés par la mission (Marseille, Lyon, Bordeaux, Lille, Caen, Rennes, Bastia, Argentan, Béthune, Soissons,...) n'ont en effet pas encore pu établir de liste de médecins coordonnateurs. A fortiori, aucun médecin traitant n'a été choisi.

Le fait que l'arrêté définissant les modes de rémunération de ces praticiens n'avait pas encore été publié en avril 2001, au moment où la mission finissait ses entretiens – il est paru au JO en mai 2001 - a joué un rôle non négligeable dans ces retards.

Le montant de la rémunération du médecin coordonnateur s'établit à 2800F/malade/an. Ce montant a été calculé à la suite d'un groupe de travail en comptabilisant une expertise initiale, 4 entretiens avec le médecin traitant et 4 avec le malade, sur la base d'une expertise et de 4 consultations. Par ailleurs, un autre arrêté (également publié en mai 2001) limite à 15 le nombre maximum de personnes traitées par médecin coordonnateur.

Tout en sachant à quel point il ne faut plus retarder l'application de cette loi, la mission souhaite attirer l'attention sur deux écueils à éviter :

- le risque de renforcer l'ambiguïté du rôle du médecin coordonnateur et, par suite, les réticences des psychiatres :

Selon les textes, le médecin coordonnateur est chargé d'inviter le condamné, au vu des expertises, à se choisir un médecin traitant. En cas de désaccord sur ce choix, il donne son avis au JAP, qui tranche. Il conseille également le médecin traitant, transmet au JAP ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.

Les psychiatres se montrent réticents à l'application de la loi du 17 juin 1998, pour les raisons décrites plus haut (secret médical, respect du consentement, séparation des fonctions d'expertise et de soins, crainte d'un transfert de responsabilité). L'arrêté risque d'aggraver leur inquiétude. En effet, en se basant sur l'idée de faire examiner le malade par le médecin coordonnateur, puis en envisageant qu'il le rencontre plusieurs fois au cours de l'année, ce texte ne clarifie pas les rôles respectifs du médecin coordonnateur et du médecin traitant et leurs relations avec le JAP.

Le médecin coordonnateur est-il en réalité un médecin expert, et quelle coopération est possible entre l'expert et le soignant et entre l'expert et le JAP, qui ne soient ni contraire à l'éthique, ni à l'efficacité ? quels sont les risques de la fonction ? voilà autant de points qu'il faudrait préciser.

- le risque de ne pas disposer d'un nombre suffisant de médecins compétents :

Le petit nombre de candidats trouvés en Ile-de-France, alors que cette région rassemble à elle seule entre le tiers et le quart des psychiatres français, fait craindre des difficultés de recrutement dans les autres régions. Il faut donc éviter que le deuxième arrêté ne fixe durablement un nombre de malades par médecin coordonnateur trop faible, pour répondre aux besoins du suivi socio-judiciaire.

Enfin la question du financement du médecin traitant mérite d'être posée : le rôle de financeur revient-il au ministère de la justice, s'agissant d'une condamnation, ou à l'assurance maladie, s'agissant d'un soin ? Dans les deux cas, il faut signaler le coût mensuel élevé des antiandrogènes, que l'assurance maladie ne peut prendre en charge en l'absence d'AMM pour cette indication (cf. infra).

3.2.3.3 *Des obligations difficilement applicables en pratique*

- *des traitements mal codifiés dont l'efficacité à long terme est insuffisamment connue*

Le directeur général de la santé a demandé le 27 juin 2000 à l'ANAES d'élaborer "des recommandations pour la pratique clinique sur la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles". L'ANAES a délégué à la fédération française de psychiatrie l'organisation d'une conférence de consensus, qui devrait se tenir à l'automne prochain à la Salpêtrière. Les intervenants et le programme ne sont pas encore complètement fixés.

Les grandes lignes des traitements recommandés en 1995 par le rapport Balier restent pour l'essentiel valables : les traitements médicamenteux seraient indiqués dans environ 10 % des cas, pour les hommes qui ne parviennent pas à contrôler des pulsions sexuelles obsédantes, alors que les traitements psychothérapeutiques et comportementaux constituent les traitements de fond.

- les traitements médicamenteux⁵⁵ sont basés sur l'utilisation d'antiandrogènes, acétate de cyprotérone ou ANDROCUR et analogues de la GnRH ou DECAPEPTYL.

Présentés par plusieurs psychiatres comme posant des problèmes éthiques ("castration chimique") insurmontables, on les décrit également comme faisant courir des risques de perturbation du métabolisme phospho-calcique.

⁵⁵ les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle; F.THIBAUT, J.M KUHN, B.CORDIER, M.PETIT L'encéphale 1998 XXIV 132-7

En fait, ces médicaments sont utilisés de longue date par les urologues dans le traitement du cancer de la prostate, plus incidemment par les gynécologues chez des femmes souffrant d'endométriose, d'infécondité ou de fibromes, et pour le DECAPEPTYL 3 mg chez l'enfant dans des cas de puberté précoce. Ces produits ont d'ailleurs obtenu des autorisations de mise sur le marché (AMM) régulièrement révisées pour ces indications (tableau ci-dessous). La perturbation du métabolisme phospho-calcique n'est une complication mentionnée par l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) que pour des traitements prolongés. L'AMM fait en revanche état de rares cas de toxicité hépatique et d'aggravation de troubles veineux. Les symptômes de type impuissance sont réversibles à l'arrêt du traitement.

Autorisations de mise sur le marché accordées

Indications	ANDROCUR (cyprotérone) ⁵⁶	DECAPEPTYL (triptoréline)
Chez l'homme	traitement palliatif du cancer de la prostate	Cancer de la prostate métastasé Puberté précoce
Chez la femme	hirsutisme syndrome des ovaires polykystiques	Infécondité féminine Endométriose Puberté précoce Traït. préop. des fibromes utérins
Date première AMM	1980	1986
Dernière révision AMM	1996	2000

Source : Vidal 2001 et direction de l'évaluation de l'AFSSAPS

Mais ces produits n'ont pas fait l'objet en France d'une demande d'extension d'AMM pour le traitement de la délinquance sexuelle. La chose est d'autant plus surprenante que ces produits sont connus depuis longtemps (cf. date première AMM) et que certains experts assurent qu'ils permettent d'inhiber le comportement sexuel déviant dans au moins 80 % des cas⁵⁷.

Ce taux élevé, comparé au taux faible (10 %) des indications du produit, surprend, mais les psychiatres qui redoutent une utilisation extensive, font valoir que ces produits n'agissent pas sur la violence proprement dite et ne modifient pas l'orientation sexuelle. En outre, la durée du traitement et les modalités d'arrêt sont imprécises.

Quoi qu'il en soit, l'attitude souvent manifesté à l'égard de ces produits paraît insuffisamment scientifique : il ne s'agit ni les prôner, ni de les récuser a priori pour des motifs idéologiques, mais de les expérimenter sous forme d'essais cliniques encadrés par la " loi Huriet ", vraisemblablement dans le cadre de " recherches sans bénéfice direct " donc après la sortie de prison⁵⁸ et de demander aux psychiatres de se rapprocher, pour les manipuler, des autres spécialistes qui les utilisent depuis longtemps.

S'il s'avère que l'établissement pharmaceutique qui les produit ne souhaite pas être promoteur des essais cliniques, il faudrait qu'une personne morale accepte de jouer ce rôle (cf. chapitre 4) pour faire cesser cette situation d'incertitude.

- les psychothérapies constituent le traitement de fond traditionnel, assez universellement appliqué. Organisées de façon très variable d'un lieu à l'autre (et donc insuffisamment reproductibles), on connaît mal leurs résultats à long terme.

⁵⁶ L'ANDROCUR est commercialisée sous forme de comprimés de 50 mg ; le DECAPEPTYL existe sous 3 dosages (poudre et solvants pour injection dosé à 0,1 mg, 3 mg et 11,25 mg.

⁵⁷ place des antiandrogènes dans le traitement des délinquants sexuels. S.Louchart, F.Thibaut 2001.

⁵⁸ Contrairement à ce que beaucoup d'interlocuteurs ont affirmé à la mission, la loi HURIET n'interdit pas les essais cliniques sur les détenus. Mais elle les limite (article L 1121-5 du CSP) aux situations où « est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé ».

Le moment d'initialisation du traitement fait l'objet de débats : faut-il démarrer le traitement avant le procès⁵⁹, au cours du passage au CNO, lorsque le détenu le demande, ou seulement lorsque la sortie est en vue ? à quel moment faut-il intervenir pour éviter de pousser le détenu au suicide, en lui faisant prendre conscience de la réalité de son acte et de sa vie ?

La durée du traitement est, elle aussi, incertaine : certains affirment qu'une prise en charge même courte peut avoir un impact, d'autres disent qu'un traitement d'une durée inférieure à un an est sans effet. Tous ces éléments mériteraient une clarification et une évaluation.

- enfin "l'aide au contrôle pulsionnel", les méthodes comportementales, les groupes de parole issus des travaux canadiens constituent des expérimentations intéressantes, qu'il conviendrait de multiplier, mais dont on ne pourra généraliser chaque enseignement qu'après l'avoir évalué.

A Fresnes, par exemple, deux infirmières de psychiatrie du SMPR organisent des thérapies cognitivo-comportementales pour des détenus en fin de peine et pour des agresseurs sexuels du CNO. Ces thérapies comportent la participation à plusieurs groupes : un groupe d'accueil, un groupe vidéo à thèmes, un groupe responsabilité/culpabilité, un groupe territoires/limites, un groupe gestion des émotions, un groupe communication, un groupe dessin et un groupe prévention de la récidive. Le cheminement entier est nécessaire pour faire évoluer le détenu. Parallèlement des entretiens individuels sont pratiqués. On comprend dans ces conditions que le nombre de patients pris en charge soit limité. Depuis 1996, le SMPR a fait 137 admissions sur ce sujet, correspondant à 110 personnes suivies pendant une durée d'environ 18 mois.

D'autres expériences sont menées, au SMPR de Caen, à la prison de Varces à Grenoble, à Rouen ou au CMP de la Garenne-Colombes, pour prendre en charge ou mieux connaître les agresseurs sexuels avant ou après leur sortie de prison.

L'ensemble de ces expériences devraient servir de tête de pont pour mener une véritable recherche clinique dans ces domaines et poser les bases d'une formation au niveau national, en relation avec l'expérience canadienne par exemple. On reviendra sur ce point dans les recommandations.

➤ *les personnes prises en charge ne sont pas toujours celles qui en ont le plus besoin*

Dans la plupart des établissements pour peine, le juge d'application des peines rappelle à intervalles réguliers aux délinquants sexuels la nécessité d'un suivi médical. La participation à celui-ci est prise en compte dans la réduction de la peine. Les SPIP ont également un rôle à jouer pour inciter les délinquants sexuels à se faire soigner et à reconnaître les faits.

Mais du fait de l'incertitude qui règne sur l'efficacité des traitements - rendant toute contrainte peu éthique - certains psychiatres ne veulent effectuer aucun suivi psychiatrique ou psychologique en l'absence de demande expresse, même si d'autres considèrent que l'absence d'opposition vaut acquiescement. Dans tous les cas, tous sont d'accord pour estimer que l'on ne peut soigner que des personnes raisonnablement coopératives.

Malheureusement, les personnes qui consentent le plus facilement aux soins sont aussi souvent les moins dangereuses à leur sortie (pères incestueux accessibles aux remords, personnes ayant passé à l'acte dans un contexte difficilement reproductible), alors que les pervers pédoclastes, les plus enclins à la récidive, s'avèrent aussi les moins volontaire pour participer au traitement. Des méthodes doivent donc être mises au point pour pallier ce type de problème. Encore faudrait-il pour cela disposer d'unités de recherche ainsi que des structures

⁵⁹ Eléments pour une approche thérapeutique des agresseurs sexuels. S.Hachouf, M. Benezech

de soins susceptibles de lancer des essais cliniques dans le cadre de la loi HURIET, ce qui n'est pas le cas actuellement.

➤ *l'absence d'évaluation du suivi des délinquants sexuels ne permet pas de connaître l'efficacité des traitements après la sortie*

La grande majorité des délinquants sexuels incarcérés ne relèvent pas à l'heure actuelle de la loi de 1998 et ne sont pas soumis au suivi socio-judiciaire à la sortie de prison, du fait du caractère récent de la loi et de l'entrée en vigueur tardive des textes. Parmi ces personnes, très peu bénéficient de mesures de libération conditionnelle, qui permettraient de faire une transition entre la prison et l'extérieur et de connaître les circonstances de leur retour en liberté, le lieu où elles se trouvent et le nom du médecin qui les suit.

Au contraire, ces personnes ne sont généralement libérées de prison qu'en fin de peine et risquent alors d'être "perdues dans la nature". Or, c'est justement dans les années qui suivent immédiatement la sortie que les récidives sont les plus nombreuses.

Par ailleurs, étant donné les limites de l'approche judiciaire de la récidive pour mesurer la valeur d'une prise en charge thérapeutique, il est nécessaire de se placer sur un autre plan, médical cette fois. Il n'est en effet légitime ni sur le plan scientifique ni sur le plan éthique de rendre obligatoire un traitement dont on ignore l'efficacité, et il faut essayer de trouver des batteries de tests et des outils médicaux de toute sorte (questionnaires individuels, registres épidémiologiques, suivi de cohortes, examens cliniques et complémentaires, dosages biologiques éventuellement, etc.) pour mesurer la validité des traitements.

Le manque d'outils et d'indicateurs permettant d'apprécier l'efficacité, l'étendue et l'évolution du dispositif de soins constitue en effet l'un des principaux obstacles aux progrès dans ce domaine. La mise au point de ceux-ci pourrait faire l'objet d'appel d'offres en recherche - action.

* *
*

Au total, les délinquants sexuels constituent un **groupe hétérogène en forte croissance** qui demande des modes de réponse variés, si l'on veut parvenir à une limitation de la récidive après la sortie. Or la mise en œuvre de telles mesures se heurte à un certain nombre d'obstacles et de carences, que l'on ne pourra pas atténuer sans une **politique concertée de recherche, de formation, d'évaluation** et la volonté de dégager quelques **moyens**.

L'écart entre la place prise par cette problématique de la délinquance sexuelle dans notre société et le caractère presque dérisoire des moyens attribués aux différents modes de réponses ne peut pas indéfiniment persister.

3.3 Les effets du vieillissement

Le rapport a décrit plus haut le vieillissement de la population carcérale.

Dans la mesure où la composition judiciaire des tranches les plus âgées (marquées par une grande criminalité) les rendent peu aptes à sortir rapidement de prison - sauf si une loi pose le principe de la sortie de prison à partir d'un âge donné ou d'aménagements de peine⁶⁰ - la population âgée en prison a peu de chances de faire l'objet de mesures de grâce ou d'amnistie (en tout cas dans une proportion suffisante pour régler les problèmes sanitaires que sa présence entraîne). Il faut donc la prendre en charge convenablement au sein des établissements pénitentiaires.

⁶⁰ Comme dans d'autres pays européens.

Or, s'ajoutant au mauvais état sanitaire initial des personnes incarcérées, le vieillissement majeure ou provoque divers phénomènes :

- les handicaps moteurs ou sensoriels et les phénomènes de dépendance ;
- le nombre de maladies chroniques ;
- les situations de fin de vie.

Ces éléments se font sentir inégalement selon les établissements pénitentiaires. La population des personnes âgées, constituée en majorité par des condamnés à de longues peines, se concentre dans les maisons centrales et les centres de détention. L'article 718 du CPP prévoyait bien autrefois que la peine d'emprisonnement pouvait être exécutée "*dans des prisons hospices*" lorsqu'il s'agissait de "*condamnés séniles*". Mais dans les faits, ce type d'établissement autonome n'a jamais existé. Certains établissements, comme Nantes, Poissy ou Caen reçoivent simplement un peu plus de personnes âgées que d'autres.

Quant aux maisons d'arrêt, elles ne rencontrent ces problèmes que de façon transitoire (lors de l'instruction, du procès, et de l'attente d'une place dans un autre établissement), mais elles y sont alors mal préparées et offrent des conditions d'hébergement particulièrement précaires.

3.3.1 Les phénomènes de déficience et de handicap

Il existe en prison des cas nombreux de déficiences, d'invalidité, de handicaps et de pertes d'autonomie. Rappelons que la déficience correspond à une notion organique (manque, dysfonctionnement, carence), l'invalidité ou l'incapacité à une notion fonctionnelle, le handicap à une notion sociale (interaction entre l'invalidité et l'environnement socio-économique de la personne), enfin la dépendance fait référence aux besoins d'aide.

Toutes les personnes invalides ou handicapées ne sont pas forcément dépendantes : le but même de toute prise en charge est de leur assurer l'autonomie la plus grande. En revanche, toutes les personnes dépendantes ont des invalidités. Mais dans les deux cas, les personnes détenues frappées de handicaps ou de dépendance voient leur situation s'aggraver par rapport aux personnes vivant à l'extérieur.

3.3.1.1 La mesure du phénomène

Plusieurs enquêtes ont déjà montré que l'on trouvait en prison des personnes porteuses de handicaps sévères, qu'elles étaient mal prises en charge et qu'il fallait envisager des réponses plus adaptées. Ces constatations restent vraies. En outre, il semble que la proportion de cas difficiles se soit accrue.

En 1990, un rapport IGAS⁶¹ estimait le nombre de handicapés physiques présentant une absence d'autonomie ou une autonomie partielle à 1,2 pour 1000 détenus, phénomène qui paraissait encore marginal pour les établissements, mais qui était le plus souvent mal réglé et donnait lieu à des situations peu acceptables. Le rapport envisageait un certain nombre de solutions, qui ne semblent pas avoir été mises en œuvre.

En 1995, un rapport conjoint IGSJ-IGAS⁶² évaluait à 79 les besoins en lits de moyen séjour, dont 26 en rééducation fonctionnelle, alors que les seuls moyens disponibles s'élevaient à 32 lits de moyen séjour à l'hôpital de Fresnes. Le rapport envisageait également l'aménagement d'un certain nombre de cellules pour accueillir des personnes handicapées, la constitution de "lits infirmiers", et la possibilité de faire appel à des personnels hospitaliers

⁶¹ rapport du 9 novembre 1990 concernant la prise en charge des détenus handicapés dans les établissements pénitentiaire établi par les docteurs REYNES et ROQUEL.

⁶² Rapport sur les besoins en hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes établi en juin 1995 par M.C BONNET-GALZY, F.LALANDE, F.FELTZ et J.P.JEAN

(de type aide soignants, personnels de rééducation) pour prendre en charge en détention les détenus les plus lourdement dépendants. Un certain nombre de progrès ont été accomplis depuis par la création des UCSA (et notamment la possibilité d'avoir des soins de kinésithérapie) mais l'essentiel des recommandations restent valables.

L'étude effectuée au cours de l'année 2000 par deux médecins inspecteurs de la DDASS de Loire Atlantique dans le but de connaître l'importance du phénomène de dépendance pour les actes de la vie quotidienne dans la région pénitentiaire du grand-ouest a montré que 6 établissements sur 19 étaient confrontés au problème, que, quel que soit l'âge, la prévalence était de 5,4 hommes dépendants pour 1000 détenus et 37,3 femmes pour 1000 détenues, et qu'en extrapolant ces chiffres à l'ensemble de la population incarcérée en métropole, on aboutissait à une prévision de 338 personnes dépendantes. Le nombre moyen de pathologies chroniques était de 2,4 par détenu dépendant. Cette étude semble cependant mêler des notions de handicap, de maladie chronique et de dépendance.

Les actes de la vie quotidienne pour lesquels ces sujets avaient besoin d'une aide totale ou partielle portaient sur l'accomplissement des fonctions nettoyage et alimentation ainsi que sur l'hygiène corporelle, l'habillement et l'aide aux déplacements. Des difficultés spécifiques liées à l'obésité (lits superposés et étroits, difficulté de se vêtir) étaient par ailleurs signalées. La question du tiers aidant était mentionnée comme particulièrement délicate à résoudre.

Enfin une étude récente, faite à l'initiative de l'association des professionnels de santé exerçant en prison et présentée au 3^{ème} congrès des services médicaux en milieu pénitentiaire a recensé « un jour donné » en février 2001 le nombre de personnes dépendantes, en utilisant la grille AGGIR.

Les réponses de 162 établissements (87% des établissements de métropole et outre mer compris) ont permis de retrouver 121 personnes dépendantes (106 hommes d'âge moyen 60,5 ans et 15 femmes d'âge moyen 47,7 ans) dont le reliquat de peine moyen était de 4 ans et 8 mois. Le taux de prévalence de la dépendance était de 2,1/1000 détenus hommes et 7,7/1000 détenus femmes. Dans 70 à 100 % des cas, l'aide humaine était fournie par un codétenu.

Niveau de dépendance des détenus dans l'enquête « un jour donné » de février 2001

Indice de gravité	GIR 1 (confiné au lit, grabataire)	GIR 2 (dépendance sévère)	GIR 3 et 4 (dépendance moyenne)	GIR 5 et 6 (dépendance légère)	Total
Nombre de personnes	1	9	65	46	121

Source : APSEP

Il est possible que les différences avec l'enquête précédente proviennent de la méthodologie, du fait que l'échantillonnage du grand ouest comptait certains établissements plus « lourds » qui ne semblent pas avoir répondu à l'enquête nationale, enfin de l'inclusion des DOM dans l'enquête nationale.

Enfin l'institut national des études démographiques (INED) a été chargé par l'INSEE d'étendre au milieu carcéral l'enquête HID (handicaps, incapacité, dépendance) effectuée auprès des ménages. La procédure a été testée en juin 1999 et janvier 2000 dans 5 établissements pénitentiaires. L'enquête proprement dite devrait commencer en mai 2001 et les premiers résultats être connus en septembre, le traitement de l'enquête devant être terminé pour la fin de l'année 2001, trop tard pour que la mission puisse en avoir connaissance.

Selon Mme Desequeles de l'INED qui en est chargée, les résultats préliminaires indiquent des proportions beaucoup plus élevées que prévues d'incapacités physiques. Les estimations précédentes ne devraient donc être considérées que comme des estimations plancher.

Cette étude devrait permettre de chiffrer de façon précise l'étendue du problème et la répartition des personnes et des établissements concernés.

Les investigations de la présente mission se sont donc cantonnées à un mode essentiellement qualitatif, visant à mieux comprendre le type de difficultés rencontrées par ces personnes, parfois en les interrogeant directement, mais plus souvent en interrogeant le personnel pénitentiaire ou le personnel soignant.

Il apparaît là encore que seuls les handicaps particulièrement visibles (essentiellement moteurs) sont connus du personnel pénitentiaire, ce qui explique sans doute la sous-estimation générale du phénomène. A titre d'exemple, et pour montrer la sévérité des situations que l'on peut trouver en prison, on décrira les handicaps rencontrés dans certains établissements.

A la maison d'arrêt de Fresnes, il y avait lors de la visite de la mission un malade hémiparétique, un patient porteur d'une chorée de Huntington, plusieurs prisonniers ayant des séquelles importantes d'accidents vasculaires cérébraux, deux vieillards souffrant d'Alzheimer (dont un prévenu) et une personne en insuffisance respiratoire. A l'ESPNF, plusieurs personnes porteuses de handicaps sévères (plaies du visage, insuffisance respiratoire, rénale, etc.) étaient présentes, faute de pouvoir être hébergées dans d'autres établissements.

Dans d'autres maisons d'arrêt, les cas sont moins fréquents mais aussi tragiques.

La maison d'arrêt de Bordeaux avait reçu deux handicapés lourds : une personne amputée des deux membres inférieurs, et un détenu tétraparétique. Dans les deux cas, les locaux de détention s'étaient révélés inadaptés. A Loos, un sujet tétraparétique avait été hospitalisé au SMPR faute de cellule adaptée. En revanche, dans des établissements comme Fleury-Mérogis ou Borgo, pour prendre deux exemples de taille très différentes, les cas sont rares, du fait de la jeunesse de la population détenue.

Les handicapés sont plus nombreux encore en établissements pour peines.

Au centre pénitentiaire de Caen, il y avait 5 personnes handicapées : la plus sévèrement atteinte était porteuse d'une hémiparésie totale et ne pouvait se déplacer qu'en fauteuil roulant. Un aide soignant d'une association de soins à domicile venait l'aider dans ses soins quotidiens. Aux dires du directeur, avant l'arrivée de cet aide soignant, le détenu se trouvait dans une misère physique et morale totale. Les autres personnes étaient un hémiparétique, une personne souffrant d'une forme atténuée de myopie, un aveugle, un homme laryngectomisé, qui suivait un traitement orthophonique au CHU nécessitant de nombreuses extractions.

A la maison centrale de Poissy, qui dispose de plusieurs cellules “ sanitaires ”, on compte au total 14 personnes porteuses de handicap, parmi lesquels 3 handicaps moteurs, 3 sphinctériens, 8 handicaps sensoriels. Seule une personne dispose d’un détenu classé pour l’aider dans sa vie quotidienne.

Le CD d’Argentan hébergeait un infirme moteur cérébral et un handicapé moteur gardant les séquelles d’une blessure par balle.

L’explication de la présence de personnes aussi sévèrement atteintes est la suivante :

- une première catégorie de personnes sont devenues handicapées en même temps que l’acte criminel qui les a conduites en prison, ou en même temps qu’elles ont été arrêtées ou se sont évadées ; s’agissant généralement de plaies par balles, de chutes graves, les handicaps moteurs qui en résultent sont majeurs ;
- pour une deuxième catégorie, le handicap préexistait, mais ne les a pas empêchés de commettre l’acte criminel qui a justifié leur condamnation (meurtre, abus sexuel intra-familial, trafic de drogue, etc) ;
- enfin une troisième catégorie (notamment la plus âgée) a été atteinte en détention : accident vasculaire cérébral, complications d’une maladie chronique, etc.

Même si des solutions ponctuelles de libération peuvent être envisagées, il apparaît nécessaire de trouver en détention des solutions pérennes permettant de les accueillir dans des conditions respectant leur dignité.

3.3.1.2 *L’aggravation de la situation des personnes handicapées ou dépendantes*

Dans les conditions actuelles, l’écart qui sépare les personnes handicapées des sujets non handicapés qui les entourent (écart que toute politique en faveur des handicapés vise justement à restreindre) a tendance à s’élargir en prison, et l’on peut se demander si le détenu handicapé ne subit pas une sorte de « *double peine* ».

Certes, s’agissant des handicapés sensoriels, leur situation ne semble pas s’aggraver. Toutefois, l’accès aux aides techniques pour malvoyants et aux audioprothèses pour malentendants n’est pas suffisamment assuré.

S’agissant de handicaps mentaux ou de démences, les personnes atteintes peuvent devenir partiellement ou totalement dépendantes de leur entourage, et l’on peut craindre que la prison n’aggrave fortement leur situation de faiblesse.

S’agissant des handicaps moteurs, les fonctions rendues plus difficiles par la détention sont l’hygiène corporelle, l’habillement, le nettoyage de la cellule, le blanchissage du linge, les déplacements proches, l’alimentation, l’accès à un travail protégé.

Malheureusement, loin de remédier aux fonctions perturbées, l’architecture et l’équipement de la majorité des établissements pénitentiaires aggravent la situation.

De nombreux rapports antérieurs ont ainsi mis en évidence les conditions défectueuses d’accessibilité, et, pour l’essentiel, le constat reste valable : absence de rampe d’accès, raideurs des escaliers, absence d’ascenseurs, étroitesse des portes, présence de seuils fréquents, douches et toilettes entourées de murets, absence de main courante autour des toilettes ou dans les couloirs, absence de bancs, lits superposés, rien ne facilite la vie des personnes à mobilité réduite.

Le seul établissement visité par la mission dans lequel le problème d'accessibilité avait été manifestement pris en compte était le CD d'Argentan, un établissement du programme 13 000. En revanche à la maison d'arrêt de Borgo, dont la construction date des années 1990, ce n'était pas le cas.

Au centre pénitentiaire de Caen, une seule cellule était conçue "pour handicapé", car elle était munie d'une porte plus large, de barres d'appui, mais elle n'avait qu'un lavabo et un WC standard. A Poissy, plusieurs cellules "sanitaires" disposent d'une superficie plus grande, d'une porte plus large, de toilettes adaptées, et étaient munies de sonnette, parfois de barre d'accès aux toilettes, de "perroquet", et de douches suffisamment accessibles.

A la maison d'arrêt de Fresnes, les "chambres pour handicapés" conçues pour 8 personnes sont inadaptées à ce rôle : il y faisait froid lors de la visite de la mission (entre 10 et 14° au mois de décembre), l'absence de ventilation imposant d'ouvrir les fenêtres, car la personne en insuffisance respiratoire, bien que placée sous extracteur d'oxygène, n'en consommait pas moins de grandes quantités de tabac. Les sanitaires sont vétustes et sales, les lits anciens et le manque de place limite le déplacement des fauteuils roulants.

On a pourtant le sentiment qu'un nombre assez modeste d'équipements permettrait de rendre la vie moins difficile aux personnes handicapées et éviterait le recours à l'ESPNEF, dont la fonction est sanitaire et non médico-sociale.

C'est ainsi par exemple que l'hôpital de Fresnes était contraint de garder des personnes ayant besoin d'aspirateurs médicaux, au motif que les prises de courant correspondantes n'étaient pas disponibles en détention.

A la maison d'arrêt de Saint Paul à Lyon, le local affecté aux personnes handicapées - appelé improprement "infirmerie" - comportait une dizaine de cellules individuelles dans un état de délabrement et d'insalubrité majeures. On accède aux trois douches par une porte large de 62 cm donnant sur deux marches. Deux autres marches restent à gravir après avoir franchi une plate forme retenant des eaux stagnantes, pour arriver enfin aux douches en descendant une dernière marche. Aucun mobilier ni patère ne permet la dépose des vêtements. Des travaux de rénovation sont bien envisagés, mais on a l'impression que quelques aménagements plus modestes auraient déjà pu améliorer cette situation.

De même, la difficulté du blanchissage, l'absence d'eau chaude dans la plupart des cellules représentent autant d'obstacles à surmonter pour des personnes handicapées ou dépendantes.

3.3.1.3 Une attention insuffisante à ces problèmes

➤ la reconnaissance du statut de handicapé

Il est fréquent que la constitution d'un dossier de COTOREP soit faite en prison, à l'initiative, soit de l'UCSA, soit du SMPR, soit du SPIP. La coopération, ou plus simplement l'échange d'informations à cette occasion entre ces différents services n'est pas toujours organisée, tant s'en faut. Le SPIP pourrait là encore jouer un rôle moteur pour faire obtenir les différentes allocations nécessaires aux handicapés et coordonner les démarches.

➤ *les diverses aides sociales*

- Le montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) prévue à l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale est réduit, puisqu'en cas de détention de plus de 45 jours, l'intéressé ne conserve que 12 % de l'AAH mensuelle, soit **383 F**, et ce, quelque soit son handicap⁶³.

Le caractère systématique de l'abattement de l'AAH semble basé sur l'idée que les besoins spécifiques liés au handicap sont notablement restreints en prison ou qu'ils sont pris en charge, ce qui n'est pas le cas. Compte tenu de toutes les fonctions qui demeurent perturbées et du fait que - sauf exception - ces personnes ne peuvent pas travailler en détention et n'ont pas les moyens de cantiner, cette réduction ne se justifie pas. Le montant restant ne permet pas aux personnes handicapées en détention de faire face aux surcoûts qu'entraîne le recours à des équipements divers, des habillements adaptés, des changes, des aides techniques, etc.

- S'agissant des autres allocations versées en espèces, trois allocations sont en principe accessibles aux détenus handicapés⁶⁴, dès lors (c'est le cas le plus fréquent) que leurs ressources sont inférieures à un niveau fixé par les textes, et qu'ils ont atteint un certain taux de handicap ou de dépendance. Les deux premières prestations relèvent du conseil général ; la troisième est en projet. A l'heure actuelle, très peu d'établissements pénitentiaires en font la demande.

- **l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)** permet de subvenir aux dépenses supplémentaires, lorsque le recours à une tierce personne est indispensable au futur allocataire. Son montant est compris entre 3000 et 4600F/ mois et son versement est subordonné à l'engagement d'une tierce personne. Elle est non cumulable avec la PSD. Elle est versée à des personnes d'âge compris entre 20 et 60 ans. Il faut citer l'exemple du CP de Caen, qui a obtenu du conseil général du Calvados l'attribution de cette allocation. Il conviendrait de généraliser ce type de demandes ;
- **la prestation spécifique dépendance (PSD)** est conditionnée par un niveau de dépendance GIR 1,2, ou 3. Elle n'est attribuée que pour des personnes de plus de 60 ans. Les conditions d'attribution et les montants versés varient d'un département à l'autre ;
- enfin **l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** qui va être mise en place au niveau national devrait remplacer la PSD. Elle devrait être modulée selon la dépendance.

En revanche, le versement des pensions d'invalidité n'est pas interrompu du fait de l'incarcération.

Les problèmes rencontrés pour l'attribution d'allocations à des personnes détenues tiennent à la difficulté de connaître exactement les revenus du prisonnier, mais surtout à la notion de domicile. Les conseils généraux ont tendance à considérer comme résidence le lieu de séjour du détenu avant son incarcération, ce qui n'a guère de sens dans les longues peines.

➤ *les prestations en nature*

Certaines prestations en nature demeurent en général inaccessibles : il en est ainsi de la possibilité de bénéficier d'une tierce personne aidant à la dépendance (aide ménagère, aide soignant...) ou de soins infirmiers à domicile, quand la personne n'est pas en état de se nourrir, de s'habiller ni de se laver.

⁶³ Aucune réduction n'est effectuée lorsque le détenu est marié, sans enfant, son conjoint ne travaillant pas pour un motif reconnu valable par la COTOREP ou lorsqu'il a plusieurs enfants à charge. Toutefois ces conditions sont rarement réunies, compte tenu de la nature de la population handicapée incarcérée.

⁶⁴ Rien, dans les textes n'indique que les détenus soient écartés du bénéfice des allocations

De même, le recours à l'hospitalisation à domicile est pour l'instant exclu. La solution à ces problèmes pourrait progresser avec l'évolution de la notion de « domicile ».

En attendant, dans la grande majorité des cas, l'aide individuelle est fournie par un co-détenu, ce qui pose de nombreux problèmes, tant pour ce dernier (mal considéré et subissant de façon permanente une sujétion souvent ingrate) que pour la personne malade (risque de racket et de pressions diverses). La mission n'a rencontré qu'au CP de Caen la possibilité de faire appel à un aide soignant extérieur, de façon très satisfaisante pour le détenu et pour l'administration pénitentiaire. Cette possibilité devrait être étendue à toutes les personnes lourdement handicapées.

3.3.1.4 Le problème particulier des insuffisants rénaux

Pour les insuffisants rénaux sous dialyse, dont le nombre total se situe autour de 20 (en 1999 selon une enquête ponctuelle de la DAP, 16 patients étaient dialysés), on note plusieurs types de problèmes :

- d'une part au moment de l'incarcération, il convient de trouver rapidement (1 jour ou 2) un service de dialyse proche qui puisse accueillir le détenu. Ce n'est pas toujours simple, lorsque les postes de dialyse de l'hôpital ou de l'association la plus proche sont saturés, les régions autres que l'Ile-de-France n'ayant pas la possibilité de recourir à l'hôpital de Fresnes, qui dispose de 3 postes de dialyse et accueille ainsi 6 insuffisants rénaux ;
- d'autre part, la mise en œuvre de la dialyse implique 3 escortes par semaine, réduisant d'autant le " capital escorte " disponible pour les autres détenus et constituant une charge irréductible pour les personnels pénitentiaires et éventuellement -si le détenu est considéré comme dangereux - pour les services de police ou de gendarmerie.

On ne voit pas très bien à l'heure actuelle comment, hors de l'hôpital de Fresnes, résoudre ce problème. En effet, sauf à envisager des modifications substantielles des cellules et un agrandissement notable des UCSA, il paraît illusoire à l'heure actuelle, au vu des circuits d'eaux, des conditions d'hygiène et de la superficie des locaux, d'espérer pouvoir recourir en détention à un dispositif d'autodialyse. Quant à l'aménagement d'un poste de dialyse permanent dans les UHSI, la mission d'un service hospitalier de court séjour n'est pas d'accueillir à demeure des détenus, qui ne pourraient accéder ni à la promenade, ni aux autres activités de la prison.

3.3.2 La question des fins de vie en prison

Sous cette appellation, on entend non pas l'ensemble des décès, mais les morts prévisibles et douloureuses. Toutefois, il est nécessaire au préalable de préciser la mortalité en détention et l'évolution de celle-ci ces dernières années.

Mortalité en détention

Cause	1994	1999	2000
Suicide	103	125	121
Morts naturelles	72	133	113
- dont maladie infectieuse (dont VIH)	16 (11)		
- cardio-pulmonaire	24		
- traumatique (dont agression)	10 (1)		
- cancer	8		
- overdose	8		
- neurologique	2		
- autre	4		
Total décès	175	258	234
population carcérale moyenne	50 932	48 861	46 334
taux de mortalité pour 100 détenus	0,34	0,53	0,50

Source DAP

En 6 ans, le nombre de décès en prison a augmenté d'un tiers, et le taux de mortalité pour 100 détenus est passé de 0,34 à 0,50, ce qui est en lien avec l'accroissement de la fragilité, de la précarité et du vieillissement de cette population.

La question des fins de vie en détention se pose surtout pour les cancers et le SIDA, plus accessoirement pour les maladies cardiaques et neurologiques, dont le décès se produit à l'hôpital ou de façon inopinée en détention. En juin 2000, l'enquête « un jour donné » recensait 5 personnes considérées comme « en fin de vie » par les médecins, ce qui ne traduit qu'un constat instantané, et non l'importance du flux.

Cette question peut être traitée de diverses façons :

- soit par des mesures de grâce, de libérations conditionnelles ou d'aménagement de la peine, qui permettent à la personne de ne pas finir sa vie en prison,
- soit par un aménagement des conditions de séjour, qui rendent les circonstances du décès plus supportables, notamment lorsque la personne est démunie de tous liens extérieurs.

Le droit de grâce (article 17 de la Constitution) est la mesure par laquelle le président de la République dispense une personne de l'exécution d'une peine. Le nombre total de grâces accordées est en diminution, même en tenant compte de la diminution des effectifs de détenus, mais parmi les grâces accordées, celles pour raisons médicales ont progressé avec un pic entre 1994 et 1997.

Les grâces présidentielles accordées

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Grâces accordées	485	376	495	371	232	184	92	93	132	113	98
Dont grâces médicales	10	6	11	9	51	45	29	21	14	15	8
% méd.	2 %	1,5 %	2,2 %	2,4 %	22 %	29 %	31 %	22 %	10 %	13 %	8 %

Source : DACG

Cette augmentation correspondait à l'acmé de la mortalité liée au SIDA, qui avait provoqué une forte sensibilisation de l'opinion publique et des autorités et une mobilisation de certaines associations. En 1994 par exemple, le SIDA représentait pratiquement la moitié des grâces accordées. Mais, depuis la mise en œuvre des multithérapies, le SIDA ne représente plus une cause de mortalité importante.

Taux de grâces médicales accordées par rapport aux grâces demandées

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Grâces médicales demandées	129	118	120	125	129	135
Grâces médicales accordées	45	29	21	14	15	8
% accordées	34 %	24 %	17 %	11 %	11 %	6 %

Source : DACG

Après 1997, le nombre de grâces médicales accordées a diminué, alors que la demande est restée stable et que la mortalité en détention s'est accrue.

Les fins de vie liées aux cancers, et plus accessoirement aux autres pathologies, posent donc de plus en plus de problèmes. Les praticiens se plaignent beaucoup de cette situation, notamment à l'hôpital de Fresnes. Ils ont le sentiment de remplir de nombreux documents, et ne comprennent pas pourquoi certaines demandes aboutissent et d'autres (la très grande majorité) non. En outre les délais d'instruction de la demande, très importants, font que – quand la grâce est obtenue - elle est extrêmement tardive. Le détenu, l'administration de l'établissement et le médecin restent dans l'incertitude pendant toute la durée de la procédure.

Tout le monde comprend bien que la grâce présidentielle soit un acte éminemment individuel, et que de nombreuses consultations et expertises soient nécessaires avant de l'accorder ou de la refuser. Mais si la direction des affaires criminelles et des grâces pouvait accuser réception de la demande et informer le requérant à intervalles réguliers du stade de la procédure, le déroulement en serait plus serein. D'autre part, une accélération du processus serait également bénéfique.

La mission a pris connaissance du cas de plusieurs malades en fin de vie porteurs d'un cancer, dont la situation était poignante et qui recevaient des traitements palliatifs assez efficaces, mais qui ne savaient pas où en étaient les démarches effectuées.

La difficulté à faire bénéficier les malades cancéreux en fin de vie de mesures de clémence, tient peut-être à l'absence de critères de pronostic, alors que ceux-ci sont codifiés de façon précise dans le SIDA, mais qu'ils ne semblent pas aussi bien harmonisés pour les différents cancers. Elle tient aussi à la plus faible mobilisation des associations de malades sur ce sujet.

En ce qui concerne les libérations conditionnelles, leur nombre est relativement stable, qu'il s'agisse de celles accordées par le garde des sceaux ou par le juge d'application des peines.

Nombre de libérations conditionnelles

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
LC GDS	207	243	167	211	160	184
LC JAP	5293	6125	5034	5098	nd	nd

Source DACG

Malheureusement, il n'est pas possible – à l'intérieur de ces données - de faire la part des libérations accordées pour raisons médicales.

La procédure de suspension de peine pour raison médicale est à l'heure actuelle très restrictive : l'article 720-1 du CPP ne prévoit en effet la possibilité de libération par le juge d'application des peines en cas de « maladie totalement incompatible avec la détention » qu'en fin de peine et dans des conditions très encadrées. L'article 132-27 du CP prévoit qu'en « *matière correctionnelle, la juridiction peut, pour motif grave d'ordre médical... décider que l'emprisonnement décidé pour une durée d'un an au plus sera exécuté par fractions...* », toutes conditions rarement réunies, qui ne permettent pas de résoudre un nombre significatif de problèmes de fin de vie.

Une proposition de loi votée par le Sénat prévoit que quelle que soit la durée de la peine restant à subir, et après expertise par un collège d'experts, la peine pourrait être suspendue, ce qui paraît la seule solution pour élargir les conditions d'accès.

Compte tenu de tous ces aléas, et en tout état de cause, il faut avoir en détention, des structures susceptibles d'accueillir les malades en fin de vie.

L'ESPNF ne peut à lui seul assurer cette fonction. La lui confier à titre exclusif reviendrait à éloigner davantage encore certains détenus de leurs famille au moment où ils en ont le plus besoin. En outre l'ESPNF a besoin d'être fortement restructuré et modernisé avant qu'on lui attribue de nouvelles missions. La mission préconise donc d'autres solutions (cf. chapitre 4).

CHAPITRE 4 : LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

4.1 Les réajustements du dispositif de soins somatique

La mise en place des UCSA a permis un progrès incontestable de la prise en charge sanitaire en détention. Cependant, un réajustement du dispositif semble s'imposer selon trois directions :

- une meilleure appréhension des besoins réels de la population pénale sur le plan sanitaire ;
- le renforcement de la coopération entre les acteurs qui passe à la fois par la dissipation de certains problèmes éthiques et des actions de formation commune ;
- l'amélioration de la gestion des extractions médicales, point de blocage fondamental du dispositif actuel.

4.1.1 Renégocier les protocoles entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux

Plus de 4 ans après l'entrée en vigueur de la quasi totalité des protocoles passés entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux de rattachement, la renégociation doit permettre de réajuster le dispositif. Cette renégociation a d'ailleurs été entamée, voire achevée, dans plusieurs sites visités par la mission. A Caen, elle a abouti à la signature d'un nouveau protocole.

Dans le Nord Pas de Calais, un travail d'évaluation réalisé par la DDASS du Nord sur l'ensemble des établissements pénitentiaires de la région a conduit à la signature d'un protocole d'accord signé par les préfets de région et de département, le procureur général, le directeur de l'ARH et le directeur régional des services pénitentiaires. Ce protocole prévoit la mise en œuvre d'actions autour de cinq axes :

- *« l'adéquation des effectifs des personnels soignants en relation avec l'amélioration et/ou l'extension des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires ;*
- *la définition et la mise en œuvre d'une formation des personnels soignants et pénitentiaires en relation avec les conditions de délivrance des soins ;*
- *la mise en œuvre d'actions en matière de prévention et d'éducation pour la santé au sein des établissements pénitentiaires ;*
- *la problématique de la prise en charge des délinquants sexuels ;*
- *la préparation de la sortie des personnes détenues, la coordination entre les services, les secrets professionnels. »*

L'exemplarité de la démarche et du choix des axes d'action doit être soulignée. Les propositions de la mission rejoignent largement les thèmes énumérés :

- *la question des moyens en personnel*

Au regard des disparités relevées par la mission et de l'évolution des besoins, une redéfinition des moyens en personnel est nécessaire. Elle pourrait s'inspirer de ce qui a été décidé lors du passage des établissements 13 000 au régime de la loi de 1994. Elle doit garantir une offre de soins correspondant aux besoins sanitaires importants de la population pénale et permettre un fonctionnement des services médicaux moins dicté par l'urgence.

Cette réévaluation des moyens doit aborder la question majeure de l'augmentation du nombre de consultations de spécialistes, en explorant l'ensemble des procédures qui rendraient possible l'organisation de nouvelles consultations. Dans le cas où aucun praticien hospitalier n'est disponible, le recours éventuel au secteur libéral ne doit pas être écarté, dans des conditions qu'il convient de préciser. A cet égard, il faut impérativement comparer ce coût à celui lié à l'organisation des extractions médicales, et non pas le considérer comme un effort financier plus important. Une telle évolution aboutit à un transfert de charge entre le budget de l'administration pénitentiaire et de la police et celui des hôpitaux, c'est-à-dire entre l'État et l'assurance maladie. L'organisation de telles consultations doit permettre un meilleur accès des détenus aux soins et une gestion plus souple du nombre d'extractions possibles.

Cette réévaluation des moyens doit également concerner le secteur dentaire. Les moyens actuellement affectés sont encore insuffisants par rapport aux besoins constatés et à la demande exprimée. Le renforcement nécessaire est évidemment variable selon les sites. Un recensement site par site s'impose donc. Les renforcements devraient porter :

- sur les chirurgiens-dentistes, de manière à ce que le temps de praticien disponible corresponde au volume de la demande ;
- sur les assistants dentaires (ou des personnels équivalents), encore très rares dans les UCSA.;
- sur les locaux dont on a vu qu'ils étaient généralement exigües et parfois insuffisants pour y installer autant de fauteuils qu'il en est besoin (tout en maintenant le principe d'un fauteuil unique par cabinet).

L'intervention d'assistants dentaires doit aussi permettre de renforcer les conditions d'hygiène des cabinets dentaires, ce qui, au regard de la prévalence de certaines maladies comme l'hépatite C dans la population pénale, apparaît particulièrement souhaitable. L'utilisation d'instruments à usage unique doit aussi être recherchée pour progresser dans ce domaine. Plus généralement, l'ensemble des procédures d'asepsie et de stérilisation doit respecter les bonnes pratiques. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales devrait pouvoir intervenir dans les UCSA.

La question de la mobilité des personnels de l'UCSA devrait enfin être abordée : la médecine en milieu carcéral a indiscutablement ses spécificités qui justifient une adaptation à l'environnement pénitentiaire et une formation adaptée aux pathologies à prendre en charge et aux actions de prévention à promouvoir. Mais, comme tout exercice spécifique, elle présente aussi le risque d'un isolement progressif. La mission recommande que, notamment pour les personnels infirmiers, la mobilité soit encouragée afin d'éviter la sur-adaptation aux contraintes carcérales et de garantir le renouvellement des pratiques.

➤ *la redéfinition des locaux*

Directement lié à la question des personnels, un réexamen des locaux doit pouvoir être envisagé afin d'accueillir de nouvelles consultations. Si cela implique des investissements supplémentaires, ils permettront à moyen - long terme de réaliser des économies au regard du nombre d'extractions que ces nouvelles consultations permettront de supprimer. Des programmes de rénovation importants sont engagés dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires. Ils doivent intégrer un volet lié à l'extension des UCSA. Au regard des délais très longs, propres à certaines de ces opérations - par exemple à Fleury-Mérogis -, des aménagements plus modestes doivent pouvoir être engagés rapidement, notamment afin d'accueillir des consultations spécialisées et des soins dont certains ne nécessitent pas un équipement très sophistiqué (exemple de la kinésithérapie).

Ces aménagements doivent permettre d'aborder la question du nettoyage et de l'entretien des locaux. Au regard de la circulaire du 9 décembre 1994, « *l'établissement sanitaire est responsable de l'hygiène des locaux de l'UCSA. Ils doivent donc être entretenus par les détenus affectés à ces tâches par l'administration pénitentiaire, selon les règles en vigueur en milieu hospitalier* ». La mission souligne la contradiction d'un tel raisonnement qui rend responsable de l'hygiène des locaux de l'UCSA l'hôpital de rattachement, tout en confiant cette tâche à des détenus qui devraient agir selon les normes hospitalières. Cette confusion des responsabilités et des normes apparaît contraire à l'esprit de la réforme de 1994 qui vise justement à clarifier la répartition des rôles. La mission considère qu'il est donc indispensable d'affecter à l'UCSA des personnels d'entretien non détenus réellement en mesure d'assurer un entretien conforme à ce qui doit être exigé pour un local où se déroulent des soins. De plus cette mesure est de nature à préserver le secret médical.

➤ *la continuité des soins entre l'hôpital et l'établissement pénitentiaire*

Outre la question des escortes abordée plus loin, l'organisation des consultations à l'hôpital et des hospitalisations doit être améliorée dans deux directions :

- Une meilleure transmission de l'information de part et d'autre, afin d'éviter les annulations trop tardives ;
- Une prise en compte plus importante des contraintes des deux institutions, afin de limiter le temps d'attente des détenus lors de leur visite à l'hôpital et de garantir des conditions d'accueil discrètes, dans l'intérêt du malade-détenu comme des surveillants. Dans certains hôpitaux, l'affectation d'un local utilisé comme salle d'attente pour les détenus permet d'éviter une exposition devant les personnels de santé et les autres malades.

➤ *l'amélioration du dispositif de dépistage du sida*

Au regard du caractère inadapté de l'intervention des CDAG en milieu carcéral et des conséquences négatives de leur défaillance sur le niveau de dépistage dans certains établissements, la mission recommande que la responsabilité première de l'UCSA dans l'organisation et la mise en œuvre du dépistage du sida soit réaffirmée. Elle considère qu'il est nécessaire de distinguer deux types de situation :

- dans les établissements où l'intervention de la CDAG se déroule dans des conditions jugées satisfaisantes et qui garantissent à la fois un réel accès au dépistage et la préservation de l'anonymat, celle-ci doit être maintenue ;
- dans les autres cas, l'UCSA, en tant qu'unité fonctionnelle d'un service hospitalier, doit pouvoir être accréditée en tant que CDAG. Cette possibilité, prévue par les textes, doit permettre de fournir au détenu, s'il le souhaite, une consultation anonyme.

La mission souligne qu'il est nécessaire d'utiliser la période actuelle d'agrément des CDAG, qui fait suite à la publication des différents textes relatifs à ces consultations¹, pour engager cette évolution avec les hôpitaux de rattachement. Il appartiendra aux DDASS, et notamment aux chargés de mission sida, en lien avec les conseils généraux et les UCSA de faire le point localement sur le dispositif à mettre en place.

Cette évolution garantit à la fois la simplification du dispositif et une plus grande efficacité.

¹ Décret n°2000-763 du 1er août 2000, Arrêté du 3 octobre 2000, circulaire du 17 octobre 2000.)

➤ *la gestion de la permanence des soins*

En dehors des endroits où un système de garde ou d'astreinte est organisé par l'UCSA, la mission recommande que la renégociation des protocoles s'accompagne d'une remise à plat de l'organisation de la permanence des soins en formalisant le recours à des structures libérales spécialisées dans l'urgence, type « SOS médecins » ou au système libéral de gestion des gardes.

Une convention tripartite signée entre l'établissement pénitentiaire, l'hôpital et cette structure doit comporter les éléments suivants :

- les modalités de régulation de l'urgence et d'intervention à l'intérieur de la prison ;
- les modalités d'accès au dossier médical et à la pharmacie de l'UCSA, dans les cas où cela s'avère nécessaire ;
- les conditions de rémunération de cette intervention, celle-ci étant à la charge de l'établissement hospitalier.

La mission recommande que cette remise à plat s'accompagne également de visite des lieux préalables de la part médecins libéraux éventuellement appelés à intervenir lors d'urgences à l'intérieur des zones de détention et dans les UCSA, afin de limiter les risques d'incident liés à la méconnaissance du fonctionnement de la prison.

Si cette formalisation doit permettre d'améliorer la gestion des urgences, la mise en place de dispositifs d'appel dans l'ensemble des cellules demeure un objectif prioritaire qui doit être atteint dans le cadre des opérations de construction ou de rénovation des établissements pénitentiaires.

S'agissant des autres axes qui devraient être abordés dans le cadre de la renégociation des protocoles, (formations communes, actions d'éducation à la santé), ils sont abordés spécifiquement.

4.1.2 Trouver un modus vivendi pour les extractions médicales

Quelles que soient les améliorations qui pourront être apportées au dispositif actuel, la limitation des extractions médicales, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, continuera d'être un élément bloquant toute amélioration sensible de la prise en charge.

Dés lors, il s'agit de faire avancer dans le même temps trois dossiers difficiles :

- amender l'arbitrage du conseil de sécurité intérieure du 6 décembre 1999 sur la création des postes de surveillants accompagnant la prise en charge de l'ensemble des escortes à l'hôpital pour consultation. Comme cela a été montré (cf. chapitre 2), le besoin de nouveaux postes est bien inférieur à ce qui a été arrêté par le CSI. Cela doit permettre que de nouvelles discussions s'engagent entre les ministères concernés ;
- provoquer les arbitrages actuellement manquants et qui bloquent le travail interministériel engagé. Comme cela a déjà été dit, les décisions prises par le conseil de sécurité intérieure ne règlent pas l'ensemble des blocages rencontrés. Au regard des positions opposées prises par les administrations concernées par ce dossier, un nouvel arbitrage interministériel paraît indispensable ;
- progresser dans la clarification des textes réglementaires encadrant les extractions médicales. La définition de « l'escorte » comme du « détenu dangereux » doit notamment être précisée, ce qui pourrait permettre la signature d'une circulaire interministérielle sur laquelle l'ensemble des acteurs de terrain pourraient s'appuyer.

Il est également nécessaire d'enclencher une nouvelle dynamique de concertation au niveau local entre l'ensemble des acteurs concernés (personnels des UCSA et des SMPR, direction des hôpitaux, ARH, préfet, DDASS, DDSF, groupement de gendarmerie, autorités judiciaires, administration pénitentiaire). Cette concertation doit permettre de préparer dans de bonnes conditions la mise en place des UHSI, qui, si elle n'interviendra pas avant fin 2003, nécessite un important travail de coordination (cf. chapitre 2).

La mission ne sous-estime pas la difficulté de la tâche à accomplir pour lever les obstacles liés aux extractions médicales. Il est néanmoins indispensable que de nouveaux arbitrages interministériels interviennent sur ce dossier.

4.1.3 Améliorer la prise en charge de l'hépatite C

➤ *une politique offensive de dépistage*

Au regard des caractéristiques de la population pénale, il est nécessaire d'adopter une stratégie plus offensive du dépistage de l'hépatite C. Tout en restant dans le cadre du volontariat, une proposition de dépistage de l'hépatite C doit être systématiquement faite à tout entrant en détention. Ce dépistage doit être à la fois de nature sérologique et virologique pour permettre de déterminer s'il est nécessaire d'engager un traitement. Au regard des estimations de prévalence de l'hépatite C dans la population pénale, la mission estime qu'il s'agit là d'un enjeu de santé publique majeur. Cette proposition de dépistage systématique doit être accompagnée d'un important travail d'explication du médecin à l'attention du détenu afin de lui donner l'ensemble des informations sur cette maladie.

➤ *une amélioration sensible de la prise en charge de l'hépatite C*

L'amélioration importante de l'efficacité des traitements des malades porteurs de l'hépatite C et notamment l'arrivée de nouvelles combinaisons de molécules ayant des résultats très positifs, justifie qu'un effort particulier soit fait pour rendre possible l'utilisation de ces traitements en prison.

La politique offensive de dépistage suggérée par la mission n'a de sens que si un accès plus important au traitement est possible en détention.

Un observatoire thérapeutique sur la prise en charge de l'hépatite C en prison a été lancé début 2001. Son objectif est d'étudier, dans le cadre des UCSA, les patients ayant une hépatite chronique virale sous traitement antiviral. « *Il s'agira de déterminer quelles sont les possibilités et les difficultés de l'accès au traitement pour les personnes atteintes par le VHC et incarcérées, notamment en ce qui concerne la réalisation de la ponction biopsie hépatique².* »

Un tel dispositif doit permettre d'améliorer la connaissance sur la prise en charge de l'hépatite C et de mieux percevoir les points de blocage. La mission considère néanmoins qu'il serait souhaitable d'engager, parallèlement à cet observatoire, une expérimentation conforme à la loi Huriet permettant d'évaluer un traitement direct des détenus affectés par le virus de l'hépatite C sans passer par la PBH, mais toujours en se fondant sur les critères sériques et virologiques utilisés habituellement.

Le contournement de l'obstacle que représente aujourd'hui la réalisation de la PBH paraît nécessaire au regard des blocages persistants des extractions médicales.

² Premier observatoire prison – hépatite C. Comité de pilotage : Dr BARANGE, BENHAIM, CHOSSEGROS, COUZIGOU, DURAND, POL, REMY – novembre 2000

Le recours à un traitement antiviral sans réalisation préalable d'une PBH a déjà fait l'objet d'une expérimentation menée sur des malades toxicomanes à l'initiative du réseau hépatite C dans le Nord Pas de Calais. De plus, une telle procédure est déjà appliquée pour les malades hémophiles pour lesquels on ne réalise pas de PBH.

Au regard de la loi Huriet, les détenus font partie des personnes bénéficiant d'une protection renforcée qui ne peuvent participer à une recherche « *sans bénéfice individuel direct* ». Compte tenu du bénéfice que peut espérer le détenu d'un traitement sans biopsie, les conditions de la loi Huriet seraient respectées.

Les difficultés liées au contexte carcéral ne doivent pas être sous-estimées. Cependant, elles ne peuvent être considérées comme des facteurs bloquant toute initiative permettant d'envisager une amélioration de la prise en charge. L'intégration des services de soins en prison au sein du service public hospitalier vise justement à rendre possible ce type de procédure. Différents contacts pris avec des responsables d'UCSA et des spécialistes de l'hépatite C montrent qu'une telle initiative rencontre un accueil favorable.

Il serait nécessaire pour mener à bien cette expérimentation de trouver un promoteur chargé d'organiser et d'assurer le suivi des patients. Si aucun établissement pharmaceutique n'était disposé à jouer ce rôle, différents organismes publics (ANRS, AP-HP, un CHU) pourraient être sollicités. La mission souligne qu'un tel protocole lui paraît d'autant plus justifié que les progrès de la connaissance et de la prise en charge de la maladie tendent à rendre possible l'utilisation d'autres marqueurs qui ne nécessitent pas la réalisation d'une ponction biopsie hépatique³.

4.1.4. Améliorer le dialogue entre les différents acteurs

En identifiant clairement les missions des différents intervenants, la réforme de 1994 a mis fin à la confusion des rôles qui était jusqu'alors perceptible en prison dans le domaine sanitaire. Cet aspect positif du nouveau dispositif a déjà été souligné mais il comporte toutefois un certain danger qui est celui du cloisonnement. L'institution judiciaire, l'administration pénitentiaire, les équipes médicales des UCSA et des SMPR, l'hôpital de rattachement et demain, l'UHSI, sont des interlocuteurs bien distincts, dont les logiques divergent mais dont la mission est commune.

Améliorer le dialogue entre les différents acteurs est donc une nécessité qui est d'ailleurs clairement ressentie sur le terrain. Des initiatives ont été prises en ce sens, (notamment l'organisation de formations communes), mais elles doivent être mieux organisées par les pouvoirs publics. Le développement et l'institutionnalisation de rencontres régulières entre les différents intervenants sont également souhaitables.

4.1.4.1. Les formations communes

Dans certains établissements, des expériences très positives de formation commune des personnels hospitalier et pénitentiaire ont été menées. Fruit de la bonne entente entre l'UCSA, le SMPR, l'hôpital de rattachement et l'administration pénitentiaire, ces expériences demeurent cependant assez isolées. Par ailleurs, elles n'associent pas suffisamment l'institution judiciaire dont les logiques et les impératifs ne sont pas toujours perçus avec netteté.

³ Communication du Pr. Thierry POYNARD, hôpital Pitié Salpêtrière, lors du congrès de l'association des professionnels de santé exerçant en prison

La mission estime que ces initiatives devraient être développées et généralisées car elles contribueraient à la diffusion d'une culture du dialogue et du respect de l'autre. Mais elles devraient alors bénéficier d'un cadre institutionnel qui garantirait leur qualité et leur pérennité. Des conventions pourraient par exemple être établies entre les différents acteurs, tout en s'appuyant sur le savoir faire des centres de formation des professionnels concernés. Cette question devrait également être abordée dans le cadre du réexamen des protocoles.

4.1.4.2. Les rencontres

Pour lutter contre le cloisonnement, l'organisation de rencontres régulières entre les différents intervenants doit être favorisée. Trois pistes de réflexion peuvent à cet égard être dégagées :

➤ le rôle de la commission de surveillance en matière sanitaire

Selon l'article D184 du code de procédure pénale, l'une des attributions de la commission de surveillance est de veiller à l'organisation des soins à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Sous sa forme actuelle ou sous une forme différente, elle pourrait constituer une instance utile de dialogue et d'échange d'informations. Dans le cadre de ses investigations, la mission a pu observer que la réunion de la commission était un rendez-vous institutionnel a priori intéressant pour les différents acteurs. Son action dans le domaine de la santé pourrait être optimisée par l'adoption de trois mesures :

- Il est indispensable d'assurer aux équipes médicales une visibilité et un mode d'expression institutionnel lors des réunions de la commission. A l'heure actuelle, la présence des responsables de ces équipes n'est pas systématique.
- dans la même logique, l'hôpital de rattachement et le centre hospitalier spécialisé devraient être associés à ses travaux ;
- compte tenu de l'importance qu'elle revêt, il serait nécessaire que la question sanitaire fasse l'objet d'un rapport spécial présenté à la commission par un représentant des équipes médicales. Ce rapport spécial qui se nourrirait des rapports d'activités de l'UCSA et du SMPR pourrait donner lieu à un débat et déboucher sur des propositions concrètes.

➤ le développement des groupes de travail thématiques

Des expériences intéressantes et fructueuses ont été menées, souvent à l'initiative de l'administration pénitentiaire. Elles sont nées de la volonté d'agir sur le terrain et d'apporter des solutions concrètes à une difficulté clairement identifiée à l'échelle de l'établissement. Un groupe de travail thématique est constitué, associant tous les interlocuteurs pertinents. Ce groupe établit d'abord un diagnostic précis en collectant des informations au niveau de l'établissement. Des propositions très concrètes sont ensuite élaborées et adoptées, puis immédiatement mises en pratique sur place.

Cette méthode a été mise en œuvre en 1995 et 1996 à la maison d'arrêt de Loos-les-Lille, à la suite d'une forte augmentation des suicides dans l'établissement. Le groupe de travail, composé de magistrats, de travailleurs sociaux, de médecins, d'intervenants en prison et de personnels de l'administration pénitentiaire, a dressé un constat en analysant avec précision les circonstances de temps et de lieux dans lesquelles ces suicides se sont déroulés. Il a ensuite identifié et exploré des pistes de travail pour améliorer la prise en charge des détenus à risque. Il a enfin pris des mesures qui se sont avérées efficaces au niveau de l'établissement.

Le développement de ces groupes de travail thématiques pourrait apporter des réponses pluridisciplinaires et consensuelles à certaines difficultés concrètes, qui nécessitent une approche de terrain. (la lutte contre le tabagisme par exemple) Elles ne sauraient bien entendu constituer un remède miracle pour tout type de difficultés et il va de soi que l'efficacité et la pertinence des mesures ainsi prises doivent être ultérieurement évaluées. Pour autant, la mission souligne l'intérêt de cette méthodologie qui s'appuie sur le dialogue et sur l'action menée en commun.

➤ *le choix des interlocuteurs au sein de l'hôpital de rattachement*

La mission a pu observer que les liens entre l'UCSA et l'hôpital de rattachement étaient parfois assez distendus et qu'un cloisonnement pouvait exister en certains endroits. L'hôpital de rattachement semble avoir quelques difficultés à prendre en compte la spécificité des besoins sanitaires de la population détenue. De la même manière, l'UCSA éprouve parfois des difficultés pour se faire une place dans la structure hospitalière et notamment pour faire prendre en compte ses demandes.

La mission estime que, d'une manière générale, il est souhaitable de confier la responsabilité de l'UCSA à un chef de service bien intégré dans l'hôpital, dont l'autorité morale et le poids aideront cette structure à prendre toute sa dimension. A cet égard, le choix qui a pu être fait, en certains endroits, de rattacher l'UCSA au service de médecine légale peut poser quelques problèmes, ce service ayant déjà une place à part au sein de l'hôpital. De plus, la mission expertale assignée au service de médecine légale est difficilement compatible tant sur le plan juridique que dans la pratique avec la mission de soins confiée à l'UCSA. C'est particulièrement vrai lorsque le service de médecine légale assure les autopsies des personnes décédées en prison.

4.1.4.3 La gestion des dossiers médicaux

La situation actuelle est insatisfaisante à un double titre :

- une absence de dossier commun aux services somatiques et psychiatriques dans la plupart des établissements ;
- un retard important dans l'informatisation.

Il apparaît cohérent de progresser simultanément sur ces deux volets, l'objectif étant de parvenir à l'existence, à terme, d'un dossier informatisé commun. Cela passe notamment par :

- l'implication forte des hôpitaux de rattachement dans la mise en place des équipements et des procédures d'informatisation ;
- la concertation entre UCSA, SMPR ou secteurs psychiatriques pour définir les conditions d'élaboration et d'utilisation d'un dossier commun ;
- la sécurisation des conditions de conservation de ces dossiers, aujourd'hui insuffisante dans certains établissements.

Il est également nécessaire de réfléchir aux possibilités de mise en réseau de l'ensemble des UCSA afin que le dossier informatisé puisse suivre le détenu lors des transferts successifs. Cet objectif, certes ambitieux, n'est en rien inatteignable.

4.1.4.4. Accentuer la prévention du suicide

➤ favoriser le signalement des personnes suicidaires

Il est des circonstances où, en prison comme en liberté, la détermination et la clairvoyance d'une personne suicidaire sont telles qu'il s'avère extrêmement difficile de la dissuader de son projet, sauf à recourir à des méthodes de contrainte. Comme l'indique la circulaire ministérielle du 29 mai 1998, « *une politique de prévention n'est légitime et efficace que si elle cherche, non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie.* »

Il reste donc la prévention des actes de désespoir chez ceux pour qui la pulsion de mort n'est pas définitive ou lorsqu'elle est provoquée par une maladie mentale.

Le repérage et l'accompagnement d'un détenu suicidaire sont une œuvre nécessairement collective. La prévention du suicide est un des thèmes où le partage trop strict des rôles, notamment entre magistrats, surveillants, soignants et autres intervenants, trouve ses limites et peut s'avérer contre-productif. Il s'agit d'intervenir à tous les stades de l'incarcération et d'assurer la circulation de l'information. La mission souligne que ses recommandations rejoignent largement celles du comité national d'évaluation du programme de prévention du suicide en milieu carcéral, formulées en février 1999 :

- avant l'écrou, la mission ne peut que souligner l'intérêt de notices individuelles remplies avec le plus grand soin par les magistrats lors de la décision de placement en détention. A cet égard, des actions de formation et de sensibilisation de ces professionnels devraient leur permettre de mieux reconnaître les attitudes suicidaires ;
- favoriser les échanges d'informations entre les médecins et les travailleurs sociaux (de la permanence d'orientation pénale ou du service éducatif auprès du tribunal) qui ont été amenés à rencontrer le futur détenu pendant sa garde à vue ou lors de la présentation au tribunal et les équipes médicales et éducatives intervenant en prison ;
- à l'entrée en détention où le risque est élevé, les quartiers pour arrivants doivent être développés et aménagés de manière à réduire le stress et à préserver la dignité (qualité de l'hygiène, douche accessible, information des détenus, remise de la trousse sanitaire) ;
- l'examen médical d'entrée, aussi bien somatique que psychiatrique, doit être systématique et effectué le plus rapidement possible après l'entrée en détention. Il doit être axé sur le repérage des situations d'urgence ;
- par la suite, l'observation des détenus doit être organisée de manière à permettre un échange permanent d'informations et une analyse pluridisciplinaire. La commission pluridisciplinaire mise en place dans plusieurs établissements pénitentiaires pour échanger les informations sur les détenus à risque devrait être généralisée ;
- le SMPR ou le secteur psychiatrique doit répondre aux demandes de l'UCSA, des surveillants ou des travailleurs sociaux lorsque ces derniers signalent une situation à risque, sans attendre une demande expresse du détenu ;
- s'agissant du quartier disciplinaire, un ensemble de recommandations a déjà été formulé (aménagement des locaux, qualité du fonctionnement...) auquel la mission adhère. En ce qui concerne la question spécifique du placement au quartier disciplinaire de personnes souffrants de troubles mentaux qui peuvent présenter un risque suicidaire important, il est nécessaire qu'elle soit évoquée et traitée dans le cadre du groupe de travail DGS / AP sur la santé mentale dont les travaux sont en cours ;

- la qualité de l'accueil et de la prise en charge passe par une formation ou une sensibilisation des différents intervenants. Les formations initiales et en cours d'emploi devraient associer et mêler les différentes catégories de personnels pour initier et faciliter cette coopération indispensable ;
- le renforcement du soutien extérieur avec le concours des familles, des amis, et des visiteurs bénévoles est peu pratiqué en France, à la différence d'autres pays. Il y a sans doute lieu de s'en inspirer et d'encourager ceux qui prendraient des initiatives de cette nature. Les dispositifs d'assistance et d'écoute téléphonique vont dans le même sens. Les expériences en cours devront être évaluées.

D'autres mesures plus originales sont utilisées avec un recul variable dans des pays comparables. On peut citer notamment le concours de codétenus volontaires, sélectionnés et formés, ou la participation d'écouterants. Il conviendrait de vérifier leur adéquation à l'environnement pénitentiaire français, et d'expérimenter ces différentes approches sur des sites volontaires.

➤ *tirer les leçons d'un suicide*

Après tout suicide, ou série de suicides, il conviendrait de procéder pour chacun d'eux à une analyse fouillée des circonstances exactes du passage à l'acte, des motifs qui ont pu y conduire, des forces et des faiblesses du repérage et du soutien apporté. Un tel exercice doit être aussi pluridisciplinaire que possible et bien distinct de l'enquête administrative et/ou judiciaire qui l'aura généralement précédé. Si l'administration pénitentiaire (en pratique le DRSP ou son représentant) devrait avoir la responsabilité de provoquer et d'organiser la réflexion, l'administration devrait cependant rester en retrait et faire animer la réflexion par un technicien ayant l'habitude de ce type d'exercice. Il convient en effet ici non pas de rechercher des responsabilités mais d'essayer de comprendre et de tirer des leçons concrètes pour l'avenir.

Par ailleurs, le soutien aux personnels est nécessaire après un suicide. Le recrutement de psychologues répartis entre les différentes DRSP devrait être poursuivi. De la même manière, les codétenus doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique adapté. L'accueil des familles et l'aide qui peut leur être apportée ne doivent pas être oubliés.

4.1.5. Apporter une réponse à certaines interrogations éthiques

L'exercice de la médecine dans l'univers carcéral suscite des interrogations éthiques spécifiques qui ont été exposées plus haut. Même si le nouveau dispositif de soins a levé certaines ambiguïtés en clarifiant les rôles, des questions essentielles demeurent encore sans réponse.

Une réflexion éthique doit donc être menée. Elle ne saurait bien entendu ressortir de la compétence de la mission. Le Comité consultatif national d'éthique pourrait apporter des réponses en ce domaine. Un groupe de travail ad hoc, associant les ordres concernés (médecins, pharmaciens, avocats), les professionnels et les administrations pourrait également contribuer à ce débat.

La mission recommande donc qu'une réflexion éthique soit menée sur les thèmes suivants :

- compte tenu des obligations mises à sa charge par le code de déontologie médicale, quel peut être le rôle du médecin au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire ?
- quels sont les contours de la mission du médecin en matière d'établissement de certificats médicaux ?
- à quelles personnes et dans quelles conditions ces certificats médicaux doivent-ils être remis ?

- comment garantir le secret médical en prison et le concilier avec la protection de la personne ?
- quelle part le médecin peut-il prendre aux processus judiciaires tendant à l'individualisation des peines et à la réinsertion du détenu ?
- comment éviter, en prison, la confusion entre la médecine de soins et la médecine d'expertise ?

4.1.6. Mieux préparer la sortie de la personne détenue

Le dispositif mis en place par la réforme de 1994 a incontestablement amélioré le mode de prise en charge de la santé des détenus en permettant notamment le diagnostic ou le dépistage de certaines pathologies, ainsi que la mise en place de traitements ou de surveillances au long cours. Assurer une meilleure continuité des soins est donc devenu une impérieuse nécessité.

Par ailleurs, les soins dispensés à la personne détenue ont une dimension de réinsertion, de reconstruction personnelle et de redécouverte de sa dignité d'être humain. Apprendre à gérer sa maladie et à se prendre en charge obéit à cette même logique de responsabilisation. Mais cette démarche nécessite un accompagnement à la fois matériel et psychologique et, à cet égard, le rôle de l'UCSA est fondamental.

C'est la raison pour laquelle la mission recommande l'organisation d'un entretien médical de sortie systématique. Dernière rencontre entre l'UCSA et le détenu, cet entretien serait l'occasion de faire le point sur les besoins sanitaires de ce dernier à sa sortie. Utilement préparé, il permettrait aussi au patient de recevoir des informations sur les structures de soins susceptibles de le prendre dorénavant en charge, voire même d'obtenir qu'un rendez-vous soit d'ores et déjà fixé.

Cette expérience a été menée à la maison d'arrêt et au centre de détention de Loos-les-Lille, grâce à un renfort en personnel médical accordé par le CHRU de Lille. Elle s'est avérée concluante en termes de suivi du patient à la sortie de prison en permettant une bonne articulation avec les équipes médicales travaillant à l'extérieur.

La mise en place de cette consultation systématique sera consommatrice de temps pour les personnels des UCSA. Cette innovation sera plus difficile à mettre en place dans les maisons d'arrêt où les dates de sortie des détenus ne sont pas toujours prévisibles. Mais, il s'agit là d'un réel progrès en matière de continuité des soins dispensés aux personnes détenues.

Enfin, de façon expérimentale et ponctuelle et sur des échantillons anonymes, une collecte d'informations médicales pourrait être organisée à partir de cette visite, afin d'alimenter et d'actualiser le recueil de données épidémiologiques sur la population détenue.

4.2 La prise en compte de la santé publique

4.2.1 Propositions relatives à l'hygiène

La vétusté d'une proportion encore importante d'établissements pénitentiaires constitue un obstacle majeur et parfois réhibitoire à toute tentative d'amélioration des conditions d'hébergement des détenus et de l'hygiène en prison. La poursuite et l'accélération des opérations de rénovation ou de reconstruction des prisons vétustes constituent une impérieuse nécessité.

➤ *hygiène individuelle et propreté des cellules*

Les progrès en matière de blanchisserie doivent pouvoir se faire dans les délais les plus brefs. La lutte contre l'humidité à l'intérieur des cellules nécessite la mise à disposition des détenus d'installations de lavage et de séchage du linge à l'extérieur des cellules.

La capacité des installations sanitaires, notamment des douches, devrait être augmentée. La norme actuelle de trois douches par semaine et par détenu est insuffisante. Il conviendrait de permettre à chaque détenu de pouvoir prendre une douche quotidienne s'il en éprouve le besoin.

Le non isolement du WC au sein de la cellule, fût-elle individuelle, n'est pas acceptable. Des solutions sont à trouver pour concilier les nécessités de la surveillance et celles tout aussi légitimes de respect de l'intimité et de la dignité des détenus.

Les différents programmes de rénovation doivent également permettre d'améliorer les dispositifs de chauffage comme des modes d'éclairage naturel et électrique et prévoir systématiquement l'arrivée d'eau chaude dans les cellules.

➤ *hygiène des espaces et locaux collectifs*

L'administration pénitentiaire doit se montrer plus attentive à l'entretien des locaux et des espaces collectifs. Cela commence bien entendu par la sensibilisation des détenus et par l'élimination des déchets selon les moyens appropriés, notamment grâce à des mesures simples (utilisation de sacs poubelles)

La rénovation et l'entretien des quartiers ou cellules disciplinaires et d'isolement devraient être inscrites parmi les priorités.

➤ *hygiène alimentaire*

Le programme de rénovation des cuisines doit être poursuivi par l'administration pénitentiaire. Les hôpitaux gérant les UCSA doivent inscrire dans leurs obligations le concours de diététiciens susceptibles de conseiller les cuisiniers dans la préparation de repas adaptés aux régimes auxquels certains détenus peuvent être astreints. Ces diététiciens participeraient aussi au côté des soignants à l'éducation nutritionnelle des détenus, malades et non malades.

➤ *hygiène et santé des détenus au travail*

La protection de la santé des détenus qui travaillent, en cellule ou dans des ateliers collectifs, ne devrait plus être ignorée. L'expérimentation en cours sur deux sites devra bien sûr être évaluée. Pour des motifs de qualité et par parallélisme avec l'organisation qui prévaut en milieu libre, il sera sans doute préférable de faire assurer les prestations de médecine du travail par des services inter-entreprises, ces derniers étant contrôlés par les médecins inspecteurs du travail.

A défaut de pouvoir généraliser d'emblée un tel service, la priorité devrait être donnée aux établissements pénitentiaires qui hébergent les activités présentant les plus grands risques.

4.2.2 Des outils pour un pilotage rationnel des moyens de santé en prison

Le pilotage et l'adaptation continue des moyens affectés par le service public hospitalier passe par une connaissance plus fine des besoins des détenus et de l'utilisation des ressources mises en œuvre. L'application du système d'information médicale et de l'informatique de gestion en place dans les hôpitaux à ces services ou unités avancées que constituent les UCSA et les SMPR est une nécessité évidente. Les départements d'information médicale doivent jouer un rôle moteur. L'administration de tutelle doit y être attentive.

De même les enquêtes épidémiologiques sur la santé des entrants comparables à celles de la DREES effectuée en 1997 ainsi que les enquêtes « un jour donné » doivent être renouvelées régulièrement avec les mêmes indicateurs et le même champ.

4.2.3 Une promotion de la santé plus dynamique

Les activités de promotion de la santé en milieu carcéral sont encore peu nombreuses. Certains thèmes comme la lutte contre le tabagisme sont presque totalement absents. Les hôpitaux et leurs UCSA ne sont pas vraiment préparés à jouer le rôle d'impulsion et de coordination des activités de promotion de la santé que la loi de 1994 entendait leur confier.

La mission recommande de dynamiser fortement ce volet de la prévention, de l'éducation et de la promotion de la santé, en liaison avec l'administration pénitentiaire. Le partenariat avec des intervenants extérieurs (type CDES, ligue contre le cancer, association de lutte contre le sida) doit être encouragé. Les thèmes devraient principalement aborder le tabac, l'alcool et l'hygiène de vie. L'ensemble des actions devraient également associer étroitement les détenus.

S'agissant du tabac, la mission recommande que des produits de substitution anti-tabac (patch) puissent être mis à la disposition des détenus comme c'est le cas aujourd'hui dans certains établissements. Elle considère également que la lutte contre le tabagisme passif implique l'identification de cellules non fumeurs et le respect de la loi Evin dans tous les espaces communs.

4.2.4 Propositions en matière de contrôle, d'inspection et de coordination

- *la qualité des soins aux détenus doit bénéficier des procédures en cours en matière d'évaluation et d'accréditation*

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) doivent veiller à ce que les procédures d'accréditation, auxquelles les établissements de santé sont astreints, incluent bien les UCSA et les SMPR.

- *les établissements de santé et l'administration de tutelle doivent porter une grande attention à la désignation et au renouvellement des chefs de service des UCSA et SMPR*

La mission a relevé de fréquentes difficultés de collaboration entre les équipes des UCSA et des SMPR. Les facteurs personnels, notamment entre praticiens chefs de service, sont apparus déterminants. Ce constat amène la mission à rappeler l'importance qui s'attache aux modalités de désignation et de renouvellement des chefs de service des UCSA et des SMPR.

- *poursuivre l'amélioration de la qualité des contrôles effectués et préciser les rôles de chacun*

S'agissant des contrôles réalisés par les services déconcentrés, le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires a progressé. Il est de contenu et d'importance inégale selon les départements, pour différentes raisons et notamment en fonction des moyens et des priorités respectives de chaque DDASS et DRASS. La mission considère que ces contrôles devraient s'inscrire dans le cadre de la politique engagée de renforcement de la fonction d'inspection et de contrôle dans les services déconcentrés.

La démarche impliquerait donc une programmation d'inspections annuelles ou pluriannuelles, concertée et validée au niveau régional, avec l'appui méthodologique et logistique des missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE).

Les inspections systématiques, générales ou ciblées sur certains aspects sélectionnés, gagneraient à être harmonisées entre les différents sites. Le canevas de rapport d'inspection proposé par l'administration centrale il y a quelques années a été enrichi et adapté par différentes régions ou départements. Il conviendrait de rassembler les variantes existantes et d'envisager un canevas de base uniforme, en vue de faciliter les comparaisons entre établissements et de réaliser des synthèses ou consolidations des aspects quantifiables.

Pour ce qui est des interventions consécutives à des "plaintes", les inspecteurs enquêteurs doivent veiller à bien identifier le ou les motifs d'appel. Si des dysfonctionnements sont trouvés, il appartient à l'inspecteur enquêteur de trouver des solutions au problème et de veiller à ce qu'elles soient mises en œuvre dans le meilleur délai possible. L'identification du problème soulevé ne saurait suffire.

Au-delà de la plainte particulière ayant motivé l'intervention, l'inspecteur enquêteur doit également savoir analyser et évoquer le problème à un niveau plus général pour éviter que la ou les mêmes causes ne reproduisent les mêmes effets. Les problèmes qui appellent des mesures dépassant les compétences ou les ressources loco-régionales doivent évidemment être signalés aux administrations centrales concernées.

S'agissant du rôle de l'IGAS à l'égard des établissements pénitentiaires, sa mission devrait continuer à s'inscrire à titre principal :

- dans le cadre de sa fonction d'animation des activités d'inspection, de contrôle et d'évaluation menées par les services déconcentrés ;
- dans le cadre de sa mission de contrôle supérieur ou de second degré, ou dans des circonstances particulières comme, par exemple, lorsque le problème posé dépasse le cadre géographique d'une région administrative.

4.3 La refonte du dispositif de santé mentale

L'amélioration de la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux passe, par une connaissance plus fine de l'épidémiologie des maladies, des moyens mis en œuvre et de leurs effets ainsi que par une importante réforme du dispositif de soins et de prévention.

4.3.1 Mieux connaître la santé mentale des détenus

4.3.1.1 Une meilleure appréhension des besoins de santé mentale en prison

Il serait bon de mener à intervalle régulier (tous les 2 ans par exemple) et sous un même format, des études nationales (enquête « un jour donné » et examen d'entrée) qui permettent de suivre l'évolution épidémiologique des troubles mentaux en détention. Afin d'assurer une certaine comparabilité, les champs, les modes d'enquêtes et les types de questionnaires devraient être relativement stables. A cet égard, l'enquête qui devrait être menée par l'INSERM en 2001 pourrait, si elle s'avère aussi intéressante qu'on peut l'espérer, être répétée tous les 5 ans, par exemple.

Il conviendrait également de mener des enquêtes épidémiologiques ponctuelles par échantillon au moment de la sortie, pour mesurer les effets pathogènes de la détention.

4.3.1.2 Une meilleure connaissance de l'activité des services chargés de la prise en charge

A côté de la mise à jour régulière des informations concernant les moyens en personnel des services, l'utilisation du PMSI psychiatrique (dont la mise en œuvre prévue en septembre 2001, a été reculée de quelques mois) devrait permettre à terme de mieux connaître l'activité des unités fonctionnelles des secteurs de psychiatrie générale chargés d'intervenir en milieu pénitentiaire ainsi que l'activité des SMPR. Son utilisation rendue possible l'établissement de comparaisons pertinentes entre l'activité et les moyens (ce qui n'est pas le cas actuellement). Les responsables hospitaliers de l'information médicale auraient la charge d'établir des tableaux de bords réguliers.

Par ailleurs, des modèles de tableau de bord communs aux services pharmaceutiques travaillant en milieu pénitentiaire devraient être établis pour suivre les consommations médicamenteuses par type de produit (en volume et en valeur) et permettre une consolidation nationale.

4.3.1.3 Une amélioration du repérage des troubles mentaux ou neurologiques au cours de la phase judiciaire

L'attention des magistrats pourrait être attirée sur la nécessité de mieux détecter l'existence de troubles mentaux avant l'issue d'un procès, les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres étant associés à cette mission.

Un tel objectif suppose d'accroître les possibilités d'expertise. Or la commission Lemprière avait montré en 1995 que 7% seulement des psychiatres étaient inscrits sur la liste des experts judiciaires, que certaines régions en étaient démunies, et que les enseignements spécialisés de psychiatrie médico-légale étaient rares et inégaux, ce qui ne permettait pas « *d'apporter, lors du recrutement par les cours d'appel, un minimum de garantie de compétence* ». Les recommandations de cette commission visant à assurer une meilleure formation et un meilleur recrutement des experts psychiatriques restent valables.

Par ailleurs, la mission a eu connaissance du cas de plusieurs personnes ayant commis un premier acte criminel à 50 ans passés, et pour lesquelles un scanner, une IRM et un examen neurologique détaillé n'avaient pas été demandés avant le procès alors que ces sujets présentaient à l'entrée en détention des signes de démence (Alzheimer, démence vasculaire, démence alcoolique...). Elle recommande, sachant combien ces pathologies peuvent provoquer une levée des inhibitions, qu'une expertise neurologique (et non seulement psychiatrique) soit effectuée plus fréquemment lorsque le premier acte délictuel est accompli après 50 ans, et qu'elle soit accompagnée des examens complémentaires nécessaires.

4.3.2 Permettre l'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux dans des conditions satisfaisantes

La mission conseille de faire preuve de souplesse, en adaptant les solutions aux situations et aux motivations locales.

4.3.2.1 Les conditions d'une hospitalisation acceptable

Les solutions pour améliorer l'hospitalisation des détenus souffrant de troubles mentaux sont à analyser au crible de deux catégories de critères : la capacité à répondre à certaines spécificités des besoins des détenus, et la réponse à des problèmes qui, pour ne pas être ceux des détenus, leur sont néanmoins liés.

➤ *des conditions d'hospitalisation qui répondent à la spécificité des détenus*

Pour ce faire, les conditions d'hospitalisation doivent permettre simultanément :

- à côté de l'hospitalisation d'office, d'offrir la possibilité d'un autre mode d'hospitalisation pour les détenus consentant aux soins, afin de leur ouvrir l'accès à des activités diversifiées ;
- de respecter les droits habituels des détenus, en leur garantissant l'accès à un parloir, la possibilité de se promener dans un périmètre défini, de regarder la télévision, d'avoir certaines communications avec l'extérieur, éventuellement un minimum d'activités sportives ;
- enfin bien sûr, de prévenir les évasions et d'assurer la sécurité du personnel et des autres malades, tout en respectant la dignité des personnes et en proscrivant, sauf cas de force majeure, les systèmes de contention ou d'isolement.

➤ *des problèmes connexes à prendre en compte*

Trois types de malades posent des problèmes, qui sont - au moins partiellement - de même nature (à la fois sécuritaire et médicale) que ceux posés par les détenus :

- les malades mentaux placés en HO à l'occasion d'un problème médico-légal, pour lesquels ils ont bénéficié du premier alinéa de l'article 122-1 du Code Pénal ;
- les personnes gardées à vue ou sous contrôle administratif qui présentent d'importants troubles mentaux et dont la garde doit répondre à des contraintes propres ;
- enfin, les malades mentaux non détenus qui présentent des critères de dangerosité et menacent de passer à l'acte.

4.3.2.2 Les solutions envisageables, leurs avantages et leurs inconvénients respectifs

Plusieurs solutions ont été évoquées pour résoudre ces différentes questions, mais toutes ne répondent pas aux mêmes logiques et n'ont pas la même efficacité.

- La première solution qui vient à l'esprit consiste à renforcer le système existant en essayant de diminuer ses défauts. Il s'agirait donc d'apporter aux SMPR plus de moyens en personnel la nuit, de leur allouer du personnel d'entretien, de moderniser les locaux et les équipements et d'exiger un changement radical du mode d'organisation permettant aux soignants d'accéder directement aux malades de jour comme de nuit.

Cette solution aurait l'avantage de la simplicité, du moindre coût et ne comporterait pas a priori de difficultés insurmontables.

Pour autant, si l'hospitalisation au SMPR dans les locaux de la prison n'a jamais pu se faire depuis 15 ans dans des conditions correctes, ce n'est pas seulement pour des problèmes de moyens (certains SMPR sont bien dotés) mais pour des problèmes de territoire, de culture et d'enjeux différents. Les locaux et les comportements pénitentiaires sont difficilement compatibles avec l'hospitalisation. Le changement d'état d'esprit ne se décrète pas. En outre, une unité d'hospitalisation ne peut être longtemps coupée du reste de l'hôpital sans perdre ses références. Comme au moment de la création des UCSA, une rupture avec le passé est nécessaire pour partir sur de nouvelles bases, d'autant que le renforcement des SMPR ne résout pas les problèmes posés par l'hospitalisation d'office en hôpital psychiatrique.

- Compte tenu de ces inconvénients, la mission préfère envisager d'autres solutions pour améliorer les conditions d'hospitalisation psychiatrique des détenus. Elles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients et ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

➤ *la création d'UHSI psychiatriques*

Définition : il s'agirait de services d'hospitalisation psychiatrique autonomes, situés dans des hôpitaux définis à l'article L 3221 du CSP. Dotés de suffisamment de « lits » pour disposer d'un personnel autonome et d'une superficie assez vaste pour permettre les promenades dans un site protégé et se prêter à des activités variées (ateliers thérapeutiques), leur architecture comporterait d'emblée une enceinte protégée. La garde serait assurée de la même manière que pour les UHSI somatiques, le personnel pénitentiaire assurant les missions pénitentiaires traditionnelles (parloir, visites, sécurité).

Dans un premier temps, on pourrait implanter une UHSI psychiatrique par région pénitentiaire. Pour des raisons de superficie et de savoir faire, il paraît préférable de choisir des CHS (généralement largement dotés en terrains) plutôt que des hôpitaux généraux. De plus, il ne serait pas raisonnable d'ajouter des lits psychiatriques aux projets d'UHSI somatiques existant. D'une part cela retarderait encore la mise en place de ces unités. D'autre part, le mélange de malades psychiatriques et de malades somatiques doit pour des raisons évidentes être écarté. Enfin, l'aménagement des locaux et les modes d'organisation sont fondamentalement différents. Rien n'interdit cependant d'implanter une UHSI psychiatrique dans un hôpital général dès lors que celui-ci dispose d'un service de psychiatrie.

Public : détenus en hospitalisation librement consentie (qui bénéficieraient des promenades, des ateliers, des parloirs, etc.) et en hospitalisation d'office. Dans les deux cas, ces malades retourneraient en détention une fois la sortie d'hospitalisation prononcée par le médecin.

Avantages : cette solution permet de répondre aux conditions spécifiques des détenus (droits, sécurité, diversité des soins) énoncées ci-dessus. Elle évite le mélange de publics relevant de systèmes juridiques différents.

Inconvénients : ces unités n'accueillant que des détenus, cela peut renforcer leur caractère de structure « à part ». Elles n'apportent pas de solutions aux problèmes « connexes » décrits ci-dessus.

➤ *la création d'unités intersectorielles fermées⁴*

Définition : il s'agirait d'une unité fermée située dans un établissement psychiatrique, permettant d'accueillir en HO les malades dangereux ou perturbateurs des différents secteurs psychiatriques. Le personnel serait uniquement hospitalier, avec une majorité de personnels masculins prélevée sur les différents secteurs. Il n'y aurait pas de personnel policier ou pénitentiaire. Les psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire souhaitent que ces unités soient départementales, mais elles pourraient être régionales. Ce système ne se différencie des UMD que par le niveau de dangerosité des malades accueillis.

Public : détenus, personnes ayant bénéficié de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du code pénal et malades mentaux non détenus risquant de passer à l'acte, tous placés en HO.

Avantages : cette proposition apporte une solution au problème des malades mentaux dangereux non détenus et des médico-légaux qui ne vont pas en UMD. Certains psychiatres estiment aussi que, si une levée d'écrou intervient alors que le malade est hospitalisé, on évite toute rupture de soins.

Inconvénients : cette solution ne répond pas à la spécificité des détenus dont les droits spécifiques ne sont pas assurés. Elle ne règle pas le problème des détenus non dangereux consentant aux soins. La sécurité n'est assurée que par le personnel psychiatrique. Le mélange de publics comporte des risques.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ces unités pourraient être dotées de missions de coordination, de formation et de recueil d'informations pour l'ensemble des établissements qui en relèveraient.

➤ *un accueil accru des détenus en UMD*

Quel que soit le choix d'unité psychiatrique retenu, les UMD devraient accueillir plus rapidement les détenus souffrant de troubles mentaux les rendant dangereux.

Cet objectif suppose-t-il une augmentation de la capacité et du nombre d'UMD, ou seulement une réorientation plus médico-légale des publics accueillis ? c'est une question qui dépasse le champ de la présente mission. Mais, quelles que soient les décisions prises, il serait souhaitable que le nombre de places accordé aux détenus soit accru et que des protocoles soient établis, afin que le retour des détenus hospitalisés ne relevant plus d'UMD se fasse plus rapidement.

Enfin, on ne peut que souhaiter la reconstruction rapide de l'UMD de Villejuif, tant les conditions actuelles d'hospitalisation y sont préoccupantes, quelles que soient les qualités du personnel.

4.3.3 Améliorer la prise en charge ambulatoire des détenus souffrant de troubles mentaux

Compte tenu des arguments qui viennent d'être présentés, il paraît raisonnable de proposer que l'activité de santé mentale en prison se limite à une activité purement ambulatoire (dépistage, consultations, soins, ateliers thérapeutiques, hôpital de jour) et que les moyens médico-psychologiques soient partout renforcés.

⁴ proposition de l'association des psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire

4.3.3.1 Fixer des missions claires et des objectifs accessibles

Plus de 15 ans après les textes qui ont fondé les SMPR, une redéfinition des missions des services de santé mentale est nécessaire. Elle suppose que l'on sépare clairement les locaux de soins des locaux pénitentiaires.

Les SMPR auraient pour mission l'ensemble de l'activité "ambulatoire" de santé mentale, incluant la prévention et le dépistage (examen systématique d'entrée, prévention du suicide et des dépressions), les soins, les ateliers thérapeutiques, l'hospitalisation de jour. En revanche, ils ne feraient plus d'hospitalisation complète. Au cas où un détenu malade d'un autre établissement aurait besoin d'un type de soins non dispensé dans son établissement, il pourrait être transféré dans l'établissement siège du SMPR.

Les cellules du SMPR n'accueilleraient de détenus que pendant les activités de soins. Les détenus rentreraient en détention, à la fermeture de l'hôpital de jour, ou à la fin de leurs entretiens. Rien n'interdirait alors de les regrouper dans des locaux de la prison dotés d'un mode de fonctionnement adéquat qui leur seraient plus spécialement réservés, leur garde étant assumée par un surveillant ayant reçu une formation adaptée.

En revanche un détenu malade ayant besoin d'une surveillance médicale constante serait adressé pour hospitalisation complète à l'hôpital, comme décrit ci-dessus. Les responsabilités et les locaux seraient ainsi clairement identifiés et séparés.

Des cahiers des charges pourraient être fixés à chaque SMPR, et les projets médicaux devraient faire l'objet de débats avec les administrations concernées, les équipes devant être évaluées (et le chef de service renouvelé) en fonction des résultats obtenus.

4.3.3.2 Renforcer les moyens psychiatriques et les distribuer plus équitablement

La solution apparemment la plus simple aurait pu être de créer partout une unique UCSA regroupant les activités ambulatoires aussi bien somatiques que psychiatriques. Sauf cas particulier, cette solution se heurte à des difficultés culturelles et institutionnelles, les psychiatres chefs de service (spécialistes) pouvant difficilement cohabiter au sein d'une même structure à égalité avec des non-chefs de service (généralistes ou internistes) et les hôpitaux de rattachement étant la plupart du temps différents.

Dès lors, les solutions pragmatiques sont soit de créer plus de SMPR, soit de renforcer les secteurs, soit les deux, selon les cas.

A terme, les régions Auvergne, Franche-Comté, Limousin, ainsi que le département de la Guyane devraient être notablement renforcés.

Les établissements pour peines devraient voir leurs moyens s'étoffer en tenant compte de la concentration de certaines populations à risque (psychotiques ou psychopathes comme à Château-Thierry, délinquants sexuels comme à Casabianda) et non simplement du nombre d'entrants.

Pour les autres établissements, qui représentent la majorité, l'hôpital psychiatrique de rattachement (ou un établissement plus lointain si le secteur de rattachement est peu doté) pourrait être amené à prélever des personnels sur les effectifs de ses autres secteurs, et les affecter à cette tâche à temps complet ou partiel.

Ce renforcement paraît, dans de nombreux cas, réalisable grâce à un redéploiement des moyens des établissements les plus dotés que sont certains CHS (notamment dans une quinzaine de départements particulièrement bien équipés).

Le rapport de la Cour des Comptes paru en 2001 qui traite de l'organisation des soins psychiatriques, a montré en effet qu'il existait des disparités d'équipements pouvant aller de 1 à 10, et que ce déséquilibre se faisait en faveur des secteurs dépendant de CHS et aux dépens de ceux relevant des hôpitaux généraux.

Pour autant, cette solution ne serait pas possible partout. On sait la difficulté qu'ont certains établissements isolés à recruter des psychiatres hospitaliers, de façon paradoxale puisque la France dispose du plus grand nombre de psychiatres par habitant. Dans la mesure où une majorité de ces praticiens se tournent vers le secteur libéral, on pourrait envisager de recruter des psychiatres libéraux, un jour par semaine, sous forme contractuelle ou en tant qu'attaché, pour des activités délimitées qui pourraient les intéresser (délinquance sexuelle, prévention du suicide, thérapie familiale) ?

Enfin, il faut attribuer à ces services (SMPR et secteurs) des personnels d'entretien (type ASH) et ne pas laisser aux soins des seuls détenus le ménage et la maintenance de ces locaux pour les mêmes raisons que celles développées à propos des UCSA.

4.3.3.3 Mieux contrôler les services responsables

Cela suppose d'évaluer les activités et de procéder à des inspections et des contrôles de SMPR ou de secteurs, comme par exemple celui mené à Fresnes par la DDASS du Val de Marne. Le renouvellement des chefs de service tous les 5 ans ne devrait intervenir qu'après une réelle évaluation.

4.3.4 Renforcer la prévention et assurer un véritable suivi après la sortie

4.3.4.1 La prévention du passage à l'acte des mineurs et des personnes en situation de précarité

Le gouvernement a annoncé une série d'actions en faveur des jeunes mineurs en difficulté, et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu une mesure nouvelle de 175 MF pour développer l'hospitalisation dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La mission recommande toutefois, qu'à côté des indicateurs d'équipement, il soit tenu compte des indicateurs de besoins (et notamment du nombre de mineurs en difficulté) dans l'attribution et la répartition des nouveaux moyens.

S'agissant des personnes en situation de précarité, la mission espère que les orientations récentes de l'administration recommandant l'action directe auprès des publics démunis, permettront de « repérer » les personnes à risque et de leur apporter le soutien individuel et collectif dont elles ont besoin.

4.3.4.2 Le suivi post-carcéral

Compte tenu du niveau variable de motivations existant au sein des secteurs de psychiatrie générale pour s'occuper des anciens détenus, la mission propose aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) l'alternative suivante :

- soit faire adresser après leur sortie les détenus au secteur de psychiatrie de l'hôpital psychiatrique de rattachement qui se désignerait comme volontaire, en tenant compte de ce volontariat dans l'attribution des moyens ;
- soit faire attribuer au SMPR des locaux et des moyens extra-pénitentiaires, leur permettant de suivre les détenus après leur sortie, jusqu'à ce que le relais puisse se faire avec le secteur psychiatrique « normal ».

4.3.5 *Mettre en œuvre une véritable politique de prévention des délinquances sexuelles*

Par « politique de prévention des délinquances sexuelles », on entend :

- non pas les mesures de prévention primaire, qui cherchent à éviter que le premier acte de délinquance ne se produise, ces mesures relevant de l'éducation nationale, de la politique de la famille, de la protection de l'enfance, de la ville, de la justice et de la police ;
- mais les mesures de prévention secondaire ou tertiaire qui visent à soigner les délinquants sexuels pour éviter la récidive, à faire disparaître les facteurs déclenchant - et notamment l'alcoolisme - à limiter les séquelles chez la victime, sa famille ou son entourage, et à empêcher la reproduction de conduites identiques, notamment par les anciennes victimes ou l'entourage familial.

4.3.5.1 *La coordination des actions au niveau national*

La mise en œuvre d'un programme de prévention secondaire de la délinquance sexuelle suppose une coordination des acteurs relevant des ministères chargés de la justice, de l'intérieur et de la santé, auxquels pourraient s'adjoindre la recherche, ainsi que l'attribution de moyens communs.

La coordination pourrait être assurée, soit par une structure ad hoc (mission interministérielle, groupement d'intérêt public, agence...) soit par les administrations centrales, à condition que ces dernières se dotent d'une instance qui centralise les décisions et les informations et qu'elles délimitent un budget identifiable. Les fonctions de cette structure porteraient sur la recherche, la formation et l'organisation permettant de suivre l'action des réseaux locaux de prise en charge.

- La recherche

La structure coordonnatrice déterminerait les thèmes d'étude les plus nécessaires (épidémiologie descriptive -comme cela a eu lieu à Grenoble avec des subventions de la DGS- suivi longitudinal de cohortes, médecine légale, essais cliniques, modalités de prise en charge des victimes et des délinquants, thérapie familiale, liens entre l'alcool et violence). Elle lancerait également des appels d'offre ou les sous-traiterait à des organismes de recherche (CNRS, INSERM, Universités) qui les évalueraient. Elle s'attacherait à fidéliser des équipes de recherche et diffuserait le résultat des informations ainsi recueillies auprès des professionnels concernés (magistrats, psychiatres, policiers, éducateurs...).

- La formation

Cette mission devrait s'attacher non seulement à la formation initiale des médecins, infirmiers, psychologues, mais aussi à la formation continue. Compte tenu du faible nombre de personnes compétentes dans ces domaines, les professionnels à former en priorité seraient les experts psychiatres, les médecins traitants au sens de la loi du 17 juin 1998, qu'ils soient ou non psychiatres, les personnels de SMPR et de secteurs travaillant en milieu pénitentiaire (psychologues, infirmiers), les associations d'aide aux victimes, les personnels pénitentiaires et les personnels d'insertion et de probation, certains magistrats (JAP, juges d'instruction et juges pour enfants notamment), des policiers, des gendarmes, des éducateurs, etc.

Il lui reviendrait de définir le contenu des formations en fonction des publics visés.

- L'organisation

Cette structure nationale aurait la responsabilité d'impulser la création, dans chaque région, d'un réseau organisé de professionnels formés, qui assureraient la prise en charge des victimes et de leurs familles et le suivi des délinquants.

Elle essaierait de faire remonter l'information, d'organiser les coordinations, de faire avancer l'évaluation et d'harmoniser les modes d'activité. Elle aurait également pour tâche de délimiter les rôles de chacun et d'établir des référentiels.

Par ailleurs, il serait demandé à l'ANAES, de définir les critères d'accréditation des services de santé mentale devant assurer un « suivi médical et psychologique adapté » aux délinquants sexuels.

4.3.5.2 *Au niveau des établissements pénitentiaires accueillant des délinquants sexuels*

Il conviendrait d'adapter les moyens psychologiques et psychiatriques des équipes de secteur ou de SMPR à l'importance du nombre de délinquants sexuels et de n'affecter à terme les délinquants sexuels que dans les établissements suffisamment dotés. Cela supposerait, dans le cas de délinquants sexuels comme dans le cas de détenus handicapés ou âgés (souvent les mêmes), de prendre en compte les objectifs de soins dans l'affectation pénitentiaire, au même titre que les nécessités sécuritaires ou le rapprochement familial. A cet égard le passage au CNO pourrait être utilisé pour prendre en compte l'ensemble de ces facteurs, de façon plus effective qu'à l'heure actuelle.

L'administration sanitaire déconcentrée (ARH, DRASS, DDASS) établirait, à l'attention des SMPR ou des secteurs psychiatriques, des cahiers des charges individualisés (à partir d'un modèle type) reliant l'activité demandée aux moyens attribués, en fonction des besoins identifiés, en prévoyant une montée en charge progressive. Les SMPR (ou les secteurs travaillant en milieu pénitentiaire) seraient chargés d'établir des projets médicaux qui tiennent compte de ce public et décrivent les formations suivies, les méthodes adoptées, les modes d'évaluation, et la façon d'étendre progressivement le recrutement à des délinquants plus anciens. Enfin, dès que les critères d'accréditation des « services adaptés » au sens de la loi du 17 juin 1998 auront été déterminés, il serait souhaitable que ces services soient soumis à cette procédure.

4.3.5.3 *Hors prison*

Pour pallier l'isolement des médecins coordonnateurs et des médecins traitants, il s'agirait d'établir des réseaux de soins avec d'autres professionnels de la santé (comme les psychologues cliniciens ou les infirmiers de psychiatrie) d'autres disciplines médicales (médecins légistes, alcoologues, urologues, endocrinologues...) ou d'autres domaines (criminologie, droit pénal, police, victimologie, travailleurs sociaux...) permettant d'échanger des expériences, de confronter des techniques, de former d'autres professionnels.

Sous l'égide de la structure centrale, qui pourrait jouer le rôle de "promoteur", des expérimentations et des essais cliniques pourraient être menés de façon très contrôlée, dans le cadre de la loi Huriet, afin de déterminer des méthodes de prise en charge plus efficaces.

Les SPIP, au delà des missions qui leur ont déjà été confiées par la loi, pourraient être chargés, en collaboration avec les structures médicales chargées du suivi socio-judiciaire d'animer des réseaux multidisciplinaires répondant à cette logique qui intégreraient :

- un pôle insertion-probation ;
- un pôle soins ;
- un pôle thérapie familiale permettant la prise en charge des victimes d'abus, mais aussi des autres membres de la famille ;
- un pôle alcool.

L'ensemble de cette organisation créerait une dynamique permettant une amélioration continue du système.

4.4 Réaménager le dispositif de lutte contre la toxicomanie en prison

4.4.1. Une meilleure connaissance épidémiologique

La connaissance de l'évolution des comportements addictifs est encore incertaine. Il existe un réel besoin de connaissances tant au niveau national que local.

- sur le plan national, l'OFDT constitue un outil incontournable. Il serait souhaitable qu'il renforce encore son implication sur le champ pénitentiaire ;
- sur le plan local, il existe des données mais qui sont éparpillées. Les rapports des antennes toxicomanie se contentent la plupart du temps de relater leur activité sur le plan quantitatif. Il est rare qu'elles recueillent des données sur la prévalence globale de la toxicomanie parmi l'ensemble des détenus. Trop souvent, ces informations se limitent à la file active des toxicomanes suivis par l'antenne.

Le questionnaire mis au point et testé actuellement par la DGS, la DHOS et la MILDT dans une maison d'arrêt, permettant de repérer lors de la visite médicale d'entrée les comportements toxicomaniaques est une initiative à encourager en dépit de réticences d'une partie du milieu médical. Outre qu'il constitue un excellent outil de repérage des toxicomanes, les informations qu'il fournit devraient être exploitées, bien évidemment de manière anonyme, au niveau national afin d'aider à la définition des politiques et à la gestion des moyens.

4.4.2. Une prise en charge de l'ensemble des addictions

La réorientation du dispositif de lutte contre la toxicomanie vers l'ensemble des addictions induite par la reconnaissance à la MILDT d'une compétence sur les drogues licites et illicites ne s'est pas encore suffisamment traduite en milieu pénitentiaire. C'est d'autant plus dommageable qu'on a vu combien les poly-toxicomanies étaient importantes et souvent liées à des prises massives d'alcool et de tabac.

Il est frappant de constater à cet égard que dans certains pays européens comme la Hollande, les dispositifs prennent en charge toutes les formes d'addiction.

Il est impératif que le nouveau dispositif, actuellement à l'état de projet, qui vise à prendre en charge l'ensemble des addictions dans les établissements pénitentiaires sous la responsabilité d'un « chef de projet » se concrétise.

Cette réorganisation n'est cependant possible que si les SMPR et les antennes toxicomanie abandonnent leur logique de territoire et impliquent réellement les UCSA. Comme elle l'a développé plus haut, la mission a pu constater les blocages encore très importants entre les UCSA et les SMPR et les difficultés des uns et des autres à travailler avec les SPIP. Ce décloisonnement est particulièrement important si l'on veut développer une véritable politique de traitement de substitution.

La mission préconise que l'article D385 du CPP qui a réaffirmé la compétence du secteur psychiatrique sur la prise en charge de la toxicomanie en « collaboration avec les UCSA » soit réécrit de telle façon que la coordination de la prise en charge des toxicomanes ne soit plus exclusivement confiée au secteur psychiatrique. Le nouvel article devrait par ailleurs impliquer plus largement les SPIP.

4.4.3 Favoriser les expérimentations et les évaluer

En dehors des traitements de substitution ou parallèlement à ceux-ci, quelques expériences spécifiques de prise en charge de détenus toxico-dépendants sont menées dans un certain nombre d'établissements. On a cité les stages effectués dans le cadre des unités pour sortants, ou les groupes de parole qui existent dans certains établissements.

Une expérience particulière a été mise en place au CD d'Argentan, établissement du programme 13000. Elle consiste en un séjour de trois mois dans une aile particulière de la détention pour quinze détenus concernés par la dépendance aux drogues, aux médicaments et à l'alcool, qui s'engagent à s'abstenir de tout produit. Des analyses d'urine sont effectuées à des dates aléatoires pour vérifier l'absence de consommation.

A la demande conjointe de la MILDT, de l'AP et de la DGS, cette expérimentation a fait l'objet d'une évaluation de deux experts qui s'est avérée négative. Même si des reproches peuvent être en effet adressés à ce dispositif, en raison notamment des critères flous et subjectifs de l'appréciation de la dépendance, ce type de projet n'en demeure pas moins d'intérêt.

La mission propose que les expérimentations « d'unités sans drogue » soient favorisées à condition qu'elles reposent sur le volontariat des détenus et sur un contrat clair entre ces derniers, l'administration pénitentiaire et les soignants. Leur évaluation devrait être systématique.

4.4.4 Renforcer l'accès aux traitements de substitution

Les traitements de substitution se développent avec difficulté. C'est sans doute dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur se pose avec le plus d'acuité.

- la clause de conscience du médecin qui ne veut pas prescrire en raison de questions éthiques, ne doit pas faire obstacle à la demande du patient qui souhaite un traitement de substitution. Dans une telle situation, le détenu doit avoir accès à un médecin qui ne fait pas jouer cette clause de conscience ;
- l'impossibilité pour les détenus de recevoir de la méthadone dans les établissements où aucun CSST n'intervient est problématique. La modification en cours de l'AMM de la méthadone devrait contribuer à résoudre ce problème ;
- la continuation d'un traitement de substitution ou son initialisation en prison font l'objet d'appréciations diverses. Une politique cohérente doit être mise en place. Il ne s'agit pas d'entraver la liberté de prescription du médecin mais de lui apporter un cadre utile que beaucoup de soignants réclament d'ailleurs.

La mission recommande que les administrations centrales concernées élaborent, en concertation avec les professionnels, un cadre général de mise en œuvre des traitements de substitution en prison et définissent ainsi les bonnes pratiques. Ce point devrait par ailleurs faire l'objet d'une attention particulière lors de la discussion du nouveau cahier des charges des antennes toxicomanie et des protocoles soumis aux DDASS ;

4.5 Apporter des réponses diversifiées aux problèmes de handicap, de vieillissement et de fin de vie

4.5.1 Adapter les réponses judiciaires

Un certain nombre de possibilités d'individualisation de la peine sont ouvertes par la loi dont la libération conditionnelle, les réductions de peine, le placement extérieur et le placement sous surveillance électronique.

Les conditions juridiques de mise en œuvre de ces mesures sont relativement restrictives quant aux motifs qui les sous-tendent : elles sont essentiellement des outils de réinsertion du détenu et ne sont pas conçues spécifiquement pour assurer la prise en charge du vieillissement, du handicap et de la fin de vie. Elles le sont également quant au quantum des peines restant à accomplir et quant aux délais d'ouverture s'agissant des libérations conditionnelles notamment. Par ailleurs, pour des détenus qui sont condamnés à des peines incompressibles, ces possibilités sont inexistantes.

La mission estime cependant que ces modes d'individualisation de la peine sont de nature à apporter une réponse judiciaire adaptée à l'égard de détenus dont la dangerosité qui a pu exister à un certain moment a clairement disparu du fait de la dégradation de leur état de santé. Les conditions d'obtention de ces mesures devraient être élargies en incluant expressément le motif tiré de l'état de santé du détenu et les délais d'obtention devraient être assouplis.

A cet égard, la proposition de loi relative à la libération anticipée des personnes âgées ou très gravement malades déposée à l'Assemblée nationale, vise à ajouter un article 721-2 au CPP selon lequel, une commission de trois juges de l'application des peines peut décider de la libération anticipée et, le cas échéant du placement sous surveillance électronique, d'une personne très âgée ou gravement malade, condamnée à une peine d'emprisonnement quels qu'en soient la durée et les motifs. La mission considère que cette disposition peut constituer une réponse adéquate.

4.5.2 Améliorer les réponses pénitentiaires et médico-sociales

4.5.2.1 Améliorer l'hébergement

Sans attendre la rénovation de l'ensemble du parc pénitentiaire, il serait souhaitable, dans un premier temps, de spécialiser certains établissements pour peines et certaines maisons d'arrêt dans l'accueil des personnes vieillissantes et handicapées et ce, dans chaque région pénitentiaire. Plusieurs rapports antérieurs ayant évoqué ces solutions, des efforts ont d'ores et déjà été accomplis, qu'il faudrait soutenir.

Outre des moyens budgétaires, cela suppose que du personnel pénitentiaire volontaire plus axé sur l'aide et l'accompagnement soit affecté à ces petites unités, en même temps que des aides soignants et des aides ménagères.

4.5.2.2 Permettre aux personnes handicapées de bénéficier des aides, allocations et prestations en nature offertes aux handicapés non détenus

Il s'agit de faciliter l'entrée en prison des associations d'aides à domicile, à savoir les services infirmiers d'aide aux personnes âgées dépendantes (SIADPA), les services d'hospitalisation à domicile, les services d'aides ménagères, les aides soignants en assurant une solvabilisation de ces prestations.

Pour ce faire, il faudrait supprimer le caractère systématique de l'abattement de l'AAH, le montant de celle-ci devant être étudié en fonction des besoins. De même, les établissements pénitentiaires doivent être incités à demander plus largement aux conseils généraux l'octroi d'une allocation compensatrice tierce personne (ACTP), lorsque le détenu remplit les critères d'attribution.

Il serait en outre souhaitable, à terme, que les détenus ne soient pas exclus a priori du système de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Une question délicate à résoudre est celle de l'emploi de détenus classés, qui pourraient être payés par des allocations diverses (ACTP, AAH moins minorée qu'actuellement) : faut-il encourager cette possibilité, malgré les problèmes qu'elle pose ou l'interdire, au risque de passer à côté d'authentiques possibilités de réinsertion et d'aide ? la mission aurait tendance à recommander un strict encadrement de cette activité en lien avec la réflexion menée sur le travail pénitentiaire : définition d'une mission claire, d'horaires de travail précis, de règles à respecter de part et d'autre (confidentialité...), d'une évaluation régulière par des professionnels.

4.5.2.3 Permettre la rééducation fonctionnelle des détenus

Le besoin en lits de rééducation fonctionnelle et en moyen séjour, évoqué dans le rapport IGAS/IGSJ de 1995, n'a pas été réglé et les recommandations du rapport (création de places de rééducation fonctionnelle à l'hôpital de Fresnes et dans certaines UHSI) restent valables.

4.5.2.4 Prendre en charge dans une structure médico-sociale ou sanitaire adaptée les détenus qui ne pourraient bénéficier des mesures décrites ci-dessus, et notamment des mesures d'aménagement de peine

Pour les personnes âgées dépendantes ou les grands handicapés qui ne pourraient bénéficier des mesures d'aménagement de peine, on pourrait envisager une sorte d'équivalent médico-social des UHSI, version maison de retraite avec section de cure médicale dépendant d'un hôpital, mais dont l'enceinte serait sécurisée de façon légère, compte tenu de la faible dangerosité de ces personnes. La mission souligne que cette solution ne pourrait être envisagée que pour les détenus ne pouvant bénéficier de l'ensemble des autres recommandations formulées par la mission.

4.5.3 Permettre une fin de vie décente

➤ *chaque fois que c'est possible, et lorsque la personne n'est pas complètement isolée, il s'agirait d'anticiper sur le plan médical les mesures de libération conditionnelle et la grâce présidentielle :*

- en établissant pour le cancer (comme cela existe pour le SIDA) des critères de fin de vie plus formalisés qui permettent de mieux anticiper la gestion de ces dossiers ;
- en raccourcissant autant que faire se peut les délais d'instruction des dossiers et en tenant informés les détenus et les médecins de l'état d'avancement de ceux-ci ;
- en établissant à l'avance, dans chaque région, des liens avec des unités de soins palliatifs hospitaliers ou des services de long séjour, pour que - si la situation se présente - l'accueil extra-pénitentiaire puisse s'aménager rapidement ;

➤ *pour les personnes isolées, ou qui ne souhaiteraient pas sortir, ou pour lesquelles toute sortie est inenvisageable, il s'agirait d'aménager quelques rares places de soins palliatifs :*

- soit à l'ESPNF et/ou en UHSI ;
- soit en détention, en permettant l'entrée en détention de consultants anti-douleur, de services d'HAD spécialisés, etc...

M.Thomas FATOME

Membre de l'IGAS

M.Le Docteur Michel VERNEREY

Inspecteur Général de l'IGAS

Mme Le Docteur Françoise LALANDE

Membre de l'IGAS

Mme Martine VALDES BOULOUQUE

Inspectrice des services judiciaires

Mme Blandine FROMENT

Inspectrice des services judiciaires

Paris, le 20 JUIN 2000

Le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice

La Secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés

À

-Monsieur l'inspecteur général des services judiciaires

-Monsieur le chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

Objet : Mission interministérielle d'évaluation de la loi de 1994 sur la santé des détenus.

Les articles 2 à 7 de la loi du 13 janvier 1994 organisent l'affiliation des détenus au régime général de l'assurance maladie et confient aux établissements publics de santé leur prise en charge sanitaire dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, à l'exception de ceux qui relèvent du "programme 13.000" non repris en gestion directe et qui font appel à des services spécialisés.

Les soins psychiatriques dépendent en général des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), rattachés à l'établissement public spécialisé depuis le décret du 14 mars 1986 complété par l'arrêté du 16 décembre 1986 relatifs à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

L'ensemble de ces dispositions avait vocation à assurer aux détenus des soins de même qualité que ceux qui sont accessibles à l'ensemble de la population française.

Un rapport de la direction des hôpitaux a fait état, en 1997, des progrès réalisés dans les premières années d'application de la loi en observant toutefois leur caractère inégal selon les domaines concernés.

Nous vous demandons en conséquence de bien vouloir diligenter une mission commune d'évaluation de l'organisation des soins et de l'hygiène des détenus dans les établissements pénitentiaires, que ceux-ci relèvent, dans le domaine de la santé, de la loi de 1994 ou qu'il appartienne au dispositif de gestion déléguée.

En ce qui concerne les soins délivrés à l'intérieur des établissements, vous veillerez tout particulièrement à évaluer leur organisation et leur permanence.

Vous étudierez également la continuité des soins entre milieu pénitentiaire et milieu hospitalier.

Vous apporterez une attention particulière aux problèmes spécifiques liés :

- aux traitements psychologiques et psychiatriques ;
- au mode de signalement par les personnels médicaux, paramédicaux et de surveillance des attitudes suicidaires, aux précautions prises à la suite de ces signalements et aux initiatives déjà engagées pour enrayer le phénomène ;
- à la toxicomanie et à l'accès aux traitements de substitution ;
- à la séropositivité et à l'accès aux traitements nouveaux comme à la confidentialité de la prise en charge ;
- à la mise en œuvre des suivis socio-judiciaires avec injonction de soins psychiatriques et au suivi de ceux-ci au cours des modifications du statut des détenus ;
- à la distribution de médicaments ;
- à la prise en charge du handicap ;
- à la prise en charge des pathologies lourdes, telles que l'insuffisance rénale ;
- à la situation des détenus en fin de vie ;
- à la prise en compte des soins dentaires.

Pour cette mission, vous aurez recours, en tant que de besoin, aux travaux effectués par la direction des hôpitaux et la direction générale de la santé, ainsi qu'aux rapports des médecins inspecteurs. Vous pourrez également demander aux services de l'administration pénitentiaire de vous prêter leur concours.

Dominique GILLOT

Élisabeth GUIGOU

Liste des établissements visités

- maison d'arrêt de Gradignan (15, 16 et 17 novembre 2000)
- centre pénitentiaire de Caen¹, comprenant la maison d'arrêt et le centre de détention (29 et 30 novembre 2000)
- centre de détention d'Argentan relevant du programme 13000 (1^{er} Décembre 2000)
- maisons d'arrêt de Lyon-Perrache (St Joseph et St Paul) et de Montluc (5, 6, 21 et 22 Décembre 2000)
- maison d'arrêt et maison centrale de Rennes (20, 21, 22 et 23 Novembre 2000)
- centre pénitentiaire de Marseille, comprenant la maison d'arrêt des hommes et le centre pénitentiaire des femmes incluant la maison d'arrêt et le centre de détention (9-10 Décembre et 16-17 Décembre 2000)
- maison d'arrêt de Fresnes, centre national d'orientation, établissement d'hospitalisation public national de Fresnes (18, 19 Décembre 2000, 16 Mars 2001)
- centre de détention régional et maison centrale de Château-Thierry (4 et 5 Janvier 2001)
- maison d'arrêt de la Santé (4, 5 et 9 Janvier 2001)
- maison d'arrêt et centre de détention régional de Loos-les-Lille (30 et 31 Janvier 2001)
- maison d'arrêt de Borgo (20 Février 2001)
- centre de détention de Casabianda (21 Février 2001)
- maison centrale de Poissy (11 Janvier 2001)
- maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (20 et 21 Mars 2001)
- unité pour malades difficiles de l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif (22 Février 2001)
- unité pour malades difficiles de Sarreguemines (25 Janvier 2001)
- unité pour malades difficiles de Montfavet (18 Janvier 2001)

¹ Un centre pénitentiaire est un établissement mixte qui comprend au moins deux quartiers à régime de détention différents.

LISTE DES PERSONNES CONSULTEES

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Direction des Hôpitaux et de l'organisation des soins

Mme le Dr ROUSSEAU, chef du bureau O2

Mme BONNAFOUS, DHOS/O2

Mme CHARRE, DHOS/O2

M. BALANDIER, DHOS/O2

Mme TORTAY, DHOS/E2

Direction générale de la santé

Mme DE MASSON D'AUTUME, chef de service à la DGS

M. le Dr BASSET, chargé des fonctions de sous-directeur

Mme CUVILLIER, chef du Bureau de la santé mentale

Mme CORNIER, chef du Bureau des pratiques addictives

M. SIMON, chef du bureau santé des populations, précarité et exclusion

Mme TOURETTE, bureau santé des populations, précarité et exclusion

Direction de la sécurité sociale

M. LIBAULT, chef de service, adjoint au directeur de la sécurité sociale

Mme GUILHEMBET, chef du bureau 5A

Mme LEFRANÇOIS, bureau 5A

M. GAUDILLER, bureau 2A

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mme MOUQUET, DREES

Mme WCISLO, DREES

Ministère de la Justice

Direction de l'administration pénitentiaire

Mme VIALLET, directrice de l'administration pénitentiaire

Mme GORCE, sous directrice des personnes placées sous main de justice

M. LALLEMENT, sous directeur de l'organisation et du fonctionnement des services déconcentrés

M. MAITRE, chef de l'inspection des services pénitentiaires

M. DELATTRE, chef du bureau des politiques sociales et de l'insertion

Mme STANKOFF, bureau des politiques sociales et de l'insertion

Mme le Dr DE GALARD, bureau des politiques sociales et de l'insertion

Mme MOTHE, chef du bureau de gestion de la détention

Mme MASSON-BESSOU, bureau de gestion de la détention

Mme KENSEY, bureau des études, de la prospective et du budget

Direction des affaires criminelles et des grâces

Mme ETIENNE,

Mme MAIA

Ministère de l'Intérieur

Direction centrale de la sécurité publique

M FERRAL, chef du bureau

Ministère de la Défense

Direction générale de la Gendarmerie Nationale

M le chef du bureau de la police judiciaire

Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie

Mme MAESTRACCI, présidente de la MILDT

Mme TRABUT

REGION ILE- de- FRANCE

TGI de Paris

M. DINTILHAC, procureur de la République

M. FOULON, procureur adjoint

M. DAUVEL, procureur adjoint

M. SEMUR, premier substitut

M. BLANQUART, premier juge d'application des peines

DRSP de Paris

M. CHAUVET, directeur régional

Mme ROBERVAL, responsable SPIP à la DR Ile de France

Maison d'arrêt de Fresnes

M. PUEYO, directeur

M. LEPOUZE, directeur adjoint

Mme le Docteur TUFFELY, praticien hospitalier responsable de l'UCSA, et son équipe

Madame le Docteur de BEAUREPAIRE, chef de service du SMPR et son équipe

Établissement de santé national de Fresnes

Mme LAVANANT, directrice adjointe de l'ESPNF

Mme COLLAS, praticien hospitalier, chef de service de pharmacie, présidente de la CME

Mme le Dr BOUCHARD, chef de service

M. MARTIN, chef de détention

Mme le Dr NGUYEN, praticien hospitalier

Maison d'arrêt de la Santé

M. JEGO, directeur

Mme GUEGAN, directrice adjointe

M. FEUILLERAT, sous-directeur

Mme le Dr BALLANGER, responsable de l'UCSA et son équipe

Mme le Dr DORMOY, chef du SMPR et son équipe

Maison centrale de Poissy

M. VOITURON, directeur

M. le Dr MAISONDIEU, chef du secteur de psychiatrie travaillant en milieu pénitentiaire

Mme le Dr SLUBAN, responsable de l'UCSA et son équipe

M. PIVERT, cadre infirmier

Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

M. BARATE, directeur
M.PUAUD, directeur adjoint
M. PERREAU, directeur du CJD
M. BIETRY, directeur D3
M. VIARD, directeur du CJD
M. CAMPENS, directeur D2
Mme CHANDEZAN, chef de détention MAF
Mme FLEVERZAN, SPIP de l'Essonne
M. LAGETON, adjoint au SPIP de l'Essonne
M. VILLOQUET, chef de service de la pharmacie du Centre hospitalier Louise Michel
Mme BAUDRY praticien hospitalier de pharmacie à Fleury-Mérogis
Mme BOUILLER, PH temps plein
M. BLOT cadre préparateur
M. le Dr DURAND, responsable de l'UCSA
Mme LEBIHAN, responsable santé
Mme le Dr B. BRAHMY, chef de service du SMPR
M. le Dr CANETTI, praticien hospitalier de psychiatrie
M. le Dr WIRTH, PH temps plein de psychiatrie
M. KING SOON, cadre infirmier du SMPR

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

M. CHIEZE, direction générale
M. le professeur DELFRAISSY, chef de service de médecine interne à l'hôpital de Bicêtre
M. le professeur SICARD, chef de service de médecine interne à l'hôpital Cochin

Centre hospitalier Paul Guiraud à Villejuif

M BAROU, directeur du CHS
Mme la directrice adjointe
M le Dr VIALARD, président de la CME
M. le Dr KOTTLER, chef de service de l'UMD
M; le Dr BODON-BRUZEL
le personnel de l'UMD de Villejuif

REGION PICARDIE

TGI de Soissons

M. TERROIR le président
Mme LAURENS, procureur de la République
Mme EVEILLARD, juge d'application des peines
Mme MOREAU, directrice par intérim du SPIP de l'Aisne

Maison centrale sanitaire et centre de détention régional de Château Thierry

M. HIMMESOETE, directeur adjoint
M. le Dr SERIO, praticien hospitalier chef de service de psychiatrie
Mme le Dr AIGROT, praticien hospitalier de psychiatrie
Mme LONGUET, psychologue clinicienne
M. DAUMALE, psychologue
Mme MAUS, responsable de l'art-thérapie
Mme GERARD, infirmière psychiatrique
M. SORLIN, infirmier psychiatrique
M. le Dr GRIGUERE, responsable de l'UCSA

Centre hospitalier de Château Thierry

M. GUYADER, directeur des ressources humaines
Mme BERNARD, directeur financier
Mme GABAUT, infirmière générale

REGION AQUITAINE

Cour d'appel de Bordeaux

M. VIGNERON, premier président
M. MOINARD, procureur général

TGI de Bordeaux

M. GARIAZZO, président
M. BEAUME, procureur
Mme VIGIE
Mme ESPERBEN, vice présidente chargée de l'application des peines
Mme BENEDICTO, première juge d'application des peines

Préfecture de la Gironde

M. GERAULT, préfet délégué à la sécurité et à la défense
M. CROZE, conseiller technique
M. TOUSSAINT, conseiller technique

DRSP

M. RAMONE, directeur régional
M. AURON, adjoint du directeur régional
Mme FORGUE, SPIP
Mme LEVY, chef de l'unité sanitaire
M. COROSTEGUI, responsable des personnes placées sous main de justice

DDASS de Gironde

M. de CHALUP, DDASS de Gironde
Mme le Dr BOUVIER, médecin inspecteur

Maison d'arrêt de Bordeaux

M. LAURENS, directeur
M. le Dr BENEZECH, chef de service du SMPR
M. le Dr LACOSTE, chef de service de l'UCSA
M. le Dr LEPART, praticien contractuel à l'UCSA
M. le Dr GARUET, praticien hospitalier de chirurgie dentaire

Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

M. HERIAUD, directeur général
M. VIGOUROUX, directeur général adjoint
M. FILATREAU, directeur des affaires médicales et de la recherche clinique
Mme BOSSET, infirmière générale
M. BARON, directeur de l'hôpital Saint André
M. HAECK, directeur des ressources humaines de l'hôpital saint André

Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens

M. de RICCARDIS, directeur du CHS
M. COMBES, directeur adjoint

REGION BASSE NORMANDIE

Cour d'appel de Caen

M. CHILOU, premier président

M. JULIEN, procureur général

TGI de Caen

M. GUILLOU, président

M. SEGONDAT, procureur de la République

TGI d'Argentan

M. TESSEREAU, président

M. SANESI de GENTILE, procureur de la République

DRSP

M. CAMPS, directeur régional

M. BERNARD, SPIP de l'Orne

DDASS du Calvados

M. PRUEL, directeur départemental

Mme le Dr FERRAGU, médecin inspecteur

Maison d'arrêt de Caen

Mme RICHARD-MININGER,, directrice

Centre de détention de Caen

M. DAUMAS, directeur

M le directeur adjoint

M. le directeur du SPIP

M. le Dr PLICHART, chef de service du SMPR

M. le Dr DAUVER, praticien hospitalier de psychiatrie

M. le Dr PORCHER, praticien hospitalier de psychiatrie

Mme GRIGNOLA, psychologue clinicienne

M. HARDOUIN, psychologue clinicien

M. MUMAH, psychologue clinicien

M. LECUYER, psychologue clinicien

Mme SIDERS, infirmière

M. le Dr GUILVARCH, responsable de l'UCSA du CD

M. le Dr CAUCHY, médecin de l'UCSA de la MA

Mme TANNIOU, cadre infirmier

Centre hospitalo-universitaire de Caen

M. BLACLARD, directeur général adjoint

M. le professeur LEROY, chef de service

Centre de détention d'Argentan

M. MOREAU, directeur

M. MENAGER, directeur adjoint

M; BERNARD, SPIP de l'Orne

M. PETITDIDIER, directeur médical du SIGES

M. DRAUX, cadre infirmier

M. LUCAS

M. PANDANEAU, chef de l'unité d'action sanitaire

REGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Cour d'appel de Douai

M. COLLOMP, premier président
M. LATHOUD, procureur général
M. FREMIOT, substitut du procureur général

TGI de Lille

M. NUNEZ, président
M. MATHON, procureur de la République
M. VINSONNEAU, premier procureur adjoint
Mme la juge d'application des peines

TGI de Béthune

M. ROUSSEL, procureur de la République
M. HENNE, procureur adjoint

DRSP

M. DUFLOT, directeur adjoint
M. le chef du SPIP

DDASS du Nord

Mme CARDINAL, directrice adjointe
Mme le Dr POUYADE, médecin de santé publique

MA de Loos-les-Lille

Mme HAMALMIAN, directrice adjointe
M. le Pr GOSSET, chef de service de l'UCSA et directeur de l'institut médico-légal
M. le Pr HEDOUIN, maître de conférence agrégé en charge de l'UCSA
M. le Dr ARCHER, chef de service du SMPR
Mme BRUNEL, éducatrice antenne toxicomanie
Mme COUSIN, psychologue
Mme BEAUSSART, éducatrice UPS
Mme FORLEGNIE, cadre infirmière
M. VANDEVIEVRE, infirmier

CP de Loos-les-Lille

M. JUILLAN, directeur adjoint du CP

Centre hospitalo-universitaire de Lille

M DELMOTTE, directeur général du CHU
M. HONORE, directeur des affaires médicales
Mme VULSTER, chef de bureau
Mme DESTON, infirmière générale

REGION LORRAINE

Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines

M. HUSSON, directeur

M. le Dr SENNINGER, chef de service de l'UMD de Sarreguemines

REGION PACA

Cour d'appel d'Aix-en-Provence

M. PECH, premier président

M. BESTARD, procureur général

Mme BURKEL, substitut général

Mme MABRUT, conseillère chargée de l'application des peines

Cour d'appel de Bastia

M. JEANNOUTOT, premier président

M. LEGRAS, procureur général

TGI de Marseille

M.SALOMON, président

M.FRECHEDE, procureur de la République

M. le juge d'application des peines

TGI de Bastia

Mme ROUSSEL, présidente

M. BEAU, procureur de la République

M. HUBERT, juge d'application des peines

DRSP

M. PHILIPPON, directeur régional

M. PAIRRAUD

Mme ORABONA

DDASS des Bouches du Rhône

M. DELHEURE, directeur départemental

Mme le Dr BENSADOUN, médecin inspecteur

M. le Dr PROVANSAL, médecin inspecteur

DDASS du Vaucluse

Mme RIOU, directrice adjointe

M. le Dr HELFER, médecin inspecteur

M. le Dr CIOLINO, médecin inspecteur

Mme le Dr MONTIGNY, médecin inspecteur

DDASS de Haute Corse

M. DELGA, directeur départemental

Mme le Dr SIMON, médecin inspecteur

Mme le Dr Mc KENZIE, médecin inspecteur

Centre pénitentiaire des Baumettes

M. ALLAMAN, directeur

M. GIRAUD, directeur adjoint

M. CANTAGREL, SPIP

Dr GALINIER, praticien hospitalier, chef de service de l'UCSA

M. le Pr SOYFER, chef de service de pharmacie et son équipe

M. le Dr GLEZER, chef de service du SMPR

AP de Marseille

M. LORRANG, directeur général et ses collaborateurs

ORS PACA

M. KARIM BEN DIAME, chargé de recherche

Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet

M. COURNUT, directeur

Mme LAMANA, directrice adjointe

M. le Dr BERNARD, chef de service de psychiatrie, président de la CME

M. le Dr TYRODE, chef de service

M. le Dr BOURGEOIS, chef de service

UMD de Montfavet :

M. le Dr MERLIN, chef de service de l'UMD

M. le Dr CHABRAND, praticien hospitalier de l'UMD

M. le DR PANDELON, praticien hospitalier de l'UMD

Maison d'arrêt de Borgo

M. de BEAUVE, directeur

M. le Dr DEBERNERDI, médecin responsable de l'UCSA

Mme MOTRONI, cadre infirmier

M. le Dr BRACCHI, chef de service de psychiatrie

M. le Dr ROBITAIL, chirurgien dentiste

Centre de détention de Casabianda

M. le chef de détention

M. le Dr LESCHI, médecin responsable de l'UCSA

Mme le Dr RAPTELET, praticien hospitalier de psychiatrie

Mme GRAZIANI, cadre infirmier

Mme ANDREANI, infirmière

M. SALOM, directeur adjoint du SPIP

REGION RHONES-ALPES**Cour d'appel de Lyon**

M. GIROUSSE, premier président

M. FALETTI, procureur général

M. BOMPAIN, substitut général

TGI de Lyon

M. HUMBERT, président

M. HASSENFRAZT, procureur de la République

Mme ALLAIS, juge d'application des peines

DRSP

M. SOLANA, directeur régional

M. BIANCHI, directeur adjoint

Mme DEMICHEL, chargé de l'action sanitaire

DDASS du Rhône

M. LAGRANGE, directeur départemental

Mme le Dr SELLIER, médecin inspecteur

Hospices civils de Lyon

Mme FABRY, directrice de l'Hôpital Lyon sud

Centre hospitalier spécialisé du Vinatier

M. SEGADE, directeur
M. CABANIS, directeur adjoint
M. COVILLETTE; directeur des affaires financières

Prisons de Lyon

M. RICARD, directeur
Mme RAUBERT, SPIP
M VOITA, SPIP
M. le Dr BARLET, chef de service de l'UCSA
M. le Dr CHOSSEGROS, praticien hospitalier
Mme TYRODE, cadre infirmier
M. le Dr LAMOTHE, chef de service du SMPR
M. le Dr MEUNIER, praticien hospitalier de psychiatrie
M. SALÛN, chef d'établissement à Montluc
Mme BIANCHI, chef d'établissement à Saint Paul et Saint Joseph

REGION BRETAGNE

Cour d'appel de Rennes

M. AIMOT, premier président
M. TACHEAU, procureur général

TGI de Rennes

Mme TEBRUCQ, présidente
M. TREMOUREUX, procureur de la République
M. VANNIER, juge d'application des peines

DRSP

M. CAMPS, directeur régional
M. ORAIN, directeur adjoint
M. AUDREN, directeur SPIP
Mme BEAUME, directrice adjointe SPIP

DDASS

Mme PERRIN, directrice départementale
Mme le Dr BRUNET, médecin inspecteur

Centre hospitalo-universitaire de Rennes

M. LEGOFF, directeur général adjoint
M. ROQUET, directeur de l'hôpital de Pontchaillou
Mme le professeur LE GUEUT, chef de service de l'UCSA
M. le Dr PAYSANT, MCU-PH de médecine légale

Centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier

M. RAYNAL, directeur
Mme CORBEL, directrice adjointe

Centre pénitentiaire de Rennes

Mme MANAUD-BENAZEZRAF, directrice
M. le Dr BERNARD, médecin attaché à l'UCSA
M. PITOIS, chirurgien dentiste contractuel de l'UCSA
Mme BARON, cadre infirmier
Mme FOULON, secrétaire médicale

Maison d'arrêt de Rennes

M. AUDOUARD, directeur
M. le Dr MORIN, chef de service du SMPR
M. le Dr LATREUILLE, praticien hospitalier de psychiatrie
Mme TULOUP, cadre infirmier
M. GENUIT, psychologue

PERSONNALITES QUALIFIEES

M. le Dr COUTANCEAU, psychiatre
M. le Dr PIEL, psychiatre
M. le Dr ROELAN, psychiatre
Mme le Dr BARON-LAFORET, psychiatre
Mme DESEQUELES (entretien téléphonique), démographe, INED
Mme le Dr DEGOS, praticien hospitalier, hépatologue, hôpital Beaujon

REPRESENTANTS D'ASSOCIATIONS

Mme le Dr GOZLAN, présidente de l'association des professionnels de santé exerçant en prison
M BES, OIP
Mme le Dr VASSEUR, OIP
Mme COSTE, présidente d'ACT UP France
M. LASTENNET, membre d'ACT UP France

ANNEXE 4

SIGNIFICATION DES PRINCIPAUX SIGLES ET ABBREVIATIONS UTILISEES DANS LE RAPPORT

AAH : allocation adulte handicapé
ACTP : allocation compensatrice tierce personne
AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD : affection de longue durée
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARH : agence régionale d'hospitalisation
CD : centre de détention
CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit
CIM : classification internationale des maladies établie par l'organisation mondiale de la santé
CISIH : centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CH : centre hospitalier
CHAA : centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie
CHG : centre hospitalier général
CHS : centre hospitalier spécialisé (psychiatrique)
CHU ou CHRU : centre hospitalier (régional) universitaire
CMPR : centre médico-psychologique régional (ancêtre du SMPR)
CNO : centre national d'observation (situé dans la maison d'arrêt de Fresnes)
CP : centre pénitentiaire (selon contexte)
CP : code pénal (selon contexte)
CPAL : comité de probation et d'assistance aux libérés
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPP : code de procédure pénale
CPT : comité pour la prévention de la torture et des traitements dégradants
CREDES : centre de recherche et d'études d'économie de la santé
CSP : code de la santé publique
CSS : code de la sécurité sociale
DACG : direction des affaires criminelles et des grâces
DAP : direction de l'administration pénitentiaire
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGAS : direction générale des affaires sociales
DGS : direction générale de la santé
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DPS : détenu particulièrement signalé
DRSP : direction régionale des services pénitentiaires (les régions pénitentiaires sont généralement plus étendues que les régions administratives)
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DS : délinquant sexuel

DSM : classification américaine des diagnostics en santé mentale
DSS : direction de la sécurité sociale
EPSNF : établissement public de santé national de Fresnes (hôpital de Fresnes)
ETP : équivalent temps plein
GIP : groupement d'intérêt public
HAD : hospitalisation à domicile
HCSP : haut comité de la santé publique
HDT : hospitalisation sur demande d'un tiers
HIV : virus de l'immunodéficience humaine
HO : hospitalisation d'office
HVC : virus de l'hépatite C
HVB : virus de l'hépatite B
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IDF : Ile-de-France
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IGSJ : inspection générale des services judiciaires
INED : institut national des études démographiques
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
JAP : juge d'application des peines
MA : maison d'arrêt
MC : maison centrale
MST : maladie sexuellement transmissible
ORS : observatoire régional de la santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PBH : ponction biopsie hépatique
PEP : projet d'exécution de peine
PH : praticien hospitalier
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PU-PH : professeur d'université - praticien hospitalier
QD : quartier disciplinaire
QHS : quartier de haute sécurité (n'existe plus)
SDF : sans domicile fixe
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise
SMPR : service médico-psychologique régional
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires
UMD : unité pour malades difficiles (dans les hôpitaux psychiatriques)

Eléments de comparaison de l'activité des UCSA

Nombre de consultations généralistes par place occupée et par an

	1997	1998	1999
MA Caen	7,2	7,9	8,2
MA Bordeaux	-	6,9	6,8
MA Lyon (Saint Paul Saint Joseph Montluc)	-	10,3	10,3
MA Loos	9,0	8,6	8,3
MA La santé	-	-	9,2
MA Fresnes	7,7	8,3	8,6
MA Fleury Merogis	-	8,7	9,0
MA Borgo	-	9,8	10,8
MA Rennes	-	6,0	5,0
CP Baumettes	6,8	5,9	4,5
CP Rennes	0,0	7,2	7,0
CD Loos	4,8	7,1	7,0
MC Poissy	9,9	10,9	9,3
CD Casabianda	0,0	6,7	5,5
CD Caen	5,2	5,2	5,5

Source : rapports d'activité des UCSA et statistiques AP

Coût annuel par place occupée (en francs)

	1997	1998	1999
MA Caen	8909	9108	8582
MA Bordeaux	7922	8967	9387
MA Lyon (Saint Paul Saint Joseph Montluc)	15106	15031	16229
MA La santé	9410	-	11141
MA Fresnes	7826	8613	8923
CD Caen	6110	6283	5752

Source : rapport d'activité des UCSA et statistiques AP

Méthodologie :

- le nombre de consultations par place occupée est le ratio entre nombre de consultations généralistes par an à l'UCSA et nombre moyen de détenus ;
- le coût annuel par place occupée est obtenu en divisant les dépenses annuelles de l'UCSA par le nombre moyen de détenus ; il ne prend pas en compte les dépenses assumées par l'hôpital au titre des consultations et des hospitalisations qui y sont réalisées ;
- l'ensemble de ces informations, statistiques comme financières, doivent être considérées avant tout comme des éléments de comparaison, au regard des limites propres au système d'information sur l'activité des UCSA et au fait que les activités comparées ne sont sans doute pas parfaitement identiques. Les différences observées peuvent donc tenir à un ensemble de facteurs propres à l'organisation des soins ou au mode de mesure de l'activité.
- toute comparaison doit être effectuée à l'intérieur de chacune des catégories d'établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt ou établissement pour peine), du fait de différences d'activités qui s'expliquent par une fréquentation plus importante des UCSA en maison d'arrêt (liée notamment aux flux d'entrées et de sortie).

Analyse d'un échantillon de plaintes reçues par l'IGAS

La mission a souhaité procéder à une analyse des plaintes des détenus reçues par l'IGAS. Un échantillon de 100 plaintes reçues en 1999 a été défini de façon aléatoire et analysé au regard de trois questions :

- quelle est la part des plaintes qui peuvent être considérées, au vu du rapport du médecin inspecteur de santé publique, comme étant justifiées ?
- quelle est la discipline médicale concernée par la plainte ?
- quel est le motif justifiant la plainte du détenu ?

Si beaucoup de précautions doivent être prises quant aux conclusions qu'il est possible de tirer de cette analyse des plaintes, celles-ci permettent néanmoins de donner un éclairage très concret sur certaines limites ou certains dysfonctionnement du dispositif actuel.

1 Proportion des plaintes qui apparaissent, au regard du rapport du médecin inspecteur de santé publique, justifiées

Plainte justifiée	35 %
Plainte non justifiée	39%
Non déterminable au vu du rapport du MISP	26 %

Source : IGAS – échantillon plaintes 1999

On observe que dans ¼ des situations, le rapport du médecin inspecteur ne fournit pas une information claire sur le caractère justifié ou non de la plainte. Il faut néanmoins souligner le caractère éminemment subjectif d'une telle classification.

2 Disciplines médicales concernées par la plainte

psychiatrie	14
orthopédie	13
dentaire	10
handicap	9
ophtalmologie	6
chirurgie	6
neurologie	5
hépatite C	4
toxicomanie	4
ORL	3
cardiologie	3
gastro-entérologie	3
rhumatologie	3
diabète	2
cancer	2
sida	1
divers	12
Total	100

Source : IGAS – échantillon plaintes 1999

La répartition des disciplines médicales appelle certaines observations :

- elle témoigne de la diversité des pathologies que les UCSA sont appelées à prendre en charge et montre combien le besoin de consultations spécialisées est réel ;
- la place de la psychiatrie et des soins dentaires témoigne des carences de ces deux prises en charge aujourd'hui en détention ;
- la place de l'orthopédie rend d'autant plus problématique l'absence dans beaucoup d'UCSA de consultations spécialisées dans ce domaine ;
- le peu de plaintes liées au sida peut aussi permettre de souligner le caractère satisfaisant de la prise en charge de cette maladie en détention.

3 Répartition des motifs de plainte

qualité des soins	44
retard au traitement	26
hygiène qualité de vie	8
fourniture de matériel	7
demande de soins psychiatriques	5
arrêt traitement	2
divers	8
Total	100

Source : IGAS – échantillon plaintes 1999

Si la critique sur la qualité des soins arrive en tête des motifs d'insatisfaction, celles liées à des retards de traitement sont en réalité beaucoup plus significatives des dysfonctionnements soulignés par la mission. En effet, seules 10% des plaintes sur la qualité des soins apparaissent justifiées, tandis que 70 % des plaintes relatives à des retards de traitement le sont. Dans la très grande majorité des cas, c'est la limitation des extractions médicales qui est à l'origine de retards au traitement, empêchant par exemple la réalisation d'une ponction biopsie hépatique ou retardant fortement une hospitalisation. La demande de soins psychiatrique, dont certaines concernent des délinquants sexuels doit également être soulignée et illustre le manque dans certains établissements de personnels psychiatres.

Règles applicables aux hospitalisations d'office des détenus¹

		A l'aller	Au retour
Hospitalisation d'office hors UMD	Transport	Hôpital d'accueil	- hôpital si le détenu est transféré en SMPR - forces de l'ordre si retour en détention normale
	Escorte	Forces de l'ordre	Forces de l'ordre
Hospitalisation d'office dans une UMD	Transport	Hôpital de rattachement du secteur psychiatrique qui est à l'origine de la demande d'admission en UMD	- hôpital de rattachement si le détenu y est transféré - hôpital de rattachement si le détenu est transféré au SMPR - forces de l'ordre si retour en détention normale
	Escorte	Forces de l'ordre	Forces de l'ordre

¹ Source : Code de procédure pénale, circulaire du 9 décembre 1994, arrêté du 14 octobre 1986 relatif aux UMD