

***La gestion de la santé dans les
établissements du programme 13 000
Evaluation et perspectives***

*Documents
Visites
Entretiens
Réflexions*

Pierre PRADIER
30 septembre 1999

Sommaire

Remerciements

La lettre de mission

Les personnes rencontrées

Introduction et bref retour sur le passé

Les EGPD, les termes du contrat

Etat des lieux

Qui est en prison ?

Quelques particularités

- * La délinquance sexuelle
- * Les étrangers
- * Les longues peines
- * Le quartier des mineurs
- * Les femmes

Les conditions de la santé

- * Hygiène alimentaire
- * Hygiène du logement
- * Hygiène corporelle
- * Activités physiques et sportives
- * La sexualité
- * L'environnement
- * L'activité intellectuelle
- * L'activité spirituelle ou religieuse

Les maladies

- * Somatiques
 - Maladies infectieuses et ou/virales
 - VIH
 - Les hépatites B et C
 - Les maladies à germes figurés
 - Tuberculose
 - MST
 - Les maladies plus récemment apparues

- * Les maladies mentales- Le désastre psychiatrique
- * Toxicomanies
 - . Subutex
- * Le suicide en prison
- * La fin de vie en prison

Les soins en prison

- * La demande de soins
- * La médecine générale
- * Le personnel infirmier
- * La demande de médicaments
- * Les soins dentaires
- * Le secret médical
- * Les rapports surveillants/soignants
- * Les traitements
- * Le bilan médical d'entrée
- * Les urgences
- * Le dépistage
- * L'hospitalisation

L'éducation pour la santé

Particularités et perspectives

- * Les EGPD : Points positifs
Les réserves
- * Les UCSA

Suggestions

- * La psychiatrie
- * Les consultations externes et hospitalisations
- * Les conditions de vie
- * Les personnels infirmiers
- * Les urgences
- * Les soins dentaires
- * Le personnel médical

Conclusion

Annexes

- * Documents consultés
- * Glossaire

Remerciements

Il convient de remercier ici tous les membres des institutions, établissements, associations qui m'ont permis de rassembler les quelques éléments de réflexion sur la santé en prison.

Un remerciement tout particulier s'adresse à Melle Cynthia METRAL et Melle Cristina PIERREY, sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu être mené à bien.

Personnes rencontrées

Ministère de la Justice

M. Jean-François BEYNEL, Cabinet

Mme VIALLET, Directrice Générale de l'Administration Pénitentiaire

Mme Isabelle GORCE, sous-Directrice (PMJ)

Mme Odile SAMPEUR, Bureau des Politiques Sociales et d'Insertion (PMJ2)

M. Eric LALLEMENT, sous-Directeur

M. Jean-Michel LOYER-HASCOET, Chef du Bureau de l'Evaluation et du Contrôle de Gestion (SD5)

M. Christian COUET, Chef de Projet (SD5)

M. Pierre TOURNIER (CESDIP)

Ministère de la Santé

M. G. DUHAMEL

Mme Martine DUMONT, Direction Générale de la Santé

Mme Sylvianne TOURETTE, Direction Générale de la Santé

Dr Christos CHOUAID

IGAS

Dr Claude GUBLER, Inspecteur Général des Affaires Sociales

Direction des Hôpitaux

Mme Michèle FAVREAU BRETTEL

Mme Colette PARPILLON

Observatoire International des Prisons

M. Patrick MAREST

M. François BES

M.I.L.D.T.

Mme Charlotte TRABUT, Magistrat

A.P.H.P.

Dr F. CHIEZE, Chargé de mission « Politique médicale »

D.D.A.S.S. 93

Dr Charles CANDILLIER, Médecin Inspecteur de Santé Publique

Dr Antoine LAZARUS, Conseiller Technique auprès du Préfet de Bobigny

D.D.A.S.S. Bouches du Rhône

Dr Martine BENSADOUN, Médecin Inspecteur

Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

M. Philippe PEYRON, Directeur adjoint

M. Barthélémy BORGHINO, Directeur MAH

Dr Olivier OBRECHT, Médecin chef des UCSA

Maison d'arrêt de Nanterre

Dr Jérôme PETITDIDIER, Directeur médical de la zone ouest (SIGES)

Dr Marie-Eve PIETTRE, Médecin

Dr Antoine NAJEM, Dentiste

Dr Sophie PAILLUSSON, Psychologue

Mme Claire GUILLARD, Gérante pharmacie

Mme Bénédicte GAUDICHE, Infirmière coordinatrice

M. Francis RAUX, Infirmier Centre de détention d'Argenton (projet « unité sans drogue »)

S.M.P.R. de Fresnes

Dr de BEAUREPERE, Médecin Chef

Dr Sophie BARON LAFORET, Médecin Psychiatre

E.P.S.N. de Fresnes

Mme C. CHANEZ de BALAANN, Directrice

Mme A. MATHIEU, Infirmière générale

Dr N. PARAISON, Service de médecine

Dr M. PALOU, Service de Rééducation Fonctionnelle

Dr Paul ATKHEN, Service de médecine

Dr Sylvie BALLANGER, Service des Admissions

Centre de détention de Bapaume

M. LAURENT, Directeur

Dr Ruth GOZLAN, Directeur Médical de la Zone Nord (siège Rueil)

Dr Patrick MAURIAUCOURT, Médecin Chef de Service (Bapaume)

Dr Ludovic LEVASSEUR, Médecin Chef de Service Médical (Villepinte)

Dr Jean-Noël MARZO, Pharmacien Coordinateur (Rueil)

Mme Delphine CORNEZ, Infirmière (Bapaume)

Mme Béatrice MAHIEUX, Infirmière (Bapaume)

Mme Blandine DI VINCENZO, Infirmière Coordinatrice (Longuenesse)

Dr Marianne LEAU, Chirurgien Dentiste (Longuenesse)

Dr Neil ROSS, Psychiatre (Villepinte)

Centre de détention de Joux-la-Ville

Dr Michèle JOLY-METAIS, Directeur médical de la zone EST

Mme Catherine DESMIDTS, Secrétaire médicale

Mme Michelle LESAGE, Infirmière coordinatrice

Mme Morgane DUBOS, Préparatrice en Pharmacie

Dr Arnaud ROY, Médecin généraliste

Dr Joëlle CORNELISSE, Psychologue

Dr Alain DESMEDT, Médecin Chef

M. Christophe DESARTIGES, Pharmacien

Mme Frédérique GRAFFE, Kinésithérapeute

Mme Marie-France CHOFFAY, Infirmière

Mme Geneviève STEMPLER, Infirmière, Centre de prévention Varennes le Grand

M. PUAUD, Directeur
Mme Pascale LORIOT, Coordinatrice de formation

Maison d'arrêt de Villepinte

M. INDO, Directeur
M. VIDOQUE, sous-Directeur
Mme MERIGONDE, sous-Directrice
Mme PANARDIE, Attachée d'administration
M. LORRIAUX, Adjoint au Chef de Détention
M. Simon LIPARO, Surveillant du quartier des mineurs
M. LAGUERRE, Gradé
M. DINI, Surveillant du quartier des mineurs

Maison d'arrêt de Villefranche sur Saône

M. GUIBERT, Directeur
Dr Michèle JOLY-METAIS, Directeur médical G3S
Dr Henri GOJON, Médecin Chef
M. Olivier CHAUVEL, Infirmier (Aiton)
Mme Mireille RIVET, Educatrice
M. Claude PRORIOU, Pharmacien
M. Jean-François RICHARD, Infirmier Chef
Mme Patricia BURGUES, Infirmière
Dr Angelo POLI, Médecin Psychiatre
Mme Odile LOISIER, Secrétaire
Mme Sylvie FROMONT, Préparatrice en pharmacie
Dr Gérard PAGNON, Médecin généraliste
Dr Helena KRASSA, Psychologue
Dr Béatrice CEILLIER, Médecin Psychiatre
Mme Myriam PERRIN, infirmière

Centre de Détention de Salon de Provence

M. Hubert MOREAU, Directeur du Centre de Détention
Mme Françoise VIGUIER, Attachée de Direction de l'Administration Pénitentiaire
M. Gérard LECLERC, Surveillant Chef du bâtiment B
M. Jean-Marc CALMET, Surveillant du Service Médical
Melle Isabelle SAUCY, Conseillère d'Insertion et de Probation
Mme Patricia STANCK, Surveillante du Quartier Socio-Educatif
Mme Nicole VINCENT, Chef d'Unité Privée
Dr Michel DEBAUX, Médecin Chef
M. Jean BLANCHET, Infirmier
Mme Gilda FIMA, Infirmière
Melle Marie-France ALONSO, Infirmière
Dr Isabelle SALEMME, Psychologue Clinicienne
Mme Marie-Agnès MARTIN, Infirmière Référente

Maison d'arrêt d'Aix en Provence

Mme Dominique GALARD, Direction de l'Administration Pénitentiaire

Dr Pierre UNDREINER, Médecin Chef (Aix-en-Provence)
Dr Mireille BONNIERBALE, Psychiatre (Aix-en-Provence)
Dr Gilbert FABRE, Pédopsychiatre (Aix-en-Provence)
Dr Raymond HAJJAR, Directeur Médical (GECEP)
Mme Marie-JoBELLET, Infirmière référente (Aix-en-Provence)
Mme Myriam PERIKIAN, IDE
Mme BrigitteBIGOU, IDE
Dr Sylvie ASENSIO, Psychologue Clinicienne (Aix-en-Provence)
Dr Sylvie MURAD, Psychologue Clinicienne chargée de mineurs (Aix-en-Provence)
Dr MarionVERGNES, Psychologue Clinicienne chargée des mineurs (Villeneuve les Maguelones)
Dr Françoise MONTALDI, Psychologue clinicienne «délinquants sexuels » (Villeneuve les Maguelones)
M. Pierre RAFFIN, Directeur (Aix-en-Provence)
M. Jean-Paul GAGNEUX, Sous-Directeur (Aix-en-Provence)
M. Jean-Paul BOUTTIER, Chef du Service socio-éducatif (Aix-en-Provence)
Mme Alexandra BRASLERET - CSP bâtiment C - (Aix-en-Provence)
M. Bemard BERLIOZ - CSP bâtiment G - (Aix-en-Provence)
Mme Myriam BACCAUD, 1^{er} surveillant «quartier mineur » - (Aix-en-Provence)
M. Dominique RAFFINI, Chef de détention (Aix-en-Provence)
M. Antoine GARCIA, Chef d'Unité Privée (Aix-en-Provence)

Maison Centrale d'Arles

Mme Chantal NOARO, Infirmière
Dr Jean-Pierre JOUBERT, Psychiatre
M. Michel BAUCHAUD, Chef du service « Insertion »
M. Bruno BERARD
M. Marc BUTET, Conseiller d'Insertion
M. Jean-Claude SELLOM, Directeur
Mme Nadine FERLAY, Conseillère d'Insertion
M. Lionel RAVIAT
Mme Patricia PUIG, Assistante sociale

Maison d'arrêt de Bayonne

Dr LAMOULIATTE, Médecin UCSA
M. LAUCHE, Directeur

Maison Centrale de Lannemezan

M. PASQUIER, Directeur Adjoint
Dr BATAILLON, UCSA
Dr ROLLAND, Psychiatre

Centre hospitalier Côte Basque

Dr DAUOUÈDE, Centre Substitution
Dr CAMPAGNE, Centre Substitution

Introduction et bref retour sur le passé

La mission qui m'a été confiée a pour objet l'analyse des conséquences que comporte l'existence d'un double secteur, privé et public pour la prise en charge de la santé des détenus, d'évaluer son adaptation au milieu très spécifique auquel il s'adresse, et d'étudier les possibles évolutions d'une telle situation.

C'est en 1990 que de nouveaux établissements sont construits pour soulager la surcharge du parc existant et renouveler quelque peu l'architecture pour le moins archaïque au sein de laquelle les prisons sont confinées.

La maigreur des budgets disponibles, une tentation de suivre l'exemple anglo-saxon, la pression des grandes entreprises privées amènent le Garde des Sceaux de l'époque à proposer la gestion de ces nouveaux établissements à de grandes sociétés qui se partageront donc le territoire d'intervention en quatre zones autonomes.

Quelques remous au sein de l'administration pénitentiaire, du Parlement et de l'opinion publique, quelques mouvements d'humeur des redoutables syndicats qui pèsent lourd sur la vie des établissements, réduisent un peu l'ambition du projet initial qui prévoyait au départ la privatisation de tous les services.

On en restera donc à la délégation de gestion pour la maintenance et l'entretien des locaux, la restauration et l'hébergement des détenus, le fonctionnement de la cantine, la formation professionnelle et les travaux en ateliers.

La santé, elle-même, fait l'objet d'une délégation de gestion, laquelle est confiée à quatre filiales spécialisées qui au fil des ans se réduiront à deux.

Chaque zone a constitué un bureau de coordination sous l'autorité d'un médecin.

Un contrat de 10 ans a donc été signé avec l'Administration Pénitentiaire aux termes duquel toutes les dépenses relatives à la santé des détenus, y compris la consommation de médicaments, sont couvertes par les soins de la société gestionnaire les dépenses d'hospitalisation étant couvertes par l'assurance -maladie des détenus.

Au début de la décennie 90, 21 établissements pénitentiaires dont le mode de gestion était tout à fait nouveau, ont donc refermé leurs portes sur 13 000 détenus.

Alors que l'Administration Pénitentiaire conserve toute son autorité sur les personnels de direction, de surveillance, de greffe, d'insertion et de probation, des entreprises privées se voient déléguer compétence pour gérer la maintenance des locaux, l'alimentation des détenus, la blanchisserie, les ateliers où travaillent les prisonniers... et la santé au sein de l'établissement.

Ces établissements à gestion partiellement déléguée (EGPD) inaugurent en fait, dans les prisons françaises, un système de surveillance sanitaire et une organisation des soins en rupture complète avec les usages antérieurs.

Il existe un changement symbolique fort : la démarche antérieure à l'institution des EGPD et à la loi de 1994 était une démarche de dispensaire, aujourd'hui, on découvre une structure médicale indépendante de l'autorité pénitentiaire disposant de moyens renforcés.

L'administration n'intervient plus dans le recrutement, le statut, l'exercice professionnel, la rémunération, l'avancement des personnels soignants. Tous ces éléments sont aux mains des sociétés qui ont passé contrat avec le Ministère de la Justice à l'issue d'un marché public assorti d'un cahier des charges précis.

Il s'ensuit une véritable petite "révolution" pour les détenus, les corps de surveillants, les personnels soignants qui étaient antérieurement employés par l'administration pénitentiaire et les personnels de direction. L'infirmerie devient centre de diagnostic et de traitement ; médecins et infirmiers organisent sous leur unique responsabilité les consultations, les soins aux malades, la distribution des médicaments, la surveillance de l'état de santé des détenus. Une véritable politique de santé publique, dégagée des contraintes administratives traditionnelles, commence à se faire jour et l'expérience de ces EGPD inspirera le ton et le contenu de la loi de Janvier 1994 qui assied l'autonomie du corps de santé dans tous les établissements pénitentiaires.

Il s'est donc agi là d'une démarche "pionnière" en quelque sorte et le changement des usages, des habitudes, n'a pas été simple à mettre en oeuvre.

Si on se réfère à ce qui se passait dans les années 80 dans les établissements pénitentiaires, force est de reconnaître que les EGPD dès le début des années 90 ont marqué un progrès manifeste dans la façon dont ont été traités les problèmes sanitaires, s'inscrivant dans le droit fil d'une politique initiée en 1986, par la création des services médico-psychologiques régionaux en milieu pénitentiaire, et par la signature de conventions entre certains établissements pénitentiaires et des structures hospitalières spécialisées.

Avant même la parution des textes d'application de la loi de 94, ces établissements avaient défriché le terrain, montré la voie, inventé une méthode, construit des schémas d'action innovants, souples et efficaces. Ce sont eux qui ont eu à résoudre le difficile problème d'instaurer de nouveaux rapports entre services de santé et administration pénitentiaire, et leur action a considérablement facilité la mise en oeuvre de la réforme dans les établissements à gestion "classique".

Notamment, à l'échelon local, l'établissement de nouveaux rapports entre les surveillants et les soignants n'a pas été sans difficultés, les réticences ont été surmontées, une certaine "méthode" a été mise au point qui a grandement facilité les changements dans les établissements publics.

Ceux qui en ont été les premiers bénéficiaires, les détenus et plus précisément les détenus malades, ont immédiatement senti l'amélioration de leur condition.

Ceux qui ont été les plus difficiles à convaincre, ce sont les membres du corps de surveillance car il a fallu modifier bonne part des façons de faire, accepter qu'un nouveau partenaire, investi d'une certaine autorité fasse valoir ses contraintes.

La qualité de la gestion privée dans les établissements à gestion déléguée n'est mise en doute par personne. L'ensemble des prestations dans les domaines de la maintenance, de l'alimentation, de la blanchisserie, semble au-dessus de tout reproche. Les stipulations des accords sont remplies, parfois même la qualité des services opérés par les gestionnaires est supérieure à ce qui était convenu par contrat. Le maintien de leur statut privatisé ne semble pas poser de problème majeur. Pour ce qui est de la santé au sein de l'institution carcérale, les décisions semblent un peu plus difficiles.

... Quelques années plus tard, en effet, la loi du 18 Janvier 1994, immédiatement applicable aux établissements pénitentiaires en gestion directe a très profondément modifié l'organisation des soins administrés aux détenus et a confié la prise en charge de la santé au service public hospitalier. Cette loi, valable pour tous, a cependant prévu des dispositions transitoires de dérogation pour les EGPD, le service public hospitalier n'intervenant pas à l'intérieur de ces établissements.

Si on veut bien en rester au caractère forcément schématique qu'un travail comme celui-ci, extrêmement limité dans le temps et dans les moyens, revêt obligatoirement, on peut considérer que grosso modo, deux attitudes sont aujourd'hui en présence, à la veille du renouvellement des contrats.

Pour les uns, les services médicaux, dans les établissements du programme 13.000 ou établissements à gestion partiellement déléguée (EGPD) sont loin d'avoir démerité. Et de ce fait, le statut actuel doit être renouvelé, sous la réserve de nombreux et substantiels aménagements.

Pour d'autres, un "programme commun" du système de santé carcéral serait préférable, en tirant les leçons de la réforme des soins opérée par la mise en application de la loi de Janvier 94, laissant à l'hôpital public la charge d'administrer la santé dans tous les établissements pénitentiaires. Il convient tout d'abord de donner aux mots la signification qui leur est propre et de lire les textes tels qu'ils ont été écrits... et votés.

La loi de Janvier 94, dans ses motifs, ses principes directeurs, ses stipulations de base s'applique à TOUS les établissements pénitentiaires. C'est seulement à titre provisoire que des dérogations peuvent être modulées en fonction du statut des établissements. La fidélité à l'esprit de la loi reste une obligation qu'au demeurant, personne n'a cherché à contourner.

Les rencontres organisées à différents niveaux hiérarchiques des institutions concernées, directions centrales, directeurs d'établissements, membres du personnel administratif, chefs de détention, surveillants, médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, personnels socio-éducatifs, détenus, car ceux-là ont aussi beaucoup à dire, les visites personnellement opérées dans une quinzaine d'établissements, la lecture attentive de nombreux documents m'ont montré que tous les établissements pénitentiaires, quel que soit leur mode de gestion, ont à affronter des difficultés analogues.

Chemin faisant, il m'est apparu que la solution des problèmes posés passe par de notables modifications des us et coutumes de l'institution carcérale, et cela dans tous les établissements, quel que soit leur mode de gestion.

Les établissements à gestion partiellement déléguée (EGPD) sont-ils mieux ou plus mal placés pour affronter les nécessaires évolutions ?

Le maintien des mesures dérogatoires qui conservent le domaine sanitaire dans le secteur privé est-il compatible avec les avancées à prévoir ?

Au total, est-il souhaitable de prolonger l'existence de ce double secteur ? Et si oui, pour combien de temps et à quel prix ?

Est-il préférable au contraire de fondre l'ensemble de la politique sanitaire de l'institution pénitentiaire dans un système unique assuré par l'hôpital public ?

Qualités et défauts des structures actuellement en activité seront examinées à propos des principaux aspects de la santé et de la maladie en milieu pénitentiaire, gardant présent à l'esprit le fait qu'aucun des deux systèmes n'a de baguette magique pour régler les problèmes liés à une prise en charge sanitaire dans le contexte carcéral.

Au total, un aménagement des dispositions actuelles, moyennant de notables ajustements, techniques, administratifs et financiers, qui restent à définir, est très probablement la solution la plus raisonnable.

Les Etablissements à gestion partiellement déléguée (EGPD), les termes du contrat

Quelques articles du «Cahier des clauses administratives et techniques particulières» et les directives du «Guide de mise en oeuvre des marchés de fonctionnement », qui régissent l'activité sanitaire au sein de la gestion déléguée, méritent d'être cités, car ils constituent le cadre auquel il faut constamment faire référence.

Article 25

"Le cocontractant met en oeuvre les moyens susceptibles de préserver la santé des détenus qui lui sont confiés. A ce titre, il assure les actions de prévention, de diagnostic, et de soins conformément à la réglementation en vigueur, sous le contrôle de l'IGAS et des services extérieurs du ministère de la santé".

* Engagements de moyens en équipement

Article 26

- Mise en place de matériel pour la salle de soins pour le médecin généraliste et les spécialistes ;
- matériel dentaire ;
- matériel de radiologie.

* Engagements de moyens en personnel

Article 27

Chaque établissement comprend une équipe médicale et paramédicale recrutée par l'opérateur privé, et dont les membres doivent être habilités par la Direction Régionale de l'Administration pénitentiaire.

Par vacation, il faut entendre une heure de travail.

Le concept "équivalent temps plein" (etp) signifie 39 heures pour les personnels non médicaux et 36 heures pour les médecins, X 47 semaines.

* Actions de prévention

Articles 25 et 28

L'opérateur doit provoquer les dépistages et mesures prophylactiques en accord avec les services du département et les services extérieurs du ministère de la santé.

A l'occasion de la visite médicale d'admission, le médecin doit contrôler :

- Toutes les mesures générales en vue de prévenir les affections épidémiques et contagieuses ;
- la prophylaxie des maladies vénériennes et de la tuberculose.

Les examens de dépistage et les consultations sont à la charge du Conseil Général, les soins sont à la charge du cocontractant.

* Organisation des soins généraux

La médecine générale

- Le médecin assure la visite médicale d'admission, les visites de dépistage obligatoires ou facultatives, les consultations demandées par les détenus, les visites dans les quartiers disciplinaires et d'isolement ;
- il est responsable du service et de l'équipe médicale ;

- il suit les détenus hospitalisés ;
- il s'assure que l'hygiène corporelle est respectée ;
- il est responsable de la rédaction d'un compte rendu de consultation qui doit être consigné dans le dossier médical ;
- les horaires et la répartition des consultations médicales sont adaptées aux contingences de chaque établissement et établis en collaboration avec le directeur;
- le groupement privé et le médecin organisent le système applicable en cas d'urgence, et lorsque le médecin est absent.

Les soins dentaires

- Le dentiste assure les soins et les prothèses dentaires indispensables au maintien ou au rétablissement de la santé ;
- au-delà, les prestations sont prises en charge par les détenus; Pour ces soins, le groupement doit au préalable en informer la direction de l'établissement, qui au vu du devis et de la demande du détenu, s'assure que le pécule de celui-ci est suffisant.

La pharmacie

- L'ouverture d'une pharmacie intérieure nécessite l'autorisation de la préfecture, exprimée par une licence ;
- la préparation et la dispensation des médicaments sont réalisés sous la seule responsabilité du pharmacien qui assure en outre la gestion des stocks et la tenue de la comptabilité de la pharmacie.

* Organisation des soins de santé mentale

Recrutement du personnel

Dans les maisons d'arrêt 600 :

- 1 équivalent temps plein de psychiatre soit 36 H hebdomadaires ;
- 1 infirmier psychiatrique (39 H hebdomadaires).

Dans les centres pénitentiaires 600 :

- 1 équivalent mi-temps de psychiatre (18H hebdo) ;
- 1 équivalent temps plein d'infirmier psychiatrique.

Dans les centres pénitentiaires 400 :

- 1 infirmier psychiatrique temps plein ;
- ½ équivalent temps plein médecin psychiatre.

Dans les centres de détention 600 :

- 1 ou plusieurs psychiatres (au total: 10h 48 minutes (sic !) X 47 semaines).

Dans les centres de détention 400 :

- 1 ou plusieurs psychiatres (au total 7 heures X 47 semaines).

Mission

- Prévention des affections mentales par le dépistage systématique des troubles des entrants ;
- mise en oeuvre des traitements psychiatriques en collaboration avec le médecin généraliste ;
- lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ;

- fourniture de prestations comprenant notamment des prises en charge individuelles, des consultations, des interventions ambulatoires, des thérapies de groupe...

La mission implique une liaison étroite avec l'équipe psychiatrique du secteur relevant du centre hospitalier spécialisé et avec le SMPR.

* Lutte contre la toxicomanie dans les maisons d'arrêt 600

Recrutement d'un personnel spécialisé : 1 travailleur social, 1 psychologue.

Mettent en oeuvre des actions particulières et préparent la sortie des détenus en liaison avec des services en milieu ouvert de l'administration pénitentiaire et les partenaires extérieurs.

* Lutte contre l'infection par le VIH

Proposition systématique d'une consultation spécialisée de prévention de l'infection par le VIH et si cela semble indiqué, d'un test de dépistage anonyme sur une base de volontariat. Un entretien préalable et un accompagnement médical à l'annonce du résultat sont indispensables.

Sont à la charge du groupement:

- les frais de consultation, la prise de sang, les examens biologiques ;
- la fourniture et la distribution de préservatifs aux détenus permissionnaires et aux sortants + aujourd'hui dans l'établissement.

Soins : suivi de contrôles dans la durée de l'infection ; mise en oeuvre de la thérapie en liaison avec les services médicaux spécialisés compétents.

* Hospitalisation complète

Sur avis du médecin, l'opérateur privé propose au directeur de l'établissement l'hospitalisation complète.

On entend par hospitalisation complète la prise en charge du détenu pour une période comprenant au moins une nuit avec surveillance appropriée

L'orientation hospitalière dépend de:

- la nature du soin et de l'urgence ;
- la structure sanitaire ;
- des contraintes du transport et de sécurité ;
- des sites hospitaliers.

* Soins et consultations externes et hôpital de jour

Toute prestation médicale, hors des locaux de l'établissement et qui ne constitue pas une hospitalisation, est prise en charge par le groupement à la demande du médecin.

= actes de consultations, examens ou explorations fonctionnelles facturées par l'hôpital au tarif externe y compris les dépenses afférentes aux médicaments.

Le choix de l'établissement hospitalier doit être effectué en fonction du plateau médico-technique, mais également des contraintes de transport et de sécurité.

L'hôpital de proximité doit être privilégié s'il dispose d'un plateau technique suffisant.

Etat des lieux

Qui est en prison? Quelques particularités

En France, au premier Janvier 1998, 50.744 personnes étaient détenues (on en comptait exactement la moitié vingt ans plus tôt). Ce chiffre correspond à un taux de détention de 86,4 pour 100.000 habitants.

Au sein de l'Union Européenne, la France se situe en position intermédiaire, entre le Portugal, très large pourvoyeur de ses prisons (taux de détention # 145 / 100.000 hab.) et la Grèce particulièrement économe d'incarcérations (taux de détention # 54/ 100.000 hab.).

Depuis une dizaine d'années, le nombre de détenus évolue dans une marge peu importante (augmentation du nombre de détenus de 5% en 10 ans) mais cela ne rend pas compte des importantes modifications survenues pendant la décennie, à savoir une importante diminution du taux des entrées (-20%) et un sensible allongement de la durée moyenne de détention (+ 26%), amenant à une minime évolution du chiffre brut mais correspondant à une très sensible modification des populations incarcérées.

En 1999, pour la première fois, **les détenus condamnés pour agression sexuelle** représentent la catégorie la plus nombreuse (20%), suivis de près par les condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (17%), (appellation légale mais manifestement abusive quand on sait que le cannabis représente une très large majorité des substances concernées et que celui-ci ne peut en aucune façon être assimilé aux stupéfiants donnant lieu à accoutumance et/ou à assuétude). Pendant le même temps, on notera la forte croissance des **détenus étrangers**, la répression de l'immigration clandestine jouant là un rôle prééminent et le

recours à la prison ferme étant beaucoup plus fréquent à l'encontre des étrangers.

En vingt ans leur nombre s'est accru de 86%, ils représentent 26% de la population carcérale, pour seulement 7% de la population à l'extérieur.

Qu'il s'agisse d'accès au logement, à l'emploi... ou à la prison, les étrangers et les nationaux ne sont manifestement pas à égalité.

Pour des délits ou des crimes comparables, la longueur des durées de détention a presque doublé.

Très sensible alourdissement des peines qui amène un vieillissement de la population et concerne en premier lieu la délinquance et la criminalité à connotation sexuelle.

Ces condamnés pour viol, pour "pédophilie", pour inceste et autres outrages aux mœurs ont longtemps fait l'objet d'un rejet de la part des autres détenus.

Le développement exponentiel de leur présence en prison et sa banalisation en quelque sorte modifie quelque peu la donne.

Alors que les détenus appartiennent pour la plupart aux catégories sociales défavorisées, ce groupe que les directeurs d'établissements évoquent souvent comme des détenus "modèles" se répartissent en transversal dans toutes les couches sociales. Dans les faits, ce sont eux qui ont perdu le maximum de contact familial, professionnel, social, religieux ou culturel et ces détenus modèles sont, en fait, écrasés par un mépris quasi généralisé et par une immense réprobation interne et externe à l'établissement.

Ces "détenus modèles" sont en fait des personnalités très gravement atteintes et c'est chez eux que se recrute le plus grand nombre de candidats au suicide.

* Les longues peines

L'entrée en maison centrale après une condamnation à la réclusion de longue durée laisse peu de place à l'espérance.

Les condamnés à la réclusion perpétuelle ou ceux dont la peine est assortie d'une peine de sûreté de 20 ans ou plus, sont exposés à de graves décompensations de type dépression réactionnelle.

La proposition de participer à l'élaboration d'un projet d'exécution des peines est obligatoirement vécue comme un épisode dérisoire. Il existe le plus souvent une sensation aiguë de l'inutilité de l'effort. Qu'apprendre aujourd'hui, qui sera encore utile dans 20 ans ? Aucune perspective d'individualisation de la peine n'existe. La quasi disparition des libérations conditionnelles, même si depuis quelques mois on assiste à une timide reprise, l'application des peines de sûreté de durée incompressible, la multiplication des catégories de détenus échappant à l'application des grâces et amnisties (agressions sexuelles, infraction à la législation sur les stupéfiants, terrorisme), tous ces éléments démobilisent très sévèrement les détenus et le risque majeur est celui de la perte définitive de l'espoir.

Or, depuis l'abolition de la peine de mort, la seule vraie question qu'on puisse se poser quand un homme entre en prison c'est : "Dans quel état sortira-t-il?".

* Le quartier des mineurs

Le dernier cercle de l'enfer que Dante Alighieri n'aurait pas imaginé.

La gestion d'un quartier de mineurs est une entreprise effrayante qui demande aux personnels en charge d'exceptionnelles qualités humaines.

Les surveillants qui y sont affectés sont volontaires, le comportement de plusieurs d'entre eux force l'admiration, il fallait que cela soit dit.

L'incontrôlable agressivité, l'indiscipline, l'absence de repères, les attitudes imprévisibles, l'irrespect de toute norme, l'inculture, le caïdat, les retards mentaux sont des contingences qu'il faut affronter non pas au jour le jour, mais bien à la minute la minute.

Les problèmes de santé y sont traités avec des succès inégaux, tout se passant comme s'il existait non seulement une méconnaissance mais aussi un désintérêt absolu de la plupart de ces jeunes détenus pour leur propre santé.

Les tentatives de faciliter un brin de prise de conscience, de retisser un lien social minimal, de rétablir une insertion même élémentaire, de faire accepter quelques règles contraignantes sont marquées par un taux d'échec important et l'obtention ou la restitution d'un certain niveau de santé mentale est un objectif qui semble particulièrement difficile à atteindre.

Les mineurs, d'âge inférieur à 16 ans, condamnés pour crime, sont les plus difficiles à aborder. Les pédopsychiatres s'y emploient avec ténacité mais le succès de l'entreprise est aléatoire. Par ailleurs, la création de 50 postes supplémentaires de surveillants, tous volontaires pour cette affectation, a permis d'initier une modeste amélioration de la démarche de resocialisation, qu'il restera à évaluer.

* *Les femmes en prison*

Leur présence en prison est presque insolite, elles représentent une très faible proportion (moins de 5%) de l'effectif carcéral. A des degrés divers, toxicomanie, prostitution, dissolution des liens familiaux, et troubles psychiques de gravité inégale font partie de leur commune condition.

Elles posent, de plus, des problèmes particuliers notamment pour ce qui est de la maternité et plus généralement de la vie familiale.

Deux grandes classes de délinquance ou de criminalité les ont rassemblées en ces lieux : les infractions à la législation sur les stupéfiants et les crimes de sang.

Deux populations très différentes, dont les besoins spécifiques se recoupent cependant. Un traitement des habitudes de consommation de substances illicites, un suivi gynécologique, une initiation à la puériculture, l'apprentissage de la maternité peuvent faciliter le retour à une vie personnelle acceptable après leur sortie.

Mais là encore, la pauvreté du langage, la désorientation sociale, l'indigence culturelle, l'absence de référence constituent des obstacles majeurs que rencontrent les équipes pluridisciplinaires de traitement.

Il convient en outre de porter une grande attention aux tout-petits qui restent auprès de leur mère pendant quelques mois. Ce temps peut être mis à profit pour mener une démarche pédagogique auprès des mamans. Conjoncture privilégiée au cours de laquelle ces jeunes femmes, souvent privées de tout repère social, peuvent redevenir capables, en face d'un bébé, d'exprimer leur tendresse, de poser des gestes désintéressés, se montrer perméables à des notions d'attachement auxquelles on aurait pu les croire définitivement étrangères.

Les conditions de la santé

**** Les conditions d'hygiène alimentaire***

Dans les EGPD que j'ai eu l'occasion de visiter, elles sont partout très étroitement contrôlées : la composition des repas, leur préparation, la

richesse calorique, l'équilibre des composants, la variété des menus, les modes de préparation, de cuisson, de conditionnement, de distribution, la qualité de la chaîne de froid, tout cela fait l'objet d'une très attentive observation.

Les installations de cuisine, les lieux de stockage de denrées alimentaires, les circuits, sont conformes à des normes draconiennes, les procédures, régulièrement surveillées, sont scrupuleusement respectées.

Les conditions d'exercice professionnel et notamment d'hygiène remplies par le personnel, extérieur ou détenu classé n'appellent aucune observation.

La situation est différente dans le parc classique, malgré de notables améliorations apportées, ces dernières années.

* Les conditions d'hygiène du logement

Extrême hétérogénéité des situations. La plupart des maisons d'arrêt est en surcharge chronique : deux détenus dans les cellules individuelles, trois détenus et parfois quatre dans les cellules pour deux, situations d'une banalité telle que plus personne ne songe même à s'en étonner. Le logement en cellule individuelle, qui devrait être la règle, est du domaine du rêve, pour cause d'arrivées en nombre de prévenus qu'il faut bien loger...

A titre d'exemple, la M.A. de Bayonne accuse un taux d'occupation supérieur à 200% depuis plus de 20 ans. Une " rapide amélioration de la situation "est itérativement annoncée depuis une quinzaine d'années.. Bayonne n'est pas seule dans son cas et la poursuite d'un effort de construction de nouveaux établissements pour renouveler un parc manifestement inadapté reste une urgente nécessité.

A cet égard, encore les établissements du programme 13000, établissements à gestion partiellement déléguée (EGPD) bénéficient de

l'immense avantage d'un *numerus clausus* qui leur évite de recevoir une surpopulation de détenus supérieure à 20% du nombre de places dans l'établissement.

La M.A. de Nanterre, prévue pour 600 places ne recevra jamais plus de 720 détenus, considérable "privilège" pour les détenus si on compare leurs conditions de logement avec ceux qui vivent dans établissements à gestion directe.

Les maisons centrales, elles, naviguent autour de 75 à 80% de taux d'occupation. Il existe dans toutes les centrales un volant de cellules qui demeurent inoccupées prêtes à recevoir des condamnés, transférés d'un autre établissement en cas d'urgence. Tous les détenus y sont en cellule individuelle. Une minorité de détenus cependant demande à partager leur cellule.

* *L'hygiène corporelle*

C'est le problème du linge, de son renouvellement et surtout celui des douches.

Problème quasiment insoluble tant que demeureront les conditions d'exercice actuelles : accompagnement par un surveillant, durée de la douche, installations inadéquates (dans plusieurs établissements visités du domaine de la gestion directe, une cabine sur deux est inutilisable), défauts d'entretien, erreurs de conception architecturale, etc.

Question qui a pris une importance capitale, à Fleury Mérogis, par exemple, cheval de bataille de la revendication des détenus, place forte du pouvoir des surveillants.

La troisième douche hebdomadaire, dont le retentissement immédiat sur l'hygiène des détenus n'est pas, à dire vrai, de nature à modifier

radicalement leur état de santé, est, à juste titre, ardemment réclamée par les détenus et semble particulièrement difficile à mettre en oeuvre.

Demande pourtant raisonnable dont le seul inconvénient serait de remettre en cause une certaine " culture " carcérale.

Les français ont alors inventé le système des "douches médicales" (sic). C'est donc au médecin qu'il revient de décider qui aura droit à une douche destinée à sauvegarder sa santé. Cette invention est assurément grotesque et son exposé déchaîne l'hilarité générale, quand on en parle à l'étranger. La médecine n'a, bien évidemment rien à voir avec cette tartufferie.

La solution de ce problème, c'est l'installation de douches dans les cellules, alimentées en eau chaude quelques heures par jour et la possibilité offerte à chacun d'en bénéficier tous les jours. Question que les architectes n'ont pas envisagée ou que les calculs de coût de construction n'ont pas pris en compte, jusque très récemment (le programme de construction de 4.000 nouvelles places), mais qui est aujourd'hui à l'origine d'une agitation sans commune mesure avec son importance sanitaire.

* *Les activités physiques et sportives*

Une des surprises qui attend le néophyte visitant une prison est l'aspect physique des détenus. L'inconscient collectif a laissé se développer l'image du détenu, pâle, le regard éteint, menacé par la dénutrition et la cachexie.

Dans les faits, les détenus, dans une très importante proportion sont des gens jeunes, musclés, d'aspect sportif. On les croise au retour d'une séance d'entraînement ou à la sortie de la salle de musculation, l'exercice physique étant un des points forts de l'activité dans les établissements.

L'image du corps a, en prison, un très grand impact sur la santé physique et mentale. Il s'agit là d'une attitude qui semble paradoxale de la part de gens qui ne se sont guère souciés de leur santé jusqu'alors et se jettent à corps perdu dans une activité sportive intense. Plusieurs facteurs peuvent favoriser une telle attitude : outre le désir de paraître "présentable" à la sortie, il existe aussi au sein de cette société masculine, un prestige réel lié à l'apparence physique, en rapport direct avec le volume musculaire, attitude qui peut paraître un peu puérile mais qui est très profondément enracinée dans la culture carcérale.

On retrouve cette préoccupation de l'image du corps et de l'apparence extérieure dans l'extrême engouement des prisonniers pour les vêtements ou les chaussures de marque.

Porter des chaussures de basket, récemment mises sur le marché par la marque NIKE, par exemple, est un must, pour lequel des détenus pourtant dénués d'abondantes ressources sont prêts à travailler (ou à racketter) avec ardeur. Ainsi en va-t-il du survêtement ADIDAS ou du blouson Lacoste, dont la possession donne de l'ascendant sur ceux qui se contentent d'articles aussi confortables et fonctionnels mais dont le prix est trois ou cinq fois inférieur.

Une pareille attitude n'est pas spécifique au milieu carcéral, elle amplifie et caricature une démarche déjà très présente dans beaucoup d'établissements scolaires. En prison, elle peut être à l'origine de dérives parfois dangereuses.

Le football reste la discipline reine sur les terrains de sports des établissements pénitentiaires. Entraînements, matchs, au sein de la prison, ou disputés contre des équipes extérieures, voire entre détenus et personnels de surveillance, tout se voit et il s'agit là d'une activité assez généralement encouragée par les autorités.

La médecine du sport n'y est guère présente, et la musculation en particulier, pratiquée à tout va par des personnes non encadrées mériterait, à coup sûr, une intervention spécifique

* La sexualité

Sujet abordé du bout des lèvres par les acteurs de terrain.

Les médecins sont les plus explicites. Tout se passe comme si le détenu était asexué.

Les grandes fonctions physiologiques, immunologiques, métaboliques, qui contribuent au maintien en bonne santé ou qui tendent à rétablir une santé compromise sont prises en compte. La nutrition, les grands équilibres, veille et sommeil, l'activité musculaire malgré l'enfermement, font l'objet d'évaluation précises.

La sexualité reste un domaine très opaque, un tabou pour la quasi totalité des autorités rencontrées au cours des visites qu'il m'a été loisible d'opérer.

Certes, les détenus se masturbent, en cellule, ou dans les douches.

Certes, les parloirs donnent lieu à quelques épanchements devant lesquels les surveillants préfèrent fermer les yeux pour peu que l'ouïstys ne soit pas trop spectaculaire, qu'il n'y ait pas d'enfants témoins de ces clandestins ébats, et que le dit surveillant soit de bonne composition.

Alors, aussi il doit bien se produire des rapports sexuels entre détenus.

On en entend parler lorsque l'un des partenaires n'est pas consentant et suffisamment courageux pour faire état de cette "oppression". Les affaires ne vont généralement pas très loin et le plus souvent, le résultat pratique se résume au déplacement du plaignant, simple changement de cellule, ou orientation vers un autre quartier, voire affectation en quartier d'isolement.

Le fait est qu'une sexualité existe en prison. Elle est clandestine et chacun semble s'accommoder de cet état de faits. "On ne parle pas de ça à table" disait-on dans les familles bourgeoises. Telle semble être la pratique qui prévaut dans les établissements pénitentiaires.

Tenir pour négligeable le respect d'une fonction aussi importante que la fonction sexuelle, décider "ex-cathedra" que ce n'est pas un problème à aborder, renoncer avant même que d'y avoir réfléchi aux possibles avancées sur ce terrain est une grave erreur.

Une indication intéressante peut être apportée par une initiative prise dans une MA de la région parisienne.

Des préservatifs, disposés au grand jour, dans un panier, au centre médical n'étaient pratiquement pas pris par les détenus, jusqu'au jour où une infirmière a pensé installer ces paniers de préservatifs dans les toilettes. Dans les jours qui ont suivi, le stock de préservatifs a été épuisé...

Quand on n'est pas titulaire d'une permission de sortie, prendre un préservatif au vu et au su de tout le monde, au centre médical, est un aveu public de rapports homosexuels. Or l'homosexualité est vécue comme une tare, une honteuse pratique, dans un monde où la masculinité s'affirme comme la vertu première ("On est pas des gonzesses, on est pas des pédés, ici ").

Les rapports homosexuels existent. Pourtant, ils se pratiquent de façon occulte, les règlements intérieurs des établissements sont particulièrement discrets sur le sujet et l'autorité n'intervient qu'en cas de retentissement sur l'ordre public.

Si on pense que l'exercice de la sexualité est de nature à favoriser le retour à une vie " normale", alors, l'exemple, une fois encore, peut nous venir de l'étranger : l'Espagne, le Québec, les pays de l'Europe du Nord,

entre autres, ont déjà institué des parloirs intimes, des pavillons familiaux, pour les détenus qui ne peuvent pas bénéficier de permissions de sortie, leur facilitant la réception de leurs proches, pendant quelques heures, ailleurs que dans la stalle du parloir dont les dimensions excèdent rarement 3 m²... L'ensemble des publications sur le sujet montre que le comportement des détenus est très favorablement influencé par la mise en oeuvre de ces mesures.

* L'environnement

Chacun en conviendra, passer 22 heures par jour dans une cellule pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, n'est pas, à proprement parler, la voie idéale pour obtenir un développement harmonieux de la santé physique et mentale.

L'incertitude devant un procès qui va venir, l'angoisse des comparutions devant le juge d'instruction, le coup de massue d'une condamnation, l'isolement du milieu familial, la sensation (justifiée) d'être surveillé à tout instant, la disparition de toute intimité sont autant d'agressions contre l'équilibre psychique et somatique du détenu en maison d'arrêt.

Depuis quelques années, le personnel de surveillance, par le fait des promotions de sortie de l'ENAP, se féminise quelque peu.

Les quelques questions posées sur ce sujet aux détenus, lors d'entretiens impromptus, aux surveillants en poste et aux agents administratifs ont amené à des réponses dans l'ensemble très favorables. Il semble bien qu'à l'échelon collectif, la présence féminine "humanise " en quelque sorte les rapports entre les détenus et le personnel de surveillance. Tout se passe comme si il était plus difficile de lancer des insultes à une surveillante-femme qu'à un surveillant-homme. Les rapports surveillants-

détenus ont gagné en urbanité, l'autorité n'en a semble-t-il subi aucun dommage.

A l'échelon individuel, les détenus sont assez favorables à cette évolution, sans qu'il soit possible d'accorder une quelconque valeur statistique aux propos recueillis ici ou là, l'impression retirée est très positive.

Pour mener à bien un travail de maintien de la santé ou pour aider à son recouvrement, il importe que l'ensemble des intervenants auprès des détenus se comprennent bien et oeuvrent de façon complémentaire, même si leurs attributions diffèrent sensiblement.

Les rapports entre surveillants et intervenants se sont considérablement modifiés par le fait que la santé a fait une brusque irruption en tant qu'entité autonome, dans les établissements pénitentiaires, tout d'abord, dans les EGPD en 1990, puis par la mise en place des UCSA après 1994

Pour diverses raisons, il semble que ce " new deal " se soit opéré avec plus de facilité (si on peut dire) dans les EGPD que dans les établissements à gestion directe.

L'arrivée d'un "service médical" dans les EGPD a été contemporain d'une mini-révolution de la vie carcérale. Elle a fait partie d'une vaste reconversion des esprits et des moeurs et s'est un peu fondue dans un ensemble de modifications au milieu desquelles la "pilule", assez amère pour les surveillants, est passée sans trop de difficultés majeures.

L'apparition des UCSA, en revanche a constitué une irruption plus abrupte dans les rapports avec les détenus et les autorités.

L'accouchements'est parfois déroulé à frottement dur, voire au forceps.

Les nouveaux arrivants, adossés à une structure solide, porteurs d'un prestige que confèrent le savoir et une certaine forme de pouvoir, n'ont pas toujours été suffisamment informés des contraintes spécifiques au

milieu carcéral. L'hôpital, bien équipé au plan technique, servi par des médecins et des soignants de compétence incontestée, était mal préparé à entrer dans ce monde clos, aux règles particulièrement contraignantes. On a parfois eu l'impression que les praticiens hospitaliers, en charge de la santé dans un établissement pénitentiaire se comportaient comme si la prison n'était rien d'autre qu'une extension pure et simple de leur service hospitalier. Or la prison est tout, sauf hospitalière.

* L'activité intellectuelle

L'enseignement, tel que dispensé par l'Education Nationale permet à un nombre très notable de détenus d'élever leur niveau de connaissances. L'illettrisme, terrible handicap pour la recherche d'un emploi à la sortie fait l'objet d'un soin particulier en maisons d'arrêt. En cela, la scolarisation ou la reprise de la scolarité est un élément très favorable à la naissance et au développement d'un équilibre mental perturbé.

L'aménagement des horaires permet rarement de suivre un cursus scolaire et de pratiquer un travail suivi en atelier, à plus forte raison lorsque le détenu émet la prétention de pratiquer une discipline sportive. La fréquentation des bibliothèques, l'évaluation du nombre de volumes distribués en prêt, chaque mois, rapporté au nombre des pensionnaires d'un établissement permet de noter que les détenus sont des lecteurs beaucoup plus assidus qu'un échantillon de population du même âge à l'extérieur. Ce phénomène étant beaucoup plus notable en centrale qu'en maison d'arrêt.

Les romans policiers trouvent relativement peu d'amateurs... L'histoire, les essais, la philosophie elle-même sont plus prisés que les romans. Cela est un peu surprenant quand on sait que la population incarcérée

comporte plus de 10% d'illettrés et que 54% des détenus n'ont pas atteint le niveau du premier cycle de l'enseignement secondaire.

* L'activité spirituelle et/ou religieuse

Peu de manifestations visibles, le travail des aumôneries, pourtant très présentes, reste remarquablement discret. Quelques noyaux de vie religieuse, une publication régulière dont la rédaction est entièrement entre les mains des détenus et dont le tirage est de l'ordre de 2000 exemplaires diffusés en France et à l'étranger (Foi et Prison) est une réalisation un peu solitaire, sévèrement désapprouvée par tel ou tel syndicat, mais qui a, entre autres vertus, de permettre à des hommes d'entretenir l'espérance. A noter au passage qu'une proportion non négligeable des associatifs, des bénévoles, impliqués dans la visite aux prisonniers, dans le soutien scolaire, ou dans l'assistance aux familles appartient à la mouvance religieuse chrétienne.

Les maladies

* Somatiques

- Les maladies infectieuses et virales

Le VIH

C'est à lui, c'est au SIDA qu'on doit la réforme des soins dans les prisons. Le SIDA a été un détonateur qui a déclenché une réflexion et induit une volonté d'action.

Il faut noter à ce sujet, que de très importantes modifications qualitatives et quantitatives se sont produites au cours des douze dernières années. Le SIDA, maladie mortelle à 100% ou presque, vers la fin de la décennie 80, atteignait à l'époque une proportion voisine de 6% des détenus

connus des équipes médicales (Enquête "un jour donné" du ministère de la Santé)

Telle n'est plus la situation : les campagnes d'information sur la prophylaxie de la maladie, l'instauration d'une politique de réduction des risques, l'apparition de médicaments plus efficaces et leur administration simultanée, la qualité du suivi biologique et thérapeutique ont, sinon bouleversé la situation, au moins notablement transformé le tableau : le pronostic à court et moyen terme s'est très sensiblement amélioré. En 1998, on compte 1,6 % de détenus séropositifs, connus des équipes médicales (Enquête "un jour donné" du ministère de la Santé) dont une immense majorité est concentrée en région parisienne et en PACA. Ces malades détenus sont traités dans des conditions comparables à celles qui prévalent pour les malades du "dehors" et leurs chances de mener une vie proche de la normale, tout en se soumettant à de rudes contraintes thérapeutiques, se sont manifestement améliorées. L'ensemble des malades atteints de viroses fait l'objet de traitements up-to-date, dans des conditions certainement de meilleur aloi que s'ils étaient dehors, si on s'en réfère à la façon dont ils étaient suivis et traités avant d'entrer en prison. Il faut garder à l'esprit le fait que bonne part des malades atteints par le virus VIH et plus encore par le VHC n'étaient pas suivis du tout, encore moins traités avant leur incarcération. C'est à cette occasion qu'un traitement aura été instauré. La très sensible diminution du nombre de ces malades, le relatif progrès apporté par les traitements récents n'empêchent nullement que le SIDA reste un objet de souci très présent, très prégnant pour les équipes soignantes. Il reste une maladie emblématique, une menace ressentie par l'ensemble de notre société et plus encore par la population carcérale toute entière.

Les détenus de nationalité étrangère, en cours de traitement, ne doivent pas être frappés d'expulsion du territoire national à leur sortie de prison. Le renvoi dans son pays d'origine d'un malade, congolais, atteint du SIDA, ou d'une autre maladie mettant sa vie en danger, alors qu'il est sans ressources, et qu'il est en traitement dans une prison française constitue une exécution capitale masquée.

On notera au passage une procédure existante : article 25 -8° de l'ordonnance du 02/11/45 relatif aux catégories d'étrangers protégés par des mesures d'éloignement du territoire français.

Les hépatites B et C

Alors que la prévalence VIH semble se concentrer davantage dans deux régions bien individualisées (Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur) et que ses chiffres semblent se tasser quelque peu, depuis deux ou trois ans, l'évolution des chiffres de malades infectés par le virus de l'hépatite C, beaucoup plus également réparti sur le territoire national, est extrêmement inquiétant.

Le dépistage, pratiqué lors de la visite d'entrée ou dans les premières semaines suivant l'incarcération, montre un nombre de malades infectés par le VHC considérablement plus grand que celui des malades à sérologie VIH positive.

La surveillance biologique et anatomo-pathologique de ces malades pose de difficiles problèmes d'organisation.

Leur traitement, très contraignant pour les malades, est encore très onéreux pour les organismes assurant la couverture sociale (on peut raisonnablement espérer voir apparaître de nouvelles modalités de

traitement qui réduiront le poids de ces deux facteurs dans un délai de quelques mois).

Ces malades, séropositifs au VHC, constituent une bombe à retardement dont le mécanisme est enclenché et vont provoquer demain, une véritable explosion de la maladie évolutive, si la proportion d'hépatites chroniques actives par rapport au nombre de sujets séropositifs demeure celle qu'elle est aujourd'hui.

La tuberculose pulmonaire

De nombreuses raisons peuvent expliquer sa résurgence dans les prisons au cours des dernières années 80 et au début des années 90.

Une grande inquiétude s'est fait jour quand des dizaines de cas de tuberculose sont apparues à la faveur d'immunodéficience acquise, maladies à fort potentiel évolutif, avec apparition de BK résistants au traitement.

Aujourd'hui, sans qu'on puisse affirmer que l'alerte est passée, force est de reconnaître que le nombre de malades a fortement décru, que les traitements bien conduits sont efficaces et qu'une certaine sérénité reparaît sauf au sein des personnels de surveillance qui conservent une attitude extrêmement craintive. Le malade tuberculeux, traité, stabilisé, non bacillifère, en voie de guérison est encore considéré comme un lépreux, un pestiféré par des surveillants dont il conviendrait de parfaire les connaissances afin de les rassurer.

La maladie demeure cependant près de 10 fois plus fréquente qu'à l'extérieur en région PACA.

Les maladies sexuellement transmissibles

Elles ne doivent pas pour autant être négligées, elles n'ont pas disparu, même si elles n'occupent plus aujourd'hui le devant de la scène

Les pathologies plus récemment apparues

Elles sont liées à l'âge, en rapport avec le vieillissement de la population carcérale. Les plus de 50/60 ans étaient relativement rares en prison jusque très récemment. L'alourdissement des peines, la durée de détention qui va en augmentant a fait apparaître, en nombre, des pathologies qui étaient jusqu'alors très minoritaires.

La maladie artérielle, tout d'abord et ses diverses déclinaisons viscérales, hypertension, coronarites, accidents cérébraux, infarctus du myocarde, artérites des membres inférieurs, thromboses, toutes maladies qui atteignent plus volontiers les sujets au cours de la deuxième moitié de leur vie.

Les tumeurs bronchiques (en rapport avec un tabagisme majeur chez les détenus) ou *digestives*, les maladies métaboliques, au premier rang desquelles il faut noter le *diabète*. Les *maladies chroniques* et plus particulièrement *l'insuffisance rénale* obligeant à recourir à la dialyse périodique, voire à la transplantation d'organe.

Les handicaps moteurs posent en prison de très difficiles problèmes, car les architectes n'avaient guère prévu qu'on mettrait les paralytiques en détention. Les paraplégiques sont complètement dépendants du bon vouloir de leurs codétenus pour leurs déplacements à l'intérieur des établissements, ils éprouvent d'immenses difficultés à poursuivre leur rééducation, sans parler des tracasseries qu'occasionnent les fonctions d'exonération.

* Maladies mentales ou le désastre psychiatrique

En revanche, les troubles mentaux qui frappent un nombre tout à fait élevé de détenus sont, sinon laissés à l'abandon, au moins insuffisamment étudiés, surveillés et traités. Ces troubles ne bénéficient pas du niveau d'attention et d'efficacité que réclame l'état des malades.

Au mieux, on survole, au pire on occulte ces pathologies qui ont souvent été la cause première de l'incarcération et qui obèrent lourdement l'avenir des "sortants".

On ne peut manquer d'être frappé par le questionnement insistant des médecins sur l'inexplicable présence en prison d'un nombre considérable de psychotiques identifiés.

Problème aujourd'hui sans solution, laissant médecins, infirmières, surveillants et codétenus dans une situation extrêmement difficile à gérer. Cette présence incongrue est certainement en rapport avec de multiples facteurs, tous très complexes, mais on ne peut s'empêcher de noter deux éléments qui y concourent.

- D'une part, l'attitude des psychiatres experts qui s'est substantiellement modifiée au cours des dix dernières années. Pour ce qui est des procès aux 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. Ces avis d'experts, il est vrai, sont contemporains d'une réforme du code pénal qui modifie la classification des imputations de responsabilités. Ces chiffres, communiqués au congrès des SMPR de Nantes, l'année dernière, ne traduisent donc pas forcément une sensible amélioration de la santé mentale des accusés, mais plus

vraisemblablement un changement d'appréciation de la part des psychiatres experts ; leur qualité "d'experts" emportant tout naturellement la conviction des magistrats et celle des jurés, il n'est peut-être pas inintéressant de noter le sensible alourdissement des condamnations qui, depuis quelques années, a accompagné ce revirement.

- D'autre part, l'attitude des hôpitaux psychiatriques et de leurs personnels à qui il arrive de refuser au nom d'une éthique qui leur appartient, de recevoir dans leur service des malades très sévèrement atteints, renvoyés sans états d'âme dans la vie urbaine, quelques heures après leur admission. Ces malades font, à l'évidence, montre d'un comportement hors normes qui les ramène inéluctablement entre les mains de la police, puis de la justice, enfin de la prison.

Tout se passe comme si la prison était devenue le seul lieu "d'accueil" pour un nombre croissant de psychotiques, rejetés à l'extérieur de l'institution hospitalière.

Nombre de médecins psychiatres qui oeuvrent en milieu carcéral signalent qu'ils sont amenés à traiter un nombre important de malades délirants chroniques sévères.

Ainsi, à la Centrale de Lannemezan, Mme le docteur ROLLAND, psychiatre attaché à l'établissement fait état de la présence de plus de 10 de ces malades au sein d'une population de l'ordre de 150 détenus, tous condamnés à de lourdes peines. Il ne s'agit pas là d'une situation exceptionnelle, tant s'en faut.

Un tel constat, joint aux extrêmes difficultés rencontrées par les praticiens pour obtenir une hospitalisation d'office en service habilité, lors d'épisodes aigus mettant en péril la vie du malade et/ou de ceux qui

l'entourent posent d'inextricables problèmes aussi bien dans les établissements en gestion directe que dans les établissements à gestion déléguée.

Resterait alors le recours aux placements en unités pour malades difficiles.

Les Unités pour malades difficiles(UMD) sont réduites au nombre de 4 pour l'ensemble du territoire national, leur capacité d'accueil n'excédant guère 520 lits pour desservir une population de 60 millions d'habitants...

Loin d'être réservées aux malades provenant des lieux de détention, elles sont appelées à recevoir l'ensemble des malades dont le comportement est considéré comme dangereux. L'existence de ces unités est abondamment citée par ceux qui refusent de recevoir les psychotiques incarcérés comme une raison pour maintenir leur attitude de refus d'hospitalisation de ces malades, alors qu'ils savent, mieux que personne, que la tentative d'y placer un malade relève de l'exercice de haute voltige rarement couronné de succès.

Pour faire face à ce besoin inassouvi de médecine, car c'est bien de diagnostic et de traitement qu'il s'agit, et non de savants discours sur l'ethnologie au sein des mégapoles, l'anthropologie carcérale, la sociologie de l'exclusion, discours dont ces malades n'ont que faire, le nombre d'heures de présence de personnel spécialisé est dramatiquement, insuffisant dans la quasi totalité des établissements visités.

Médecins psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues cliniciens sont présents, certes, et beaucoup y font un travail considérable qui force l'admiration. Ce n'est pas encore assez.

En fait, on s'achemine vers une très inquiétante régression. Il y a près de deux siècles déjà, Pinel "brisant les chaînes des aliénés" avait fait faire un pas de géant à la médecine en instituant leur hospitalisation. Et voilà qu'aujourd'hui, au nom du respect que l'on porte aux personnes, on remet des chaînes (au sens propre du terme) à des malades mentaux pour les amener en consultation.. Il paraît que c'est un progrès. !!!

En fait, pour beaucoup de malades incarcérés, atteints de graves troubles du comportement, dont l'hospitalisation est très difficile, même lorsqu'elle est nécessaire, l'institution psychiatrique, en France, ne rend pas les services qu'ils sont en droit d'attendre d'elle.

La plus grande ouverture des services de psychiatrie, dont chacun se félicite, s'est probablement effectuée aux détriments des malades qui ont besoin d'une surveillance renforcée.

On a supprimé les services fermés en pensant rendre service à la dignité de la personne malade, et quand se présente un malade réellement dangereux, on lève les bras au ciel en déclarant que le service n'est pas équipé pour recevoir ces patients

* Toxicomanies

Il s'agit là d'un domaine où la confusion sémantique est reine. Toutes les prises de parole sur le sujet souffrent de graves troubles de l'interprétation des termes employés dès lors qu'on se sera dispensé d'en donner une définition préalable.

Beaucoup de responsables de l'ordre public, qu'il s'agisse de policiers, de gendarmes, de magistrats ou de membres de l'administration pénitentiaire et de beaucoup d'autres encore montrent une tendance manifeste à tout confondre : les produits utilisés, la fréquence d'usage, les voies d'administration, les profils des consommateurs et à mettre, en quelque sorte, "tout dans le même sac" : cannabis occasionnel, héroïne

gravement addictive, ecstasy récréatif, cocaïne mondaine, crack criminogène, etc. Le tout, dans une absolue fidélité à l'esprit de la loi de 1970, qui a fait naître et entretient encore cette détestable confusion.

Les usagers de ces diverses substances, obéissent à des pulsions à des désirs, à des besoins de natures différentes et il convient de prendre cette notion en compte, même si, en France en particulier, un nombre élevé de nos contemporains manifestent un désir de paradis artificiels dont l'industrie de l'alcool et des apéritifs anisés reste le pourvoyeur numéro 1.

Les avantages du statut : les toxicomanes ou ceux qui se présentent comme tels savent que cet aveu (ou cette revendication) leur ouvre un environnement plus accueillant : des bénévoles, des associations, des médecins, des travailleurs sociaux, des aumôniers, vont être plus attentifs à ce qui leur arrive ; l'institution elle-même, alertée par les multiples publications sur le sujet, pourra peut-être se montrer plus souple. Le rapport Gentilini (1996), lui-même issu de la plus honorable inspiration, mentionne en clair que les demandes de libérations anticipées devraient être mieux orientées, "en particulier celles des toxicomanes". Voilà qui en dit long sur le traitement plus attentif dont quelques toxicomanes, vieux habitués des prisons, espèrent bénéficier.

En fait, c'est du degré de dépendance, c'est à dire de l'importance de la pathologie qu'il faut tenir compte. En la matière, l'alcool est au moins aussi addictif que les opiacés et on peut raisonnablement se demander pourquoi la dépendance aux opiacés (pourtant beaucoup moins mortifère que l'alcoolisme) a fait l'objet d'une superbe créativité en termes d'entourage, de substitution de soins attentifs alors que l'alcoolique reste le plus souvent soumis à un sevrage autoritaire, plus ou moins bien accompagné des bonnes paroles de telle ou telle association.

Les conduites adoptées sont très variables suivant les établissements et les personnels responsables. On conçoit aisément que l'attitude puisse être sensiblement différente suivant qu'on se trouve en maison d'arrêt au sein de laquelle le séjour peut être relativement bref ou bien qu'on entre en maison centrale pour une durée de plus de dix ans.

Dans le premier cas, une thérapie substitutive pourra probablement aider à éviter une rechute dans l'addiction à la sortie de prison, dans l'autre cas, ce n'est manifestement pas la même perspective et c'est probablement l'aide au sevrage définitif qui sera au premier plan.

Ces malades, jusque dans les années 80 étaient régulièrement orientés vers les psychiatres. Il a fallu qu'apparaisse le SIDA chez les adeptes de la voie intraveineuse, à la fin des années 80, et que ces malades deviennent des condamnés à mort pour que la "gens-psychiatria" accepte en maugréant d'entrouvrir aux autres médecins les portes de son domaine réservé où elle restait pourtant singulièrement inefficace. La médecine faisait là un "come-back" fracassant, imposant un renversement complet de tendance. Il s'agissait bel et bien de traiter les malades, de les rendre à la vie et si possible, de les guérir.

Au milieu des ricanements, des quolibets, mais aussi des pièges adroitement tendus par la psychiatrie institutionnelle, un bon nombre de psychiatres clairvoyants et courageux (qu'on a tendance à nommer dissidents, tant l'institution évoque le défunt stalinisme) ont joint leurs efforts à ceux des médecins praticiens et se sont donc mis au travail. Parlons clair, la plupart de ceux-là exerçaient dans le secteur libéral.

En quelques années, l'information des toxicomanes a progressé, une politique de réduction des risques a été mise en oeuvre, les virologistes, les pharmacologistes ont identifié et diffusé des molécules permettant de ralentir ou d'inhiber la multiplication du virus, des malades jusqu'alors

condamnés à court terme ont retrouvé la vie ; les toxicomanes se sont vu proposer des solutions alternatives au sevrage forcé dont chacun connaît le taux de rechutes. C'est ainsi que des milliers de malades ont retrouvé une stabilité familiale, professionnelle et sociale, une vie acceptable.

Tout cela s'est passé au milieu d'une indifférence dépitée des ténors de l'institution psychiatrique qui après avoir ardemment lutté contre, s'est résolue à laisser faire. Un tel comportement n'a pas facilité la tâche des praticiens qui se débattaient face à une demande des toxicomanes qui craignaient (à juste titre) pour leur survie. Soupçonnés par les pouvoirs publics, brocardés par leurs confrères "spécialistes", ils ont cependant transformé la vie des malades, fait apparaître une baisse sensible de la délinquance parmi ceux qui se soumettaient à des traitements de substitution et obtenu un substantiel recul de la diffusion des maladies virales et de leurs conséquences. Ils ont en outre incité beaucoup de jeunes gens à ré-apprendre, à aimer, à lire, à avancer, à vivre enfin. Rien de tout cela n'est négligeable.

- Subutex : planche de salut ou bête noire ?

La controverse autour de la buprénorphine, médicament utilisé dans les programmes de substitution demeure d'actualité en milieu pénitentiaire.

Chaque épisode de cette longue histoire, chaque progrès dans la prise en charge des malades dépendants est une médaille qui comporte son revers.

C'est à très juste titre que les tenants d'une politique de substitution ont courageusement oeuvré pendant des années afin de promouvoir une approche faisant en quelque sorte "la part du feu" (mais qui permettait de rendre à la vie "normale" un plus grand nombre de sujets dépendants) et

qui a été longtemps dénigrée par les tenants du sevrage absolu sans compensation pharmacologique, méthode dont le taux d'échec était pourtant singulièrement inquiétant. L'heure des anathèmes est passée. Reste ...le plus important, c'est à dire le traitement de ces dépendances.

Au sein même de la substitution, deux "convois" naviguent de conserve. Sont partis en tête, les centres de traitement utilisant la Méthadone. L'intérêt de la substance, qui est présentée sous forme d'un sirop, a été maintes fois détaillé. La méthode d'administration a pour avantage d'être développée au sein de groupes de travail réunissant des personnels médicaux, infirmiers, et psychosociaux, en contact quotidien avec les demandeurs. Cette rencontre occasionnée par la prise du médicament, c'est le bon côté de la procédure, permet d'établir une relation de soutien, de construire lentement une attitude de confiance mutuelle progressive, une meilleure connaissance, une capacité de conseil et d'assistance en cas de difficultés. L'inconvénient majeur, c'est le poids de la structure, le besoin en personnel, l'assiduité obligatoire aussi bien pour les patients que pour les soignants, c'est le fait qu'il s'agit d'un travail de longue haleine, une course de fond, un objectif qui n'est pas atteint en quelques semaines, toutes difficultés que notre monde, épris de succès immédiats et de triomphes spectaculaires, n'est pas très disposé à affronter.

Parallèlement, et au moins en partie, à cause de cette lourdeur du système, qui limite l'accès des demandeurs aux programmes de substitution, s'est développé le recours à une molécule qui était connue de longue date pour son pouvoir antalgique, mais dont l'usage en cures de "compensation pharmacologique" est beaucoup plus récent. Molécule plus maniable, présentation galénique plus flexible et surtout, possibilité d'associer les médecins praticiens du secteur libéral de ville à l'entreprise.

Là encore, le travail n'a pas été simple. Réticences, procès d'intentions, accusations de tous ordres, frilosité de l'institution médicale, conservatismes tous azimuts, tout cela a été surmonté et aujourd'hui, un nombre bien plus grand de toxicomanes que par le passé peut avoir accès à un traitement qui rend possible le retour à l'insertion familiale, sociale, professionnelle, perspective qui était jusqu'alors, quasiment hors d'atteinte.

Aujourd'hui, en prison, qu'en est-il ?

Un nombre tout à fait considérable de personnes incarcérées se disent "toxicomanes" à leur entrée en prison. Le chiffre varie selon les régions, l'Île de France et la région PACA occupant la tête du peloton. Le fait est qu'une proportion non négligeable de ces sujets dépendants (ou s'affirmant tels) est effectivement suivie, traitée, incluse dans les programmes de substitution et l'attitude qu'il convient d'adopter à leur égard est parfaitement décrite dans des textes officiels qui laissent peu de place à interprétation restrictive. Et pourtant...

Un des problèmes que se posent les soignants lors de la consultation à l'entrée du détenu est celui de la continuité du traitement institué "dehors".

Sur simple appel téléphonique au médecin traitant ou au centre de soins indiqué par l'impétrant, il est possible d'obtenir la confirmation des dires du sujet, des précisions sur les substances et les dosages utilisés jusqu'alors, sur la régularité du suivi, etc. Ceci sous la réserve que ces entrées se déroulent à des heures où le cabinet médical sera ouvert, où le centre méthadone sera fonctionnel. Du vendredi après midi au lundi matin, ces éléments sont quasiment impossibles à colliger. Ainsi en va-t-il

des horaires ectopiques. Quand on sait que l'arrivée dans une maison d'arrêt fait souvent suite à un épisode de garde à vue qui peut durer jusqu'à 96 heures, au cours desquelles la sollicitude policière va rarement jusqu'à proposer l'administration de la thérapeutique substitutive, même si celle-ci a déjà été initiée "en ville", alors il faut s'attendre à de fâcheux épisodes d'état de manque. Ce qui ne manque pas de se produire...

Dès le moment où la décision de poursuivre le traitement aura été prise, c'est bien sûr avec la substance avec laquelle le patient était traité, qu'elle sera mise en oeuvre.

On peut cependant se demander laquelle de la méthadone ou de la buprénorphine est la mieux adaptée au traitement d'un patient détenu.

La buprénorphine (Subutex), de maniement plus aisé à l'extérieur, moins contraignant, présente cependant en milieu carcéral quelques mauvais points, justement liés à cette "commodité". Tout d'abord, la présentation sous forme de comprimés facilite l'accumulation, voire le trafic. Cette même présentation permet aussi toutes sortes de mésusages : un comprimé, ça se pile, ça se réduit en poudre, ça se dilue, ça s'injecte, même si il n'existe pas de flash contemporain de l'injection, lors de la saturation simultanée de tous les récepteurs, le rituel de l'intra veineuse fait partie, chez quelques toxicomanes de l'indispensable préalable pour goûter au plaisir. Bref, le médicament est relativement facile à détourner de son indication. L'ingestion du produit doit en principe se dérouler sous le regard, du personnel soignant, le comprimé se délite, en sublingual, en quelques minutes et le patient quitte l'unité de traitement à l'issue de cette procédure.

Dans les faits, il est assez rare que les choses se passent ainsi. Le personnel infirmier doit distribuer un grand nombre de comprimés et contrôler un grand nombre de consultants au centre médical, le temps de

délitement en sublingual n'est pas respecté. Le comprimé peut ainsi être recraché, enveloppé dans un kleenex, et ensuite utilisé, soit par le récipiendaire, soit par un codétenu qui s'en saisira, contre argent sonnante et trébuchant, bien sûr ! La méthadone sous forme de solution buvable, à ingérer quotidiennement au centre médical, sous les yeux du personnel soignant ne se prête pas à ce genre de manipulation. L'administration est instantanée. Impossible d'en faire trafic à l'intérieur de l'établissement. Impossible de l'injecter. Les caractéristiques pharmacologiques, plus dangereuses, sont moins intéressantes, notamment pour les amateurs de sensations fortes, mais au quotidien, le maniement médicalement contrôlé est plus sûr, au moins en milieu pénitentiaire.

En prison, la quasi totalité des soignants interrogés sur le sujet disent accorder leur préférence à la méthadone. La buprénorphine, cependant, est la substance, de loin, la plus utilisée en ville. C'est elle qui a permis l'élargissement des indications des traitements de substitution et donc celle qui est beaucoup plus largement utilisée pour la reprise des traitements intramuros, car le changement de molécule de substitution pourrait rendre plus hasardeux le maintien du traitement à la sortie de la maison d'arrêt. Il n'empêche, un travail de longue haleine orientant préférentiellement les consultants vers la méthadone ne serait probablement pas du temps perdu.

Quoiqu'il en soit, malgré les avis autorisés, les circulaires ministérielles, les résultats publiés en France et à l'étranger, le traitement de la dépendance chez les personnes détenues reste très disparate, subordonné aux convictions ou aux humeurs des médecins, des directeurs d'établissements pénitentiaires, des personnels de surveillance etc. Les travaux de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue

et la Toxicomanie (MILDT) devraient inspirer les décisions des responsables de terrain... on y gagnerait en cohérence et en efficacité.

* *Le suicide en prison*

Cauchemar de l'administration et des personnels de surveillance, le nombre des suicides en prison monte inexorablement depuis quelques années suivant une pente extrêmement raide. De tels épisodes sont beaucoup plus fréquents en France et en Belgique que dans tous les autres pays de l'Union Européenne.

Le taux de suicide dans les prisons françaises s'établit autour de 19 pour 100.000 détenus alors qu'en Suède ce taux est voisin de 7 pour 100.00 (1996).

En 10 ans, le chiffre des morts par suicide au cours de l'incarcération a plus que doublé, passant de 60 en 1987, à 138 en 1996, pour un nombre de détenus qui n'a guère bougé.

Pendant l'année 1997, ce sont 1.022 tentatives d'autolyse qui se sont produites en prison et n'ont pas abouti au résultat recherché par leurs auteurs.

Il n'est bien sûr pas question de rapprocher ces chiffres de l'ascension vertigineuse du nombre de malades mentaux incarcérés... et pourtant !

Ces drames touchent indistinctement les établissements de type EGPD et ceux qui vivent sous un régime de gestion classique.

Des programmes d'action ont été mis en oeuvre dans onze sites pilotes dans le but de prévenir de tels accidents.

Tentative d'identification des "sujets à risques" lors de la visite d'entrée et observation plus attentive des personnes détenues considérées comme

plus fragiles sont les deux éléments les plus importants de ces programmes.

L'heure n'est pas encore venue d'évaluer l'efficacité de ces dispositifs. Tout au plus peut-on noter avec un peu d'amertume, qu'à Aiton, par exemple, pas un seul des cinq suicidés dans l'établissement n'était inscrit sur la liste des sujets à risques... Deux éléments méritent une réflexion.

- 40% des morts par suicide interviennent dans les trois mois qui suivent l'incarcération, dont plus de la moitié dans les quinze premiers jours ;
- ce sont les quartiers disciplinaires qui sont les plus grands pourvoyeurs de ces épisodes tragiques.

Le passage à l'acte est la marque d'une détermination qui défie, encore aujourd'hui, toutes les précautions et la prévention du suicide reste à l'état de problème non résolu : en quelques années, ce sont des centaines de vies humaines qui ont payé le prix de notre incapacité.

Les automutilations entrent dans le cadre de ces actions agressives, leur nombre est plus élevé encore que celui des tentatives de suicide. Ce sont, le plus souvent, des incisions cutanées plus ou moins profondes, voire des sections de doigt, des ingestions de corps étrangers ou de produits toxiques.

* *La fin de vie en prison*

Les détenus en phase terminale vont avoir à affronter la mort en prison, un épisode que personne ne peut accepter sans sourciller.

Pour l'ensemble des personnels intéressés, on ne doit pas mourir en prison, c'est une question de courtoisie. L'apparition de signes annonciateurs de l'imminence de la mort donne lieu à de fébriles

agitations pour que le malade ait au moins franchi les portes de l'établissement avant de mourir. Le SAMU sera très instamment prié d'entretenir les manoeuvres de réanimation jusqu'à l'hôpital.

A cette occasion, il faut raisonnablement se poser la question du maintien en détention de malades qui abordent de façon tout à fait prévisible la phase terminale de leur maladie. Porteurs de tumeurs très évoluées ou de déchéances pluriviscérales, grabataires, sans espoir de guérison, ni même de répit évolutif, ils meurent lentement, dans la solitude et l'abandon, alors que leur famille ou des associations seraient à la fois désireuses et capables de leur assurer l'entourage minimum qui est de mise dans ces moments là.

En France, aujourd'hui encore, les grâces, même pour raisons médicales sont (on se demande pourquoi) réservées au Président de la République. Les textes en ont ainsi décidé, probablement.

Qu'est-ce donc qui qualifie le Président pour accorder une grâce pour raison "médicale " ? Cela demeure un mystère, mais une réponse intelligente à cette question pourrait peut-être faciliter la prise de décisions qui respecteraient les hommes et honoreraient notre pays.

Les soins en prison

** La demande de soins*

Elle est manifestement beaucoup plus pressante en prison qu'à l'extérieur pour une population d'âge comparable.

La médiocrité de l'état de santé à l'entrée donne une explication partielle de cette différence. Mais bonne part cette demande va bien au-delà de la plainte pour céphalée ou petit trouble digestif, le recours au service médical ou à l'UCSA est en fait, de la part du détenu, une demande de

contact, c'est un témoignage du mal-vivre, c'est un besoin de parler en confiance, d'attirer l'attention sur son propre malheur. Parallèlement, les "exigences" des détenus vont en croissant au fur et à mesure que se développe la notion de la santé considérée comme un droit. Il n'y a là rien de scandaleux, ce niveau d'exigence s'élève en même temps et au même rythme qu'au sein de la population, à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Cette revendication doit être gérée avec beaucoup d'attention, la qualité de l'écoute est certainement plus importante que le nombre de comprimés prescrits.

* La médecine générale

Au sein des EGPD et des UCSA le médecin du centre assure la continuité de la vie, telle qu'elle pourrait se dérouler "dehors" ; il (ou elle) est ce qui reste de l'existence "normale". Au centre médical, chacun peut y parler de soi sans apprêt. Cette impression "d'extraterritorialité" est ressentie et exprimée par un très grand nombre de détenus qui disent parfois qu'ils pensent avoir à faire à "leur médecin".

Les fonctions qu'il remplit sont celles qui ont été définies par les contrats mais force est de reconnaître que cette personnalisation du rapport médecin-malade joue un rôle majeur.

Garant de la santé des détenus, et du secret des conversations, responsable de la tenue des dossiers de santé, le généraliste est perçu comme un possible intercesseur auprès de l'autorité administrative, même si cette activité est tout à fait exceptionnelle.

Le corps des spécialistes intervenant intra-muros est beaucoup plus lointain dans la vision qu'en ont les détenus.

* Le personnel infirmier

C'est de lui, en très grande partie que dépendent les progrès, les avancées de la santé en prison.

Personnage central de l'activité de soins, l'infirmier(e) est présent(e) sur place, pendant des plages horaires plus étendues que le médecin. Plus disponible, plus proche des détenus, ces personnels entretiennent souvent avec les surveillants et plus particulièrement avec le surveillant chargé de l'UCSA ou du centre médical des rapports très fréquents et souvent assez étroits, dont la qualité facilite la compréhension des obligations et des servitudes de chacun.

Interface précieuse entre le monde de la santé et les impératifs de sécurité, entre la médecine et l'administration, entre les détenus et les surveillants, l'infirmier(e) est souvent une bonne oreille, en capacité d'écouter et d'analyser des demandes, un bon élément de soutien de la santé physique et mentale des détenus.

La promotion de la santé trouve en eux les agents les plus efficaces.

* La demande de médicaments

Dans la vie courante, à « l'extérieur », c'est déjà une des plaies de l'exercice médical, en particulier pour les médecins exerçant dans le secteur libéral. En prison, cela devient un cauchemar.

Beaucoup de détenus et pas seulement les toxicomanes ou les usagers de médicaments détournés de leur indication, sont très en appétit de remèdes à ce « mal-vivre » déjà évoqué. Beaucoup espèrent qu'une molécule psychotrope va les aider à supporter les très rudes conditions de la vie carcérale. Or il n'existe pas de pilule du bonheur. Les soignants qui exercent en milieu pénitentiaire doivent

SAVOIR COMMENT DIRE NON.

SAVOIR, car ces choses là s'apprennent, il ne suffit pas d'être attentif aux demandes du consultant et rigoureux dans sa décision. L'expérience est, en la matière, un élément irremplaçable.

COMMENT, car un refus doit être expliqué, motivé, c'est un acte pédagogique, la bienveillance doit y être très présente.

DIRE, car le verbe est capital. Que les propos du médecin soient clairs, précis, qu'ils ne prêtent pas à confusion, ni à interprétation de la part du détenu auquel il s'adresse.

NON, enfin car, même en prison, les médicaments gardent des indications et ce non ne sera pas un rejet, un renvoi, il ne sera pas systématique, il restera ouvert, il y aura, grâce à Dieu, beaucoup d'occasions de dire oui. Mais il arrive souvent, très souvent, que la demande formulée au médecin n'ait, avec la médecine, que d'assez lointains rapports. La recherche d'un "alibi médical", la pression exercée sur le praticien, le "mini-chantage" dont les détenus sont coutumiers, (non par malice constitutionnelle mais simplement parce qu'ils se battent avec les seules armes qu'ils ont), une naturelle compassion du médecin, tout cela met la conscience à rude épreuve et le NON est difficile à prononcer. Démarche difficile, d'autant que si on se réfère à la consommation de soins de la population générale d'âge équivalent, telle que rapportée par les chiffres de consultations et de prescriptions médicamenteuses publiées par la Caisse nationale de Sécurité Sociale, la consommation de

soins des détenus est très supérieure. Le nombre de consultations médicales, de généralistes et de spécialistes, d'examens complémentaires, de séances de soins infirmiers ou de soins dentaires, d'entretiens avec des psychologues cliniciens, des infirmiers psychiatriques, des psychiatres, rapporté au chiffre de population concernée semble être largement au-dessus de la moyenne nationale.

Une étude comparative précise serait probablement très utile pour affiner une telle appréciation.

* Les soins dentaires

C'est partout le point noir.

Bien plus encore que pour le reste de la population française, pourtant peu soucieuse de l'état de sa denture, l'état bucco-dentaire des entrants en primo incarcération est franchement désastreux.

Caries multiples, soins commencés, puis abandonnés, édentés partiels ou sub-totaux sont la marque d'une véritable déréliction, d'un décrochage des liens sociaux. Pour beaucoup d'entrants, il s'agit du premier examen de leur denture. Jamais jusqu'alors ils n'avaient eu l'occasion d'ouvrir la bouche devant un homme de l'art.

Si on veut mettre à part les africains, dont bon nombre, pour des raisons qui demeurent à élucider possèdent une denture d'une remarquable qualité, les détenus méritent tous un examen attentif et presque tous des soins dentaires assidus. Les EGPD ont dès le début de leur exercice installé des cabinets dentaires dignes de ce nom, avant même que la loi de Janvier 94 en fasse un must, mais la disproportion entre l'offre et la demande est telle que le service médical, le plus souvent, se contente de parer au plus pressé.

Soins itératifs, avulsions et prothèses sont le pain quotidien des chirurgiens dentistes dont le nombre d'heures de présence en prison ne suffit manifestement pas à couvrir les besoins.

En revanche, partout les problèmes de stérilisation du matériel ont été résolus, la présence d'autoclaves est généralisée et l'utilisation de kits ensachés est la règle.

* *Le secret médical*

Les détenus sont des personnes humaines auxquelles est dû le respect scrupuleux de leur dignité, de leurs besoins et des libertés qui leur restent, liberté de pensée, d'opinion appartenance politique ou religieuse, dans la mesure où ces aspects de leur vie ne porte pas atteinte à la sécurité des établissements.

Le secret médical est une exigence minimale que les personnels soignants ont imposé d'entrée.

Le malade, détenu, ou non, a droit au "colloque singulier". Le contenu du dialogue qu'il a avec le médecin ou l'infirmière ne doit pas être communiqué. C'est un principe de base sur lequel plus personne ne songe à revenir mais qu'il convient parfois de réaffirmer avec insistance.

Sur ce point précis, les EGPD ont joué un rôle déterminant dans l'acceptation par tous de cet impératif. Ils ont en quelque sorte assuré une fonction innovante qui a radicalement modifié les rapports des détenus avec le personnel soignant. Le personnel surveillant a accepté sans enthousiasme ce "new deal" mais aujourd'hui, son attitude ne pose guère de problème majeur en la matière.

Les UCSA, quelques années plus tard, ont dû affronter des difficultés analogues qui sont aujourd'hui pratiquement surmontées au prix de

quelques anicroches, plus ou moins aimablement conclues, plus souvent moins que plus.

Le dossier confidentiel, sa protection. Chaque détenu fait l'objet d'un dossier médical, qui comporte, au départ, les résultats de l'examen d'entrée, clinique, radiologique, biologique etc.

Ce dossier sera conservé car il n'est pas exceptionnel de voir revenir un certain nombre de détenus dans les mois ou les années qui suivent leur libération.

Chaque consultation y est notée, chaque nouvel examen y est rapporté, chaque épisode qui concerne la santé de la personne y est consigné. On y trouve en clair, les résultats des examens de dépistage pratiqués, les diagnostics posés, les traitements suivis, l'évolution des pathologies dont le sujet est porteur. L'ensemble de ce dossier n'est accessible qu'au personnel soignant à l'exclusion de toute autre personne. Il est conservé sous clé au service médical.

La gestion de ce secret n'est pas exempte de difficultés.

L'irruption en urgence d'un personnel médical extérieur à la prison, en cas d'accident grave, médical ou chirurgical et la légitime exigence du praticien de connaître les antécédents du patient pour lequel on l'a appelé, amènent parfois quelques difficultés.

Il est 20h, une tentative de suicide justifie l'intervention d'urgence du SAMU, le personnel soignant est absent, de l'établissement, le médecin du SAMU demande des détails sur les antécédents du malade. Le dossier est sous clé..., ce sont des épisodes qui finissent toujours par se résoudre, mais qui sont autant d'aspérités.

L'informatisation des dossiers médicaux et le stockage des données dans le disque dur d'un ordinateur situé au service des urgences de l'hôpital de

référence, consultable à partir du service médical ou de l'UCSA de l'établissement pénitentiaire par un mot de passe, est un aménagement relativement simple.

Une des difficultés qui demeure mal surmontée est celle de la rédaction des certificats médicaux et leur remise.

Le médecin du centre médical n'est pas un expert au service de la justice mais bien le médecin traitant du détenu malade, ou blessé.

C'est à la demande du malade (ou du blessé) qu'il rédigera un certificat médical descriptif, qu'il remettra en main propres, y compris s'il s'agit d'un certificat de coups et blessures.

Reste qu'à l'occasion d'un trouble de l'ordre, d'une rixe, par exemple, l'autorité pénitentiaire, voire judiciaire peut demander au médecin de pratiquer un examen et de rédiger un certificat. Elle devra en l'occurrence, avoir recours à un expert.

Il faut, en matière de secret médical, garder présent à l'esprit le fait que chaque détenu est susceptible de faire l'objet de fouilles à corps, et que le fouille de la cellule d'un détenu sanctionné ne laisse rien, absolument rien qui n'ait été examiné, lu, relu, identifié, recoupé et vérifié. Les documents en possession des détenus, censés être confidentiels, sont ainsi portés à la connaissance pleine et entière des personnels surveillants, administratifs et judiciaires à l'occasion de tels épisodes.

Y a-t-il une solution à ce problème ?

* *Les rapports surveillants-soignants*

Ils revêtent, le plus souvent, un caractère de bonne civilité et chacun s'en félicite. L'estime mutuelle est fréquemment au rendez-vous. Reste que très souvent encore, surveillants et soignants, par la différence de leurs formations respectives, par la nature de leurs travaux quotidiens, par leurs approches dissemblables des personnes dont ils ont la charge,

rencontrent des difficultés à établir une communauté de vues sur les décisions à prendre.

Les bons rapports personnels sont précieux, ils ne suppriment pas les obstacles à la mutuelle compréhension et à la bonne marche des services.

Entretenir, à tous les niveaux (directions centrales, directions régionales, personnels administratifs, surveillants et soignants au sein même des établissements) des contacts étroits, formalisés, permettant de définir de façon claire des objectifs communs est un but qui n'est pas encore partout atteint.

A l'échelon local, des incompréhensions demeurent, les soignants sont parfois désarmés devant des comportements déviants, ils vivent souvent mal la violence institutionnelle, sur la légitimité de laquelle ils n'ont rigoureusement rien à dire (quitte à formuler intérieurement leur avis personnel). Les surveillants, quant à eux sont souvent désireux qu'une caution médicale vienne conforter les mesures disciplinaires qu'ils sont amenés à prendre. Rencontres, explications, échanges de vues, voire participation commune à des propositions de modifications du règlement intérieur d'un établissement, voilà des initiatives locales susceptibles de faire avancer une convergence d'intentions et d'action.

C'est au nom de la sécurité (ou de l'idée qu'on s'en fait aujourd'hui) qu'un certain nombre de restrictions sont apportées aux déplacements et aux activités des détenus, qu'un grand nombre de contrôles sont effectués. La prise en compte de ces impératifs doit être acceptée sans barguigner par les intervenants extérieurs.

Il n'échappe à personne que la disparition d'une lime et d'une scie d'un atelier de la prison est un épisode de haute gravité sans commune mesure avec la valeur marchande de ces outils. De la même façon, la

découverte d'un petit stock de médicaments potentiellement dangereux ou susceptibles de faire l'objet d'un trafic ou de servir à une tentative de suicide n'est pas comparable à la constitution d'une mini pharmacie familiale.

Les surveillants n'ont pas bonne presse, ils le savent, ils le déplorent. Il faut, au passage noter quelques éléments de réponses aux problèmes posés à ce corps de fonctionnaires qui fait un travail difficile, ingrat, peu considéré et "mal aimé" pour tout dire.

Les surveillants font un travail très pénible. Pour qui n'est pas naturellement doté d'un tempérament dominateur, pour qui n'éprouve pas de satisfaction primaire à faire plier son prochain, passer une vie entière à ouvrir et à fermer des serrures, à se faire insulter n'est pas véritablement très récompensant.

Depuis quelques années, le niveau socioculturel des personnels de surveillance s'est pourtant sensiblement élevé. L'ENAP (Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire) forme depuis quelques années des surveillants dont le niveau de recrutement dépasse celui du baccalauréat, la formation reçue est ouverte sur le respect des personnes, les droits de l'homme, sont des notions qui font l'objet de cours et de travaux dirigés, en même temps que les techniques de maintien de la sécurité.

Paradoxalement, voilà que cette amélioration du niveau de recrutement est contemporain d'une sensible restriction des domaines d'intervention de ces personnels. L'intervention de nombreux personnels extérieurs, plus ou moins spécialisés, a fait que les surveillants, qui étaient jusqu'alors les intermédiaires obligatoires voient leur rôle se rétrécir, leur crainte de ne plus être bientôt que des porte-clés est tout à fait compréhensible.

La représentation syndicale du corps des surveillants, dont on aurait pu attendre une coopération sans retenue, dans l'intérêt de tous, fait parfois cruellement défaut. Des tracts de nature franchement diffamatoires ont été rédigés et distribués dans tel ou tel établissement, accusant nommément l'UCSA, de "complicité" avec d'inadmissibles prétentions des consultants, d'attentat à la sécurité, de collusion avec les détenus contre le corps de surveillance, etc. Accusations détestables assez peu fréquentes, il est vrai, mais qui sont révélateurs de tensions encore inégalement résolues.

A cet égard, il est de toute première importance de multiplier les contacts, les éclaircissements avec le personnel surveillant et avec les détenus pour obtenir une transparence maximale sur les moyens employés et s'acheminer vers une définition précise des objectifs poursuivis.

* Les traitements

La liberté de prescription, n'est, à ce que j'ai pu en voir, nulle part bridée par un souci de sordide économie sur le dos des malades.

Cette liberté (toujours relative) est reconnue aux médecins praticiens et ne semble pas plus limitée que celle qu'accordent les pharmacies hospitalières.

Les substances médicamenteuses, d'un prix élevé sont prescrites et administrées dans des conditions qui paraissent honorables : interféron, ribavirine, trithérapie ne font pas l'objet de restriction en rapport avec le coût du traitement, au moins pas à ma connaissance.

Un défaut d'information, joint à une solide capacité de revendication, généreusement répandue chez les détenus, amène bien à des récriminations de la part de quelques uns.

"Mon docteur m'avait prescrit du Clamoxyl. Ici, on ne me donne que de l'Amoxicilline, un espèce de truc générique, qu'on me donne à la place, parce que ça coûte moins cher. Vous trouvez ça normal, vous ? Vous voyez bien qu'on est mal soigné, ici. Ah ! on peut crever, dites le, dites le bien, que ça se sache". Aucune explication rationnelle n'arrivera à convaincre le malade.

Pour quitter la fantasmagorie revendicative, je n'ai pas trouvé d'exemple de malade transféré d'un établissement à gestion déléguée à un établissement à gestion directe au seul motif du coût de son traitement. La distribution des médicaments, partout opérée par le service médical est un terrain de prédilection pour le développement des relations surveillants-soignants. C'est parfois à cette occasion que se cristallisent les difficultés, c'est aussi à ce moment là que peuvent prendre forme l'information et la compréhension réciproque des agents impliqués.

Les actions quotidiennes d'éducation pour la santé qui, il faut ici le répéter, concernent les détenus ET les personnels de surveillance trouvent dans ces moments un site privilégié.

* *Le bilan médical d'entrée*

C'est bien d'une consultation qu'il s'agit, comportant tous les éléments de cet acte médical. Il présente cependant le caractère particulier suivant : le malade n'est, pas nécessairement malade et de plus, il n'est pas demandeur.

Cet examen doit intervenir dans les heures qui suivent l'arrivée à la maison d'arrêt, de façon impérative chez les entrants pour la première fois en détention.

Il doit inclure un interrogatoire sur les antécédents sanitaires, personnels et familiaux du détenu, un examen physique détaillé, un cliché pulmonaire, un bilan de l'état bucco-dentaire, un profil psychologique pouvant orienter vers un entretien plus approfondi, un état des traitements éventuellement suivis par l'arrivant.

Les aléas de l'horaire d'arrivée, les difficultés liées à l'absence de personnels médicaux ou infirmiers au moment de l'entrée peuvent amener à un délai de quelques heures pour la pratique de ces examens. Il convient cependant de ne pas prolonger ce délai au-delà de 48 heures. Les difficultés qu'éprouvent certains établissements à obtenir une présence médicale quotidienne (soit les maisons d'arrêt de faible population, soit par le fait de l'éloignement géographique de l'établissement), doivent être prises en compte mais il n'est pas acceptable que des délais égaux ou supérieurs à trois jours soient atteints.

Lorsqu'il existe des contraintes thérapeutiques majeures : diabète insulino-dépendant, épilepsie connue, hypertension artérielle sévère, ou autre menace directe sur la vie du détenu, cela justifie alors une consultation médicale en urgence et un contact avec le médecin ou le centre de soins qui s'occupait de ce malade. Ces procédures sont pratiquement toujours respectées et les délais le plus souvent respectés. La douche à l'arrivée et le changement de linge à l'issue de dizaines d'heures de garde à vue constitue un minimum d'hygiène corporelle avant l'affectation dans le quartier "d'accueil", lorsque celui-ci existe. Il arrive assez fréquemment que cette douche soit effacée du programme d'arrivée, pour des questions d'horaires, de manque de personnel, motifs qui seront régulièrement invoqués chaque fois qu'un dysfonctionnement sera relevé.

Les entrants, surtout ceux qui entrent pour la première fois en prison, sont des sujets fragiles.

Ce sont des personnes assez jeunes, les 18 à 40 ans forment le gros de la troupe, appartenant à un milieu social souvent défavorisé, d'éducation sommaire, d'entourage familial problématique, à revenus faibles, au sein desquels la proportion d'étrangers est importante, surtout en maison d'arrêt, personnes fréquemment asservies à la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes plus ou moins détournés de leurs indications thérapeutiques ou de substances dont la consommation est clairement illicite.

Les entrants sont en état de santé assez médiocre, c'est au cours de cette visite d'entrée qu'il convient de dépister les affections somatiques potentiellement dangereuses et souvent inconnues du sujet, de faire un bilan psychologique d'orientation (c'est au cours des premiers jours, parfois des premières heures que le risque de tentative de suicide est majeur), d'établir un constat de l'état bucco-dentaire fréquemment catastrophique.

Un interrogatoire succinct mais orienté permet également d'apprécier les conduites "à risques" qui sont très fréquemment retrouvées dans cette catégorie de population. Hospitalisations pour traumatismes, présence de matériel d'ostéosynthèse sont six à huit fois plus fréquents chez les détenus que dans une population d'âge comparable.

Cette consultation d'entrée en détention est assez généralement de bonne qualité et les documents établis à cette occasion sont de précieux outils pour le suivi des personnes au cours de la détention.

De façon générale, c'est à cette occasion qu'est établi un bilan des vaccinations, à commencer par les vaccinations les plus classiques contre Tétanos et Poliomyélite. Cette protection, souvent déjà accordée

aux personnes qui ont passé en France le temps de leur scolarité ou de leurs obligations militaires est plus rarement retrouvée chez les détenus récemment immigrés. Leur proposer ces vaccinations, de façon convaincante, est une obligation sanitaire.

Différente est la vaccination contre l'hépatite B, qui doit être rendue obligatoire non seulement pour les détenus mais aussi pour les personnels en contact direct avec eux.

A cet égard, les établissements 13000 et ceux en gestion "classique" assurent des prestations de qualité comparable. A noter cependant, que les EGPD sont en quelque sorte favorisés, protégés contre la surpopulation par le numerus clausus qui leur est applicable et dont on peut se demander au passage pourquoi cette salubre mesure n'est pas applicable à TOUS les établissements pénitentiaires.

* Les urgences

Comme dans la vie à l'extérieur, les urgences sont de toutes natures, de toutes gravités, n'ayant en commun que le caractère inopiné de leur survenue. Urgences ressenties par le malade, ou mettant réellement sa survie en danger, elles doivent être gérées d'abord par le personnel de surveillance, aux avant-postes de l'opération, personnel dont le rôle est de donner l'alerte. Gestion difficile, responsabilité majeure, la personne du surveillant est particulièrement exposée. La négligence ou l'erreur d'appréciation peuvent conduire à des drames, l'anxiété ou le perfectionnisme, à des agitations itératives inutiles.

Carrefour où se croisent les impératifs éthiques, les contraintes de sécurité et les lourdeurs administratives, le traitement des urgences intra-muros est un casse-tête pour ceux qui sont là en situation de

responsabilité. Il s'agit, là, d'épisodes qui sont loin d'être exceptionnels et qui occasionnent pourtant des improvisations plus ou moins talentueuses chaque fois qu'ils se présentent.

C'est sur ce chapitre que des mesures simples et novatrices doivent pouvoir être prises sans engager de somptueuses dépenses.

**L'hospitalisation*

Episode toujours difficile que l'hospitalisation d'un détenu.

Le tableau classique reste l'hospitalisation dite « réglée », telle qu'opérée pour examens complémentaires, ponction biopsie du foie (PBH), par exemple, mais ce qui est vrai pour cette exploration hépatique est également valable pour les échographies cardiaques, les scintigraphies radio isotopiques, la tomодensitométrie et les examens de tous ordres qui réclament l'intervention d'un matériel technologique évolué et d'un personnel spécialisé.

Les ponctions-biopsies hépatiques (PBH) sont toujours pratiquées en milieu chirurgical (la hantise des opérateurs, c'est l'apparition d'un épisode hémorragique secondaire, au niveau du point de ponction, c'est pourquoi une surveillance assidue en milieu hospitalier est préconisée dans les heures qui suivent l'acte opératoire). Obtenir une PBH pour un détenu hautement suspect d'hépatite, est un exercice qui tient du parcours du combattant. Il faut, tout d'abord, obtenir un rendez-vous opératoire avec le service hospitalier compétent. Les opérateurs ont un tableau prévisionnel souvent très chargé. Il ne s'agit pas là d'un épisode urgent et un rendez-vous obtenu à quelques jours de distance est encore tout à fait acceptable.

Le jour venu, il faut transférer le malade à l'hôpital, mobiliser le personnel d'escorte et celui de la garde statique qui restera devant ou dans la chambre du malade pendant la durée de l'hospitalisation, généralement de l'ordre de 24 à 36 heures. Opération délicate, même lorsque des contacts préalables laissent entendre que ces personnels seraient disponibles.

Commencent alors de longues tractations entre les administrations impliquées. Chaque établissement comporte ses particularités et la qualité des rapports établis entre directeurs et commissaires de police est un élément-clé de la réussite de l'opération. La police, trop souvent, traîne les pieds ("on a autre chose à faire, on manque d'effectifs, c'est pas notre travail", etc.) la gendarmerie, en zone rurale ou semi urbaine est d'un naturel plus souvent bon enfant, elle accepte en maugréant. La pénitenciaire reste ferme sur ses positions : "Dès qu'un détenu a quitté l'enceinte de la prison, ce n'est plus à nous d'intervenir ! "

S'ensuivent des heures de communications téléphoniques, des palabres sans fin, des discussions aussi âpres que futiles, dont l'issue est parfois marquée par des manifestations de mauvaise humeur des personnels pénitentiaires. Une relève tardive des surveillants par les forces de police, comme ce fut le cas à Tarascon, il y a quelques semaines, entraîne manifestations, pétitions, etc.

Tout cela serait risible si, en bout de chaîne ce n'était pas le malade qui paie l'addition de cette guerre pichrocoline. Car il est tout à fait banal que les rendez-vous soient annulés en dernière minute, parce qu'on ne peut pas déplacer le détenu.

Des extractions judiciaires, plus "urgentes", des forces de police indisponibles, des véhicules occupés ailleurs, toutes sortes de raisons sont invoquées, pas toujours par mauvaise volonté, au demeurant...

Mécontentement des hospitaliers qui ont à gérer des techniques délicates dans des emplois du temps extrêmement serrés et qui renâclent à reporter plusieurs fois le rendez-vous opératoire du même malade. Malades eux-mêmes ballottés, interventions renvoyées aux calendes grecques, retards parfois préjudiciables à la santé des patients, réduction inacceptable du temps passé sous surveillance hospitalière, bref, une détestable incoordination des services concernés, que l'on retrouve à des degrés divers sur l'ensemble du territoire national, qui concerne aussi bien les EGPD que les prisons en gestion directe. Il convient de mettre un terme à ces mini-querelles par un accord global répartissant précisément les tâches de chacun, la publication de textes clairs, contraignants, ne laissant pas de place aux interprétations subtiles de responsables locaux.

Éducation pour la santé

Encore balbutiante dans TOUS les établissements, à gestion classique comme à gestion déléguée.

Vaste champ en friche pour plusieurs raisons.

Les médecins français, sauf, peut-être ceux des toutes dernières générations n'ont bénéficié d'aucune formation en santé publique. Tare nationale qui singularise notre pays au sein de l'Union Européenne. Inexplicable lacune de l'enseignement médical pendant des décennies qui a entraîné une incompétence notoire de milliers de médecins français en la matière.

Quelle que soit l'initiative prise dans ce domaine, on peut noter que son efficacité est directement proportionnelle à la participation volontaire des détenus. Les cours magistraux sur la responsabilité de chacun vis-à-vis

de sa propre santé ou de celle des membres de la collectivité sont des coups d'épée dans l'eau.

Pour ce qui est de la santé publique, les "usagers" de la prison, eux-mêmes, font très souvent preuve d'une méconnaissance des notions les plus élémentaires d'hygiène ou de prévention. Il s'agit là d'un véritable danger collectif auquel il faut faire face. L'inculture sanitaire de l'immense majorité des détenus impose de mettre en oeuvre des programmes pédagogiques adaptés.

Quelques notions de base semblent indispensables pour que la démarche ait un brin d'efficacité.

Outre l'active participation des détenus, sans laquelle rien de positif ne pourra être mené, le responsable médical de l'UCSA ou le médecin chef de centre médical dans les établissements à gestion déléguée doit mobiliser les énergies et rechercher des fonds ad hoc dans un inextricable imbroglio au sein duquel la DDAS, la DRAS, l'administration pénitentiaire, la MILDT, les collectivités locales, les comités type CODES, CCAA, les fondations et associations subventionnées possèdent toutes des lignes de crédits utilisables pour faire progresser le niveau des connaissances et de conscience des détenus.

Au plan opérationnel, on ne saurait insister trop sur l'intérêt que présentent les réseaux associatifs et les organismes spécialisés pour mener à bien ces programmes d'action. Leur expérience, leur savoir-faire, le fait qu'ils sont présents "dedans" et "dehors", tout milite en leur faveur.

Une grave difficulté fréquemment rencontrée a trait aux lignes budgétaires utilisables pour cette entreprise d'éducation.

Des crédits assez largement disponibles seront attribués dès lors que le projet pédagogique traite du VIH ou de la dépendance aux opiacés, par exemple et pratiquement rien ne sera débloqué lorsqu'il s'agira d'aborder

des sujets comme le rapport aux médicaments, le bon usage du sport ou la consommation d'alcool.

Au cours des visites effectuées, il est apparu que ce vaste pan d'activités était plutôt bien géré au sein des établissements à gestion déléguée, des initiatives relativement nombreuses, de qualité notable ont vu le jour et se développent.

Les sujets à aborder sont légion.

Au premier rang desquels : le rapport aux médicaments.

Rencontres, discussions, exposés, films, expo-photo ou vidéo, controverses, dépliants, plaquettes tout est bon pour que chacun réfléchisse à sa condition en face de la pharmacopée. Quand on sait la phénoménale fringale de consommation médicamenteuse qui est la règle en milieu carcéral, c'est un sujet qu'il faut aborder de front, mais aussi, bien sûr, les hépatites, la nutrition, le tabac, la musculation, les soins dentaires, la sexualité, l'hygiène corporelle, la "déprime", d'immenses champs de rencontre et d'éducation sont ouverts.

L'appétit de connaissances et la capacité de réflexion sont plus vastes qu'on ne le croit.

Particularités respectives

Les EGPD

* Points positifs

La qualité de la maintenance des locaux n'est pas sans influence sur le "bien-être physique et mental" que l'OMS inclut dans la définition de la santé. La propreté des sols et des murs y contribue et contraste avec le délabrement de certains édifices sous gestion directe. La bonne tenue des installations, certes de construction récente, mais en très bon état pour celles que j'ai eu l'occasion de visiter, est un élément à porter au crédit de ces établissements car il protège les conditions d'hygiène et le confort minimal. On peut à cette occasion s'interroger sur l'attitude de l'Etat, volontiers sourcilieux pour ce qui est du respect d'un cahier des charges et qui n'accorde peut-être pas à l'entretien de ses propres installations une égale attention...

Le fait est qu'en 10 ans d'exercice ces EGPD n'ont pas démérité, tant s'en faut.

Aujourd'hui encore, souplesse et adaptabilité restent les points forts du système. Des décisions importantes, des initiatives peuvent se prendre sans en référer à une machine administrative trop lourde.

Un des intérêts majeurs de l'organisation des soins dans les EGPD, c'est le rôle-clé qui est dévolu au médecin généraliste, il est le pivot du dispositif.

Soignant, il examine, il traite les détenus, il les suit, il s'entretient avec eux, il les connaît, il est leur médecin traitant.

Il assure aussi la responsabilité globale de la marche du service médical. Il anime les activités du personnel infirmier, il est le référent doté de pouvoirs à qui on peut s'adresser dès que une difficulté se fait jour.

Cette position centrale du médecin traitant, si ardemment prônée par l'ensemble des responsables de la santé publique depuis plusieurs années trouve ici son application. Sans qu'il existe de lien de subordination, ce médecin directeur de centre est en contact étroit avec les spécialistes qui pratiquent au quotidien dans l'établissement ou avec ceux dont il demande l'intervention ; il demeure informé des orientations diagnostiques qui concernent les malades, il donne son aval aux décisions d'investigation complémentaire ou de traitement.

Le danger eût pu être que ce praticien soit un homme seul.

En fait, c'est dans les EGPD que j'ai pu percevoir l'existence d'équipes pluridisciplinaires, au sein desquelles, chirurgiens-dentistes infirmiers, pharmaciens, généralistes, psychiatres se connaissent et travaillent en cohérence. Il n'en est bien évidemment pas toujours ainsi mais c'est un cas de figure plusieurs fois rencontrées.

L'existence d'une direction médicale de la zone, d'un médecin assurant la coordination à l'échelon de la région, médecin responsable auprès de l'entreprise de gestion et de l'Administration Pénitentiaire est également un point positif.

Il s'agit là d'un atout de grand intérêt, en particulier pour les malades.

Le caractère volontaire de l'engagement du corps des soignants, l'investissement personnel au sein de l'entreprise ont amené les médecins à coordonner leurs actions entre les différentes zones du territoire national et à rechercher l'établissement de contacts avec leurs confrères des UCSA.

La qualité des diagnostics posés et celle des traitements mis en oeuvre dans ces établissements n'a guère à envier à celles retrouvées dans les établissements en gestion directe et être malade dans un EGPD laisse un nombre de chances égal de stabilisation ou de guérison que dans n'importe quelle autre prison publique.

Il est intéressant de noter que la dépense-santé dans les EGPD fait l'objet d'un suivi particulièrement attentif; une comptabilité analytique très régulièrement relevée et transmise aux autorités de tutelle permet une appréciation rigoureuse des coûts, honoraires, salaires, frais de déplacements, vaccins, médicaments et matériels consommables, entretien des locaux, consultations extérieures, examens complémentaires, toutes ces dépenses sont identifiées, chiffrées et leur évolution est suivie de très près, tant par les sociétés gestionnaires soucieuses de leurs deniers que par la tutelle ministérielle volontiers suspicieuse vis-à-vis des entreprises.

L'ordonnance 96346 d'Avril 96 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée stipule que **"tous les établissements de santé, publics ou privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation"**. C'est la voie de l'accréditation.

Celle-ci consiste à vérifier la qualité et la sécurité des soins, et à inciter au "mieux-faire" en contrôlant la capacité de la structure à s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

Les EGPD sont, à ma connaissance au moins, les premiers à s'être engagés dans cette voie.

Reste que malgré les efforts réels qui ont été déployés pour améliorer la prise en charge de la santé des détenus, une certaine insatisfaction demeure et l'IGAS a été saisie en 1997 de 323 plaintes individuelles

déposées par des détenus, leurs familles ou leurs avocats, relatives à leur état de santé (soit une par jour ouvrable). Il serait tout à fait intéressant qu'une étude plus fine sur le contenu de ces plaintes soit diligentée avant de leur accorder une valeur d'indicateur.

Si on considère que les EGPD abritent près de 20% des détenus, il est clair que moins de 20% des plaintes proviennent de chez eux et qu'ils marquent là un petit point d'avance.

* Initiative des EGPD : la boîte aux lettres du service médical

Des boîtes aux lettres sont réparties dans les quartiers où les détenus peuvent déposer des messages destinés aux personnels soignants. Les levées de ces boîtes aux lettres sont effectuées par le personnel de santé et par lui seul. Ce type de procédure mis en place dans les EGPD a grandement contribué à établir un climat de confiance entre le centre médical et les détenus. Ceux-ci, en effet, présentent ainsi directement leurs demandes de consultation, de conseil médical, ou leurs inquiétudes pour leur santé. La levée est quotidienne, pratiquée par le personnel infirmier.

Système imparfait, certes puisque bon nombre de ces mêmes détenus sont dans l'incapacité de rédiger un message compréhensible, soit par illettrisme, soit par défaut de connaissance de la langue française. Il n'empêche, le système fonctionne, et des solidarités interpersonnelles se font jour qui permettent un contact plus étroit entre les détenus, entre malades et soignants, et contribuent à atténuer les défiances qui caractérisent les rapports humains en milieu carcéral.

Les délais d'attente pour une consultation sont modulés par le personnel infirmier qui, en accord avec les praticiens, aménage les rendez-vous en fonction de l'urgence apparente et les créneaux horaires disponibles.

Il s'agit là d'un aménagement intérieur aux établissements, simple, qui a été vite accepté. Cette procédure est, à ce jour, également appliquée dans un nombre croissant d'UCSA.

* Les réserves

Aujourd'hui encore, les EGD gèrent la santé en milieu pénitentiaire suivant un schéma qui a fait l'objet d'un contrat élaboré, signé et mis en application il y a déjà dix ans.

Or, en dix ans, le profil des activités sanitaires en prison s'est très notablement modifié, la séropositivité VIH a beaucoup décru. En revanche, le virus de l'hépatite C semble gagner chaque jour plus d'importance, la délinquance et la criminalité à connotation sexuelle ont fait une apparition quasi explosive et des textes contraignants exigent pour ces détenus une prise en charge spécifique. La pathologie liée à l'âge occupe une place progressivement grandissante. La prévention, l'éducation sanitaire ont vu croître l'étendue de leurs domaines.

Les dépenses, telles qu'elles avaient été prévues, ont aujourd'hui changé de nature et le renouvellement éventuel ne saurait se réduire à une reconduction.

Les engagements pris ont été manifestement respectés, ils ne sont simplement plus adaptés à la situation actuelle, encore moins à une prévision à moyen terme, en particulier pour ce qui touche à la santé mentale, aux mineurs incarcérés et à l'entreprise de pédagogie sanitaire.

Lors de la négociation de contrats à venir, il ne serait pas raisonnable d'enfermer pour dix ans un partenaire dans la gestion d'une situation sanitaire telle que décrite dans un temps "t", sans envisager les importantes modifications de la situation sanitaire, susceptibles d'intervenir dans le délai convenu.

Le recrutement des praticiens généralistes, spécialistes, chirurgiens dentistes, infirmier(e)s est actuellement opéré par la voie de petites annonces dans la presse professionnelle assorties d'un entretien d'embauche. Ce mode de recrutement donne un rôle prééminent à

l'exposé des motivations du candidat et à l'analyse sommaire de ses possibles qualités de convivialité. Cette méthode en vaut bien une autre.

Cependant, médecins, généralistes et spécialistes, infirmières n'ont pas toujours reçu une formation spécifique dans quelques domaines de la pathologie, pourtant cruciaux en prison et dont l'évolution en termes de thérapeutique en particulier suivent une évolution d'une extrême rapidité.

La proportion de malades atteints du SIDA ou séropositifs aux tests VHC est beaucoup plus importante en prison qu'en ville. La connaissance approfondie de ces pathologies et surtout le lien entretenu avec les structures de soins spécialisées est de la plus haute importance.

Ainsi en va-t-il des toxicomanes, dont le traitement gagnerait à être intégré dans un plan global de lutte contre la toxicomanie, quelle que soit la méthode adoptée, substitution ou sevrage.

Dans ce domaine, il sera, d'ailleurs, intéressant de faire un inventaire aussi précis que possible des organismes, institutions, comités et associations qui interviennent auprès détenus ou soutiennent les actions entreprises entre CISIH, Antenne Toxicomanie, Associations, CSST, UCSA, SMPR, il est parfois malaisé pour le médecin praticien de distinguer qui fait quoi, sous quelle tutelle, et comment ces actions sont coordonnées, gardant à l'esprit que le médecin responsable de l'établissement doit assurer cette coordination.

Le taux de renouvellement des praticiens pose un problème difficile dans certains établissements. Reconnaissons cependant qu'une proportion non négligeable des praticiens assure ses fonctions depuis l'ouverture des centres médicaux.

Il faut cependant relever le taux annuel de renouvellement des médecins dans tel ou tel établissement, qui a vu par exemple une bonne demi-

douzaine de médecins affectés en un an. De telles situations sont évidemment préjudiciables au climat de confiance que le praticien crée avec ses malades (confiance qui est pourtant un point fort des soins en milieu pénitentiaire), également préjudiciables à un travail de longue haleine que représente l'éducation pour la santé, par exemple.

En fait, ces personnels exercent une mission de service public alors que leur mode de recrutement, leur statut, les garanties dont ils bénéficient ne sont pas à l'aplomb de leurs confrères hospitaliers.

Salariés ou contractuels vivent une situation de dépendance directe vis-à-vis des sociétés de gestion, ce qui pourrait éventuellement impliquer quelques conséquences sur l'exercice de la médecine, sans qu'il m'ait été donné d'entendre la moindre doléance sur ce sujet de la part des praticiens que j'ai eu l'occasion de rencontrer.

On peut également s'interroger sur le fait qu'il n'existe pas de possibilité de réquisition en cas de grève, par exemple.

L'éloignement géographique de certains établissements rend parfois la situation particulièrement épineuse : Joux la Ville, par exemple, est situé à près de 40 km de la première gare de chemins de fer, sans bien sûr qu'il existe la moindre liaison de transport en commun entre cette gare et l'établissement ; ce qui amène les familles de détenus à se payer 80 km de taxi, dépense préalable à toute visite... Uzerche et Neuvic sur l'Isle sont dans une situation apparentée. Il s'agit là de choix aberrants et difficilement compréhensibles. Les médecins qui exercent à la prison de Joux viennent d'Auxerre, de Fontainebleau, voire de Paris, ils sont généralement en possession d'un véhicule automobile, mais éprouvent de réelles difficultés pour se déplacer aussi loin.

Les établissements à gestion partiellement déléguée sont très attentifs à sauvegarder au moins l'image de l'exercice libéral de la médecine. La liberté de choix du médecin traitant ou au moins son apparence semble être aller de pair avec la présence de plusieurs praticiens pour occuper un poste à temps plein, les malades ayant ainsi une possibilité de choix... c'est au moins une explication qui m'a été donnée à plusieurs reprises. Cet attachement à une illusion de liberté de choix n'est pas bien raisonnable et la contrainte en la matière n'est pas le fait de l'institution pénitentiaire. L'impossibilité de choisir son médecin est une rançon de la modernité ; le blessé de la voie publique ne choisit pas le médecin du SMUR qui vient le prendre en charge, l'insuffisant rénal ne choisit pas le médecin qui opère la dialyse, ni celui qui pose le shunt, etc. Tout cela ne mérite ni reproche, ni faux-semblant.

Sans qu'un tel phénomène soit bien original, il faut noter le fait que les services rendus sont extrêmement dépendants des personnes qui exercent. Quelques personnes de très haute qualité arrivent à établir avec l'hôpital de proximité des relations de confiance et sans que les choses soient ainsi nommées, instaurent une activité médicale en réseau de facto. Cette situation est loin d'être la règle et les rapports avec l'hôpital sont parfois difficiles.

Cette situation de fragilité relative vis-à-vis de l'hôpital public est source de quelques difficultés lorsque des consultations externes de spécialité, des explorations techniques élaborées ou des hospitalisations doivent être envisagées.

L'hospitalisation d'urgence qui, paradoxalement semble poser des problèmes moins ardues que les hospitalisations "programmées" sera toujours occasion de mouvements d'humeur des uns ou des autres.

La publication d'un texte, contraignant par la qualité de l'autorité signataire, précis dans son libellé, ne laissant pas d'échappatoire pour les mauvaises volontés locales, doit pouvoir mettre un terme définitif aux controverses et arguties des différents corps concernés et donner un déroulement cohérent à ces épisodes difficiles à vivre.

Il a donc été demandé aux Directeurs des agences régionales d'hospitalisation (DARH) de procéder à la désignation, en concertation avec les partenaires intéressés, des établissements de santé devant assurer les hospitalisations d'urgence et/ ou de très courte durée.

Les autres hospitalisations doivent être dirigées vers les unités interrégionales sécurisées.

Les UCSA

Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires, c'est une unité fonctionnelle rattachée à un service clinique ou à un département de l'hôpital. Pour les établissements pénitentiaires de très grande taille, l'UCSA peut même constituer un service hospitalier à elle seule.

Les personnels médicaux et soignants de l'UCSA sont placés sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable de la structure.

Le recours aux spécialistes de l'hôpital lui incombe. Cependant, un établissement pénitentiaire de 600 places n'est pas un service hospitalier de 600 lits supplémentaires. Même si sa population est plus exposée, plus fragile, plus "malade" qu'un échantillon de population extérieure de nombre et de composition comparable, c'est un village de 600 habitants au sein duquel se posent des problèmes sanitaires plus complexes que dans un village des Ardennes, mais il existe un risque de succomber à la tentation de faire de ce regroupement de personnes un grand service de

soins hospitaliers. Praticiens hospitaliers, chefs de clinique, médecins attachés, internes sont amenés à administrer leurs soins aux détenus tout comme ils le font pour les malades qui consultent à l'hôpital. Les soins prodigués et la technique médicale sont de bonne qualité.

Le système des UCSA a des avantages certains. Il existe un rattachement hospitalier qui donne à l'UCSA un appui institutionnel fort (importance des moyens et exigence de qualité de soins), ancrage solide qui doit permettre de développer une politique sanitaire cohérente. De plus, ce rattachement permet une liaison organique avec l'ensemble des services hospitaliers, puisqu'il s'agit, en fait, d'un pseudopode de l'hôpital public, autonome au sein des établissements pénitentiaires. C'est là un avantage dont ne bénéficient pas les EGPD du programme 13 000. Leurs services médicaux, plus isolés, rencontrent de grandes difficultés en ce qui concerne les consultations externes et les hospitalisations, non seulement à cause de cette "distance" du secteur public d'hospitalisation mais aussi par le fait que les unités de soins privées, dont beaucoup pourraient rendre des services analogues, éprouvent plus de difficultés à recevoir des consultants menottés, entravés, escortés par des policiers en armes.

Le système des UCSA, malgré les contraintes sévères et la rigidité de l'administration, permet d'utiliser les services d'un personnel plus diversifié que le privé, les remplacements pour congés, les adjonctions occasionnelles sont plus faciles ; il s'agit là d'un problème lié à l'inflexibilité du cahier des charges imposé aux EGPD.

L'UCSA est, en principe, plus détachée des préoccupations de rentabilité financière du secteur privé, ce qui devrait permettre de mettre plus facilement en oeuvre des actions d'envergure pour le dépistage, la prévention, l'éducation sanitaire. Quelques unités en sont de frappants exemples mais on ne peut pas parler de situations radicalement différentes quand on compare les actions menées par l'un et l'autre acteur de la gestion.

Les UCSA sont mieux outillées pour organiser des suivis post incarcération par leur possibilité d'aiguiller les anciens détenus vers le foyer de soins unique que constitue l'hôpital public, en particulier dans les villes de moyenne importance.

En revanche, la comparaison, quand on pense aux situations de conflit larvé que vivent beaucoup d'UCSA avec les personnels médicaux et infirmiers psychiatriques, qu'il s'agisse des SMPR ou des praticiens de secteur, est tout à l'avantage des EGPD.

Si le dispositif de soins instauré par la loi de Janvier 94 n'est actuellement applicable que dans les établissements en gestion directe, la loi reste la loi et doit être, au moins dans son esprit applicable à tous.

Les EGPD sont-ils plus infidèles à l'esprit de ce texte ? Cela ne saute pas aux yeux.

Le médecin généraliste est-il mieux armé, mieux placé pour assurer le tout-venant des besoins sanitaires de cette population ?

Probablement !

En va-t-il de même pour le suivi de malades lourds que peut receler cette "clientèle" ?

La réponse est plus nuancée, car liée à la qualité des spécialistes et de l'entourage technique que ce médecin aura constitué autour de lui.

Bon nombre d'UCSA sont passées sous la coupe du service des urgences de l'établissement de santé de proximité désigné par le préfet de région.

Cet état de faits comporte quelques avantages et un inconvénient, celui-ci étant de maintenir vivace l'attitude de traitement des prisonniers "en urgence"

Le service des urgences d'un hôpital, quel qu'il soit, est rarement à même d'assurer une prise en charge de la santé au long cours : ce n'est pas sa vocation, ce n'est pas en cela qu'il excelle.

Or c'est bien d'une politique de santé qu'il s'agit, dans l'esprit de la loi de Janvier 94.

Le service des urgences, s'il est bien armé pour faire face aux accidents aigus n'est pas forcément le mieux placé pour promouvoir une perspective sanitaire à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire quelle que soit la compétence technique de ses acteurs. Savoir pallier la défaillance d'une grande fonction, respiratoire, circulatoire ou métabolique ne vous prépare pas nécessairement à l'élaboration d'un programme d'éducation sanitaire, par exemple, ou plus largement pour envisager son activité dans une optique de santé publique.

La seconde difficulté tient au fait que les UCSA doivent travailler en très étroite coopération avec les SMPR. Or, point n'est besoin d'être grand clerc pour savoir qu'au sein même des établissements hospitaliers les rapports entre urgentistes et psychiatres ne sont pas au beau fixe. Les hôpitaux où une réelle coopération entre les services et praticiens de ces deux disciplines est effective se comptent sur les doigts d'une seule main. Quand on sait le nombre de détenus dont les comportements relèvent de la psychiatrie, quand on sait l'extrême circonspection (c'est une litote) des

psychiatres des hôpitaux publics vis-à-vis de cette difficile "clientèle" que sont les détenus, on est en droit de se demander si cette cohabitation forcée urgentistes-psychiatres ne relève pas du mariage de la carpe et du lapin.

Les avantages sont cependant nombreux, polyvalence des intervenants, sens aigu de la hiérarchie des nécessités, habileté du geste, disponibilité quasi illimitée des personnels quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, tous les jours de l'année etc.

L'informatisation des dossiers médicaux des détenus et le stockage des données au sein du service des urgences du centre hospitalier de proximité (hôpital dont l'UCSA est issue), pourra résoudre un grand nombre de difficultés, notamment lors des interventions en urgence dans les prisons.

Suggestions

Pour faire face aux immenses besoins encore laissés inassouvis, tenter d'établir un ordre de priorité des réformes et investissements nécessaires, est une oeuvre salubre.

Les difficultés viennent du fait qu'il convient d'apporter en même temps au système actuel un supplément de rigueur et un supplément de souplesse.

La psychiatrie

En tout premier lieu, il faut tenter de réconcilier la médecine avec la psychiatrie ou plus précisément avec l'institution psychiatrique hospitalière publique.

Obtenir une convergence de vue, essayer de se mettre d'accord sur les objectifs à atteindre, quitte à transiger sur les moyens à employer, mener des actions coordonnées, s'occuper des malades, les rendre à une vie sociale minimale à défaut de les guérir.

Vaste champ où chacun devra se forcer à l'écoute de l'autre, réfléchir aux attitudes qu'il faut adopter pour le bien des malades, accepter de travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires, bref, de réformer nos moeurs. Obtenir un certain degré de cohérence et donner quelques chances d'efficacité aux efforts que fournissent les médecins, les psychiatres, les psychologues cliniciens, les infirmiers psychiatriques et le corps infirmier polyvalent est une véritable urgence ressentie presque partout, quel que soit le mode de gestion des implantations carcérales.

Encourager la constitution de groupes de travail rassemblant tous les personnels concernés, aider au maximum la naissance d'une mutuelle compréhension, appuyer les initiatives locales novatrices, voilà le chemin...

Enfin, et ce sera probablement la partie la plus difficile des aménagements à prévoir, l'établissement de relations avec les responsables d'unités d'hospitalisations psychiatriques qui accepteront de recevoir des malades détenus et de les soigner sinon jusqu'à guérison, au moins jusqu'au rétablissement d'un équilibre minimal compatible avec une vie sociale acceptable.

Difficile d'imaginer une telle réforme des mœurs sans remettre en cause le fonctionnement général de la psychiatrie de secteur et les bastilles qui s'y sont constituées...

Les consultations externes et les hospitalisations

Autre urgence qu'il sera peut-être plus facile de régler à court terme, c'est la question de toutes les hospitalisations ou des consultations externes qui exigent l'extraction du malade.

La parution de textes clairs, précis et sans ambiguïté répartissant les charges et les devoirs des corps concernés doit intervenir à très bref délai. Exiger la mise en application des instructions ainsi données, sans échappatoire, sans tergiversation est également une nécessité.

L'instauration et le maintien d'un partenariat avec l'hôpital public demeure une nécessité, même si le secteur libéral garde un domaine d'intervention qui tient à coeur aux EGPD.

Pour les établissements du programme dit « 13000 », comme pour les UCSA, il convient de favoriser au maximum les interventions de spécialistes en milieu pénitentiaire.

Pour les hospitalisations, la solution réside à l'évidence dans la mise en oeuvre prochaine du schéma national d'hospitalisation qui constitue le deuxième volet de mise en oeuvre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994. Il concerne l'ensemble de la population pénale, qu'elle soit détenue dans des établissements pénitentiaires en gestion directe ou en gestion déléguée.

D'ailleurs, l'article D. 392 du code de procédure pénale relatif à l'hospitalisation, pour des pathologies autres que des troubles mentaux, des personnes détenues dans les 21 établissements du programme dit « 13000 », reprend les orientations inscrites dans le code de la santé publique.

L'organisation retenue est celle fixée par l'article R. 711-19 du CSP, qui définit deux niveaux d'hospitalisation pour des pathologies autres que des troubles mentaux :

les hospitalisations, autres qu'urgentes et de très courte durée, sont réalisées dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans 7 centres hospitaliers régionaux (Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille) ou à l'EPSNF dans le cadre d'une complémentarité avec l'AP-HP,

les hospitalisations urgentes et de très courte durée sont assurées par un établissement de santé qui répond à deux critères :

- être situé à proximité de l'établissement pénitentiaire du programme dit « 13000 »,
- dispenser les soins définis au a) du 1° de l'article L. 712-2 du CSP et participer à l'accueil et au traitement des urgences.

Pour apporter, des solutions aux problèmes soulevés, s'agissant des établissements du programme dit « 13000 », il a été demandé aux directeurs des agences régionales d'hospitalisation (DARH), de procéder à la désignation, en concertation avec les partenaires intéressés, des établissements de santé devant assurer les hospitalisations urgentes et de très courte durée des personnes incarcérées dans les établissements pénitentiaires du programme dit « 13000 ».

On ne peut évoquer l'avenir de l'hospitalisation des détenus sans évoquer celui de l'EPSNF, Etablissement public de santé de Fresnes.

Cet hôpital de 216 lits a pour mission d'accueillir, en court séjour, les détenus malades de la région parisienne. Il élargit son recrutement à la région de Lille et de Dijon ; il est censé couvrir les besoins d'une population incarcérée de 18.000 personnes. Il comporte d'autre part., une unité de rééducation fonctionnelle à vocation nationale et une unité de moyen séjour. Aujourd'hui, cet hôpital ne rend manifestement pas les services qu'on attend d'une telle structure. Un équipement technique inadapté, une durée moyenne de séjour anormalement longue, même en tenant compte des servitudes pénitentiaires, une sous-utilisation du potentiel existant, un service de chirurgie au sein duquel 80% des interventions relèvent de la chirurgie "mineure" (même si chacun s'accorde à reconnaître qu'il n'y a pas de "petite chirurgie"), un bloc opératoire dont le taux d'utilisation est de l'ordre de 36% (contre 81% à

l'AP/HP, par exemple), un taux d'occupation des lits anormalement bas, la non-conformité des locaux et des équipements par rapport aux normes hospitalières, tous ces éléments donnent lieu à de soucieuses supputations. On constate également un suréquipement en personnel, compte tenu du fait que les médecins des UCSA et des EGPD n'envoient guère leurs malades vers l'EPSNF, l'unité de rééducation fonctionnelle étant pratiquement le seul pôle de prospérité de l'établissement.

Des recommandations ont été formulées par une mission conjointe Santé-Justice depuis de nombreux mois. Il est certain que l'EPSNF doit s'inscrire dans le schéma national d'hospitalisation, au prix de drastiques réformes de structure et de fonctionnement, comportant quelques disparitions : celle de l'unité d'hospitalisation pour femmes, celle de l'unité de soins intensifs, celle du pôle chirurgical en particulier et la réorientation de l'activité vers la rééducation fonctionnelle et le moyen séjour.

Il s'agit surtout de la reconfiguration de l'activité de court séjour comportant une restructuration du pôle médical et chirurgical, la transformation de l'unité de soins intensifs en unité de soins continus, la réorganisation de l'unité de dialyse et le renforcement de la psychiatrie de liaison.

Il s'agit enfin de revoir les modalités d'accueil des urgences.

Les conditions de vie

Dans le but de désencombrer les maisons d'arrêt et de modérer les effets délétères pour la santé de la surpopulation de ces établissements, la poursuite et l'intensification du recours aux mesures alternatives qui évitent la primo-incarcération est un élément d'importance majeure. A cet

égard, la courbe descendante du nombre des entrées en détention est de bonne augure.

Pour l'avenir, il faut renoncer définitivement aux localisations par trop ectopiques des établissements à construire, quelles que soient les pressions exercées sur les décideurs.

Poursuite et développement de la féminisation du personnel surveillant au contact des détenus, qui semble apporter un élément stabilisateur et "calmogène".

La création et le développement d'unités de vie familiale s'inspirant d'exemples étrangers (Québec, par exemple).

Appeler à une meilleure compréhension et établir un partenariat solide entre les hôpitaux dits de proximité (administration et soignants) et les centres médicaux des EPGD, dans le but de rendre aux détenus malades le service qu'ils sont en droit d'attendre du service public tel que codifié par la loi.

L'instauration d'un service national civil doit permettre l'affectation de volontaires en milieu pénitentiaire, comme l'a déjà suggéré le rapport rédigé sous la direction de M.Gentilini. Cette présence en milieu carcéral de jeunes citoyens, sélectionnés, bien sûr, après un ou plusieurs entretiens et un stage de formation préliminaire permettra de renforcer l'action des personnels socio-éducatifs, de promouvoir des activités sportives, culturelles, artistiques ou sociales, faciliter le contact avec les associations et les personnes qui portent un intérêt au devenir des

détenus ; c'est une démarche de civisme qu'il conviendra de promouvoir et de développer.

Les personnels infirmiers

L'importance des personnels infirmiers a déjà été soulignée.

Leur nombre peut aujourd'hui être considéré comme suffisant, sous la réserve que leurs activités soient précisément définies par la rédaction et la mise en application de profils de poste.

L'encadrement de leur activité, leur participation à l'élaboration et à la mise en oeuvre de protocoles de soins est un facteur de progrès qu'il faut cultiver.

Leur fonction d'écoute et de soutien psychologique n'est pas la moindre de leurs attributions et doit être pris en considération dans l'établissement des profils de poste.

Les urgences

Le traitement des situations d'urgence intra-muros et les éventuelles hospitalisations demeurent des problèmes incomplètement résolus.

- Une formation spécifique des personnels infirmiers sous forme de stages au sein de services d'urgences (SAMU, Services hospitaliers des admissions) est très hautement souhaitable.
- La rédaction de protocoles détaillés de soins urgents et un entraînement à leur mise en oeuvre doivent être réalisés à court

terme. Il conviendra d'y associer tous les personnels surveillants qui doivent recevoir une formation aux premiers secours ; cette formation doit faire l'objet de mises à jour et d'exercices (annuel ou bisannuel).

- Les UCSA et les Centres médicaux pour les EGPD doivent constituer une trousse d'urgence dont la composition et le maniement doivent être bien connus de tous les personnels qualifiés, amenés à affronter une éventuelle urgence intra-muros.
- Une suggestion concrète pour les épisodes aigus qui surgissent dans des tranches horaires où aucun soignant n'est présent. Lorsque apparaît l'appel d'un détenu qui demande un secours médical ou infirmier à une heure où aucun membre du corps des soignants n'est présent dans l'établissement, le gradé de garde est actuellement singulièrement démuné. Il aura sur lui un téléphone portable, appareil techniquement agencé de telle sorte qu'il ne peut appeler QUE le service d'urgences hospitalier. Le gradé alerté appelle donc ainsi le SAMU ; il passe alors le téléphone au candidat à la consultation médicale, lequel se trouve donc en contact direct avec le médecin régulateur du SAMU et c'est ce dernier qui prend, ou fait prendre les décisions qui lui apparaissent devoir être prises. Le médecin régulateur dont le métier est précisément de gérer les situations d'urgence médicales, devra avoir reçu une solide initiation aux arcanes de la médecine en milieu pénitentiaire. Il restera en contact avec le gradé responsable pour s'enquérir de l'évolution, et ce dernier sera libéré d'une lourde charge qu'il assume aujourd'hui dans un grave inconfort (pour lui) et dans une relative insécurité (pour le malade).

Le dépistage

- Assurer une proposition généralisée de dépistage des infections à virus à chaque entrant, en sachant qu'il convient, pour ce faire, de convaincre plutôt que d'imposer, quitte à renouveler la proposition en cas de refus, sachant aussi que chaque remise de résultat, quelle qu'en soit la nature doit s'accompagner d'un entretien en colloque singulier.

Les soins dentaires

Plus facile, peut-être, parce qu'uniquement liée à des questions financières, mais urgentissime, le développement des activités de chirurgie dentaire. La surcharge des praticiens, les difficultés de leur recrutement, les délais de rendez-vous extrêmement longs imposés aux malades, tout commande de conforter cet exercice professionnel.

- Dans les EGPD, en particulier la rigidité du cahier des charges excluant l'usage des services d'étudiants à l'issue de leur 5^e année d'études, qui seraient pourtant d'une immense utilité est un frein qu'il faudrait pouvoir lever à court terme, ne serait-ce (dans un premier temps) que pour assurer les remplacements des praticiens titulaires pendant leurs absences.
- La généralisation du recrutement d'assistantes dentaires, déjà opéré dans un certain nombre d'établissements, libérera du

temps que les praticiens pourront consacrer à ce qui est leur métier, à savoir soigner les patients.

- Assurer dans tous les établissements une présence de chirurgien dentiste correspondant au minimum à un temps plein pour 600 détenus, permettant de raccourcir les délais d'attente pour consultations et les espacements entre séances de soins. Il s'agit là d'un niveau d'équipement en personnel très strictement minimal, en dessous duquel, plusieurs établissements, cependant, naviguent plusieurs mois par an.
- S'assurer de tous les concours financiers possibles pour couvrir la dépense des prothèses lorsque celles-ci sont indispensables, de telle sorte que les indigents puissent également bénéficier de cette thérapie, la totalité de cette dépense étant déjà prise en charge par les EGPD.
- Enfin, alors que les Conseils généraux sont impliqués dans le dépistage de maladies infectieuses, à virus ou à germes figurés, on peut se demander pourquoi le dépistage des affections de la sphère bucco dentaire n'est pas concerné cette participation. Les caries, les infections locales sont des foyers septiques qui ne doivent pas être considérées comme des « à-côtés » de la médecine. La couverture financière de tous les dépistages doit être proposée et obtenue.
- «Last but not least», l'élévation du nombre et/ou du taux de rémunération des vacations facilitera l'obtention de résultats positifs.

- Faciliter la poursuite des soins après la libération en fournissant au sortant une liste des centres où ceux ci pourront être effectués et un descriptif précis des soins jusqu'alors dispensés.

Le personnel médical

Il conviendra que les contrats à venir précisent l'indépendance des services médicaux vis-à-vis de l'administration pénitentiaire et celle des médecins vis-à-vis de leur employeur.

Le bon usage devrait être l'obligation d'un contrat de travail validé par l'Ordre des Médecins. Un tel contrat devra envisager la progression de carrière pour les médecins comportant un descriptif des fonctions auxquelles cette progression donne accès.

L'exercice de la médecine devra naturellement rester en conformité avec les stipulations du code de déontologie et très particulièrement avec le respect du secret professionnel.

Il paraît important de consolider la qualité du recrutement de ces personnels, actuellement opéré via les petites annonces de la presse professionnelle. Recherche de la qualification, formation spécifique des praticiens aux contraintes du milieu carcéral et aux impératifs de sécurité, permettant d'éviter les craintes injustifiées et les exigences irréalistes. L'engagement d'un médecin chef du service médical d'un établissement devrait raisonnablement s'accompagner d'une rencontre avec le médecin inspecteur de la santé publique (DDASS).

Les cahiers des charges dans le but d'éviter l'apparition d'une médecine au rabais avaient fixé comme règle intangible, le recrutement des

médecins, porteurs des même garanties que l'exercice professionnel exige dans le secteur privé. Louable intention qui pénalise cependant les détenus. D'une part, il existe une impossibilité de recruter des médecins étrangers alors que ceux-ci assurent une part très importante de l'activité des services d'urgence dans les hôpitaux publics, où on est aussi bien soigné qu'ailleurs.

Quand on sait l'abondante proportion de détenus originaires d'Afrique du Nord, il conviendrait de favoriser le recrutement de médecins étrangers, parlant l'arabe, qui auraient avec les malades un contact plus facile, une meilleure capacité de donner au colloque singulier sa portée optimale. De la même façon, les internes des hôpitaux, pourtant chargés de lourdes responsabilités dans leurs services ne peuvent pas intervenir au sein des EGPD, autrement qu'en urgence. En remplacement des praticiens, voire en semestre d'activité formatrice, ils doivent pouvoir rendre de grands services.

Chaque centre médical des unités 13 000, après concertation avec les organismes habilités, doit pouvoir accéder au rôle d'antenne toxicomanie et bénéficier des capacités thérapeutiques qui leur sont jusqu'alors réservées.

La participation des SMPR à une telle modification paraît naturellement indispensable mais l'attribution aux services médicaux des établissements d'une possibilité d'initier un traitement substitutif paraît un progrès nécessaire.

Conclusion

Plutôt que de se poser la question : "Qui fait mieux, de la gestion directe ou de la gestion déléguée en matière de santé ?", il convient de se poser une question plus générale qui pourrait être ainsi formulée : "Les détenus dans les prisons françaises sont-ils bien soignés ?". L'esprit de la loi de Janvier 94 qui veut protéger la santé des détenus et donner aux détenus malades un nombre de chances de guérison égal à celui de la population en général est-il respecté ?

Sans qu'on puisse être catégorique après une étude aussi sommaire, celle-ci pourrait être : "Si on veut bien mettre à part le cas de la santé mentale (qui certes, est loin d'être négligeable), la réponse est OUI ".

Qu'il s'agisse des maisons d'arrêt, des centres pénitentiaires ou des centrales, le fait est que la concentration des moyens sanitaires mis à la disposition des demandeurs de soins est plus grande pour la population carcérale que pour la population à l'extérieur, surtout lorsqu'elle est en situation précaire.

Dans l'ensemble, les malades atteints d'affections somatiques sont décemment soignés.

Les maladies infectieuses et virales sont dépistées, diagnostiquées, évaluées et traitées. Il y a des lacunes, certes, mais dans l'ensemble, les malades atteints d'affections graves sont plus attentivement suivis pendant qu'ils sont emprisonnés que quand ils étaient à l'extérieur.

Le fait est que les personnes aujourd'hui détenues étaient, dans leur ensemble, assez peu soucieuses de leur santé lorsqu'elles étaient à l'extérieur. Peu ou mal informées, vivant souvent dans des conditions

précaires ou tout au moins peu favorables à l'épanouissement de leur santé, elles n'avaient guère le souci de consulter, même lorsque leur couverture sociale leur en donnait la possibilité. Tout se passe comme si, pour beaucoup de détenus, le premier passage en prison était l'occasion de prendre enfin en charge leur propre santé, tenue jusqu'alors pour négligeable.

Les maladies en rapport avec le vieillissement de la population carcérale (maladies chroniques ou évolutives dont l'apparition en prison est plus récente) sont également bien suivies ;elles prendront dans l'avenir une importance de plus en plus grande si les décisions judiciaires continuent de se prendre dans la direction qu'elles ont prise depuis quelques années.

En revanche, beaucoup d'obstacles restent sur le chemin, beaucoup de difficultés restent à surmonter, beaucoup de problèmes à résoudre pour ce qui est de la santé mentale.

Les responsabilités devant cette gravissime situation sont assez largement partagées : médecins, législateurs, policiers, magistrats, experts, hospitaliers, universitaires, soignants, surveillants, personnels de direction, nul n'est exempt de reproche sur ce terrain. Une prise de conscience de tous les agents intéressés doit intervenir à court terme.

Les services de soins qu'ils soient privés ou publics, hospitaliers ou libéraux travaillent et progressent dans la même direction.

La prison, telle qu'elle a existé au cours de ce siècle doit-elle conserver les caractéristiques qu'on lui connaît encore aujourd'hui ?

L'institution punitive, privative de liberté, qui isole de la société les délinquants et criminels pour protéger les biens et les personnes et cette

vaste structure sociale de pédagogie, de soins et de réinsertion dont notre pays a besoin doivent-elles forcément vivre sous le même toit ?

Les grands débilés mentaux, les fumeurs de marie-jeanne, les étrangers en situation irrégulière, les tueurs en série, les escrocs de haut vol, les schizophrènes et les petits caïds de banlieue, relèvent-ils tous de ce traitement unique qu'est la prison ?

C'est, à l'évidence un projet global autour de la personne qu'il faut promouvoir, ce sont la personnalisation de la peine et la diversification des traitements qui sont au bout du chemin à parcourir.

Les responsables politiques, les élus qui votent les lois de la République, le pouvoir exécutif qui les propose et les met en application doivent fournir un effort de réflexion et aborder courageusement de nouvelles réformes.

Le moment paraît favorable car l'institution pénitentiaire a commencé une véritable mutation visible par tous.

En moins de dix ans, la santé, l'éducation, la formation professionnelle, ont fait une entrée parfois un peu fracassante mais irréversible dans les établissements.

Des freins activement serrés par quelques esprits corporatistes n'empêchent pas le train d'avancer et c'est heureux.

Les établissements à gestion partiellement déléguée sont à cet égard logés à la même enseigne que les établissements en gestion directe.

Malgré les réticences qu'a fait naître la décision de confier la santé des prisonniers à des praticiens liés à des entreprises privées, il faut bien convenir du fait que ceux-ci méritent de poursuivre la tâche qui leur a été dévolue.

Les sociétés gestionnaires, elles-mêmes, ne sont certes pas des organisations caritatives dont le but ultime serait de participer à une entreprise de réconciliation de l'homme avec son entourage. C'est bien de «faire des affaires» qu'il s'agit. Chacun en tombe d'accord, mais les "affaires" n'ont pas pénalisé la santé des détenus et le service rendu pendant 10 ans a cependant été de très appréciable qualité.

Plus récemment, l'hôpital public, solidement installé dans la compétence et le dévouement de ses médecins et dans l'excellence de ses équipements techniques a lui-même réussi une percée extrêmement bénéfique dans les prisons françaises et il assure le maintien et le progrès de la santé de 80% des détenus.

Mais le fait de n'être pas financièrement intéressé à la bonne marche d'un service n'est pas une garantie absolue de la bonne marche de celui-ci.

Les querelles entre administrations, chacune certaine de son bon droit, nous montre que le service public lui-même n'est pas exempt de graves dysfonctionnements. Les difficultés rencontrées à propos des hospitalisations de détenus en est une flamboyante illustration.

Aujourd'hui, il ne paraît pas certain que le retour de toutes les structures pénitentiaires sous un régime unique de gestion soit de nature à transformer la situation sanitaire de l'institution pénitentiaire.

Annexes

Documents consultés

Glossaire

Documents consultés

Textes législatifs

- Loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire = programme 13 000.
- Loi du 18 janvier 1994 relative à la protection sociale des détenus et soins en milieu pénitentiaire.
- Proposition de loi du 31 mars 1998 tendant à favoriser le débat relatif au statut légal des substances stupéfiantes.; présentée par Jean Pierre MICHEL.

Décrets

- Décrets du 31 juillet 1987 et du 2 novembre 1994 relatifs à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires.
- Décret 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.
- Décret du 8 décembre 1998 portant modification du code de procédure pénale et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires.

Circulaires

- Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique.
- Circulaire du 27 mars 1995 relative à l'habilitation des personnels privés des établissements pénitentiaires du programme 13 000.
- Circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire.
- Circulaire du 21 août 1998 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire: prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.
- Circulaire du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.

Recommandations

- R (87) 3 : règles pénitentiaires européennes.
- R (93) 6 du Conseil de l'Europe concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA et les problèmes connexes à la santé.

Directive de l'OMS relative à l'infection VIH et le SIDA dans les prisons.

Ordre national des médecins

16 avril 1996 : Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire.

Documents du Parlement Européen : Rapport sur la condition carcérale dans l'Union Européenne.
Commission des Libertés Publiques - A4 - 0369/98.

Rapports

- Janvier 1993 : Rapport du haut comité de la santé publique sur la santé en milieu carcéral.
- Rapport CHAR sur la gestion des nouveaux établissements pénitentiaires dans le contexte du programme pluriannuel pour la justice.
- Rapport GENTILINI : maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18 janvier 1994, avant, pendant et après l'incarcération.
- Rapport annuel sur le fonctionnement des établissements 13 000 (année 1996).
- Rapports annuels de la DAP relatif à la gestion déléguée dans le service public pénitentiaire. Exercices 1996, 1997, 1998.
- Septembre 1997 : Bilan de la mise en oeuvre 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.
- 4 novembre 1997 : Rapport final de la formation auprès des personnels pénitentiaires des établissements des Bouches du Rhône. + Note de l'AP relative à l'articulation entre les missions des services socio-éducatifs et les services de santé (UCSA SMPR).
- 1998 : Rapport annuel de la DAP relatif à la gestion déléguée dans le service public pénitentiaire. (zone Nord).
- Rapports annuels des 4 groupements : extraits relatifs à la santé. (exercice 1998).
- Audition des 4 groupements relative au bilan de la gestion déléguée.
- 1998 : Rapport d'inspection annuelle du CD de Joux-la-Ville.
- Mars 1999 : Enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des détenus dans le cadre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994.

Notes de l'administration pénitentiaire et rapports sur les prisons

- Programme 13 000 : présentation générale : 4 documents + 1 carte des prisons 13 000.
- Programme 4000 : projet.
- Programme 13000 zones Nord = rapport de synthèse 1998 (dossier «13 000 zones Nord »).
- Note du 5 novembre 1997 relative à la distribution systématique d'eau de javel aux personnes détenues.
- Note du 15 janvier 1998 sur le même thème.
- 29 mai 1998 : Compte rendu de la réunion de coordination de la zone Nord sur le service médical 13 000.
- Bilan 1998 : lutte contre la toxicomanie en milieu pénitentiaire.
- 18 décembre 1998 : Politique de lutte contre la toxicomanie et orientations 1999.
- Orientations 1999 en matière de lutte contre la toxicomanie.
- Documents concernant la création de sites pilotes en matière d'éducation pour la santé (ainsi que les lettres d'acceptation et de rejet des propositions).
- 26 mars 1999 : Education pour la santé.
- Aperçu au 15 juin 1999 des programmes sur les formations- actions en matière d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires.
- 8 juin 1999 : Mode de désignation d'un établissement de santé de proximité.
- Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire, octobre 1998.

- Les chiffres clés de la MA de Fleury-Mérogis.
- Projet d'actions de la MA de Fleury-Mérogis.
- Notes sur Bapaume ; présentation générale de l'établissement, quelques chiffres.
- Rapport d'activité médicale du centre de détention de Joux-la-Ville (1998).
- Mission d'expertises santé 13000 du 22 juillet 1999 = CD Joux-la-Ville.
- Livret d'accueil de Joux la Ville.
- Fonctionnement du service médical.
- Mini VIDAL des médicaments utilisés à Joux La Ville.
- Répertoire des procédures et des documents nécessaires aux procédures à Joux La Ville concernant l'assurance qualité.
- Note de L'AP sur la démarche qualité dans les établissements 13 000 (1er octobre 1997).
- Fiche de suivi des consultations à Joux-la-Ville.
- Mise en commun des procédures sur le projet santé zone est G3S
- Projet d'éducation sanitaire, formation action « soin de soi », CD Joux la Ville.
- Compte rendu de la réunion 13 000 zones est du 8 juillet 1998.
- Rapport d'inspection du 16 décembre 1998 sur le fonctionnement du service pharmaceutique de la MA de Villefranche-sur-Saône.
- Rapport d'activité médicale 1998 sur la MA de Villefranche-sur-Saône.
- Réunions des médecins coordinateurs : 4 décembre 1997 (éducation pour la santé ; étude sur la réduction des risques en matière de contamination VIH- hépatite) ; le 5 mars 1998 portant sur l'étude de satisfaction de la fonction santé dans les programmes 13 000 ; le 3 septembre 1998 (état du programme 13 000) ; le 8 janvier 1999 (éducation pour la santé, schéma national d'hospitalisation, réforme des SPIP).

Cahier des charges

- Cahier des clauses administratives et techniques particulières, marchés de fonctionnement des établissements à gestion déléguée.
- Marchés defonctionnement= zone Ouest = programme 13000 (dossier « 13000 zones ouest »)
- Marché de fonctionnement = zone nord, zone sud, zone est.
- 26 septembre 1991 : Guide de mise en oeuvre des marchés de fonctionnement.

Documents du ministère de la Santé

- 15 mars 1999 : « Enquête « un jourdonné » sur les personnes atteintes par le VIH en milieu pénitentiaire.
- 11 mai 1999 : Compte rendu de la journée sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral.
- Cadre général du schéma national d'hospitalisation.

Articles de presse et courriers

- « Prison la marmite infernale », chapitre sur le SIDA, la santé, la sexualité et les suicides.

- Courrier de la Chancellerie 1993 : la santé en prison (dossier « santé physique et mentale des détenus en prison »).
- Information Prison - Justice, décembre 1994 : « la sexualité interdite : sévices corporels pénitentiaires ».
- 27-29 novembre 1995 : cinquième conférence de politique criminelle sur l'avenir de l'emprisonnement et ses alternatives.
- 1996 : Enquête S.PACE ; Pierre Tournier.
- Revue de sciences criminelles, janvier- mars 1997 : chronique de l'exécution de peines ; santé et application de la loi de 1994.
- 23 avril 1997 : Comité européen pour les problèmes criminels : projet de rapport intérimaire et programme de travail sur le surpeuplement carcéral.
- 3 juin 1997, LE MONDE « le ministère de la justice tente d'endiguer les suicides en prison ».
- Septembre 1997, revue Dedans Dehors : accès aux soins et rôle du médecin en prison.
- Lettre de doléances des détenus du CD de Caen (3 mars 1999).
- 5 juillet, Libération. « les élus croient en la visite surprise ».
- 18 juillet 1999 : le FIGARO - « Ces prisons d'où l'on ne sort pas ».
- La personne est détenue avant d'être malade : journal du SIDA.
- Articles du docteur OBRECHT sur l'accès aux soins, le VIH -VHC ; la toxicomanie ; les extractions médicales (dossier « santé physique et mentale des détenus »).
- Canada : fiche d'informations : solutions de rechange à l'incarcération.
- François BES : « derrière les murs, les seringues ».
- Communiqué de presse d'Act Up du 7 juin 1999 sur la substitution en prison.
- Texte d'orientation de l'association pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues.
- Infos prison : le traitement de substitution pour les toxicomanes en détention.
- Juillet 1998 ; le Monde diplomatique : le boom des pénitenciers privés.
- Lettre du 30 juillet 1998 de Mme Marie-Paule MIGNEAU-MARCHAND sur l'usage des produits de substitution en prison.
- Internet : l'usage de drogues en milieu carcéral : une approche épidémiologique.
- Décret du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.
- Appui méthodologique pour les programmes d'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Rapport d'activité juin 1999.
 - Tableau de bord 1997 : synthèse des directions régionales sur la santé des détenus.
 - Accès aux soins en prison.
 - Note de l'administration pénitentiaire sur la désignation d'un établissement de santé de proximité.
 - Rapport d'inspection réalisée le 16 décembre 1998 sur le fonctionnement du service pharmaceutique de la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône.

- Rapport d'activité médicale 1998 - Maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône.
- Compte rendu de la réunion 13 000. Zone Est du 8 juillet 1998.
- Procédures communes DAP G35 sur le thème de la santé.
- Education pour la Santé - Centre de Détention Joux-la-Ville « soin de soi ».
- Centre de détention de Saint-Mihiel ; projet d'éducation pour la santé.
- Mission d'expertise Villefranche-sur-Saône et dossier sur le travail pénitentiaire.
- Rapport d'activité Zone Est- 1998.
- Rapport d'activité 1998 - Maison d'arrêt Villefranche-sur-Saône.
- Dossiers relatifs aux soins sur Villefranche-sur-Saône et psychiatrie.
- Dossier prévention à Villefranche-sur-Saône (MST, VHB).
- Dossier « éducation pour la santé » à Villafranchien.
- Dossier « relations GIE/G35 » - Administration pénitentiaire.
- Certification ISO 9002 - GIE/G35.
- Comptes rendus réunions professionnelles inter-site GIE/G35.
- Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances - juin 1999 - MILDT.
- Usage et trafic de stupeurs ; statistiques 1998 ; ministère de l'intérieur.
- Psychiatrie - Documents définissant les SMPR.
- Thèse du docteur Levasseur sur les interventions médicales d'urgences à la maison d'arrêt de la Seine-Saint-Denis de 1991 à 1996.
- Le droit à l'intimité en détention ; le Monde Diplomatique (février 1999) par Michel Faure
- AG du 13 mars 1999 de Recherches, confrontations et projets sur les mesures privatives de liberté + 15 propositions.
- « En Suisse, la prescription d'héroïne a fait ses preuves » - Le Soir - 20 avril 1999.
- Stocks, flux et durées de détention, les modes de renouvellement des populations carcérales, en Europe - Pierre Tournier.
- PRI - Un nouveau programme en matière de réforme pénale.
- Lettre ouverte aux parlementaires - OIP - 26 mai 1999.
- Conditions carcérales et peines de substitution en Europe - Pierre Pradier.
- Soins aux détenus, la prise en charge par les hôpitaux organisée d'ici à l'automne : le Quotidien du Médecin - 7 février 1995.
- Pharmacien des prisons = une expérience passionnante - Le Quotidien du Médecin - jeudi 1^{er} octobre 1999.
- Procédure d'urgence médicale Zone Nord.
- Prise en charge des mineurs par le service médical.
- Trajectoires de toxicomanes - Juin 1998 - Zone Nord.
- Journée sur l'accès aux traitements de substitution en milieu carcéral = « Substitution à Villepinte ».

- Projet d'éducation pour la santé = Zone Nord.
- Compte rendu de l'inspection du centre de détention de Bapaume.
- Compte rendu d'exécution du marché - Zone Nord - 1998.
- La personnalité des héroïnomanes en prison - Forensic.
- GEPSA : la santé en milieu carcéral.
- Etudes et résultats DREES = la santé en prison ; Un cumul de facteurs de risque -4 janvier 1999.
- Le panier du détenu au 1^{er} octobre 1998 -Direction de l'Administration Pénitentiaire.
- Circulaire du 2 avril 1996 relatif au régime disciplinaire des détenus. Réflexion sur la réforme du régime disciplinaire des détenus - 25 septembre 1997. Circulaire du 14 décembre 1998 sur le placement à l'isolement.
- Exemple de panier du détenu à la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône et statistiques.
- Décret du 2 novembre 1994 modifiant le décret du 31 juillet 1987 relatif à l'habilitation des personnes auxquelles peuvent être confiées certaines fonctions dans les établissements pénitentiaires. Circulaire du 27 mars 1995.
- La chute des libérations conditionnelles accroît la désespérance des détenus » -Le Monde -20 juillet 1999.

Glossaire

EGPD	Etablissement à Gestion Partiellement Délégée
ETP	Equivalent Temps Plein
SMPR	Services Médico-Psychiatrique Régionaux
MA	Maison d'Arrêt
CD	Centre de Détention
MC	Maison Centrale
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UMD	Unité pour Malades Difficiles
ENAP	Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire
VHC	Virus Hépatite C
MILDT	Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
CISIH	Centre d'Informations et de Soins de l'Immuno-déficience Humaine
UHSI	Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de Fresnes
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales