P. 75 Soigner en prison
P. 77 L'offre de soins
P. 82 Aspects particuliers de la pathologie psychiatrique et de sa prise en charge
P. 86 Pathologie infectieuse
P. 90 Prise en charge des personnes handicapées
P. 93 Difficultés de prise en charge médicale des personnes placées sous main de justice
Et sur le web : Entretien avec le Dr Michel Fix

DOSSIER

Médecine en milieu carcéral

Dossier élaboré avec les conseils scientifiques du Dr Michel Fix, chef de pôle de soins en milieu pénitentiaire UCSA-CSAPA-SMPR, centre hospitalier Sud-Francilien, 91100 Corbeil-Essonnes, France. michel.fix@ch-sud-francilien.fr

Soigner en prison

Soigner un(e) détenu(e), c'est se soumettre à une relation particulière dont le principe est « soigner sans juger ».

L'entrée de l'hôpital dans la prison a permis de mettre au jour les aménagements des pratiques professionnelles soignantes dans un univers échappant à l'ordre hospitalier. Les pratiques pénitentiaires elles-mêmes ont dû intégrer les valeurs humanitaires liées aux soins.

La prison reste malgré tout un lieu de contradiction, entre exigences sécuritaires et accès aux soins. Néanmoins, la décision judiciaire qui prive une personne de sa liberté en l'incarcérant ne saurait la priver de tous ses autres droits, reconnus à chacun, et en particulier, l'accès aux soins identiques à ceux d'une personne libre (11 - règle n° 40.5).

Certaines catégories de personnes placées sous main de justice posent des problématiques de prise en charge spécifique : mineurs, personnes âgées, personnes à mobilité réduite, femmes, enfants nés en prison ou placés auprès de leur mère jusqu'à l'âge de 18 mois, étrangers

(accès aux interprètes), pathologies psychiatriques graves.

Les missions de santé sont identiques dans tous les établissements pénitentiaires quel que soit le type de ces établissements, de même que les principes d'organisation et de fonctionnement. Toutefois, la nature et la charge de travail diffèrent selon qu'il s'agit d'une maison d'arrêt caractérisée par un renouvellement rapide de la population placée sous main de justice ou d'un établissement accueillant des personnes condamnées à de moyennes et longues peines.

Les établissements de santé chargés des soins somatiques apportent une réponse d'ensemble aux besoins de santé des personnes détenues dans l'établissement pénitentiaire avec lequel un protocole a été conclu, en application des articles R. 711-7 et suivants du code de la santé publique. Ce protocole détermine les conditions de fonctionnement de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) [*v.* tableau] et les obligations respectives de chaque établissement signataire.

L'Observatoire des structures de santé des personnes détenues (OSSD/Direction générale de l'organisation des soins) recense 178 UCSA, 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), 7 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), 3 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

L'ensemble des professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire sont quotidiennement confrontés à des pathologies réactionnelles ou réactivées lors de l'enfermement, exacerbées par les mauvaises conditions de vie, d'hygiène individuelle et collective, qui perdurent malgré les efforts de l'administration pénitentiaire (réhabilitation de vieux établissements, nouvelles structures) et par des conduites addictives compensatrices.

La personne placée sous main de justice plonge dans la vie carcérale, dans un univers de frustrations allant bien au-delà de la simple privation de liberté, où le temps se réduit à l'attente de repères archaïques (repas, sommeil, promenade, parloirs…), où les liens affectifs s'appau-

TABLEAU

GLOSSAIRE

Centre de détention (CD) : accueil des condamnés à plus de 2 ans d'incarcération.

Centre pénitentiaire (CP) : établissement mixte comportant deux quartiers de détention différents.

Condamné : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation judicaire définitive.

Centre de soins, de prévention, d'accompagnement en addictologie (CSAPA) en milieu carcéral : assure soins, prévention, continuité de soins à la sortie.

Commission pluridisciplinaire unique (CPU) : commission créée par la circulaire du 14 janvier 2009 de la Direction de l'administration pénitentiaire relative à la poursuite de l'implantation progressive des règles pénitentiaires européennes dans les établissements pénitentiaires. Le texte indique que *« cette mise en cohérence des interventions des différents partenaires (pénitentiaires, médicaux, enseignants, travail, etc.) est garante d'un meilleur accompagnement et d'une orientation interne adaptée, fondés sur un véritable bilan individualisé de la personne détenue (dangerosité et vulnérabilité notamment). À ce titre, une commission pluridisciplinaire unique (CPU) consacrant le caractère pluridisciplinaire de l'évaluation doit être créée dans chaque établissement ».* La commission se réunit sous la présidence du directeur de l'établissement pénitentiaire, généralement une fois par semaine ; elle comporte souvent un volet « arrivants », un autre consacré au classement des personnes détenues au travail, un autre relatif aux personnes dépourvues de ressources, enfin il existe une CPU (parfois distincte) consacrée à la prévention du suicide. La participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la CPU a été définie par une circulaire interministérielle santé justice du 19 janvier 2011.

Maison d'arrêt (MA) : accueil des prévenus et des condamnés dont la peine ou le reliquat de peine ne dépasse pas 2 ans.

Maison centrale (MC) : axée prioritairement sur la sécurité, reçoit les personnes les plus difficiles.

Prévenu : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive.

Service d'insertion et de probation pénitentiaire (SPIP) : compétence départementale, qui intervient auprès des personnes incarcérées et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites.

Service médico-psychologique régional (SMPR) : unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, offre des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire dans une unité d'hospitalisation identifiée.

Unité de consultations et soins ambulatoires (UCSA) : unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, assure les soins, la prévention, l'organisation des soins, l'organisation des soins hors les murs (extractions médicales), et la continuité des soins à la sortie de détention.

Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) : unité implantée en milieu hospitalier permettant une prise en charge psychiatrique des personnes détenues atteintes de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation avec et sans consentement.

Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) : unité implantée dans un CHU, permettant la prise en charge des pathologies somatiques pour des séjours programmés de plus de 48 heures.

vrissent. Dans cet univers, la parole ne permet pas de s'ouvrir à l'autre, de parler de ses états d'âme ou de son « affaire » sans passer pour un faible et s'exposer à la violence ou aux représailles (agresseurs sexuels p. ex.). Que reste-t-il ? Les cris, la parole informative, se retrouver seul face à sa culpabilité ou au contraire dans une révolte affichée contre la sanction. Le langage du corps devient alors l'ultime moyen d'expression (privations d'alimentation, automutilations, tentatives de suicide). Ce sont des signes d'appel, parfois de chantage, mais c'est toujours l'expression du fait que l'on s'appartient, envers et contre tout, que l'on reste maître du seul monde maîtrisable : son monde intérieur, ce corps refuge véritable moyen d'expression ou refuge à la violence accumulée. Il faut ainsi comprendre la place que prennent les professionnels médicaux au sein de l'établissement puisqu'ils ne jugent pas, écoutent, soutiennent, apportent les soins psychologiques ou somatiques nécessaires.

Dans ce dossier ne seront traités que les aspects médicaux de la vie carcérale. Après la prison, l'entrée dans le monde libre, la continuité des soins, les hébergements soulèvent des problèmes différents de ceux abordés dans ce dossier, bien que très liés. L'« après sortie » est un vaste sujet qui mérite d'être traité à part, avec la collaboration des structures associatives, médico-sociales et de tous les intervenants qui réalisent au quotidien un travail de prise en charge extérieure à la prison.

Tout ne peut être décrit, et bien des facettes de notre métier resteront derrière les barreaux des établissements où nous avons choisi de travailler : les contrôles des repas et régimes alimentaires, un regard sur les produits « cantinables » de parapharmacie, l'hygiène, la prise en charge des détenu(e)s classé(e)s travailleurs et des accidents du travail dont ils (elles) sont victimes. •

Michel Fix

M. Fix déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

MOYENS ET LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

L'offre de soins en prison

Michel Fix

Chef de pôle de soins en milieu pénitentiaire UCSA-CSAPA-SMPR, centre hospitalier Sud-Francilien, 91100 Corbeil-Essonnes, France. michel.fix@ch-sud-francilien.fr

UNITÉS DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES : DISPOSITIFS ET MISSIONS

Les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) prennent en charge les problèmes somatiques. Il existe une UCSA par établissement pénitentiaire quelle qu'en soit la taille. Le nombre de personnes détachées par les hôpitaux signataires d'un protocole avec un établissement pénitentiaire dépend de la taille de ce dernier. Par exemple, la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, plus grand centre pénitentiaire français, accueille dans ses murs le plus important service de santé, environ 150 personnes détachées par le centre hospitalier Sud-Francilien de Corbeil-Essonnes.

L'équipe du personnel hospitalier est placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier ou hospitalo-universitaire, chef de pôle et de praticiens responsables de leurs unités fonctionnelles.

L'équipe soignante comporte :
– du personnel médical : médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, tous rattachés au centre hospitalier signataire d'un protocole-cadre avec un établissement pénitentiaire (praticiens hospitaliers titulaires ou contractuels, praticiens attachés, praticiens attachés associés soumis aux obligations statutaires de leur fonction mais sans indemnisation complémentaire pour exercice en milieu carcéral) ;
– du personnel non médical : infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en radiologie, personnel administratif et médico-social, agents des services hospitaliers (pour cet exercice, ce personnel reçoit une prime dite de « risque »).

Il n'existe pas de diplôme reconnu pour ce mode d'exercice, mais tous les membres du personnel médical, soignant, administratif, social peuvent suivre un enseignement axé sur l'univers carcéral dispensé par la faculté de pharmacie de Paris (diplôme universitaire [DU] de santé publique). En addictologie, les praticiens sont titulaires d'une capacité ou d'un DU en addictologie.

En ce qui concerne l'UCSA de Fleury-Mérogis, qui assure, comme l'UCSA de Fresnes, une ligne de garde 24 heures sur 24, sept professionnels sont confirmés aide-formateurs CESU (Centre d'enseignement des soins d'urgence), et le personnel est majoritairement formé aux gestes et soins d'urgence, niveaux 1 et 2.

L'administration pénitentiaire met à la disposition des services médicaux des locaux identifiés et des surveillants pénitentiaires astreints au secret médical.

Le plus souvent, les locaux affectés ne permettent pas à l'ensemble du personnel d'y prendre en charge les patients, et des consultations doivent être déportées vers les parloirs avocats ou d'autres espa-

ces peu adaptés à la confidentialité et à la mise en confiance du patient détenu.

Les missions des UCSA s'organisent autour de cinq grands axes.

Organisation de l'accueil des personnes condamnées ou prévenues (art D 381 du code de procédure pénale)

Tout patient venant de liberté bénéficie d'un dépistage systématique de la tuberculose, d'un entretien soignant et médical, d'une continuité de sa prise en charge thérapeutique extérieure. Lors de cette première consultation, il lui est proposé la réalisation de tests de dépistage des maladies sexuellement transmissibles (hépatites, syphilis, infection par le virus de l'immunodéficience humaine) ainsi qu'une mise à jour de ses vaccinations. Un repérage des patients ayant un handicap (grille AGGIR [Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources]) est fait, avec information à l'administration pénitentiaire des conditions d'hébergement à mettre en place.

Les services médicaux se sont inscrits très vite dans une démarche qualité, afin d'accueillir le plus humainement possible les personnes placées sous main de justice, avec une vigilance toute particulière pour les personnes incarcérées pour la première fois.

L'administration pénitentiaire de son côté a très nettement amélioré l'accueil des personnes qui lui sont confiées, et de nombreux établissements ont obtenu un label de qualité en se conformant aux règles pénitentiaires européennes et à la loi pénitentiaire.

Suivi médical et soins

Le chef de pôle, le praticien responsable de l'unité fonctionnelle, le cadre supérieur de pôle, les cadres de santé organisent la prise en charge des patients et la continuité des soins :

– consultations médicales (suivi thérapeutique et parcours de soins) ;
– visites et soins d'urgence pour les établissements pourvus d'une ligne de garde (Fleury-Mérogis et Fresnes) ou d'une astreinte médicale ;
– consultations spécialisées ;
– soins infirmiers ;
– soins dentaires ;
– entretiens médico-sociaux ;
– circuit des examens de laboratoire ;
– circuit du médicament : préparation, vérification, distribution nominative ;
– soins de rééducation dans les établissements bénéficiant de temps de kinésithérapie ;
– prévention et éducation à la santé.

Les consultations se font soit à la demande du détenu (courriers postés dans une boîte aux lettres identifiée), soit à la demande des soignants et/ou des surveillants de détention.

Les pathologies prises en charge sont celles d'une médecine ambulatoire très apparentée à la médecine libérale. Néanmoins, le praticien en prison est confronté aux actes hétéro- et auto-agressifs (automutilations, coups et blessures, tentatives de suicide, feux de cellule).

Les patients, depuis la loi du 18 janvier 1994, sont affiliés dès leur incarcération au régime général de la Sécurité sociale et peuvent bénéficier depuis 2005 de la couverture maladie universelle complémentaire.

L'UCSA s'intègre dans la démarche qualité, gestion des risques, évaluation des pratiques professionnelles de son centre hospitalier.

Organisation des extractions médicales avec les services pénitentiaires

Conformément aux dispositions de l'article R.711-16-3 du code de la santé publique, l'établissement de santé organise l'accès des personnes détenues à l'ensemble des consultations ou examens spécialisés qui ne peuvent être réalisés dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire. En cas d'impossibilité, ces examens doivent être envisagés sur d'autres établissements hospitaliers non signataires de convention interétablissements santé-justice.

La réalisation de ces consultations nécessite une étroite coordination avec les services pénitentiaires au regard de la question des escortes (avec ou sans renfort de police et de gendarmerie, selon le profil pénal du détenu).

Beaucoup de patients vivent mal ces extractions vers les milieux hospitaliers, souvent mal adaptés à l'accueil des personnes placées sous main de justice. Déambuler dans de longs couloirs hospitaliers, menotté, entravé, sous le regard des consultants de l'hôpital, est une épreuve pour le patient détenu, et un certain nombre d'entre eux le vivent douloureusement et refusent les extractions médicales ou l'hospitalisation.

L'avenir à moyen terme est le déploiement de la télémédecine dans les structures carcérales. Certains centres en sont déjà équipés, permettant les avis spécialisés ne nécessitant pas de plateau technique, palliant ainsi les déficits de recrutement de praticiens et diminuant le nombre d'escortes.

Toutes les hospitalisations d'urgence et programmées de courte durée (48 heures) sont accueillies sur l'établissement hospitalier dont dépend l'UCSA. Les patients sont alors hospitalisés dans des « chambres sécurisées » sous la surveillance d'une garde policière statique 24 heures sur 24.

Toutes les hospitalisations programmables, de plus longue durée sont dirigées vers les unités d'hospitalisations sécurisées interrégionales (UHSI).

Préparation de la continuité des soins à la sortie

Elle est prévue en coordination avec les services d'insertion et de probation (SPIP). Les conseillers d'insertion et de probation ont vu, ces dernières années, se modifier leur mode d'exercice. Le parcours d'exécution de la peine, les remises de peine supplémentaires, les aménagements de peine, la prévention de la récidive sont si chronophages que ces conseillers perdent peu à peu leur mission « sociale ».

Le vieillissement de la population placée sous main de justice, l'accueil croissant des personnes à mobilité réduite doivent faire envisager par les tutelles hospita-

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Il n'existe que peu de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en milieu carcéral (trois en Île-de-France) [*v.* p. 82].
Ces structures permettent la prise en charge des patients consommateurs de produits illicites et de médicaments soumis à prescription mais détournés.
Dans les établissements où cette structure n'existe pas, ce sont les services extérieurs compétents en addictologie qui assurent cette mission en partenariat avec les UCSA.
Leurs personnels assurent :
– le repérage des personnes évoquant des dépendances ;
– l'accueil médico-social de ces patients ;
– le suivi thérapeutique somatique et psychologique ;
– la réduction des risques infectieux ;
– la préparation à la sortie en relation avec les structures habilitées (CSAPA, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues [CAARUD]…) afin d'assurer la continuité de la prise en charge ;
– la recherche d'hébergement, de centres d'accueil en postcures.
Les traitements de substitution (buprénorphine haut dosage, chlorhydrate de méthadone) doivent être accessibles à tous les détenus dépendants qui en ont besoin, au-delà de toute réticence idéologique.
Il s'agit d'accompagner la personne dans un parcours intégrant le suivi antérieur lorsqu'il existe, le maintien et la continuité des soins.
Dans les établissements où existe ce CSAPA, un accueil spécifique est réalisé dès l'entrée, afin de s'enquérir auprès de centres extérieurs du suivi et du traitement du patient.
Une évaluation des consommations permet à l'équipe médico-sociale la continuité des soins engagés hors de la prison. Pour les consommateurs avec ou sans véritable suivi, une prise en charge est proposée et un traitement de sevrage, et/ou de substitution, une surveillance soignante des états de manque.

lières l'octroi au tableau des emplois des UCSA de temps médico-sociaux supplémentaires (instructions des dossiers d'allocation adulte handicapé [AAH], des dossiers d'allocation compensatrice pour aide personnalisée à l'autonomie, recherche de structures d'hébergement, d'appartements thérapeutiques…).

Coordination des actions de prévention et d'éducation à la santé

Les personnes détenues bénéficient au même titre que la population générale d'actions d'éducation à la santé. En vertu de l'article R.711-14 du code de la santé publique, l'établissement de santé coordonne ces actions au sein de l'établissement pénitentiaire.

Un comité de pilotage placé sous la responsabilité du responsable de l'UCSA et avec tous les partenaires jugés utiles (direction pénitentiaire, service insertion et probation, Éducation nationale, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, représentants de l'agence régionale de santé) élabore un programme annuel.

LIMITES ÉTHIQUES RENCONTRÉES

Cependant, l'accès aux soins et à la protection de la santé en prison continue à poser des problèmes éthiques majeurs.

Personne âgée et personne ayant un handicap

Cette personne est confrontée à l'inaccessibilité des lieux dans la majorité des établissements (douches, ateliers, bibliothèque, cour de promenade…).

Elle subit un manque total ou partiel d'aide technique (lit adapté, alèses, système de levage, fauteuil roulant…).

Peu d'établissements pénitentiaires sont pourvus de véhicule adapté aux extractions de ces personnes, et ce malgré le déploiement progressif de cellules pour personnes à mobilité réduite. De même, trop peu d'établissements ont établi des conventions avec la maison départementale du handicap (MDPH), le conseil général et les services sociaux extérieurs. Il n'est pas concevable que le patient détenu ayant un handicap soit soumis à l'aide d'un seul codétenu. En touchant à l'intime, on ne peut soumettre ce patient vulnérable qu'à des personnels auxiliaires de vie, or il ne bénéficie que rarement d'une tierce personne pouvant l'aider dans les gestes du quotidien.

La circulaire du 10 janvier 2005 intègre cette notion, face à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes accueillies en maison d'arrêt ou vieillissant en centres pour peine.

L'attribution des allocations adulte handicapé (AAH), compensatrice tierce personne et aide personnalisée à l'autonomie (APA) devrait améliorer la vie en détention de ces personnes particulièrement vulnérables.

Femmes détenues

Les femmes incarcérées ne représentent que 3,4 % de la population placée sous main de justice. Certaines vivent leur

grossesse en prison où elles reçoivent soins et suivis spécialisés. Très différentes selon les établissements, les conditions de détention des femmes enceintes ou des mères incarcérées avec leur enfant sont décrites comme « meilleures » par les détenues et l'administration pénitentiaire. La nurserie, comme celle de la plus grande prison française, constitue une « zone frontière » ; tout est fait pour laisser penser que l'on n'est pas tout à fait en détention mais « de l'autre côté ».

Cependant, à l'âge de 18 mois et au plus tard à celui de 24 mois, les enfants sont séparés de leur mère, ce qui rompt très douloureusement le lien maternel.

Suspension de peine pour raison médicale

Prévue par la loi du 4 mars 2002, elle est appliquée de manière encore trop restrictive et assujettie aux conclusions concordantes de deux experts missionnés par le juge d'application des peines suite au certificat médical remis en mains propres au patient et transmis par lui.

Lorsque le pronostic vital est engagé, que le patient doit recevoir des soins palliatifs, le seul certificat médical du praticien de l'UCSA de demande de suspension de peine peut être suffisant, mais il s'agit alors d'une décision bien tardive. Ces patients subissent des conditions de vie difficiles dans ces établissements où règnent promiscuité, surpopulation, manque d'hygiène, rendant quasi incompatibles la mise en place de soins adaptés et un accompagnement humain digne.

La suspension de peine, lorsqu'elle est prononcée, se heurte au manque de structures d'aval (soins palliatifs, appartements thérapeutiques, lits médicalisés moyens ou longs séjours). Des établissements pénitentiaires et des UCSA prennent en charge des patients nécessitant des soins palliatifs faute d'aval, ce qui va à l'encontre de l'égalité des soins et du respect de la loi du 18 janvier 1994.

Contrairement aux condamnés, les prévenus – présumés innocents – en fin de vie ne bénéficient pas de ces dispositions légales. La décision de remise en liberté provisoire est donc laissée à la seule appréciation du magistrat instructeur.

Violence

Les plus faibles, les plus vulnérables sont exposés à la violence des autres détenus par non-respect du droit du détenu à la sécurité et à la protection de son intégrité physique.

Le personnel soignant qui prend en charge les victimes de violences physiques parfois graves y est confronté quotidiennement.

La violence est omniprésente et exacerbée par la surpopulation, la promiscuité et l'incarcération de patients atteints de troubles mentaux.

Le stress, l'angoisse, les états dépressifs qui en découlent conduisent ces patients à des passages à l'acte hétéro-agressifs, auto-agressifs (canaliser sa propre violence) ou à des conduites suicidaires.

Secret médical

Le praticien écoute et soigne son patient. Il est détenteur, dans ce colloque singulier, de ce qui lui a été confié mais aussi de tout ce qu'il a vu, entendu et compris (code de déontologie médicale).

Cette relation de confiance semble dès lors incompatible avec certaines demandes de l'administration pénitentiaire : placements au quartier disciplinaire, maintien au quartier d'isolement, renseignements médicaux portés sur le cahier électronique de liaison du patient (CEL) et participation aux commissions pluridisciplinaires uniques (CPU).

Comment les détenus pourraient-ils continuer à se confier si le doute s'installe, si le praticien devient suspect de délivrer des renseignements non consentis par ces patients.

Désormais, l'administration pénitentiaire et la Direction de l'organisation des soins parlent de partage d'une information dans l'intérêt du patient – ce que les praticiens ont toujours assuré.

Les dossiers médicaux doivent impérativement être entreposés dans des locaux protégés, accessibles par les seuls soignants (clés ou digicode).

Tous les documents, et en particulier les certificats médicaux, sont remis en main propre aux seuls patients.

Lors des extractions, les dossiers médicaux sont remis aux escortes pénitentiaires sous enveloppe close par un bandeau autocollant « secret médical ».

Le secret médical s'impose à tout personnel de santé ainsi qu'à tout professionnel intervenant dans le système de santé (surveillants d'unité médicale). Les entretiens avec les patients se font en colloque singulier, hors état de dangerosité maximale signalée par les services pénitentiaires ou les partenaires médicaux (service de psychiatrie).

Trop souvent en milieu hospitalier, dans les bureaux de consultations médicales, les patients-détenus, particulièrement surveillés, sont reçus par les médecins menottés et entravés en présence des escortes pénitentiaires, de police ou de gendarmerie. Ces conditions humiliantes mettent en péril la relation de confiance malade-médecin et portent atteinte à la qualité de l'examen et des soins (souvent refusés par le patient ou abrégés par le spécialiste gêné dans sa prise en charge).

Consentement libre et éclairé

Ce consentement est devenu dans la pratique médicale un des fondements de la relation malade-médecin.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé s'applique aux personnes détenues consultantes UCSA, SMPR, CSAPA ou en secteurs hospitaliers médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux.

La personne détenue a droit à l'information sur son état de santé, sur les soins qui lui sont proposés, sur les conséquences d'un consentement ou d'un refus de soins, sur l'accès aux pièces de son dossier médical. Ainsi responsabilisé, le patient détenu devient acteur de sa santé, ce qui lui permet d'affirmer sa responsabilité, son autonomie et sa liberté de choix.

TROIS SITUATIONS « LIMITES »

Privation d'alimentation

Confronté à une privation d'alimentation solide et/ou liquide, le médecin a le devoir d'informer d'emblée la personne des risques encourus sans influencer sa détermination. Il doit rester neutre et réitérer son information au cours de sa surveillance clinique.

La question vitale qui se pose au praticien : respecter la décision du patient de poursuivre sa privation alimentaire tout en évitant de lui faire courir des risques vitaux.

Obligation ou injonction de soins

Dans son principe, le consentement libre et informé implique la liberté de refuser un acte médical et donc l'absence de contraintes et/ou de sanctions en cas de refus.

L'injonction de soins en prison, assortie de remises de peine supplémentaires accordées au détenu qui accepte, contraint, une thérapie destinée à limiter une éventuelle récidive, entre donc en contradiction avec la loi du 4 mars 2002 et le consentement libre et informé.

Ces mesures peuvent être au contraire contre-productives, la majorité des patients s'inscrivant dans une démarche de soins imposés dans le seul but d'obtenir un certificat de suivi et des remises de peine supplémentaires.

La proposition de soins consentis reste le seul dispositif compatible avec un traitement dont l'objectif est la mise en œuvre d'un vrai travail thérapeutique, contribuant à une amélioration de l'état de santé, une réconciliation avec lui-même, et permettant une réinsertion sociale et non la seule prévention de la récidive délinquante.

Placements en isolement (quartier disciplinaire, quartier d'isolement)

La sanction qui conduit un détenu en cellule disciplinaire est une décision uniquement pénitentiaire. Le praticien ne peut et ne doit pas autoriser cette sanction ; son rôle se borne à établir un certificat de contre-indication temporaire à cet isolement disciplinaire dès lors qu'il constate une incompatibilité physique ou psychologique.

Un détenu peut être placé à la demande de la justice ou de l'administration pénitentiaire en quartier d'isolement, coupé de tout contact avec les autres détenus.

L'administration demande l'expertise du médecin ou du psychiatre sur sa prolongation d'isolement. Dans la très grande majorité des cas, ces certificats établis n'ont qu'une valeur consultative, dès lors que l'administration pénitentiaire ou la justice décide le maintien en isolement.

L'article D 381 du code de procédure pénale entretient la confusion entre le rôle de praticien au seul service du patient et celui d'expert au service de l'administration pénitentiaire : *« Les médecins réalisent les visites aux détenus placés au quartier disciplinaire ou d'isolement chaque fois qu'ils l'estiment nécessaire et en tout cas au moins deux fois par semaine ».* •

M. Fix déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

SUMMARY **Correctional health care**

Court decisions taking away someone's freedom by requiring them to serve a jail sentence should not deny them access to the same health care available to free citizens in full compliance with patient confidentiality. Health institutions, responsible for administering somatic care, offer a comprehensive response to the medical needs of those under justice control, both in jails and conventional care units. For a physician, working in the correctional setting implies accepting its constraints, and violence, and protecting and enforcing fundamental rights, as well as rights to dignity, confidential care and freedom to accept or refuse a treatment.

RÉSUMÉ **L'offre de soins en prison**

La décision judiciaire, qui prive une personne de sa liberté en l'incarcérant, ne saurait la priver de l'accès aux soins identiques à ceux d'une personne libre et dans le strict respect du secret médical. Les établissements de santé, chargés d'organiser les soins somatiques, apportent une réponse d'ensemble aux besoins médicaux des personnes placées sous main de justice tant à l'intérieur des prisons qu'au sein de leurs services conventionnels. Pour un médecin, découvrir le milieu carcéral, c'est en accepter les contraintes, la violence ; c'est défendre et faire respecter les droits fondamentaux, à la dignité, à la confidentialité des soins, et à la liberté d'y consentir ou non…

Textes législatifs

- Arrêté du 14 décembre 1986 : organisation des SMPR.
- Loi du 18 janvier 1994 : création des UCSA (la médecine générale relève du ministère de la Santé). www.legifrance.gouv.fr
- Code de procédure pénale (décret 98-1099 du 8 décembre 1998/Articles D360 à D3/Art D400 à D401-2 protection de la mère et de l'enfant).
- Loi du 9 juin 1999 : garantir l'accès aux soins palliatifs. www.legifrance.gouv.fr
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé.
- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie.
- Règles pénitentiaires européennes adoptées le 11 janvier 2006 en comité des ministres des États membres. http://www.justice.gouv.fr/europe-et-international-10045/les-regles-penitentiaires-europeennes-10283/
- Circulaire DHOS/DGS du 16 mai 2007 sur la nouvelle organisation des dispositifs de prise en charge et des soins en addictologie.
- Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (section VII-art 45 à 56). http://www.textes.justice.gouv.fr/dossiers-thematiques-10083/loi-du-241109-appelee-loi-penitentiaire-12127/
- Politique santé-justice pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014.
- Circulaire interministérielle DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ n° 2012/94 du 21 juin 2012 relative à la participation des professionnels de santé exerçant en prison à la communication pluridisciplinaire unique.
- Guide méthodologique santé-justice relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Circulaire interministérielle du 30 octobre 2012.

PLUS DE 1/3 DES SUJETS INCARCÉRÉS RELÈVENT DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Aspects particuliers de la pathologie psychiatrique en prison et de sa prise en charge

Catherine Paulet

Pôle psychiatrie, médecine, addictologie en détention-médecine légale, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, 13009 Marseille, France.
catherine.paulet@free.fr

SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : UNE MISSION RÉCENTE

Longtemps, l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est resté le fait d'experts psychiatres requis au titre de l'article 64 du code pénal de 1810 (devenu article 122-1 alinéa 1 du code pénal de 1992) qui stipule, en substance, qu'il n'y a pas lieu de retenir la responsabilité pénale, et donc de juger et punir un auteur d'infraction pénale dont les troubles mentaux ont aboli le discernement au moment des faits, le dispositif sanitaire prenant dès lors le relais.[1]

Même si la réforme pénitentiaire d'après guerre (1945) avait posé le principe de création d'un service médico-psychologique dans chaque prison, très peu de psychiatres (quelques vacataires de l'administration pénitentiaire ici et là) soignaient en prison les détenus souffrant de troubles psychiatriques.

L'expérience déterminante pour la suite a été celle du Dr J. Mérot, psychiatre des hôpitaux au centre hospitalier d'Étampes (Essonne). Ce dernier crée, en effet, en 1973 un centre médico-psychologique à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis sur le modèle d'une structure de secteur psychiatrique : une équipe soignante pluridisciplinaire, rattachée à un centre hospitalier, intervenant en milieu pénitentiaire, au plus près de la population fût-elle captive, pour y exercer une pratique psychiatrique « ordinaire ». Ordinaire ne voulant pas dire banal, car il n'est jamais banal de travailler dans ce lieu d'exception-réclusion-exclusion qu'est la prison, mais telle que pratiquée en « population générale ».

En 1977, une circulaire interministérielle santé-justice préconise la mise en place de centres médico-psychologiques régionaux dans les principales maisons d'arrêt, sur le modèle du secteur psychiatrique. Des structures se mettent progressivement en place sur ce modèle.

La consécration du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, aux côtés du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, est actée par les lois-cadres du 25 juillet et du 31 décembre 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique.

Mais ce n'est qu'avec la loi du 18 janvier 1994 que le principe d'une organisation des soins et d'une prise en charge sanitaire de la population pénale sous tutelle du ministère de la Santé et non plus du ministère de la Justice, initié par exception par la psychiatrie, devient la règle pour tous les établissements pénitentiaires et l'ensemble des soins psychiatriques et somatiques.

Les principes posés par la loi de 1994 témoignent d'une volonté politique forte à haute valeur morale ajoutée, initiée par Robert Badinter en 1984.[2]

Mais si la qualité des soins délivrés aux personnes détenues a indéniablement progressé, singulièrement depuis 1994, le dispositif mis en place a validé l'idée que l'on pouvait incarcérer pour soigner, à moindre coût et avec bonne conscience. Et on observe notamment que l'abolition du discernement en raison de troubles mentaux au moment des faits est de moins en moins retenue par les psychiatres experts au profit de l'altération du discernement, entraînant l'incarcération de patients atteints de pathologies très graves.

LA MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE EN QUELQUES CHIFFRES

L'enquête la plus significative à ce sujet est l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral conduite en France en 2004.[3] Les résultats observés montrent un pourcentage élevé de détenus en état de souffrance psychique[3] plus élevé que dans les études européennes.[4]

Fréquence de la maltraitance dans l'enfance

Un tiers des hommes et 40 % des femmes ont déclaré avoir subi dans l'enfance des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle ; 26 % des détenus ont vécu un autre événement traumatisant durant leur enfance (violence chez des proches, accidents, divorces, abandons…).

Plus du tiers des détenus ont déjà consulté pour un motif psychiatrique avant leur incarcération ; 16 % ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 6 % ont été suivis par un dispositif de lutte contre la toxicomanie, et 8 % par un dispositif de lutte contre l'alcoolisme.

Forte incidence des addictions

Sans surprise (choc de l'incarcération, privation de liberté, de l'environnement

familial, etc.), les troubles anxieux (56 % des hommes, 54 % des femmes) et dépressifs (47 % des hommes, 51 % des femmes) sont largement représentés.

L'enquête a confirmé la forte incidence des addictions, et notamment des polyconsommations : 38 % des détenus incarcérés ont une dépendance aux substances illicites et 30 % une dépendance à l'alcool.[3]

L'enquête, enfin, a bien mis en évidence l'incidence des psychoses. Le taux de schizophrénie a été évalué à 3,9 %, soit 4 fois plus qu'en population générale.

L'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) repère une personnalité antisociale (vie entière) chez 28 % des hommes détenus et 14 % des femmes.

Un risque suicidaire est repéré pour 40 % des hommes et 62 % des femmes. Ce risque est jugé élevé pour presque la moitié des personnes concernées. Le suicide est une préoccupation majeure en détention et pour cause : il est 6 à 7 fois plus fréquent qu'en population générale pour une catégorie socio-démographique équivalente.

Les associations de troubles sont fréquentes.

En définitive, les enquêteurs ont considéré que 35 % des sujets rencontrés pouvaient être considérés comme manifestement, gravement ou très gravement malades et relevaient de soins psychiatriques.[3]

LE DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES AUX PERSONNES DÉTENUES

L'ensemble de la prise en charge sanitaire somatique et psychiatrique des personnes détenues est confié au service public hospitalier, et chaque prison est liée par convention à un hôpital de proximité.[5, 6]

En milieu pénitentiaire

L'organisation repose sur :

– les 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP), dont la structure pivot est le service médico-psychologique régional (SMPR), service à vocation régionale, implanté dans un ou plusieurs établissements pénitentiaires ;

– les 152 secteurs de psychiatrie générale et le cas échéant infanto-juvénile qui interviennent dans les établissements pénitentiaires de leur aire géo-démographique, au sein des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), aux côtés des équipes de médecine somatique.

Les SMPR accueillent pour des suivis intensifs, avec leur consentement, des détenus des prisons de la région qu'ils desservent. Mais ils ne dispensent pas de soins intensifs en hospitalisation temps plein.

En établissement de santé

L'accès à l'hospitalisation temps plein en établissement de santé peut se faire :

– en unité d'hospitalisation de secteur de psychiatrie générale, sous la forme exclusive de l'hospitalisation complète sur demande du représentant de l'État (SDRE, ex-hospitalisation d'office) en vertu des dispositions de l'article D398 du code de procédure pénale et de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique. Un des inconvénients majeurs est l'absence de garde pénitentiaire, et par conséquent un fréquent maintien en chambre d'isolement pendant tout le séjour pour éviter une éventuelle évasion ;

– en UHSA, unité d'hospitalisation spécialement (et spécifiquement) aménagée pour l'hospitalisation psychiatrique, libre (HL) ou sans consentement (SDRE) des personnes détenues. Un des avantages est la sécurisation périmétrique des unités par l'administration pénitentiaire, rendant les conditions d'accueil et de soins satisfaisantes.

Le nombre d'hospitalisations d'office des personnes détenues est passé de 100 par an au début des années 1990 à environ 2 300 en 2012.

Le programme UHSA a démarré en 2010 ; 705 lits exclusivement réservés aux personnes écrouées sont prévus à terme.

Tant que le programme n'est pas achevé coexistent les deux modalités d'accueil : unité d'hospitalisation des secteurs de psychiatrie générale (SDRE) et UHSA (HL et SDRE).

À terme, et sous condition d'évaluation de la pertinence du dispositif, seules les UHSA accueilleront les patients détenus en situation de décompensation psychiatrique requérant une hospitalisation.

L'hospitalisation en unité pour malades difficiles demeure possible lorsque la gravité des troubles et la dangerosité psychiatrique du patient dépassent les capacités de prise en charge du secteur ou de l'UHSA.

PARTICULARITÉS DES ASPECTS ET DE LA PRISE EN CHARGE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

La spécificité tient non à l'exercice mais au lieu d'exercice.[7]

Les psychiatres sont très sollicités en prison, la psychiatrie étant fantasmée comme LA solution susceptible d'apaiser… Il s'agit dès lors de bien délimiter le champ d'action et d'intervention du psychiatre et de le faire savoir aux partenaires par une « pédagogie inlassable ».

La médecine, singulièrement la psychiatrie en milieu pénitentiaire, est une médecine de soin de la personne malade, en souffrance ou en demande. Elle doit être un acteur facilement accessible pour tous les détenus quelle que soit l'infraction commise et non en fonction de la « commande » pénitentiaire (gestion des comportements perturbateurs) ou judiciaire (instauration de « thérapies visant la prévention de la récidive » délinquante).

Pour ce faire, elle doit garantir un strict respect de la déontologie médicale, « comme à l'extérieur », en particulier le respect du consentement informé du patient aux soins et le respect du secret professionnel médical.

Il ne s'agit pas dans cet article de reprendre l'ensemble de la séméiologie psychiatrique rencontrée ni l'éventail des prises en charge thérapeutiques possibles mais plutôt d'insister sur certains

aspects et certaines particularités.[8, 9] Il convient d'insister sur les conduites addictives qui accompagnent nombre de troubles psychiatriques et les comorbidités somatiques souvent sous-estimées

Pathologies réactionnelles

Troubles du sommeil, anxiété, état dépressif, maladies à valence psychosomatique sont très fréquents, souvent à des périodes clés de la trajectoire pénitentiaire (début de l'incarcération, transfert dans un autre établissement, approche de la libération) ou du processus judiciaire (confrontations, reconstitutions, jugement).

S'ils sont fréquents et « compréhensibles », ces troubles ne doivent pas être traités à la légère, car ils peuvent faire le lit de décompensations aiguës et de raptus suicidaires.

L'approche thérapeutique doit privilégier la relation d'aide. Les traitements médicamenteux doivent être limités dans le temps ; il n'est pas toujours aisé d'en convaincre les patients tant ceux-ci y voient un « refuge ».

Plus rarement, on peut être confronté, chez une personne sans antécédents, à une décompensation anxio-délirante aiguë, généralement à thématique persécutoire et à mécanismes polymorphes. C'est la « classique » psychose carcérale dont la prise en charge psychiatrique est celle d'un épisode délirant aigu. L'évolution à terme est généralement favorable mais témoigne d'une fragilité sous-jacente à ne pas négliger.

Pathologies révélées à la faveur de ou par l'emprisonnement

Chez les jeunes gens, une entrée dans la psychose, singulièrement la schizophrénie, peut se manifester par un trouble du comportement qui constitue une infraction pénale ; outrage et rébellion pour un contrôle d'identité (vécu comme une intrusion dans le « périmètre de sécurité »), agression d'un quidam pour un mauvais regard, voyage (pathologique) sans titre de transport, tapage nocturne, menaces de mort…

Les troubles de l'humeur bipolaires peuvent également s'inaugurer par un trouble du comportement constituant une infraction pénale : agression sexuelle au cours d'un accès maniaque, suicide altruiste au cours d'une mélancolie délirante.

De même chez les personnes âgées, la désinhibition (notamment sexuelle) inaugure parfois un processus démentiel.

Pathologies préexistantes, et leur évolution

L'emprisonnement peut être un facteur de stress ou de décompensation qui va aggraver une pathologie préexistante.

C'est flagrant dans le cas des psychoses. L'effraction de l'intimité et du périmètre de sécurité, le vécu d'hostilité ambiante (parfois avérée), la vulnérabilité aux sollicitations (racket, menaces…) vont constituer une toile de fond subaiguë sur laquelle s'inscriront des épisodes de décompensation dépressive, délirante, anxieuse, voire catatonique.

L'enjeu majeur est d'éviter la dégradation psychique et relationnelle en maintenant le lien thérapeutique.

Une population émerge actuellement en milieu pénitentiaire, celle des personnes notoirement déficientes intellectuelles, qui « clashent » à répétition avec mise en danger de soi et d'autrui, moins par intolérance à la frustration que par défaut structurel de capacité adaptative.

Troubles de la personnalité

La population pénale est majoritairement composée d'hommes jeunes. La personnalité à expression psychopathique y est largement représentée, marquée par l'impulsivité, l'intolérance à la frustration, la décharge émotionnelle et le passage à l'acte comme réponse court-circuit face aux situations de stress et de vécu d'impuissance et/ou d'injustice.

Ce type de fonctionnement est mal vécu par l'entourage et se traduit souvent par des situations de conflits et de rejet (« escalade symétrique »).

La prise en charge psychiatrique s'inaugure souvent au décours d'un passage à l'acte autoagressif (automutilation, tentative de pendaison) ou d'un épisode d'agitation psychomotrice.

Conduites addictives

La population pénale est particulièrement touchée par les addictions. Alcool, cannabis, psychotropes (benzodiazépines notamment), opiacés (dont Subutex), amphétamines, cocaïne – souvent associés – constituaient le quotidien de 38 % des personnes avant leur incarcération.[3] De plus, près de 80 % des entrants sont fumeurs.

La visite médicale des arrivants est un moment primordial pour faire le bilan des consommations, informer, initier une prise en charge et orienter vers une consultation spécialisée.

La prise en charge du sevrage à l'entrée est primordiale :

– le sevrage alcoolique est une urgence médicale ; il n'est pas rare après 48 heures de garde à vue que des signes de prédelirium tremens soient présents ;

– le sevrage aux benzodiazépines survient dans un délai de 1 à 10 jours ; le risque de crise comitiale n'est pas négligeable ;

– le sevrage aux psychostimulants entraîne l'apparition de troubles du sommeil, de dysphorie, voire d'un état dépressif.

Les traitements de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine) s'adressent aux dépendances majeures aux opiacés. Il n'y a aucune justification médicale à cesser « de principe » un tel traitement en prison. De plus, les indications d'une première prescription sont les mêmes qu'en milieu libre. Le choix de l'un ou l'autre des traitements de substitution est fonction de la clinique et de l'autonomie du sujet.

QUELS TRAITEMENTS ?

Soigner dans un lieu aussi contraint et intrusif que la prison est un peu une gageure ! Les épisodes aigus relèvent le plus souvent d'une prise en charge initiale en hospitalisation.

Traitements médicamenteux psychotropes

La pharmacopée disponible est, bien entendu, la même qu'en milieu libre. La demande médicamenteuse est forte, à l'instar de celle de la population française dans son ensemble, mais prescrire en milieu pénitentiaire n'est jamais anodin, les mésusages étant particulièrement fréquents, qu'il s'agisse d'une consommation abusive (« pour oublier la prison »), toxicomaniaque (benzodiazépines), voire à but suicidaire, ou d'un commerce (racket, trafic, échanges).

Dans la plupart des établissements pénitentiaires, la délivrance pour plusieurs jours est la règle et la dispensation quotidienne est réservée aux plus fragiles et aux moins stabilisés.

Pour exemple, un jour donné de 2011, 27 % de la population pénale de la prison des Baumettes a reçu un traitement médicamenteux psychotrope.

Les benzodiazépines sont très (trop) prescrites. La réévaluation régulière de l'indication doit être la règle, et la prescription doit être limitée dans le temps. Les médicaments à fort pouvoir toxicomanogène doivent être évités (clonazépam [Rivotril], clorazépate [Tranxène], flunitrazépam [Rohypnol] notamment).

Les troubles du sommeil étant un motif très fréquent de consultation, les hypnotiques sont fort prisés et prescrits. On privilégie des médicaments à demi-vie courte, à la dose la plus faible possible et le moins longtemps possible.

Le diagnostic d'état dépressif n'est pas toujours aisé à poser, et pourtant bien des tableaux d'anxiété rebelle, de troubles du sommeil, d'irritabilité et d'agressivité sont une expression atypique d'une souffrance dépressive sous-jacente qui peut bénéficier d'un traitement antidépresseur.

Les traitements neuroleptiques antipsychotiques, souvent proposés en période critique (y compris au cours d'une hospitalisation), et à maintenir au long cours, posent le problème de leur acceptabilité et de l'observance. L'accompagnement thérapeutique doit être solide.

Les troubles de l'humeur de type bipolaire sont sous-évalués. Les thymorégulateurs ont toute leur place dans ce type de pathologie ; ils ont, de plus, un effet d'apaisement intéressant sur les manifestations agressives.

Bien entendu, les traitements médicamenteux n'ont d'intérêt que s'ils s'inscrivent dans une prise en charge thérapeutique globale.

Psychothérapies

Les psychothérapies, comprises au sens large du terme, depuis la relation d'aide jusqu'aux psychothérapies individuelles, en passant par les techniques de groupe, sont possibles en prison.

Les objectifs de la relation d'aide sont la restauration de l'estime de soi, la mobilisation des capacités introspectives, la motivation au changement. Elle ouvre assez souvent vers une démarche psychothérapique d'approfondissement, généralement conduite par un psychologue clinicien.

On soulignera la prégnance des traumatismes dans l'histoire de vie de nombre de patients et l'intérêt des approches spécifiques (type *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* [EMDR] p. ex.).

Les thérapies de groupe (groupes de parole, groupes à médiation culturelle ou artistique), l'ergo-sociothérapie sont très opérantes avec des patients mis à mal par le face-à-face et plus enclins à s'exprimer au travers d'un « médiateur » qui stimule la créativité et permet de se vivre comme digne d'intérêt et compétent.

Gestion du péril imminent

La prise en charge d'une situation critique de péril imminent pour soi (sui-

La prison en quelques chiffres

L'administration pénitentiaire fournit annuellement ses statistiques.[1]

- Au 1er juillet 2012, 67 373 personnes étaient détenues, un record ! Pour 57 236 places réparties en 191 établissements pénitentiaires.
- En 2011, 88 058 personnes sont entrées en prison (et à peu près autant en sont sorties).
- La surpopulation pénale affecte principalement les maisons d'arrêt, avec des taux d'occupation de l'ordre de 125 %, 200 % dans certains cas.
- Pour l'essentiel, les personnes détenues sont des hommes jeunes (moyenne d'âge 34,4 ans).
- Les femmes représentent 3,4 % des personnes détenues, les mineurs 1,1 %, les jeunes majeurs (18 à 21 ans) 7,3 %, les 50 à 60 ans 7,8 %, et les plus de 60 ans 3,5 %.
- Cette population est caractérisée par une surreprésentation des catégories sociales les plus démunies et dont le niveau éducatif est le moins élevé.
- 25 % des détenus sont des prévenus. Les personnes condamnées sont majoritaires, mais près des deux tiers sont hébergées en maison d'arrêt ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires.
- 26,5 % des condamnés le sont pour violences volontaires, 18,8 % pour vol, 14,2 % pour trafic de stupéfiants et 13,4 % pour viol, agression ou atteinte sexuelle.
- La durée moyenne de détention est de 9,6 mois. Plus de 40 % des condamnés purgent une peine inférieure ou égale à 1 an ; 6,2 %, à perpétuité. À peine 18,6 % des condamnés bénéficient d'un aménagement de peine.
- Le phénomène d'inflation carcérale et d'allongement de la peine est observé dans presque tous les 47 États-membres du Conseil de l'Europe. •

RÉFÉRENCE

1. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2012. Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice. http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041

Pathologie infectieuse en milieu carcéral

Marc-Antoine Valantin
Service des maladies infectieuses et tropicale, groupe hospitalier La Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris ; Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, 91700 Fleury-Mérogis, France.
marc-antoine.valantin@psl.aphp.fr

La prison est considérée comme un lieu à haut risque sur le plan infectieux. Il s'y concentre une population fréquemment consommatrice de substances psychoactives, marquée par une précarité sociale importante et des comorbidités psychiatriques fréquentes.

Infection par le VIH, hépatites virales, tuberculose

Leur prévalence est nettement plus élevée que dans la population générale, en particulier pour l'hépatite C chronique, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou la tuberculose.

L'étude Prevacar (juin 2010) a permis de déterminer la prévalence de l'infection par le VIH et de l'hépatite C en milieu carcéral.[1] Le recueil des informations était effectué à partir des dossiers médicaux, et la population éligible correspondait à des personnes d'un âge supérieur à 18 ans et incarcérées le jour du tirage au sort en métropole et dans les départements d'outre-mer. Sur les 60 975 personnes incarcérées le jour de l'enquête en juin 2010, 2 154 ont été randomisées dans 27 établissements pénitentiaires, et 1 861 questionnaires analysés. Dans 30 % des cas, le résultat des sérologies pour le VIH et/ou le virus de l'hépatite C (VHC) n'était pas dans les dossiers médicaux. Les prévalences du VIH et de l'hépatite C (anticorps VHC positifs) étaient estimées à 2 % (intervalle de confiance à 95 % [IC] : 0,95-4,23) et 4,8 % (IC : 3,53-6,50), respectivement. Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne étaient les plus touchées par le VIH, avec une prévalence pouvant atteindre 15 % (IC : 6,6-31,8). Les femmes étaient plus à risque d'avoir une sérologie positive pour le VHC (11,8 % [8,5-16,1] *vs* 4,5 % [3,3-6,3] pour les hommes). Ces données témoignent d'une prévalence en milieu carcéral 4 à 6 fois supérieure pour l'infection par le VIH et 6 fois supérieure pour l'hépatite C à celles observées dans la population générale (prévalence globale des anticorps VHC : 0,84 %,[2] prévalence estimée de l'infection par le VIH entre 0,3 et 0,4 %[3]).

Peu de données épidémiologiques concernant la fréquence de la tuberculose en milieu carcéral sont disponibles en France. Dans une étude menée en 1994-1995 dans les maisons d'arrêt, l'incidence de la tuberculose a été estimée à 215/100 000 détenus en Île-de-France et à 130/100 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.[4] À titre de comparaison, l'incidence en Île-de-France en population générale était de 36/100 000 habitants en 1995.[5] Selon les données de la déclaration obligatoire, 52 cas de tuberculose ont été diagnostiqués en milieu pénitentiaire en 2004, pour une population carcérale estimée à 57 950 détenus (population au 1er novembre 2004), ce qui correspondrait approximativement à une incidence de l'ordre de 90 cas pour 100 000 personnes.[6]

IST et pathologie cutanée

Les relations sexuelles entre détenus ou dans les parloirs sont une réalité, mais restent un sujet tabou et difficile à aborder. Le dépistage, lors de l'incarcération, des principales infections sexuellement transmissibles (IST) est hétérogène d'un établissement à l'autre et n'est pas systématiquement proposé. Dans une enquête publiée en 2007,[7] seuls les chiffres sur la syphilis étaient disponibles : la proportion de sérologies positives était estimée à 0,39 % (12 tests positifs sur 3 054 personnes représentant 15 % de la population incarcérée en 2005 [20 195 personnes]).[7]

Deux autres études[8, 9] ont permis d'apprécier la nature de la pathologie cutanée observée en milieu carcéral : la plupart des détenus consultaient pour une ou plusieurs dermatoses bénignes ; les plus fréquentes étaient les infections fongiques et l'acné ; aucune pathologie ou complication liée au piercing ou au tatouage n'a été rapportée dans ces publications.

cide) ou pour autrui (agression) du fait d'un trouble psychiatrique avéré et aigu n'est pas très différente de ce qui se passe en population générale. Le médecin appelé au chevet du patient, après un examen clinique soigneux, prend toute mesure conservatoire utile : souvent, un traitement médicamenteux proposé voire imposé (à cet égard, la forme gouttes est souvent plus efficace et mieux acceptée que la forme injectable) avec une surveillance clinique rigoureuse, puis une orientation vers une structure psychiatrique spécialisée (service d'urgences ou hôpital psychiatrique si l'hospitalisation s'impose).

L'information des tiers aidants de première ligne que sont les personnels pénitentiaires, sur le risque auto- ou hétéro-agressif, est prévue par les textes (loi du 25 février 2008). Cela ne pose pas de problème déontologique majeur dès lors qu'il s'agit non de dévoiler la pathologie mais de préserver l'intégrité des personnes.

SITUATIONS PARTICULIÈRES ET CONDUITES À TENIR

Risque suicidaire

La prévention du suicide est de longue date une préoccupation majeure en milieu pénitentiaire.[10, 11] D'autant que le suicide y est 6 à 7 fois plus fréquent qu'en population générale et que le nombre de suicides ne diminue pas significativement malgré les mesures prises : 116 en 2011, 109 en 2010, 115 en 2009.

L'ensemble des professionnels et intervenants y sont particulièrement attentifs : c'est l'affaire de tous et non pas seulement des professionnels de santé.

L'objectif de prévention et de repérage est triple :
– améliorer l'accueil et créer un contexte respectueux des personnes détenues dans leur ensemble ;
– repérer plus précisément les personnes et situations à risque :

Prévention du risque infectieux

La détention ne signifie pas l'arrêt de toute consommation de produits toxiques. La poursuite et parfois l'apprentissage des injections de drogue par voie intraveineuse, les relations sexuelles, la pratique des tatouages et des piercings sont des comportements à risque qui se pratiquent en détention, c'est pourquoi la politique de réduction des risques est une action complémentaire de la prise en charge médicale des patients infectés par le VIH, le VHB et le VHC. L'enquête Coquelicot a révélé que, parmi les usagers de drogues ayant vécu un épisode d'incarcération, 12 % déclaraient avoir eu recours à l'injection en détention et 31 % avoir partagé leur seringue.[10] Dans l'étude Prevacar-Offre de soins en milieu carcéral en France, 18 % des unités de consultations et de soins ambulatoire déclaraient avoir eu connaissance de découverte de seringues usagées au cours des 12 derniers mois.[11]

Une étude récente, Pri2de, a permis d'évaluer différentes actions de prévention du risque infectieux en milieu carcéral.[12] Au total, 103 des 171 établissements (66 %) accueillant 43 365 détenus (69 % des détenus incarcérés) ont fourni des données complètes : 62 % étaient des maisons d'arrêt, 13 % des centres pénitentiaires et 25 % des prisons pour peine. Cette étude a permis de mettre en évidence une insuffisance globale de mise en œuvre du dispositif de réduction des risques infectieux dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. La conduite des traitements de substitution, par exemple, est parfaitement hétérogène d'un établissement à l'autre, la proportion de détenus substitués variant de 0 à 40 % selon les établissements. L'information fournie quant à l'utilisation de l'eau de Javel distribuée pour la stérilisation du matériel d'injection conformément aux préconisations[13] est également insuffisante, un responsable d'unité sur cinq estimant cette information accessible et intelligible. Enfin, il est important également d'inciter davantage aux dépistages des différents virus et à la vaccination contre le VHB.

Les pathologies infectieuses plus classiques ne semblent pas être plus fréquentes en milieu carcéral que dans la population générale. La prise en charge médicale et thérapeutique des pathologies infectieuses, en particulier l'infection par le VIH et les hépatites chroniques, doit être équivalente à celle proposée en milieu libre. Cette prise en charge, en détention, n'a de valeur que si elle s'inscrit dans la continuité, d'où l'importance de la préparation à la sortie de prison. L'amélioration des conditions d'hygiène dans les établissements pénitentiaires est un aspect primordial de la prise en charge infectieuse des personnes incarcérées. •

RÉFÉRENCES

1. **Jauffret Roustide M, Le Strat Y, Chiron E, et al.** Les personnes détenues : Prevacar, une enquête de prévalence du VIH, du VHC et des traitements de substitution aux opiacés. Institut de Veille Sanitaire/Direction générale de la santé. www.invs.sante.fr
2. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives. BEH 2009;20-21:195.
3. **Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D.** Les nouvelles estimations de la population non diagnostiquée pour le VIH en France. Séminaire de recherche de l'ANRS. Paris, mai 2012. www.anrs.fr
4. **Grémy I.** La tuberculose dans les prisons d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Enquête prospective juillet 1994-juin1995. Observatoires régionaux de santé d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur 1996;75.
5. Institut de veille sanitaire. Épidémiologie des maladies à déclaration obligatoire en France. Situation en 1995 et tendances évolutives récentes. Les cas de tuberculose déclarés en France en 1995. BEA, 1995.
6. **Ché D, Bitar D.** Les cas de tuberculose déclarés en France en 2004. BEH 2006;18:121-4.
7. **Barbier C.** VIH/IST/Hépatites en milieu carcéral en Île-de-France. Paris: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, 2007. http://ile-de-france.sante.gouv.fr/img/pdf/Etat_des_lieux_carceral_definitifseptembre2007_-_Version_compressee_.pdf
8. **Bayle P, Cuzin L, Paul C, et al.** Prisoners and skin diseases in Toulouse, France: epidemiological analysis and evaluation of life impact. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23:52-7.
9. **Grange F, Levin B, Pellenq E, Haegy JM, Guillaume JC.** Dermatological consultation behind bars: an analysis on a three-year period in a French prison. Ann Dermatol Venereol 2001;128:513-6.
10. **Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y, et al.** Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot. BEH 2006;33:244-7.
11. **Chemlal K, Bouscaillou J, Jauffret-Roustide M, et al.** Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites : Enquête Prevacar 2010. BEH 2010;10-11:131-4.
12. **Michel L, Jauffret-Roustide M, Blanche J, et al.; ANRS PRI!DE study group.** Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy. BMC Public Health 2011;11:400.
13. Circulaire DGS/DH/DAP n° 96-739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire : prévention, dépistage, prise en charge sanitaire, préparation à la sortie et formation des personnels. http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEI/882.pdf

M.-A. Valantin déclare des interventions ponctuelles pour Roche, Janssen-Cilag, Gilead, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck/Schering-Plough et Boehringer Ingelheim et avoir été pris en charge lors de déplacement pour congrès par ces mêmes entreprises.

• personne bien insérée socialement, atteinte aux personnes, infraction à caractère sexuel, personne souffrant de troubles psychiatriques ou d'addictions…
• première incarcération, choc de l'incarcération, confrontation, jugement, approche de la libération, mauvaise nouvelle, placement en quartier disciplinaire…
– repérer les situations de crise suicidaire (scénario suicidaire en cours d'élaboration), en sachant que nombre de passages à l'acte surviennent dans un contexte d'impulsivité qui les rend difficiles à anticiper (raccourcissement de la durée de la crise et hyperréactivité au contexte situationnel et relationnel).

Lorsqu'un suicide a eu lieu, c'est le temps de la postvention avec un travail collectif pluridisciplinaire de réflexion et de parole, non pour rechercher les responsabilités, non pour fouiller l'intimité de la personne suicidée, mais pour dépasser le non-dit et en tirer enseignement. En postvention, il faut être très attentif aux personnes détenues fragiles qui peuvent trouver là le « courage » de passer à l'acte (« épidémie » suicidaire).

Prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel

Le nombre de condamnés pour viol, agression ou atteinte sexuelle était de 7 722 au 1er janvier 2012, soit 13,4 % des condamnations et un pourcentage en diminution (25 % en 2001).

Ils sont généralement plus âgés que la population pénale dans son ensemble (44 *vs* 34 ans) et les peines prononcées sévères (6,9 ans fermes pour un crime, 1,6 pour un délit). Cependant, il faut souligner que le taux de récidive des infractions à caractère sexuel est 3 fois inférieur au taux de récidive des autres infractions.

Ces détenus, appelés « pointeurs », ont mauvaise presse auprès de la population pénale, auprès d'une partie du personnel pénitentiaire et également, il faut bien le

dire, de certains soignants. Leur vie en détention est dès lors difficile et ils sont souvent objets de brimades, voire de violences.

Vingt-deux établissements pour peine sont spécialisés dans l'accueil de ces condamnés, et le ministère de la Santé y a renforcé l'offre de soins.

Les auteurs d'infraction à caractère sexuel présentent une grande hétérogénéité sur le plan psychopathologique, puisqu'en effet ce type d'infraction n'est pas une catégorie diagnostique mais un acte délictueux ou criminel. Tout peut se voir, du plus normal au plus pathologique.

La prise en charge thérapeutique comporte un aspect non spécifique, commun à l'ensemble de la population pénale et motivé par des troubles du sommeil, des réactions anxieuses, un état dépressif, un risque suicidaire (souvent important), et un aspect spécifique, d'exploration des conditions du passage à l'acte et d'élaboration psychodynamique

Le choix du type de prise en charge est fonction de la problématique clinique sous-jacente, des capacités d'élaboration du patient et du contexte (stade du processus judiciaire, trajectoire pénitentiaire, contexte familial et soutien social…).

Le traitement n'a pas pour objectif la prévention d'une récidive délinquante ; il a pour objectif la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire si possible. Le soin peut ainsi contribuer à la prévention de la récidive de surcroît.

Le suivi socio-judiciaire

Tel qu'il a été créé et modifié par le législateur, le suivi socio-judiciaire est intimement lié au soin.[12] Que ce soit en milieu carcéral ou dans le cadre d'un suivi en milieu ouvert, la loi offre un cadre judiciaire, incitation au soin (prison) ou injonction de soin (milieu ouvert), qui peut permettre la rencontre avec la personne condamnée.

Mais il faut bien avoir à l'esprit que tous les auteurs d'infraction à caractère sexuel ne relèvent pas d'une thérapie, loin s'en faut.

Femmes incarcérées

Les femmes représentent 3,4 % de la population pénale. Les pathologies psychiatriques, les addictions et les troubles de la personnalité y sont surreprésentés ; 70 % des femmes incarcérées ont au moins un trouble psychiatrique, la majorité cumulant plusieurs troubles.[3]

Leur recours aux soins est, comme en population générale, plus important et plus spontané que celui de la population masculine.

Malheureusement, du fait de leur petit nombre, les dispositifs de soins leur sont rarement dédiés.

Mineurs incarcérés

Les mineurs représentent 1,1 % de la population pénale ; au 1er janvier 2012, il y avait 80 détenus âgés de 13 à 16 ans et 637 de 16 à 18 ans. La durée moyenne de leur incarcération est de l'ordre de quelques semaines, à l'exception évidemment des crimes (rares).

Les pathologies psychiatriques avérées sont rarement observées. En revanche, les carences éducatives et affectives sont souvent au premier plan ainsi que l'immaturité affective et les troubles du comportement qui en résultent.

Un élément fondamental à considérer est la potentialité évolutive de la personnalité à cet âge.

En milieu pénitentiaire, dès lors que le mineur est incarcéré et voit sa responsabilité pénale engagée ou reconnue, il est légitime qu'il soit acteur principal des décisions concernant sa santé et que son consentement soit recherché pour tout traitement. Néanmoins, il est important de rappeler que persiste le principe de l'autorité parentale (article 371-1du CC).

Quartier disciplinaire

Par essence, et pour tous les détenus qui y sont soumis et quelles qu'en soient les raisons, l'isolement en quartier disciplinaire est susceptible de générer des troubles psychologiques.

La position du médecin et singulièrement du psychiatre n'est pas aisée. Sollicité par l'administration pénitentiaire (ou le détenu lui-même) pour évaluer la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la mesure prise, il ne peut que se prononcer, après un examen clinique soigneux, sur l'altération de l'état de santé le mettant en péril et rendant le maintien en isolement inapproprié.

En tout état de cause, il lui faut résister à l'instrumentalisation implicite (ou explicite) des uns (éviter la sanction) et des autres (valider la sanction).

Il faut retenir que le suicide est 7 fois plus fréquent en quartier disciplinaire qu'en détention « ordinaire » ; c'est le risque majeur à appréhender du mieux possible.

Très longues peines et réclusion criminelle à perpétuité

L'enquête sur la santé mentale des personnes condamnées à des longues peines est très parlante.[3] La moitié d'entre elles sont condamnées à la réclusion à perpétuité.

Près des deux tiers des détenus (63 %) souffrent d'au moins un trouble psychiatrique. Le risque suicidaire, identifié chez plus de la moitié des personnes détenues, apparaît encore très présent après une longue durée d'incarcération. Les détenus dont l'état est considéré comme « normal, pas du tout malade » ne représentent que 8 % de la population interrogée.

La démesure de la sanction renvoie à une image de monstruosité. L'absence de perspective de sortie, l'impossibilité d'anticiper un avenir génèrent une angoisse de mort très déstructurante au fil des années. Il faut donc, tout en respectant l'inévitable ritualisation de la vie et de la mise en sommeil des désirs, et en faisant face parfois à des détresses aiguës, maintenir un espace-temps de parole et de créativité, et donc un futur possible.

SOINS PSYCHIATRIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : QUELLES PERSPECTIVES ?

L'originalité du dispositif français est d'avoir clairement confié la mission de soins au service public hospitalier et d'avoir considéré les personnes détenues comme des citoyens à part entière, dont les besoins sanitaires doivent être satisfaits d'une manière équivalente à celle du milieu libre. Le choix fait de l'hôpital, et non pas de la prison, pour y installer les unités d'hospitalisation tant somatiques que psychiatriques témoigne de ce souci et de cette orientation.

L'évolution du dispositif de soins psychiatriques aux détenus va, comme beaucoup d'autres dispositifs, vers la spécificité, c'est-à-dire une connaissance des problématiques en profondeur, un savoir-faire et une meilleure efficacité.

L'enjeu essentiel du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire était déjà, mais l'est encore davantage avec les UHSA, son articulation effective avec le dispositif sanitaire, médico-social et social du milieu libre, notamment en matière de préparation à la sortie et d'aménagements de peine.

Dans le cas particulier des patients souffrant de psychoses, si cette articulation ne fonctionne pas, la prison se constitue en « structure alternative ».

La présence de nombreux malades mentaux dans les prisons n'est pas (ou pas seulement) le témoignage de leur intégration à la vie ordinaire de la société. Elle pose la question de la contamination de la communauté psychiatrique par la culture de la peur et du renoncement à la clinique psychiatrique des structures de soins qui ne peuvent plus contenir les troubles graves du comportement issus de la fragmentation psychique des patients psychotiques ou « difficiles à soigner ».

En effet, les raisons expliquant la concentration de personnes souffrant de troubles mentaux dans les prisons ne sont pas circonstancielles, mais désormais structurelles.

C'est un mouvement sociétal qui s'est organisé, en contrepoint de l'ouverture prônée par la communauté psychiatrique, et qui vise à neutraliser les malades mentaux et assimilés (déviants sociaux) pour se protéger de leur dangerosité, criminologique ou psychiatrique, supposée ou avérée.[13] La responsabilisation pénale des malades mentaux en est une illustration.

Ainsi, pour ne pas transformer l'option de la spécificité de la prise en charge en filière ségrégative, il convient de rester vigilant et de conserver une conscience critique vis-à-vis des dispositifs que nous mettons en place et faisons vivre. •

SUMMARY **Specific aspects and management of psychiatric conditions in correctional settings**

Correctional psychiatry is a patient-centered medicine, similar to that practiced anywhere else, independent, governed by the same objectives (deliver the highest standard of care) and the same obligations (respect patients' dignity, their informed consent and the confidentiality they are entitled to). However, it has been a victim of its own success. As correctional psychiatry was expanding, so was the psychiatric morbidity among inmates. Consequently, the initial clinical hypothesis, which was based on the integrative function of correctional psychiatry, created in the early eighties, comes up against the segregating impact of an intramural specialty practice.

RÉSUMÉ **Aspects particuliers de la pathologie psychiatrique en prison et de sa prise en charge**

La psychiatrie en milieu pénitentiaire est une médecine de soins à la personne à l'instar de celle qui se pratique en tous lieux, indépendante, régie par les mêmes objectifs (œuvrer pour le meilleur état de santé possible du patient) et les mêmes devoirs (respect de la dignité des personnes, de leur consentement informé et de la confidentialité qui leur est due). Mais elle est victime de son succès. Dans le même temps que la psychiatrie en milieu pénitentiaire se déployait, la morbidité psychiatrique de la population pénale augmentait. Ainsi, l'hypothèse clinique intégrative du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, créé au début des années 1980, vient aujourd'hui buter sur la logique ségrégative d'une filière « intra-muros ».

C. Paulet déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. **Baron-Laforêt S, Brahmy B.** Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998.
2. **Badinter R.** Les épines et les roses. Paris : Fayard, 2011.
3. Enquête épidémiologique de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Direction scientifique B. Falissard. Étude pour le ministère de la Santé (Direction générale de la santé) et le ministère de la Justice (Direction de l'administration pénitentiaire). CEMKA-EVAL; décembre 2004.
4. **Fazel S, Danesh J.** Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002;359:545-50.
5. Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ministère de la Santé, ministère de la Justice.
6. **Paulet C.** Évolution du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Soins 2005;701:33-5.
7. **Bertrand D, Niveau G.** Médecine, santé et prison. Méd Hygiène 2006.
8. **Michel L, Brahmy B.** Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Paris : Heures de France, 2005.
9. **Thomas P, Adins-Avinee C.** Psychiatrie en milieu carcéral. Paris : Elsevier Masson, 2012.
10. **Duthe G, Hazard A, Kensey A, Pan Ke Shon JP.** Suicide en prison : la France comparée à ses voisins européens. Population et sociétés 2009;462:1-4.
11. **Terra JL.** Prévention du suicide des personnes détenues. Ministère de la Justice, décembre 2003.
12. Rapport d'information de la Commission des lois de l'Assemblée nationale sur le suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel, présenté par E. Blanc, député. Paris : Documentation française, février 2012.
13. **Delmas-Marty M.** Libertés et sûreté dans un monde dangereux. Paris : Seuil, 2010.

Pour en savoir plus

- **David M, Paulet C, Laurencin G.** Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité ? Information psychiatrique (à paraître).
- Les règles pénitentiaires européennes ; août 2006. Direction de l'administration pénitentiaire ; ministère de la Justice. http://www.justice.gouv.fr/europe-et-international-10045/les-regles-penitentiaires-europeennes-10283/

EN PRISON, UNE POPULATION DE PLUS EN PLUS NOMBREUSE AUSSI

Prise en charge pénitentiaire des personnes handicapées

Caroline Dagain
Directrice des services pénitentiaires, maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, 91700 Fleury-Mérogis, France.
caroline.dagain@justice.fr

La justice *« doit garantir l'accueil des personnes handicapées dans tous les lieux dont elle a la charge, y compris en milieu pénitentiaire »*, affirmait fin 2007 Rachida Dati[a].

L'administration pénitentiaire est confrontée à un vieillissement de sa population (reflet du vieillissement de la population en France) ainsi qu'à un accroissement des situations de handicap. En effet, l'allongement des peines privatives de liberté, le vieillissement de la population, l'augmentation des situations de dépendance confrontent toutes les institutions à la prise en charge croissante de personnes en situation de dépendance ou de handicap, et l'administration pénitentiaire n'échappe pas à cette logique. Son action s'inscrit aujourd'hui dans un cadre légal national mais aussi européen, notamment en application de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme[b], qui interdit tout traitement inhumain et dégradant, article au titre duquel l'administration pénitentiaire a été condamnée pour absence d'établissement pénitentiaire dûment équipé.

À la notion de handicap en prison s'ajoute celle de vieillesse aujourd'hui prégnante notamment dans les centres de détention. Cette situation est également importante au regard du nombre croissant de personnes âgées aujourd'hui incarcérées. En effet, si en 1980, seulement 359 personnes écrouées étaient âgées de 60 ans et plus, en 2010, ce chiffre s'élevait à 2 356[c], ce qui illustre l'augmentation corrélative et inévitable des situations de handicap et de dépendance au sein des établissements pénitentiaires.

L'administration pénitentiaire a commencé une réflexion de fond sur le sujet des personnes détenues handicapées et dépendantes dans les années 2000, mais celle-ci n'est pas encore complètement aboutie.

ACCESSIBILITÉ DES LOCAUX

Historiquement, en 2003, le ministre de la Justice, garde des Sceaux, diffusait une note[d] relative à la prise en charge des personnes dépendantes dans laquelle était évoqué un certain nombre de préconisations tenant à l'immobilier. C'est ainsi, par un aspect purement matériel et immobilier, que l'administration pénitentiaire a abordé la prise en charge des personnes détenues en situation de handicap. Ces exigences immobilières nouvelles toujours en vigueur prévoient au moins une cellule de détention aménagée pour accueillir une personne handicapée par tranche de 150 places de détention. Ces équipements et adaptations ont vocation à être mis en place dans les programmes de construction neuve mais aussi dans les programmes de réhabilitation lourde. Pour les autres établissements, il appartient aux directions interrégionales de définir un plan pluriannuel d'équipements afin que même un établissement non rénové intégralement puisse accueillir dans ses murs une personne en situation de handicap.

Ces préconisations[e] sont reprises ensuite en 2010 dans un arrêté[f] relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction, ainsi que dans le *Guide technique et fonctionnel de l'administration pénitentiaire*. Elles concernent alors tant la personne handicapée, personnel pénitentiaire ou visiteur, que la personne handicapée détenue pour laquelle le nombre de mesures est croissant. Ces préoccupations sont essentiellement tournées vers l'amélioration des conditions de vie des personnes détenues handicapées, par l'aménagement d'espaces nécessaires et de cellules adaptées.

Il en ressort que l'accessibilité des locaux est un élément essentiel en termes d'aménagement. À titre d'exemple, la totalité des bâtiments rénovés de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis possède des aménagements en termes d'accessibilité : un ascenseur permet aux personnes détenues d'accéder aux cours de promenade, aux salles d'activités et de cours, ou encore à l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). De la même manière, des rampes d'accès extérieures ont été mises en place afin de faciliter les déplacements vers l'extérieur des personnes détenues, et des cellules pour personnes à mobilité réduite (PMR) ont été réalisées dans tous les bâtiments rénovés[g].

En termes de sécurité et de prévention, il est notamment prévu que les systèmes d'interphone soient adaptés aux personnes en situation de handicap, et des plans d'action individualisés peuvent être mis en place[h].

Tous ces éléments d'aménagement, d'accessibilité et de sécurité contribuent à ce que l'administration pénitentiaire parvienne, à l'occasion du renouvelle-

ment de son parc immobilier, à une modernisation de ses prises en charge.

En 2012, 31 cellules PMR étaient opérationnelles à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis lors de la réception des derniers bâtiments rénovés. Cette ouverture massive de cellules de ce type a alors engagé, au niveau local, une réflexion de fond sur l'accueil d'un tel public. Certes, les murs et les équipements sont là pour l'accueillir, mais une prise en charge quotidienne et professionnelle de l'individu s'impose afin de lui garantir un cadre de vie respectueux de la dignité humaine, prenant en compte ses besoins de personne handicapée.

QUELLE AIDE HUMAINE ?

Si l'adaptation et l'aménagement de l'environnement de vie de la personne détenue en situation de handicap semblent se généraliser grâce aux programmes immobiliers actuels, la question de l'aide humaine semble, elle, ne pas avoir connu cette même dynamique et est aujourd'hui au cœur de la réflexion sur la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Effectivement, l'observation des différentes modalités d'aide humaine apportée à la personne détenue en situation de handicap permet de constater la mise en place naturelle de palliatifs. Ces palliatifs, généralement au nombre de quatre, révèlent aussi une des lacunes les plus importantes dans nos prises en charge.

Tout d'abord, en prison, il est fréquent d'avoir recours à la famille de la personne détenue handicapée pour lui apporter aide et soutien, mais cela est bien souvent limité à la constitution du dossier, à l'aide vestimentaire ou encore à l'aide financière.

Ensuite, les gestes, a priori anodins, tels que pousser un fauteuil roulant ou aider à l'ouverture d'une barquette alimentaire, sont régulièrement réalisés par des personnels de surveillance présents 24 heures sur 24 dans les établissements. L'aide aux personnes détenues pour les actes de la vie quotidienne ne faisant pas partie des missions du surveillant, celui-ci le fait généralement par principe de logique ou par principe éthique.

L'assistance du personnel médical de l'UCSA est souvent requise sous l'angle de l'accès aux soins pour venir en soutien à la prise en charge quotidienne de personnes détenues handicapées, voire pour faciliter les transferts.

Enfin, il est plus que fréquent d'avoir recours aux codétenus comme palliatifs d'une aide de vie institutionnelle. En général peu formés, ils sont choisis parmi les détenus en fin de peine et avec une forte probabilité de réinsertion. Ces auxiliaires sont rémunérés pour ces tâches environ 110 € par mois, mais parfois cela se fait simplement sous la forme du bénévolat. Les auxiliaires rémunérés sont là, selon les besoins, pour couper la viande, faire le ménage, pousser le fauteuil roulant de la personne dépendante mais n'effectuent pas de tâches liées à l'intimité telles que la toilette.

En outre, il est important de relever qu'il existe un risque réel d'accidents : déplacer une personne handicapée nécessite la réalisation d'actes précis et rigoureux, manipuler des couches ou des vêtements pose la question des risques de contamination. Cela pose aussi la question des compétences et qualifications des personnes détenues qui aident, du respect de la dignité humaine et de l'autonomie de la personne aidée. Qu'en est-il du défaut de professionnalisme, de la méconnaissance du risque de contagion ou sanitaire, du respect du secret médical ? Qu'en est-il si celui qui aide se positionne comme racketteur à l'égard de la personne aidée, lui soustrayant ses cantines, son tabac ou toute autre affaire personnelle ? Qu'en est-il si l'auxiliaire aidant excède sa mission et abuse ou maltraite la personne en situation de handicap ?

INTERVENTION DES PROFESSIONNELS DU HANDICAP ET CONTRAINTES SÉCURITAIRES

L'objectif pour les établissements aujourd'hui confrontés à l'ouverture massive de cellules PMR est de proposer des solutions de prise en charge alliant les impératifs humains et sécuritaires inhérents à l'institution. Pour répondre à cet objectif, la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis a, par exemple, dégagé trois axes de travail. Premièrement, la quantification sur l'ensemble de la maison d'arrêt du nombre de personnes détenues dépendantes pour les actes de la vie quotidienne, l'évaluation de l'importance de cette dépendance et le repérage des besoins. Deuxièmement, l'identification de l'offre actuellement apportée à ces personnes détenues en termes d'aides matérielles et humaines. Troisièmement, une réflexion collective intégrant les partenaires de santé, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et la détention sur les actions à mettre en place pour parvenir à une prise en charge de la personne en situation de handicap, complète et globale.

Le repérage et le recueil des besoins ont permis de mettre en exergue la nécessité de l'entrée en milieu de détention de professionnels du handicap. Si cette intervention est aujourd'hui jugée nécessaire, elle mérite réflexion, car elle n'est pas anodine au regard des contraintes de l'administration pénitentiaire. Les plus nombreuses et celles qui ont un impact persistant sont les contraintes sécuritaires. En effet, l'administration pénitentiaire doit garantir la sécurité de ses établissements et, à ce titre, un nombre important de vérifications ou de restrictions doivent être opérées lorsqu'une personne ou du matériel doivent entrer en prison. Dès lors, l'entrée de matériel en détention peut être restreinte pour des raisons de sécurité, par exemple un matériel tranchant ou inflammable peut être refusé, ce qui peut limiter l'efficacité de certaines prises en charge. Ainsi, les problèmes de santé liés à l'âge ou à la dépendance peuvent requérir l'utilisation de matériaux spécifiques que l'administration pénitentiaire n'autorise habituellement pas.

Par exemple, des lits anti-escarres peuvent difficilement être utilisés en détention, car ils ne sont pas homologués. Les

matelas doivent remplir des conditions de résistance au feu, ce qui n'est pas toujours le cas des matelas médicalisés. De même, un lit médicalisé est trop grand pour être placé dans une cellule standard. Un lit médicalisé, comme un fauteuil roulant posent des problèmes du fait de leurs matériaux de construction et de la difficulté de vérifier que rien n'a été caché dans les montants creux. Enfin, la présence de la potence pour le lit, permettant le transfert de la personne mobilisée, peut faciliter les passages à l'acte suicidaire.

Par ailleurs, la prison ayant sa propre organisation, les heures d'entrée et de sortie des intervenants extérieurs sont également amenées à être contraintes. Ainsi, après 19 h, seuls les personnels pénitentiaires, voire médicaux ou de secours, sont amenés à circuler en détention. Or, une aide de vie est généralement sollicitée pour les actes de transfert, passer du lit au fauteuil, les actes de toilette ou d'habillage, qui se réalisent au moment du lever ou du coucher. L'intervention d'aides de vie dans un établissement pénitentiaire demande alors que certains aménagements organisationnels puissent être apportés.

Par ailleurs, en maison d'arrêt, le *turn over* est très soutenu, et il est difficile de mettre en place une prise en charge efficiente. En effet, les personnes qui arrivent en détention peuvent rester de quelques heures à quelques années. Le temps de recueillir les besoins de la personne en situation de handicap, de définir l'aide à lui apporter, celle-ci est parfois déjà libérée. Il arrive que la durée d'incarcération soit trop courte pour permettre de réunir l'ensemble des pièces et justificatifs nécessaires à l'ouverture de droits ou d'aides.

À titre d'illustration, la maison départementale des personnes handicapées de l'Essonne estime à 6 mois en moyenne le délai classique de traitement d'une demande d'ouverture des droits de la prestation compensatoire du handicap. En comparaison, la durée moyenne d'une peine exécutée en prison est de 3 mois. À Fleury-Mérogis, 15 % des détenus restent incarcérés moins d'une semaine.

Ces chiffres sont révélateurs de la complexité à mettre en place une réponse rapide et satisfaisante aux besoins de prise en charge d'une personne incarcérée en situation de handicap.

Enfin, une contrainte souvent pointée dans la mise en place de projets de cette envergure, du fait notamment de la rationalisation des budgets, est la contrainte financière. Si la personne détenue en situation de handicap n'a pas encore d'ouverture de droits, il revient à l'établissement pénitentiaire de prendre à sa charge les frais d'une aide de vie, ce qui au regard des 31 cellules aujourd'hui ouvertes à Fleury-Mérogis, pourrait s'avérer extrêmement onéreux.

Si des progrès sont encore à fournir et constituent pour l'administration pénitentiaire de nouveaux défis, il faut également relever les efforts faits par certains établissements. Ainsi, la maison d'arrêt de Charleville-Mézières a été décrétée *Prison pilote pour les détenus aveugles ou malvoyants*[i], en raison de la mise en place d'une signalétique pour les personnes détenues déficientes visuelles. Sensibilisé, au départ, par la présence d'un aumônier musulman malvoyant, l'établissement a généralisé le projet à destination de toute personne pouvant entrer en détention, et ce jusqu'aux parloirs. Il s'agit d'une signalétique qui permet aux personnes aveugles ou malvoyantes d'évoluer en toute autonomie dans l'établissement, sans avoir besoin de requérir un agent à cet effet.

Ces initiatives et réussites locales sont à encourager, faire connaître et partager afin que d'autres établissements s'en inspirent pour adapter leurs prises en charge.

CONCLUSION

Il convient de relever plusieurs points : l'intérêt porté aux personnes en situation de handicap n'est que résiduel au sein de l'administration pénitentiaire tant on est préoccupé par les populations les plus voyantes et stigmatisées telles que les radicaux islamistes ou les indépendantistes basques de l'ETA. Or, ce sont souvent les personnes détenues pour lesquelles la situation peut se révéler très préoccupante qui font le moins de bruit. Les personnes détenues âgées, handicapées ou fortement diminuées ne font pas nécessairement parler d'elles, et pourtant, leur situation mérite une attention particulière. Leur repérage est particulièrement délicat, tant les situations de handicap au sens large sont diverses, variées et parfois cachées. Le handicap est une situation de faiblesse en détention, où la loi du plus fort est encore parfois la règle. C'est une des raisons pour lesquelles l'administration pénitentiaire doit s'en saisir et tenter de redonner une place à ces personnes, détenues comme tant d'autres. •

---

a. Rachida Dati, ministre de la Justice, garde des Sceaux (2007-2009), à l'occasion du lancement du plan d'action triennal 2008-2010 du ministère de la Justice en faveur des personnes handicapées.

b. Article 3 de la CEDH : *« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »*.

c. Rapport d'activité du contrôleur général des lieux de privation de liberté 2011, dossier de presse :
– Les personnes écrouées de 60 ans et plus étaient au nombre de 359 en 1980 ; 449 en 1990 ; 1 564 en 2000 et 2 356 en 2010.
– Celui des personnes écrouées de 50 ans et plus était de 1 648 en 1980 ; 2 279 en 1990 ; 5 455 en 2000, 7 677 en 2010, soit une augmentation de + 561 %.

d. Note n° 00492 du 21 juillet 2003. Prise en charge des personnes détenues dépendantes.

e. Ces préconisations concernent l'équipement des cellules pour personnes handicapées, la cellule pour personne à mobilité réduite et son environnement, les quartiers spécifiques et les relations des détenus avec l'extérieur.

f. Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction.

g. Les cellules PMR sont adaptées pour les personnes handicapées. Sont notamment mis à leur hauteur : cabinet d'aisance, lavabo, miroir, distributeur de savon, sèche-mains, barre d'appui latérale.

h. À la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, dans le cadre de la surveillance des personnes détenues repérées fragiles soit psychologiquement soit sur le plan sanitaire, il est mis en place des plans d'action individuels (PAI) qui constituent une surveillance adaptée avec des rondes et des entretiens plus fréquents pour ces personnes repérées.

i. Première nationale à la maison d'arrêt-prison pilote pour les détenus aveugles ou malvoyants Bernard-Dordonne. *L'Union*, samedi 24 mars 2012.

C. Dagain déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

LES CONSTATS DU CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ

Difficultés de prise en charge médicale des personnes placées sous main de justice

Betty Brahmy

Psychiatre, praticien hospitalier. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 75019 Paris, France.
betty.brahmy@cglpl.fr

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de la ratification par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

La mission de l'institution est de s'assurer que les conditions de prise en charge des personnes privées de liberté sont respectueuses de leurs droits fondamentaux, et de prévenir toute atteinte à ces droits, droit à la dignité, à la liberté de pensée et de conscience, au maintien des liens familiaux, aux soins, au travail, à la formation…

Le CGLPL a concrètement commencé son activité le 13 juin 2008, date à laquelle Jean-Marie Delarue a été nommé en cette qualité. L'équipe qui l'entoure se compose de trente contrôleurs nommés directement par le contrôleur général, chacun apportant son expertise et sa connaissance des lieux de privation de liberté dont on estime aujourd'hui le nombre en France à près de 5 000 : hôpitaux (en ce qui concerne les soins sans consentement), établissements pénitentiaires, locaux de garde à vue des commissariats et gendarmeries, zones d'attente et centres de rétention pour étrangers, centres éducatifs fermés pour les mineurs, geôles des palais de justice[a]…

QUAND LES CONTRÔLEURS INTERVIENNENT-ILS ?

Un pôle « saisines » est chargé d'enquêter sur les situations individuelles dont peut être saisi le CGLPL par toute personne physique ou morale. Dans la majorité des cas, ce sont les personnes privées de liberté elles-mêmes qui écrivent à l'institution, ou leur famille. Il s'agit alors de vérifier les situations relatées, et en menant des investigations, sur place si nécessaire, pour tenter d'apporter une réponse au(x) problème(s) soulevé(s) mais aussi pour identifier d'éventuels dysfonctionnements et, le cas échéant, proposer des recommandations pour prévenir toute nouvelle violation d'un droit fondamental. C'est ainsi qu'en 2011, 3 782 courriers ont été reçus par l'institution, et l'accès aux soins constitue le deuxième sujet de saisine pour les personnes détenues après le problème des transferts d'établissements.

Mais le CGLPL effectue surtout des visites dans tout lieu de privation de liberté ; et ce de manière inopinée ou programmée quelques jours avant l'arrivée dans l'établissement. Ainsi, durant deux semaines sur quatre, quatre ou cinq équipes composées chacune de deux à cinq contrôleurs ou plus, selon la taille de l'établissement, se rendent sur le terrain pour vérifier les conditions de vie des personnes privées de liberté, enquêter sur l'état, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement et, dans ce but, s'entretenir de manière confidentielle avec elles ainsi qu'avec le personnel et tout intervenant dans ces lieux.

Durant les visites, les contrôleurs ont libre accès à toutes les parties des établissements sans restriction, de jour comme de nuit, et sans être accompagnés par un membre du personnel ; ils ont aussi accès à tout document à l'exception de ceux soumis au secret médical, au secret défense et au secret de l'instruction.

À la fin de chaque visite, les contrôleurs rédigent un rapport de visite qui relate les faits constatés assortis de conclusions et envoyé aux ministres concernés, qui doivent répondre aux observations. Ce rapport de visite est ensuite rendu public (sur le site de l'institution www.cglpl.fr).

Enfin, quand il le juge nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'il estime que des faits constatés portent atteinte ou sont susceptibles de porter atteinte à un ou plusieurs droits fondamentaux, le contrôleur général peut décider de publier au *Journal officiel* de la République française des recommandations spécifiques à un ou plusieurs établissements mais aussi des avis généraux sur une problématique transversale, comme par exemple l'emploi de la visioconférence, l'accès des personnes détenues à l'informatique, les modalités de l'hospitalisation d'office…

Avant d'en arriver aux constats effectués par le CGLPL lors de ses visites, rappelons que le droit à la protection de la santé est un droit fondamental men-

tionné dans le préambule de la Constitution de 1946.

S'agissant plus particulièrement des établissements pénitentiaires, c'est la loi du 18 janvier 1994 qui a rattaché la prise en charge sanitaire des personnes détenues à l'établissement de santé de proximité en créant les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans l'objectif d'offrir à la population incarcérée une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à la population extérieure. C'est en 2009 dans la loi pénitentiaire que la santé des personnes détenues est consacrée (art. 45 à 56 de la loi du 24 novembre 2009).

Pour la garde à vue, la loi du 14 avril 2011 précise que *« le médecin se prononce sur l'aptitude au maintien en garde à vue et procède à toutes constatations utiles. Sauf en cas de circonstance insurmontable, les diligences incombant aux enquêteurs en application du présent alinéa doivent intervenir au plus tard dans un délai de trois heures à compter du moment où la personne a formulé la demande. Sauf décision contraire du médecin, l'examen médical doit être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure afin de permettre le respect de la dignité et du secret professionnel »* (art. 5).

Notons enfin que la prise en charge médicale des personnes retenues est régie par une circulaire de septembre 1999 relative à la mise en place d'un dispositif sanitaire dans les centres de rétention administrative et un décret de mars 2001 relatif aux centres et locaux de rétention administrative. Ainsi, chaque centre de rétention administrative bénéficie d'une unité médicale (UMCRA), service délocalisé de l'établissement de santé de proximité auquel le centre est lié par convention.

PRINCIPAUX CONSTATS DES CONTRÔLEURS

Quels sont les constats concrets en matière de santé que les contrôleurs ont pu effectuer à l'occasion de leurs visites d'établissement de privation de liberté ?

Dans les commissariats de police et les brigades de gendarmerie

La prise en charge médicale des personnes gardées à vue y est complexe, même si l'examen médical fait partie des droits que la personne peut demander directement ou par l'officier de police judiciaire en charge de l'enquête. Concrètement, les contrôleurs ont constaté que :

– l'examen médical est effectué dans environ 25 % des cas ;

– il est souvent difficile de trouver un médecin acceptant de se déplacer dans les commissariats de police ou les brigades de gendarmerie ; il arrive que le délai pour l'arrivée du médecin soit si long que la garde à vue soit achevée lorsqu'il se présente ;

– la circulaire relative à la mise en œuvre de la médecine légale du 27 décembre 2010 n'a pas forcément arrangé les choses en obligeant les fonctionnaires à emmener les personnes en garde à vue dans un établissement hospitalier, parfois éloigné, où l'attente peut s'avérer longue ;

– il n'existe pas de local dédié à l'examen médical, avec une table permettant d'effectuer cet examen dans la plupart des lieux, à l'exception des nouveaux bâtiments ; l'examen a alors lieu dans le local destiné à l'entretien avec l'avocat, voire dans la cellule de garde à vue dans des conditions où la confidentialité n'est pas toujours respectée ;

– la durée de cet examen est de l'ordre de 5 minutes ;

– lorsque le médecin prescrit un traitement, les modalités de son obtention puis de sa dispensation ne sont pas aisément résolues, notamment en ce qui concerne les traitements de substitution.

Dans les centres de rétention administrative

Les médecins exerçant dans ces centres se heurtent à plusieurs difficultés qu'ont pu constater les contrôleurs :

– de nombreux étrangers placés en rétention ne sont pas francophones ; il n'existe pas de traducteur mis à disposition du personnel soignant, qui est réduit à demander à un autre « retenu » d'effectuer la traduction, ce qui empêche toute confidentialité de l'entretien ;

– les locaux de soins ne sont pas toujours adaptés à la taille du centre de rétention, rendant difficile le travail des intervenants et impossible le respect de l'intimité et de la confidentialité ;

– un policier se tient souvent à la porte du cabinet médical ;

– les soins psychiatriques sont peu ou pas assurés ;

– l'utilisation de la chambre de mise à l'écart n'est pas toujours claire dans sa vocation sanitaire ou disciplinaire ;

– le SAMU ne se déplace quasiment jamais.

Dans les établissements pénitentiaires

C'est dans ces établissements que les problèmes les plus aigus se font jour. En effet, la prison est un lieu de privation de liberté dans lequel on peut rester quelques jours, quelques semaines, des mois, voire des années. L'exercice de la santé, la prise en charge somatique sur des durées aussi longues sont délicats, et la question du partage de l'information se pose inévitablement de manière plus prégnante que dans d'autres lieux.

Dans les prisons, le CGLPL contrôle la théorie et la pratique des UCSA : leur topographie, leur accessibilité, leurs équipements, leurs moyens humains… Ils vérifient l'existence du comité de coordination santé-justice [b], le rythme de ses réunions et les personnes qui y participent, notamment la présence des directeurs des centres hospitaliers de rattachement du service de médecine et du service médico-psychologique régional ou du psychiatre. Ils étudient la fréquence de la présence des chefs de pôle et des membres des directions hospitalières.

Or, les contrôleurs ont constaté qu'il existait souvent des différences significatives entre le temps médical prévu au protocole et celui effectivement réalisé. Cela est vrai pour les médecins généralis-

tes mais encore davantage pour les psychiatres, surtout quand l'établissement pénitentiaire n'est pas doté de service médico-psychologique régional. De ce fait, les délais pour obtenir un rendez-vous sont parfois assez longs.

Même si la loi de 1994 a apporté une amélioration significative dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, il n'en reste pas moins des difficultés que les contrôleurs notent dans la plupart des visites :

– l'inégalité de facilité d'accès à la consultation médicale : nécessité de rédiger un courrier, puis d'être reçu par une infirmière, qui est obligée de prioriser les demandes, ce qui peut apparaître au patient comme un barrage pour donner le rendez-vous avec le médecin ; ailleurs, rendez-vous direct avec le praticien ;

– le problème de l'urgence survenant en dehors des heures d'ouverture des UCSA. Selon les établissements, les réponses apportées sont plus ou moins satisfaisantes [c]. En tout état de cause, le déclenchement du processus appartient à l'administration pénitentiaire. La personne détenue n'est pas toujours mise en communication téléphonique directe avec le médecin régulateur du SAMU, comme le prévoit la réglementation ;

– la question du « refus du patient » de se rendre à la consultation : il s'agit parfois d'une personne détenue que le surveillant n'est pas venue chercher dans sa cellule. Dans certaines UCSA, les contrôleurs ont constaté que la « traçabilité des refus des consultations » avait été mise en place ;

– l'accès aux traitements de substitution n'est pas encore complètement analogue à celui proposé dans les centres spécialisés situés à l'extérieur : il existe des praticiens qui, pour « éviter le trafic », pilent le Subutex, d'autres se refusent à prescrire ce traitement et le remplacent par la méthadone, y compris pour des patients stabilisés par ce médicament ;

– la difficulté d'accès aux soins dentaires : le délai est souvent long (même en cas d'urgence), et certains praticiens ne réalisent pas de prothèses ;

– la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel est inégale d'un établissement à l'autre. Quand l'offre de soins ne permet pas un suivi spécialisé, cela met en cause la possibilité de permissions de sortir ou d'aménagements de peine pour la personne concernée ;

– la quasi-impossibilité de bénéficier de soins de kinésithérapie à la suite d'une intervention de chirurgie orthopédique ou pour une douleur liée à la pratique du sport ou d'une activité professionnelle ;

– la difficulté de la vie en détention des personnes à mobilité réduite ;

– la difficulté de la vie en détention des personnes ayant une pathologie chronique lourde ;

– la difficulté de la vie en détention des psychotiques chroniques « stabilisés » ;

– la difficulté de la vie en détention des personnes âgées ;

– la difficulté de la mise en place de la politique d'éducation à la santé préconisé dans le Plan d'actions stratégiques 2010-2014.

Pour le personnel soignant exerçant en milieu pénitentiaire, il s'agit de travailler au jour le jour dans une unité hospitalière située dans un établissement qui n'est pas un hôpital et dont les objectifs sont sensiblement différents. Il faut, tout en respectant les contraintes du milieu pénitentiaire, assurer les soins dans le respect de la confidentialité et du secret médical. Or les textes récents ne facilitent guère cet exercice. La mise en place de la Commission pluridisciplinaire unique (CPU) [*v.* glossaire p. 76] par une circulaire du 14 janvier 2009 de l'administration pénitentiaire a montré les différences de pratique dans les UCSA : de la participation active de certains médecins à l'absence totale, en passant par la présence passive, les contrôleurs ont pu constater que la religion des médecins n'était pas faite sur ce sujet-là. Certains pensent qu'il faut parler des personnes ayant un risque suicidaire et ne participer qu'au volet « prévention du suicide » de la CPU, d'autres veulent assister à l'ensemble de la réunion « pour récolter des informations » tandis que d'autres, comme le Dr Michel David [d] par exemple, pensent que *« la confidentialité du contenu des consultations est le seul espace de liberté en prison. C'est le seul endroit où une personne pense pouvoir déposer quelque chose et que ce quelque chose restera là, en dépôt, protégé des intrusions »*. Il refuse donc de participer aux CPU.

Le partage d'information est donc en question. De son côté, l'Ordre national des médecins, par la voix du Dr Piernick Cressard, président de la section éthique et déontologie du Conseil national, s'est exprimé ainsi : *« Tout le litige que nous avons avec la Chancellerie porte sur le contenu des informations qui peuvent être divulguées sans compromettre la vie et l'intégration du détenu par la suite. Or la détention veut tout savoir du passé, du présent et de l'avenir d'un détenu, pour prévenir tout risque d'agression ou de suicide. Rappelons que les confrères de l'UCSA sont uniquement dans le soin. Ils n'ont pas à se prononcer sur l'état de santé d'un détenu, qui lui permettrait ou non d'aller au quartier disciplinaire, ni à donner les antécédents, le diagnostic d'une pathologie. Ils doivent se borner à des constatations cliniques : problèmes d'audition, de vue, descriptif d'un patient, sans le rattacher à une étiologie particulière »* [e].

Et ce sont les limites du partage de l'information qui se posent d'évidence avec le cahier électronique de liaison (CEL), généralisé à tous les établissements pénitentiaires par la même circulaire du 14 janvier 2009. Les contrôleurs ont constaté que dans certains établissements les surveillants affectés à l'UCSA y notaient quelques éléments relatifs aux personnes détenues, tandis que dans de rares cas les soignants y indiquaient des données à caractère médical.

Toutefois, depuis une circulaire interministérielle santé-justice du 21 juin 2012, la participation à la CPU des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral et le partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de

la jeunesse donnent des pistes. Elle indique notamment : *« les professionnels de santé sont invités à y participer* [à la CPU] *en fonction de l'ordre du jour et apportent des éléments permettant une prise en charge plus adaptée des patients détenus grâce à une meilleure articulation entre les professionnels, dans le respect du secret médical »*.

Soignants et personnels de surveillance doivent donc organiser de conserve les soins : programmation des consultations, acheminement des personnes détenues vers l'UCSA, organisation des extractions médicales à l'hôpital de rattachement pour des consultations spécialisées ou des hospitalisations.

La direction de l'établissement pénitentiaire doit veiller au maintien des extractions pour des rendez-vous parfois obtenus avec difficulté, longtemps à l'avance et qui, s'ils étaient annulés, seraient reportés plusieurs semaines ou mois plus tard (dans chaque rapport du CGLPL est noté le nombre d'extractions réalisées et annulées en fonction du motif). À ce sujet, les contrôleurs ont constaté les difficultés rencontrées pour les personnes détenues par le port des menottes et des entraves lors de leur arrivée dans l'hôpital, où aucun circuit spécifique n'est prévu pour éviter la rencontre avec le public.

Ainsi, il est apparu fréquemment aux contrôleurs qu'un surveillant assistait aux consultations spécialisées ou examens réalisés au sein du centre hospitalier. Cette présence est parfois liée « au risque d'évasion », « à la dangerosité du détenu » ou… « à la demande du praticien ». Il n'est alors pas étonnant que le diagnostic circule ensuite en détention ou au mess du personnel, comme les contrôleurs ont pu le constater, même si le dossier médical circule sous pli doublement scellé.

EN CONCLUSION

Comme en témoignent ces constats, corroborés par les courriers reçus des personnes détenues, la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées demeure un sujet de préoccupation majeur tant pour les captifs que pour les soignants.

Même si des progrès sont à souligner et doivent l'être, il n'en demeure pas moins que le niveau de l'offre de soins ne correspond pas à celui disponible à l'extérieur, notamment pour les personnes les plus vulnérables.

Or, la médecine et la psychiatrie en milieu pénitentiaire, pour demeurer attractives, doivent pouvoir s'exercer en véritable partenariat, en toute sérénité et non dans une instrumentalisation comme outil de prévention de la récidive et d'expertise de la dangerosité.

De manière générale, il convient de demeurer attentif au rôle et à la place des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes placées sous main de justice. •

Betty Brahmy déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

SUMMARY **Difficulties medical care of persons placed under hand of justice**

The « contrôleur général des lieux de privation de liberté », french, national mechanism of prevention is an independant authorithy in charge of making sure since 2008 that rights of deprivation of freedom people – particularly access to health – are respected, in any place they are in captivity. The reports of the controllers present that the care of these persons is still a subject of concern as well for them – as the number of letters received by the Contrôleur général shows – as for professionals working in these places. The exercising of these health professionals in these institutions is a care mission to be done in a real partnership with the other actors.

RÉSUMÉ **Difficultés de prise en charge médicale des personnes placées sous main de justice**

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté est une autorité administrative indépendante chargée de s'assurer depuis 2008 que les droits des personnes privées de liberté – notamment l'accès à la santé – sont respectés, quel que soit l'endroit où elles sont captives. Les constats des contrôleurs mettent en évidence que la prise en charge de ces personnes demeure un sujet de préoccupation tant pour elles – comme en témoigne le courrier reçu par le contrôleur général – que pour les personnels exerçant dans ces lieux. L'exercice des professionnels de santé au sein de ces institutions est une mission de soins à réaliser en réel partenariat avec les autres acteurs.

a. Du 1er septembre 2008 au 31 décembre 2011, 506 établissements ont été visités par le CGLPL (dont 125 établissements pénitentiaires et 84 établissements de santé). S'ajoutent les 109 visites effectuées à la date d'aujourd'hui, pour l'année 2012, soit un total de 615 visites.

b. Ce comité est prévu par le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes détenues de décembre 2004. Il doit se réunir deux fois par an.

c. Il peut s'agir d'une garde faisant intervenir les médecins du centre hospitalier de rattachement, d'une association type « SOS médecins », de médecins libéraux.

d. Praticien hospitalier en psychiatrie, président de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP).

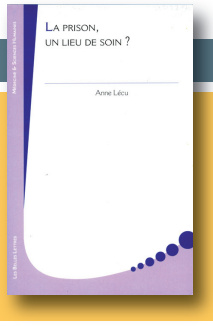
e. Dans le bulletin d'information de l'Ordre national des médecins n° 18 de juillet-août 2011.

Un ouvrage à lire

La prison, un lieu de soins ?

Par **Anne Lécu***

Avec une préface de Jean-Marie Delarue, *Contrôleur général des lieux de privation de liberté*

Les Belles Lettres (collection Médecine & Sciences humaines), Paris, 2013, 25,50 €

** L'auteur exerce dans une UCSA d'un établissement pénitentiaire.*