



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2003

**L'ACCÈS AUX SOINS DANS LES PRISONS
DE CAEN**

Ronan OLLIVIER

Remerciements

Ce travail n'aurait pas abouti sans l'aide d'un certain nombre de personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenus ou avec lesquelles nous avons eu des correspondances écrites ou encore qui nous ont conseillés dans la manière d'aborder le sujet. Nous voulions donc remercier :

- Le Docteur François PIEDNOIR.
- Le Docteur Patricia VIENNE.
- Le personnel soignant des UCSA et du SMPR en particulier les médecins.
- Le personnel administratif de la direction financière du CHU de Caen.
- Le personnel administratif de la direction de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Caen.
- Les personnes que nous avons rencontrées dans les établissements pénitentiaires en particulier les surveillants
- Les personnels de l'ENSP
- Le personnel de la DDASS du Calvados, et de la DRASS Basse-Normandie.

Sommaire

1	INTRODUCTION	1
2	PRECISIONS SUR CERTAINS CONCEPTS.....	1
2.1	L'accès aux soins	1
2.1.1	Accès aux soins en terme d'allocations de ressources	1
2.1.2	Accès aux soins en terme d'accessibilité	2
2.2	La peine.....	3
2.3	L'institution pénitentiaire.....	5
2.4	La population carcérale	7
3	TEXTES DE LOI.....	8
3.1	Au niveau international.....	8
3.2	Au niveau national.....	9
3.3	Rappel sur la loi de Janvier 1994.....	10
3.4	Remarque sur la loi de Mars 2002.....	10
4	RAPPELS SUR LES SYSTEME PENITENTIAIRE EN FRANCE.....	10
4.1	Structures pénitentiaires.....	10
4.1.1	Les maisons d'arrêt.....	11
4.1.2	Les établissements pour peine.....	11
4.2	Structures sanitaires.....	12
4.2.1	Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)	12
4.2.2	Les structures à caractère psychiatrique.....	12
4.2.3	Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST).....	13
4.2.4	La prise en charge des maladies transmissibles	13
4.2.5	Les Unités Hospitalières Sécurisées à Vocation Interrégionale (UHSI)	13
4.3	Les personnels pénitentiaires.....	14
4.3.1	Le personnel de direction	14
4.3.2	Le personnel de surveillance.....	14
4.3.3	Le personnel d'insertion et de probation	15
4.3.4	Le personnel administratif et technique.....	15
4.3.5	Le personnel de l'enseignement et de la formation	15
5	PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES DE CAEN.....	15

6	PRESENTATION DE L'ETUDE.....	17
6.1	Hypothèses.....	17
6.2	Méthodes.....	17
6.2.1	Entretiens avec différents intervenants	17
6.2.2	Analyse des plaintes arrivées à la DDASS	19
7	RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES INTERVENANTS.....	19
7.1	Le mode d'accès aux soins diffère selon que l'on est en maison d'arrêt ou en centre de détention	19
7.2	L'offre de soins apparaît profuse.....	21
7.3	L'accès aux soins ne paraît optimal dans un certain nombre de situations	23
7.3.1	Les soins dentaires	23
7.3.2	La permanence des soins.....	24
7.3.3	L'hospitalisation et les consultations spécialisées	26
7.3.4	Les prescriptions médicamenteuses et les traitements de substitution	30
7.3.5	Les soins psychiatriques.....	32
8	DESCRIPTION DES RECLAMATIONS ET PLAINTES PROVENANT DES DETENUS.....	35
8.1	Plaintes et réclamations.....	35
8.2	Rappel sur le contrôle et l'inspection des structures sanitaires en milieu pénitentiaire.....	36
8.3	Description des actions réalisées par l'IGAS en réponse aux plaintes.....	37
8.4	Point de vue des professionnels de l'hôpital.....	38
8.5	Point de vue du médecin inspecteur.....	39
8.6	Description des plaintes.....	40
8.6.1	Evolution du nombre de courriers arrivant à la DDAS au cours du temps	40
8.6.2	Lieu de détention des personnes formulant des requêtes	41
8.6.3	Répartition des dossiers par sexe	41
8.6.4	Provenance et destinataires des lettres	42
8.6.5	Les griefs exprimés dans les lettres	42
8.6.6	Les symptômes décrits	45
8.6.7	Les demandes des courriers	47
9	DISCUSSION	48
9.1	Le bilan des entretiens et l'analyse des plaintes reçues nous amènent à penser qu'il existe un accès aux soins insuffisant pour les détenus.....	48

9.2	Pourquoi cet accès aux soins des prisonniers est-il insuffisant ?	50
9.2.1	Les services de soins sont-ils en cause ?	50
9.2.2	Les services de soins subissent-ils des pressions de la part des autres institutions ?	52
9.2.3	Un certain cloisonnement semble exister entre les différentes institutions travaillant en prison.....	53
9.3	Quels rôles pour le médecin inspecteur de santé publique	56
9.3.1	La veille sanitaire en milieu carcéral.....	56
9.3.2	Réception des plaintes, contrôles, inspections	57
9.3.3	Planification, médiation, impulsion de la politique de santé.....	58
10	CONCLUSION	59
	Bibliographie	62
	Liste des annexes	66
	Description des motifs par ordre alphabétique	66
	Description des résultats par ordre alphabétique	66
	Description des moyens mis en œuvre	67

Liste des sigles utilisés

CHU	Centre hospitalier universitaire
CISIH	Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CPP	Code de procédure pénal
CSP	code de santé publique
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
DPS	Détenu particulièrement signalé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGSJ	Inspection générale des services judiciaires
MISP	Médecin inspecteur de la santé publique
OIP	Observatoire international des prisons
PEP	Projet d'exécution des peines
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
UCSA	Unité de consultation de soins ambulatoires
UHSI	Unités Hospitalières Sécurisées à Vocation Interrégionale

1 INTRODUCTION

Le droit aux soins – et non pas droit à la santé – est reconnu au niveau des principes constitutionnels par le préambule de la constitution de 1946 qui « garantit à tous notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Plusieurs textes internationaux inscrivent ce droit au niveau des droits fondamentaux. Il en est ainsi du préambule de la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui indique que « la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, ses conditions économiques et sociales ».

En France, la médecine en prison relève depuis 1994 du régime hospitalier du droit commun. Les textes stipulent que les détenus ont droit à « une qualité et une continuité des soins équivalentes à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Ainsi, la question qui est posée dans ce mémoire est de savoir si l'accès aux soins des détenus est effectivement équivalent à celui de la population générale en s'attachant à décrire la situation qui prévaut à la maison d'arrêt et au centre de détention de Caen. Afin de parvenir à objectiver les modalités d'accès aux soins en milieu carcéral nous avons procédé à plusieurs entretiens auprès de soignants dans les prisons et de personnels pénitentiaires. Nous avons aussi étudié un certain nombre de requêtes arrivées à la DDASS du Calvados provenant de détenus ou de toute autre personne ou organisation agissant en faveur de détenus.

2 PRECISIONS SUR CERTAINS CONCEPTS

2.1 L'accès aux soins

Selon les termes de l'institut de médecine des Etats-Unis : « L'accès aux soins peut se définir comme l'utilisation en temps utile des services de santé des individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé. »[INSERM, 2001, p. 403]

Le thesaurus de santé publique version 3 en donne la définition suivante : capacité matérielle d'accéder aux services de santé.

2.1.1 Accès aux soins en terme d'allocations de ressources

Les services de santé sont des biens rares. Il se pose la question de leur juste distribution au sein de la société ce qui relève de la politique.

L'accès aux soins renvoie à la justice sociale. La justice peut s'exprimer sous la forme d'une égalité arithmétique. A chacun la même part, ce sont souvent les droits civiques qui sont distribués sous cette forme (droits de vote...). Elle peut aussi s'exprimer sous la forme d'une égalité géométrique, on parle alors d'équité et doit se faire selon certains critères de proportionnalité comme le besoin, la compétence ou mérite, le marché.

« Un système d'allocations de ressources est juste si d'une part le critère d'attribution des biens est équitable et si d'autre part il est légitime et efficient »[RAMEIX S., 1997, p. 8]. Plusieurs critères de répartition des biens de santé ont été proposés :

- Le marché. La distribution de soins doit s'équilibrer en fonction de l'offre et de la demande. Chacun des individus reçoit une dotation initiale en santé qui n'est pas la même. Les inégalités initiales en santé existent et ne sont pas injustes. C'est à chacun de prendre en charge sa propre santé. Cependant pour ce qui concerne le soin, le marché n'aboutit pas forcément à une production de soins optimale à cause d'une forte asymétrie d'information entre le patient, l'assurance, le médecin.
- Le besoin individuel. « A besoin égal accès égal aux soins ». C'est ce critère qui a été choisi en France. Mais définir le besoin en santé ne paraît pas évident dans la mesure où ce besoin s'exprime par la demande des patients souvent parasitée par les désirs des individus d'où le risque de voir ces demandes exploser.
- La maximisation du bien-être collectif (le besoin collectif). Cette façon de voir est plutôt celle du Royaume-Uni en référence à la théorie utilitariste. Cependant cette théorie suppose des sacrifices pour certains et il peut s'avérer que cette façon de dépenser les ressources puisse être inefficace (listes d'attente, médecine à deux vitesses).
- Le mérite. On peut appliquer des discriminations négatives par exemple vis à vis des personnes qui ont eu des conduites à risque. Cette façon de voir n'a pas cours encore en France où l'on s'en tient au « voile d'ignorance » dans ces cas là. Il est possible aussi de mettre en œuvre des discriminations positives comme vis à vis des personnes âgées ou des personnes en situation de précarité.

2.1.2 Accès aux soins en terme d'accessibilité

La définition initiale fait intervenir la notion de temps. L'accès au système de soins peut être rendu plus ou moins facile selon deux axes. On distingue d'une part l'accessibilité géographique et d'autre part l'accessibilité sociale. Or la variable sociale ou socio-économique représente un critère important dans l'inégalité des Français devant la santé (en terme de mortalité, de morbidité et d'espérance de vie). Dès lors, il s'avère que « la position économique et la position sociale d'un sujet dans une communauté déterminent son état de santé, d'une part, et ses modalités de recours et d'accès aux soins, d'autre part. »[LEBAS J, CHAUVIN P, 1998]. Ainsi les personnes en situation précaire pourront elles renoncer à certains soins du fait d'une

insuffisance de leurs ressources ou de leur protection sociale ou du fait d'une perception de leur maladie liée à des conceptions socioculturelles différentes. Il est donc essentiel pour ces personnes de proposer des structures de soins primaire ou de premier recours accessibles afin qu'elles puissent entrer dans la filière de soins sans retard. De ce point de vue, plusieurs actions menées par le gouvernement ont été mises en œuvre au cours des années 1998 et 1999 :

- Une action globale de développement économique et de lutte contre les exclusions exprimée par la Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui s'inscrit dans une logique d'égalité. Cette loi tenait compte du fait que la santé est soumise à des déterminants extérieurs liés au logement, l'éducation, à l'alimentation, au revenu et à un écosystème stable¹. Les autres déterminants de la santé étant les comportements, l'offre de soins, et les déterminants biogénétiques.
- la mise en place de la Couverture Maladie Universelle en 2000 dont la Loi a été publiée le 27 janvier 1999, a eu un effet bénéfique malgré quelques défauts qui sont en particulier les effets de seuil et l'absence d'application aux personnes en situation irrégulière.
- Par ailleurs, l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 a prévu de mettre en place des Programmes Régionaux d'Accès et de Prévention aux Soins pour les personnes les plus démunies. Ces programmes définis sur le plan de la région ont eu pour but de coordonner les actions en faveur des personnes en situation de précarité² qui représentaient environ une personne sur cinq dans le pays à la fin des années 1990.

2.2 La peine

On entend aussi les termes de punition ou de châtiment, parfois dans un contexte plus léger sanction. «Comme première approximation, on peut affirmer que la peine consiste à imposer des souffrances à ceux qui ont commis des fautes »[GUILLARME B, 2003]. Cependant il arrive qu'on fasse subir des peines à des gens dont la réalité des fautes n'est pas certaine. La peine suppose un jugement calme et délibéré, qui s'exprime par la formulation d'une justification, et qui requiert pour son administration une partie désintéressée.

¹ Charte d'Ottawa élaborée en 1986 par l'organisation mondiale de la santé

² L'estimation du nombre de personnes précaires en France la plus couramment citée (12 millions) est obtenu en dénombrant celles ayant connu une période de chômage au cours des deux dernières années ou dont les revenus sont inférieurs à 60% du revenu médian français. (J. LEBAS, P. CHAUVIN Précarité et Santé)

Cette peine est appliquée en cas d'acte fautif qui correspond à une transgression du droit qu'on qualifie par le terme de crime. Or le crime n'existe pas en soi il advient. C'est une création des sociétés humaines. Quand bien même l'acte vient causer un préjudice à une personne privée, l'action publique est déclenchée par la violation de la règle. C'est l'Etat qui se substitue à la personne privée. Par ailleurs l'Etat souverain est libre de criminaliser un nombre potentiellement illimité d'actes[CHRISTIE N., 2002].

Comment évaluer la pénibilité d'une peine ? La peine se fonde sur la privation de biens objectifs tels que la liberté, la vie, la propriété, qui servent aussi dans la justification des droits. Pour qu'un traitement pénible soit une peine, il doit être juste, au sens où la privation des biens qu'il organise doit « correspondre » à la faute commise. Cependant certaines peines font l'objet d'une désapprobation morale et sont donc considérées comme injustes. Tout le problème est de trouver une théorie pouvant justifier la peine. Ainsi différentes théories de justification de la peine ont été élaborées. Actuellement les pays démocratiques se réfèrent à plusieurs théories de la sanction.

D'un coté, on trouve une théorie utilitariste ou utilitarisme social. Pour chaque infraction, la peine appropriée est celle qui produit les meilleurs conséquences pour la société. En dehors de toute considération morale, cette façon de voir s'adresse à des individus rationnels capables de faire des bilans coût-avantage. Elle devrait donc avoir un effet dissuasif. Selon certains partisans de cette théorie, l'utilité requiert l' individualisation de la peine. Néanmoins pour Bentham qui est à l'origine de cette théorie, il était nécessaire de procéder à une refonte de la liste des délits pour ne retenir que ceux qui dérangent véritablement l'ordre social et d'y faire coïncider une échelle des peines adéquate, en soulignant que Bentham insistait sur le principe de frugalité des peines. (toute sanction tendant à produire des peines superflues doit être bannie). On trouve souvent associées à cette théorie toutes les personnes ayant le souci de la réinsertion des condamnés.

D'un autre côté on trouve la théorie du rétributivisme. Cette théorie s'est vue appliquée aux Etats-Unis à partir des années 1980. Elle s'est manifestée par la mise en place d'une grille de peines (« sentencing guidelines ») qui est un système de sentences fixe complètement indépendant de l'appréciation des juges. Elle applique une stricte proportionnalité entre la gravité de l'infraction commise et la peine à purger. Cette façon d'appliquer les peines a été associée à une autre conception qui est la neutralisation aboutissant à l'allongement des périodes de sûreté. Cette théorie du rétributivisme aborde l'individu de façon abstraite ou idéale. Ce dernier est doué d'une volonté libre capable de choix et donc responsable personnellement des actes qu'il aura commis. Un certain nombre de promoteurs de cette théorie ont pu faire référence à Kant dans sa volonté de respecter l'exigence d'équité en adoptant le principe d'égalité du crime et du châtement.

Actuellement il semblerait que ces deux visions des choses soient en débat.

Par ailleurs, une troisième vision est celle de la théorie positiviste qui a été créée au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} qui a pu prendre le nom de doctrine de défense sociale [COMBESSIE 2001, p.53]. Les positivistes remettent en cause le libre arbitre ou la rationalité des hommes commettant des délits ou des crimes. Ils croient au déterminisme de leurs actes. La principale estimation se rapportant au criminel lui-même est celle de sa dangerosité et de la menace qu'il représente pour l'ordre social. (voir Lacassagne et sa revue des archives d'anthropologie criminelle). On ne s'intéresse plus à la responsabilité de l'individu mais à sa dangerosité. On adapte le traitement à la personnalité du délinquant et non pas à la nature de son infraction. On voit donc là clairement qu'il ne s'agit plus vraiment d'appliquer une peine mais de procéder à une rééducation du délinquant voire même de lui appliquer un traitement. Ainsi Victor Hugo écrivait « La peine d'emprisonnement subsistera mais sera conçue comme un traitement [...] on regardera le crime comme une maladie et cette maladie aura ses médecins qui remplaceront vos juges, ses hôpitaux qui remplaceront vos bagnes. » De la même façon Eugène François Vidocq notait en 1836, dans ses Considérations sommaires sur les prisons, les bagnes et la peine de mort, que « le criminel doit être considéré avant tout comme un malade, un malade social et que la prison doit donc être envisagée comme un lieu de traitement des maladies sociales et morales poussant au crime. » C'est en 1832 qu'en France est introduite la notion de circonstances atténuantes permettant d'abaisser le niveau du châtimement. En 1885 on crée la libération conditionnelle qui récompense les détenus méritants en raccourcissant leur peine. En 1891 on institue le sursis en cas de première infraction. Ces deux dernières mesures ayant été votées.

Pour tenir compte du fait que certaines personnes ne sont pas dans les conditions optimales pour effectuer un choix certains ont élaboré une théorie des excuses. Ainsi HLA Hart dit qu'on ne peut pas reprocher une action à quelqu'un qui n'avait pas de choix véritable ou le coupable avait-il les capacités de ne pas faire ce qu'il a fait ? Il peut s'agir de personnes qui se trouvent en situation de difficulté sociale grave, ou de personnes souffrant de troubles mentaux. Faut-il agir sur les causes ou punir ?

2.3 L'institution pénitentiaire

La prison est devenue le mode de sanction le plus utilisé dans le droit pénal à partir du 19^{ème}, tandis que les supplices et autres châtimements corporels ont été abandonnés. Elle a été conçue comme une privation de liberté par l'enfermement, dont la modulation par le temps a permis d'ajuster les différents degrés de peine prononcés. Plusieurs modes d'emprisonnement ont été expérimentés. Le modèle dit philadelpmien en Pennsylvanie préconisait un encellulement individuel total des condamnés sans possibilité de communication avec l'extérieur ayant pour but de forcer l'expiation des fautes commises. Il s'est avéré que cet isolement n'était pas sans

conséquences sur la santé mentale des sujets. L'autre modèle, celui d'Auburn, introduisait à l'intérieur des bâtiments un travail obligatoire en commun et imposition d'un silence absolu associé à une interdiction de fumer et de boire du vin. Mais la tentative d'imposer ce régime en 1839 aux maisons centrales s'est soldée par une révolte générale des prisonniers.[FOUCAULT M., p. 275]. Si bien qu'en 1875 la Loi Bérenger généralise l'emprisonnement cellulaire dans les prisons départementales en référence au modèle philadelphe, les détenus étant astreints au silence et au port d'une cagoule durant leurs déplacements à l'extérieur de leur cellule.

La construction des prisons a été concomitante à la révolution industrielle et la migration des populations des campagnes vers les villes. Elle s'est inscrite dans un mouvement qui tendait à faire face à une augmentation brutale de la population carcérale. Ce qui fait qu'aujourd'hui encore, 108 établissements pénitentiaires sont antérieurs à 1912 [APERI, 2001 p. 47]. Jusqu'en 1855, il a été construit 45 prisons de type cellulaire sur l'avis de Tocqueville. Après cette date, le second empire et la troisième république ont fait appel à la relégation et à la transportation des criminels et délinquants récidivistes dans les pays d'outre-mer dans un but d'élimination. Sur le plan architectural les constructions ont été orientées vers l'encellulement et la garantie d'observation et de surveillance des prisonniers, aboutissant au panoptique de Bentham permettant une surveillance continue par un surveillant situé au centre de l'enceinte dont un exemplaire se trouve en France à la petite Roquette.

Depuis la révolution (1795), l'administration pénitentiaire dépendait du ministère de l'Intérieur. Elle fut rattachée au ministère de la justice par un décret de 1911. Un décret-loi de 1935 assimila les fonctionnaires des services centraux à ceux du ministère de la justice et un décret-loi de 1937 assimila ceux-ci à des magistrats. Un moment important fut l'apparition en 1958 du juge d'application des peines. Cependant, l'institution pénitentiaire aurait tendance à fonctionner de manière autarcique comme un milieu extérieur à la société. « On y revendique le droit d'être un pouvoir qui a non seulement son autonomie administrative, mais comme une part de la souveraineté punitive » [FOUCAULT M.,1975 p.287]. MILLY B., [2001, p. 92] souligne le caractère totalisant de l'institution, gardant un droit de regard en particulier sur la prise en charge sanitaire des prisonniers, bien que cela ait pu s'atténuer depuis la loi de 1994. Les différents règlements intérieurs des prisons et le transfèrement inopiné des détenus font que l'institution pénitentiaire garde la mainmise sur la gestion du temps des prisonniers et les contraignent à l'incertitude quant à leur avenir [COMBESSIE 2001, p.45]. Cependant, au cours de la dernière décennie du 20^{ème} une nouvelle approche est apparue dans les pays d'Europe occidentale et d'abord en Grande-Bretagne qu'on a qualifiée de plan de gestion de peine. Cette nouvelle approche s'est traduite en France par le plan d'exécution de peine PEP. On propose aux détenus une espèce de plan de carrière qui leur permettra de collaborer activement à la peine à laquelle ils ont été condamnés. Cependant cette mesure n'est appliquée qu'à un cinquième des détenus en France.

Dans un certain nombre d'ouvrages l'institution pénitentiaire est considérée comme un instrument de contrôle social. «Le système pénitentiaire ne peut pas être une conception à priori ; c'est une induction de l'état social » Léon Faucher, 1838 cité dans [FOUCAULT M.,1975 p.289]. D'après WACQUANT L. [1999], l'emprisonnement serait devenu du fait de la mondialisation et la libéralisation des marchés une façon de contrôler les laissés pour compte à qui l'on a retiré certains avantages sociaux. « La prison est ainsi devenue un lieu de prise en charge médicale de ceux que la société peine de plus en plus à intégrer, véritable observatoire de la précarité. Ce n'était pas sa mission première. » [OBRECHT O., 1998]. Cependant en accueillant ces populations démunies, « la prison exporte sa pauvreté en déstabilisant continûment les familles et les quartiers soumis à son tropisme. »[WACQUANT L., 1999, p.144]

L'institution pénitentiaire a pu être considérée comme une manifestation du pouvoir régalien de l'Etat. En effet, d'après Max WEBER «L'Etat, c'est le monopole de la violence légitime ou dite légitime ». L' « état d'exception » qui règnerait en prison (exception aux règles de droit, aux normes générales d'hygiène, d'accès aux soins etc.) serait directement lié à l'exercice par l'Etat de sa souveraineté [BROSSAT A., 2001].

2.4 La population carcérale

La population carcérale a augmenté de façon importante au milieu du 19^{ème}, puis a régressé progressivement suite à des amendements au code pénal dont les circonstances atténuantes, la libération conditionnelle, mais aussi du fait de mesures de relégation dans les pays d'outre-mer. A partir des années 1960, il a été constaté une augmentation progressive des détenus dans les pays industrialisés. Si l'on s'en tient au taux de détention (nombre journalier de détenus pour 100 000 habitants), on remarque qu'aux Etats-Unis ce taux est passé d'environ 150 à 700 pour 100 000 habitants de 1960 à 2000. En Europe, en 2000, ces chiffres variaient entre 145 au Portugal et 56 en Norvège, la France ayant une position intermédiaire à 90 détenus pour 100 000 habitants [CHRISTIE, 2003, p. 32].

Au 1^{er} juillet 2003, 60 963 personnes étaient incarcérées dans les prisons françaises. Le taux d'occupation des cellules se trouvait être à 125,4%. [OIP, 2003, p. 40]

Pour ce qui est des caractéristiques de cette population, il a été noté que :

- La proportion de femmes emprisonnées s'est amenuisée au fil du temps. Elles ne représentent plus que 5% des personnes détenues en France en 2000 alors qu'elles en représentaient 20% en 1852.
- La proportion d'étrangers dans les prisons françaises est supérieure à leur représentation dans la population générale. Cette proportion est à 22% alors que la part des étrangers en France est estimée à 12 à 15%. Cette proportion aurait tendance à diminuer.

- On trouve, dans les prisons françaises, une très forte majorité d'hommes, relativement jeunes, pauvres (en dessous du seuil de pauvreté cela représenterait 60%des détenus), aux liens familiaux le plus souvent distendus, issus de familles nombreuses, dont les revenus sont modestes, ayant eux-mêmes moins d'enfants que la moyenne souvent sans emploi au moment de l'incarcération, d'un niveau scolaire inférieur à la moyenne. C'est cette caractéristique qui est relevée dans nombre d'ouvrages consacrés à la prison. « On trouve de plus en plus d'exclus en prison, que la prison risque d'exclure d'avantage. » [APERI, 2001, p. 28]

Par ailleurs, si l'on s'intéresse à la répartition de la population carcérale selon la nature de la principale infraction commise, on constate que les personnes condamnées pour délits sexuels ou de mœurs sont en très forte augmentation et représentent la plus grande part de cette population en l'occurrence le quart de cette population. Par ailleurs il est à remarquer que les personnes enfermées pour infraction à la législation sur les stupéfiants représentaient 13,8% au 31 mai 2001. Enfin, il a été signalé qu'une part non négligeable de la population carcérale souffrait d'authentiques maladies psychiatriques pour qui la prison ne représente pas une solution satisfaisante.

3 TEXTES DE LOI

3.1 Au niveau international

Les règles issues des Nations unies ont été promulguées dès 1949 au sortir de la guerre. Ces règles concernant les détenus ont été approuvées par le conseil économique et social dans ses résolutions 663 du 31 juillet 1957 et 2076 du 13 mai 1977. Elles représentaient le minima requis afin d'inciter les états membres à traiter humainement leurs prisonniers. Elles n'ont jamais eu force obligatoire mais seulement valeur indicative. Il est à remarquer qu'il y est stipulé que les détenus prévenus, bénéficiant de la présomption d'innocence, doivent être soumis à un régime spécial, les autorisant à recevoir à leur fais la visite et les soins de leur propre médecin.

Les recommandations du conseil de l'Europe.

Il s'agit de la recommandation N° R(98) 7 adoptée par le comité des ministres le 8 avril 1998. L'annexe se divise en une première partie ayant trait aux droits aux soins de santé en milieu pénitentiaire. Dans cette partie on trouve quatre thèmes concernant l'accès au médecin et la permanence des soins, l'équivalence des soins (Créer une offre de soins équivalente à celle du milieu libre), le consentement du malade et le secret médical, l'indépendance professionnelle. La deuxième partie est consacrée à la spécificité du rôle du médecin et des autres personnels de santé dans le contexte du milieu pénitentiaire. On y parle de l'information de la prévention et de

l'éducation pour la santé, de la spécificité de certaines pathologies et de la prévention en milieu pénitentiaire. La dernière partie décrit l'organisation des soins de santé dans les prisons.

3.2 Au niveau national

- **Le décret n°86-802 du 4 mars 1986** modifié est relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- **L'arrêté du 14 décembre 1986**, modifié par celui du 10 mai 1995, est relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun à un établissement public de santé.
- **La loi n°94-43 du 18 janvier 1994** prévoit le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du service public pénitentiaire au service public hospitalier ; elle est codifiée à l'article L 6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP).
- **Le décret n°94-929 du 27 octobre 1994** en fixe les modalités d'application (articles R 711-7 à R 711-20 du Code de la Santé Le Publique).
- **La circulaire n°45 DH / DGS / DSS / DAP du 8 décembre 1994** relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale et le guide méthodologique qui lui est annexé donnent des instructions sur l'application de ces deux textes. Ce guide comporte notamment un modèle des protocoles conclu entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires pour dispenser des soins.
- **L'arrêté du 10 mai 1995** fixe la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque SMPR.
- **L'arrêté interministériel du 24 août 2000** est relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées

Le code de procédure pénale : L'organisation des services sanitaires dans les établissements pénitentiaires est décrite dans les articles D.348-1 à D.401-2 - 3^{ème} partie, livre V - titre 2 - chapitre VIII (section I – II – III – IV) : De l'hygiène et l'organisation sanitaire.

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

Le code de santé publique : Articles R.711-7 à R.711-20

Le code de déontologie médicale et le Code de la santé publique nous rappellent que : pouvoir être soigné, pouvoir choisir son médecin et entretenir avec lui une relation de confiance, pouvoir bénéficier des dernières techniques ayant prouvé leur efficacité en matière de soins sont un droit.

3.3 Rappel sur la loi de Janvier 1994

Depuis cette loi, l'organisation et le financement de la prise en charge sanitaire des détenus incombe au ministère de la santé. Elle a confié quatre missions essentielles aux services publics hospitaliers :

- Etablir un bilan de santé du détenu à son arrivée au cours de la première visite médicale. Ce bilan est complété par des visites et des consultations ultérieures ;
- Recourir à l'hôpital public pour les consultations et examens qui nécessitent un plateau technique particulier, c'est à dire des personnels et du matériel spécifique ;
- Organiser le suivi sanitaire du détenu à sa sortie de prison, en liaison avec les structures de soin extérieures ;
- Coordonner des actions de prévention et d'éducation.

Les détenus bénéficient une couverture sociale auprès de l'assurance maladie qui se prolonge un an après leur libération.

L'établissement pénitentiaire établit un protocole d'accord avec un établissement public de santé qui est généralement proche de lui afin de fixer ses modalités d'intervention. Ce protocole est signé par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, le directeur régional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné. Il est à noter que le projet d'établissement de l'hôpital de rattachement doit systématiquement témoigner de la prise en compte des besoins de santé de la population détenue qui est à sa charge. Les annexes du protocole présentent la manière de fonctionner de l'UCSA et décrit l'offre de soins aux détenus.

3.4 Remarque sur la loi de Mars 2002

La circulaire DHOS/DGS/DAP N°2003/369 du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale ; en référence à l'article 10 chapitre 1^{er} : droits de la personne Titre II : Démocratie Sanitaire de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

4 RAPPELS SUR LES SYSTEME PENITENTIAIRE EN FRANCE

4.1 Structures pénitentiaires

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

- certains établissements sont entièrement gérés par l'Etat (parc classique), d'autres relèvent d'une gestion Etat-Entreprises privées (parc 13000 – représentant 18% de la population pénale) dénommés établissements à gestion mixte,
- certains sont neufs et d'autres très anciens,
- enfin leur capacité varie, de 24 places à la maison d'arrêt de Guéret, elle peut atteindre 3500 places à Fleury-Mérogis.

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

4.1.1 Les maisons d'arrêt

Elles reçoivent les prévenus, c'est à dire les personnes détenues dont la condamnation définitive n'a pas encore été prononcée (attente de jugement ou appel après jugement) et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an. Elles sont au nombre de 119. Une surpopulation est souvent constatée dans ce type d'établissements entraînant des répercussions sur les conditions de vie des personnes détenues. On peut trouver plusieurs personnes dans une même cellule. Ainsi les dispositions des articles D 83 et D 85 du Code de procédure pénale qui prévoient l'isolement individuel des détenus sont inappliquées. Par ailleurs la séparation sur les lieux de détention des condamnés, des détenus soumis à la contrainte par corps et des prévenus, pourtant inscrite dans les textes, est illusoire. Bien que les textes ne sont pas respectés, il se trouve que la responsabilité de l'administration pénitentiaire ne se trouve pas engagée. Les directeurs d'établissement sont amenés à gérer cette surpopulation comme ils peuvent. Ces conditions de vie difficiles au sein des maisons d'arrêt qui peuvent influencer sur la santé sont paradoxales dans la mesure où on a affaire à des gens qui dans la plupart des cas n'ont pas encore été jugés et sont présumées innocentes.

4.1.2 Les établissements pour peine

Ils reçoivent les personnes détenues en vertu d'une condamnation judiciaire définitive. Ils sont de différente nature, afin de permettre l'individualisation de la peine on distingue :

A) Les centres de détention (CD)

Ils peuvent être régionaux ou nationaux. Ils accueillent les condamnés dont les perspectives de réinsertion sont les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la réinsertion et la "resocialisation" des personnes détenues. Les centres de détention régionaux accueillent les personnes détenues dont le reliquat de peine est inférieur à cinq ans et pour lesquels l'accent est mis sur la préparation à la sortie.

B) Les maisons centrales

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

C) Les centres autonomes de semi-liberté

Ils reçoivent les condamnés qui peuvent, sous certaines conditions, exercer une activité en milieu extérieur, mais qui sont tenus de réintégrer l'établissement chaque soir et le week-end.

D) Les centres pénitentiaires

Ce sont des établissements mixtes qui comprennent deux quartiers de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale)

4.2 Structures sanitaires

4.2.1 Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA)

Il s'agit de structure hospitalière correspondant à une unité fonctionnelle implantée en milieu pénitentiaire rattachée à un service clinique ou à un département. Cette structure qui comprend les équipements médicaux et non médicaux nécessaires à son activité, est constituée d'une équipe pluridisciplinaire, placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier de l'hôpital dont il relève. Elles sont au nombre de 149. Elles offrent l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, les soins dentaires ainsi que les consultations spécialisées. Elles délivrent des médicaments et autres produits pharmaceutiques par la présence d'une pharmacie au sein de l'UCSA. Elles procèdent aux examens biologiques et radiologiques nécessaires. Elles coordonnent les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Il s'est agi pour l'hôpital d'une sorte de double défi dans la mesure où d'une part il sortait hors de ses murs et que d'autre part il devait assurer une forme de médecine de dispensaire ou médecine tout venant qu'il n'avait pas l'habitude de pratiquer.

4.2.2 Les structures à caractère psychiatrique

A) Les secteurs de psychiatrie générale intervenant en milieu pénitentiaire :

Les secteurs de psychiatrie générale relevant des établissements de santé ayant signé pour les soins psychiatriques, un protocole complémentaire avec un établissement pénitentiaire

non doté de SMPR, assurent, au sein des UCSA, les prestations médico-psychologiques ambulatoires (actions de prévention, de diagnostic et de soins courants)

B) Les services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)

Il s'agit d'un service hospitalier implanté en milieu pénitentiaire. Il s'agit de l'établissement de santé ayant signé un protocole avec l'établissement pénitentiaire d'implantation. Ce service, qui comprend des locaux en détention dont une unité d'hospitalisation, est constituée d'une équipe pluridisciplinaire, placée sous la responsabilité d'un psychiatre, praticien hospitalier, chef de service. Au nombre de 26 ils ont une mission générale de prévention des affections mentales, notamment par le repérage précoce des troubles psychiques des entrants dans l'établissement pénitentiaire, de diagnostic et de soins médico-psychologiques au bénéfice de la population incarcérée. Il met en œuvre les traitements nécessaires et éventuellement l'hospitalisation des détenus. Cependant l'hospitalisation d'office ne peut pas se faire à l'intérieur du service le patient devant être obligatoirement transféré à l'extérieur. Il incombe aussi à ce service une mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

4.2.3 Les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST)

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

4.2.4 La prise en charge des maladies transmissibles

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

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

4.2.5 Les Unités Hospitalières Sécurisées à Vocation Interrégionale (UHSI)

Dans le cadre du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues, les unités hospitalières sécurisées à vocation interrégionale sont implantées dans des centres hospitaliers régionaux. Cependant elles ne sont pour l'heure pas en service.

La liste et la capacité d'accueil de ces unités ont été fixées par l'arrêté interministériel du 24 août 2000, qui prévoit la création de huit pôles : Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Rennes,

Toulouse, Marseille, le 8^{ème} pôle étant constitué par l'établissement public de santé national de Fresnes (Dont le directeur reste un directeur de prison), en complémentarité avec l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP – HP).

Ce dernier est appelé en outre à avoir une vocation interrégionale en matière de soins de suite ainsi qu'une vocation nationale en matière de réadaptation fonctionnelle.

Les UHSI accueilleront les personnes détenues dont les hospitalisations ne relèvent ni de l'urgence, ni de la très courte durée. Ces dernières seront assurées par les services des hôpitaux signataires de protocole conclu entre l'hôpital de proximité et l'établissement pénitentiaire.

4.3 Les personnels pénitentiaires

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

- - exécution des décisions de justice
- - réinsertion des personnes.

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

4.3.1 Le personnel de direction

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

4.3.2 Le personnel de surveillance

Il participe à l'exécution des décisions judiciaires et au maintien de la sécurité. Il exerce sa mission autour de deux axes : la prévention des évasions et celle de la récidive. Chaque poste de surveillance, ainsi que toutes les tâches qui lui correspondent, font l'objet d'une réglementation et de procédures précises définissant et organisant les opérations à effectuer : distribution des repas, douches, parloirs, activités, promenades, appels en cours de journée, fouilles, rondes, etc.

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

Certains personnels de surveillance assurent des fonctions spécifiques :

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

4.3.3 Le personnel d'insertion et de probation

Le SPIP assure un suivi individuel des personnes, s'associe à la prévention des comportements qui pourraient aboutir à une prostration ou une mise à l'écart de la société, essaye de rendre pérenne les liens familiaux, prépare enfin la sortie afin de concourir à la réinsertion des détenus.

4.3.4 Le personnel administratif et technique

- **Le personnel administratif** est chargé de la gestion administrative, économique et financière d'un établissement.
- **Le personnel technique** assure l'élaboration et le suivi des opérations d'équipement et l'encadrement des personnes détenues affectés à certaines de ces activités.

4.3.5 Le personnel de l'enseignement et de la formation

- **Enseignants en milieu pénitentiaire** : instituteurs, mais également enseignants du secondaire.
- **Bénévoles et intervenants divers** : Des visiteurs de prison qui rencontrent de manière régulière un ou plusieurs personnes détenues, des aumôniers des différentes confessions, des étudiants du GENEPI (Groupement Etudiant National d'Enseignement aux Personnes Incarcérées), des associations de lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, des relais enfants - parents, des personnels de l'ANPE interviennent au sein des prisons.

C'est le projet d'établissement qui encadre l'action de l'ensemble de ces intervenants.

5 PRESENTATION DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES DE CAEN

A Caen la capacité des établissements, en l'occurrence une maison d'arrêt et un centre pénitentiaire, s'établit de la façon suivante :

Etablissement	Capacité hommes	Capacité femmes	Capacité mineurs	Capacité semi-liberté
Centre de détention	426	0	0	
Maison d'arrêt	222	37	10	41

Dans les faits, au cours de l'année 2002, la maison d'arrêt a accueilli 421 détenus en moyenne. La population carcérale qui était en baisse depuis 1997 a vu croître sa taille de façon significative. Cette surpopulation carcérale s'est maintenue au cours de l'année 2003 dans la maison d'arrêt. Par ailleurs, la vétusté des locaux de la maison d'arrêt a été soulignée dans un rapport de la commission de surveillance. Cet établissement a été mis en service en 1907. Il y a 2 cellules d'isolement hommes et 6 cellules disciplinaires hommes. Pour faire face à cette surpopulation, la direction de la maison d'arrêt a installé des lits à étage pour éviter que ne soient disposés des matelas à même le sol. Enfin, l'établissement dispose d'un quartier arrivant de 5 places.

La situation au niveau du centre de détention paraît plus conforme puisque en 2002 l'effectif moyen a été de 420 condamnés pour une capacité théorique de 438 places. (426 places et 12 lits d'hospitalisation en SMPR). Il apparaît dans le rapport d'activité 2002, que les personnes condamnées pour violence et viols représentent les 77% de la population. Il s'agit en fait d'un centre pénitentiaire comprenant une maison d'arrêt et un centre de détention qui a été mis en service en 1817. Il s'y trouve 11 cellules disciplinaires.

Ces deux établissements sont dépendants de l'administration pénitentiaire régionale qui se trouve à Rennes réunissant les régions de Basse-Normandie, de Bretagne et des pays de Loire.

L'équipe des UCSA au niveau de la maison d'arrêt et du centre de détention est composé du chef de service des UCSA, de 2 médecins généralistes praticiens hospitalier à temps partiel effectuant 6 vacations par semaine dans chacun des deux établissements. Ces deux médecins sont épaulés par un autre assurant un certain nombre de vacations. Les chirurgiens dentiste sont au nombre de 2 praticiens hospitaliers temps partiel depuis le mois de septembre 2003. Ils réalisent chacun 4 vacations dans chacun des deux établissements. Le pharmacien a deux vacations hebdomadaires au centre de détention et trois vacations hebdomadaires à la maison d'arrêt. Il est aidé d'un préparateur en pharmacie ayant 0,20 équivalent temps plein au centre de détention et 0,30 équivalent temps plein à la maison d'arrêt. Il y a 3 équivalents temps plein infirmiers au centre de détention et 4 équivalents temps plein infirmier à la maison d'arrêt. Le cadre infirmier supérieur accomplit 0,10 équivalent temps plein au centre de détention et à la maison d'arrêt. Au cadre infirmier ont été affectés 0,25 équivalents temps plein à la maison d'arrêt et au centre de détention. Le kinésithérapeute intervient à raison de 0,20 équivalent temps plein à la maison d'arrêt et au centre de détention. Enfin, Il y a une secrétaire médicale qui est à 0,50 équivalent temps plein au centre de détention et qui est 0,75 équivalent temps plein à la maison d'arrêt. D'autre part, des médecins spécialiste interviennent régulièrement dans les UCSA pour les spécialités suivantes : ORL, Dermatologie, Ophtalmologie, Gastro-entérologie, Doppler, Chirurgie digestive. Des spécialistes collaborent ponctuellement avec les UCSA pour ce qui concerne les maladies infectieuses, l'anesthésie.

6 PRESENTATION DE L'ETUDE

6.1 Hypothèses

La question initiale que nous avons posée était de savoir si les détenus avaient un accès aux soins équivalent à celui offert à la population générale. Nous avons tenté d'y répondre, d'une part, en recueillant les points de vue de différents intervenants impliqués dans la filière de soins en milieu carcéral, d'autre part en abordant la question sous l'angle des possibilités de plaintes offertes aux prisonniers et en analysant leur contenu. Une question subsidiaire a été de savoir si le dépôt de ces réclamations ou plaintes était susceptible de signaler des défauts d'accès aux soins ?

Les personnes interrogées sur la filière de soins en milieu carcéral nous ont amenés à examiner les deux réponses possibles à la question de l'accès aux soins :

- Oui, d'une certaine manière, du fait de la mise en place d'un certain nombre de réformes dont la loi de 1994, l'accès aux soins des détenus est plus facile que si les détenus se trouvaient en dehors.
- Non, malgré la mise en place de la loi de janvier 1994 amenant une offre de soins plus cohérente, l'accès aux soins des détenus demeure défaillant dans un certain nombre de situations. Il s'agit des soins dentaires, de la permanence des soins, de l'hospitalisation et des traitements de substitution.

L'analyse des plaintes nous a conduits à envisager la procédure de réclamation en la comparant à celle offerte aux usagers du système de soins en milieu libre. Par ailleurs, elle a permis de décrire leur contenu par rapport à l'accès aux soins. Enfin, elle a permis de préciser le rôle du médecin inspecteur de santé publique.

6.2 Méthodes

6.2.1 Entretiens avec différents intervenants

Nous avons procédé à plusieurs entretiens avec des personnes impliquées dans la filière de soins.

Au niveau hospitalier nous avons rencontré deux médecins de l'UCSA, un médecin du SMPR, le médecin coordonnateur et l'infirmière cadre, et un directeur financier du CHU. Ces entretiens ont duré environ vingt minutes à trente minutes. Par ailleurs, lors de nos visites dans les UCSA nous avons eu des discussions impromptues avec les infirmières ou les secrétaires.

Au niveau pénitentiaire, nous nous sommes entretenus avec une personne de la direction du centre de détention. Nous avons aussi vu un personnel de direction de la maison d'arrêt, un surveillant de la maison d'arrêt.

En maison d'arrêt, nous avons eu l'occasion de converser avec une personne détenue.

Ces derniers entretiens ont demandé la signature d'une convention entre l'ENSP et la maison d'arrêt pour que soient respectés l'anonymat des personnes interviewées, précisés les sujets abordés et l'utilisation qui en sera faite.

Nous avons eu une correspondance par courriers électroniques avec une personne travaillant au SAMU à propos des interventions en urgence au sein des établissements pénitentiaires.

Nous avons aussi sollicité le point de vue de l'association SOS Médecins sur les déplacements qu'ils réalisaient dans les établissements pénitentiaires de Caen. Celle-ci nous a renvoyé un courrier répondant à la question que nous posions sur l'accès aux soins des détenus. Elle nous a aussi adressé des comptes rendus succincts d'interventions.

Par ailleurs nous avons aussi demandé un entretien auprès des personnels de l'hôtel de police. Néanmoins aucune réponse ne nous a été retournée pour le moment.

Nous avons enfin assisté à une réunion sur les problèmes posés par l'hospitalisation des détenu et leurs consultations à l'hôpital. Cette réunion a été organisée par la préfecture avec des représentants de l'hôpital, des services pénitentiaires, des services de police.

Nous avons enregistré un certain nombre des entretiens. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs. Les questions que nous avons posées à nos interlocuteurs avaient trait à l'accès aux soins. Nous demandions en particulier si ils pensaient que les détenus pouvaient accéder aux soins avec les mêmes facilités que si ils étaient dans le milieu extérieur. Nous avons aussi voulu savoir quelles relations l'interlocuteur entretenait avec les services ou institutions avec lesquels il était amené à travailler. Par ailleurs nous les avons interrogé sur la situation des soins offerts depuis la Loi de 1994.

Nous avons rapporté certains passages des propos que nous avons recueillis en les écrivant en italique. Nous n'avons pas identifié les personnes qui tenaient chacun de ces propos. Nous nous sommes contentés de distinguer les auteurs en mettant à chaque fois : intervenant_1, intervenant_2 etc.

6.2.2 Analyse des plaintes arrivées à la DDASS

Le docteur Piednoir a bien voulu nous laisser consulter à la DDASS du Calvados, les dossiers constitués suite à des plaintes ou requêtes faites par les prisonniers en faisant en sorte de respecter l'anonymat. Nous avons ainsi pu consulter 49 dossiers pour chacun d'entre eux contenant un ou plusieurs courriers provenant d'acteurs différents. Nous avons été amené à lire chacun des courriers en notant la provenance du courrier, son destinataire, la date du courrier. Nous avons comptabilisé 93 courriers. Pour chacun de ces courriers nous avons dégagé un ou plusieurs problèmes. Pour chacun de ces problèmes nous avons déterminé des motifs que nous avons qualifié par nous-mêmes (voir la liste alphabétique des motifs en annexe 1). Ces motifs, nous avons essayé de les regrouper sous différentes catégories ou types. Nous avons extrait des passages qui avaient pour but plutôt de décrire les symptômes d'une maladie, d'autres qui s'attachaient à faire des demandes ou requêtes, d'autres enfin qui émettaient des griefs. Nous avons aussi cherché à mettre en évidence les issues données à ces courriers en notant la personne intervenant, le moyen mis en œuvre, et le résultat obtenu. En annexe nous avons fait figurer les listes de ces moyens et de ces résultats. Il faut remarquer qu'il n'est pas toujours très facile d'exploiter du texte libre car chacune de ces lettres quand elles émanent de détenus sont singulières et l'information recueillie est forcément moins pertinente. Les lettres émises par les détenus étaient manuscrites ou tapées à la machine. Ces lettres, comportant parfois des fautes d'orthographe, décrivaient des situations vécues qui ne laissaient pas indifférent.

7 RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC LES INTERVENANTS

7.1 Le mode d'accès aux soins diffère selon que l'on est en maison d'arrêt ou en centre de détention

En maison d'arrêt les détenus subissent un régime d'encellulement pendant une bonne partie de la journée. Ça peut être 20 heures sur 24. Beaucoup ne peuvent pas travailler. Les activités telles que le sport sont restreintes sur 1 à 2 heures par jour. Les activités de formation ou d'occupation sont relativement rares et de toute façon réservées aux personnes condamnées. Les demandes des détenus s'effectuent par écrit habituellement sur des imprimés remis à l'entrée ou plus simplement sur papier libre. Ces courriers sont déposés dans une boîte aux lettres. Chaque soir, il y a un relevé des courriers qui sont dispatchés au niveau de chaque service dont l'UCSA. Le lendemain la secrétaire effectue un tri pour répartir les demandes à chaque professionnel : médecin généraliste, psychiatre du SMPR, dentiste etc. Les détenus sont ensuite convoqués par le service de soins.

En centre de détention les détenus sont libres de leurs mouvements pendant une partie de la journée et peuvent se rendre à l'UCSA pour voir un médecin ou une infirmière. Ils

bénéficient au centre de détention d'une relative autonomie. Ils peuvent aller et venir au sein de l'établissement et interpellier un surveillant ou l'infirmière. Il n'y a pas de formalisation de la demande. Il peut y avoir des demandes écrites. *Quand il s'agit d'aller voir le médecin ou l'infirmière ils peuvent s'inscrire c'est eux mêmes qui font la démarche. Ils sont en milieu « ouvert » au CP. [Intervenant_3].*

Quand il y a une demande imprévue ou urgente en particulier en maison d'arrêt, le détenu peut faire part de son problème directement au surveillant soit en l'interpellant au travers de la porte soit en se manifestant en frappant sur la porte. Le surveillant passe par le surveillant de galerie qui fait appel à l'infirmière. Celle-ci reçoit le détenu ou va le voir et juge si elle doit appeler le généraliste, le psychiatre ou le psychologue. C'est donc l'infirmière qui dans un premier temps juge de l'opportunité de la suite à donner à la demande faite par le détenu. Cette éventualité n'a lieu que lors des heures ouvrables de l'UCSA. En dehors de ces heures ouvrables on se place dans la situation du fonctionnement de la permanence des soins qui est vu dans un chapitre ultérieur.

Globalement on peut dire que l'accès aux soins est plus difficile en maison d'arrêt du fait du régime d'encellulement imposé. Plusieurs intervenants ont appuyé cette observation et nous retranscrivons en dessous les passages les plus significatifs :

Intervenant_3: Et puis c'est un problème d'organisation. Prenons l'exemple du dentiste. Le dentiste dans sa consultation de débrouillage qu'il a mis en place au CP il peut voir 20 à 25 personnes au cours d'une matinée. On ne peut pas aller au delà de 12 dans la maison d'arrêt pour des raisons d'organisation de la maison.

Intervenant_4: donc le centre pénitentiaire ressemble plus à de la médecine de ville habituelle avec des gens qui sont là installés dans leurs habitudes ... c'est une population peut être un peu différente, mais finalement la pratique n'est pas très différente ou en tout cas les malades ne sont pas très différents des malades de ville. Alors qu'en maison d'arrêt, vraiment les choses sont très particulières, une population plus particulière du fait des conditions de stress, d'arrivée de départ de mouvements, enfin ... les toxicomanes vraiment une situation plus particulière beaucoup plus difficile d'ailleurs.

Intervenant_5: A propos des différences de pratiques entre la Maison d'arrêt et le Centre de Détention : C'est la même façon de faire la médecine mais la population est différente. L'approche est la même. On a peut être ici, au centre de détention, une vision à plus long terme.

Ces derniers propos ont été confirmés par une secrétaire qui préférerait travailler au CP. Les personnes qui s'y trouvent sont souvent plus âgées et souffrent parfois de pathologies chroniques. Un suivi au long cours est nécessaire.

7.2 L'offre de soins apparaît profuse

La réforme de janvier 1994 a permis d'augmenter la présence médicale au niveau des établissements pénitentiaires. Elle a décidé d'un équivalent temps plein pour 500 détenus. Elle a augmenté le nombre d'infirmières et des préparateurs en pharmacie ont été recrutés.

A son arrivée à la maison d'arrêt de Caen, le détenu est convoqué à trois reprises de façon systématique par les services de l'UCSA :

- Dans un premier temps une infirmière lui explique le fonctionnement du service, la procédure à suivre pour demander une consultation. Elle remplit un formulaire qui s'intitule « entretien infirmier » relevant des renseignements d'état civil, socio-économiques et culturels, médicaux concernant le détenu. Il semble que le remplissage du questionnaire MINI-GRADE d'évaluation des addictions ne soit pas encore de pratique courante.
- Le médecin généraliste consulte le détenu pour un bilan général de son état de santé.
- Enfin le détenu passe une radiographie thoracique dans la salle de radio de l'UCSA..

La venue dans le service de l'UCSA opère un changement au niveau architectural puisque les locaux ont été rénovés et ressemblent effectivement à un service d'hôpital. Ce qui contraste un peu avec la vétusté des autres bâtiments de la maison d'arrêt en particulier. Une pancarte à l'entrée indique le nom des médecins travaillant dans le service. On y voit apparaître le nom du CHU signalant que l'on change d'institution en passant dans ces lieux. Il est par ailleurs prévu de faire éditer une plaquette d'information sur le fonctionnement de l'UCSA qui sera remis au détenu lors de l'entretien infirmier.

Il semble que le rôle des infirmières soit très important dans les UCSA. Du fait de leur temps de présence, elles sont plus facilement accessibles que les médecins. Elles peuvent effectuer en quelque sorte des consultations de débrouillage. Elles vont au contact direct des détenus lors de la distribution des médicaments et peuvent recueillir à cette occasion les demandes. Il est à noter d'ailleurs que le temps de distribution des médicaments représente une grande part du temps de travail des infirmières. Elles s'efforcent d'effectuer un travail de fond en essayant de revoir chacun des détenus au bout de 6 mois. Il s'avère en effet que le besoin de soins ou en santé de certains détenus ne se manifeste pas automatiquement par une demande. Cependant la charge de travail est telle à la maison d'arrêt et le rythme de départs et d'arrivées est si soutenu, qu'il leurs est difficile de tenir cet objectif.

Par ailleurs, une journée par semaine, une infirmière va s'entretenir une heure avec les femmes détenues résidant dans un service isolé au sein de la maison d'arrêt. De la même façon les mineurs sont vus systématiquement tous les 15 jours. Ils peuvent faire des demandes entre deux rendez-vous. De son côté le SMPR voit aussi systématiquement les mineurs.

Plusieurs intervenants interrogés ont insisté sur le fait qu'en prison les détenus avaient plus de facilités à accéder aux soins que lorsqu'ils se trouvaient à l'extérieur. Ils ont souligné le paradoxe qu'une fois en prison, les personnes incarcérées se préoccupaient de leur santé, alors qu'à l'extérieur ils avaient tendance à cumuler les facteurs de risque. Il a été confirmé que ces personnes étaient issues de milieux plutôt défavorisés et que leur état de santé à l'arrivée en prison était plutôt mauvais.

Intervenant_3 : Alors c'est très particulier, c'est très intéressant d'ailleurs parce que ce sont des gens qui laissent un peu « a Volo » leur santé à l'extérieur mais ce qui est intéressant c'est de savoir qu'une fois en prison la santé devient une préoccupation première. Et je ne pense pas que ce soit simplement pour des questions de temps. Il y a quand même un accès aux soins qui est facilité, et puis il doit y avoir des tas d'autres raisons je ne sais pas moi d'angoisse existentielle dont on peut se préoccuper puisque de toute façon il y a eu un coup de frein. On ne peut plus se projeter on ne peut plus avoir une fuite permanente. Je pense qu'une étude psychologique serait très intéressante. Ce retournement. Ils ne font rien sur leur santé ou peu de choses sur la santé et je ne pense pas que ça soit avant et je ne pense pas que ça soit pour des raisons purement économiques que tout d'un coup une fois rentré en prison...

Intervenant_5 : C'est quand même des gens qui je trouve pour certains ont plus de possibilités d'écoute qu'à l'extérieur...Un détenu peut voir une infirmière tous les jours. Ce n'est pas forcément le cas à l'extérieur. Il y a quand même un environnement assez facile d'accès entre les psychiatres, les infirmières, les psychologues. C'est plus difficile à l'extérieur. Quand on travaille dans certains quartiers défavorisés, les gens n'ont pas toute cette offre qu'on peut leur donner ici.

Intervenant_5 : A la question de savoir si l'accès aux soins des détenus est comparable à l'accès aux soins de la population générale. Oui, quasiment, mis à part le fait qu'il s'agit d'une population démunie. Pour certains, ils n'ont jamais vu de médecins auparavant.

7.3 L'accès aux soins ne paraît optimal dans un certain nombre de situations

7.3.1 Les soins dentaires

Dans les prisons françaises, les problèmes dentaires touchent près de 80% des détenus et à peu près tous les toxicomanes aux opiacés.

Le protocole précise dans son annexe 1B que pour les soins dentaires, *le service de Stomatologie du Centre Hospitalier Universitaire assure la prise en charge des détenus soit dans le cabinet dentaire de l'UCSA soit dans l'établissement hospitalier. Pour limiter le nombre d'extractions, les soins sont réalisés en priorité en milieu carcéral, la réalisation en milieu hospitalier de soins aux détenus étant exceptionnelle. Un chirurgien dentiste est présent au minimum 4 demi-journées par semaine suivant un planning communiqué au directeur de la Maison d'Arrêt.*

Bien que les locaux et le matériel pour pratiquer les soins dentaires soient de bonne qualité, il existe des difficultés pour faire face à la demande et aux besoins dans cette discipline. A l'époque où nous avons commencé notre enquête, il y avait un seul dentiste qui intervenait quatre demi-journées par semaine sur les deux établissements. Ce dentiste habitait Flers à 60 kilomètres de Caen. Un autre professionnel intervenait avec lui auparavant qui était payé à la vacation. Cependant ce dernier a démissionné. Il semblerait que la rémunération à la vacation était loin d'être attractive quand on sait qu'un dentiste en ville en trois heures, trois heures et demi que dure une vacation constitue une recette bien supérieure au prix de la vacation proposée dans un établissement de santé. Le directeur financier du CHU regrettait que les soins soient si mal payés. En plus, il faisait remarquer qu'il existait une pénurie de dentistes dans la région, que les jeunes dentistes ne recherchaient plus des ressources d'appoint. Il rappelait la période faste qu'avait connue l'UCSA à une certaine époque où il était fait appel au volontariat. Trois dentistes de ville se relayaient pour assurer les vacations. Ces derniers intervenaient dans un esprit altruiste qui n'a plus cours aujourd'hui. Lors de l'entretien le directeur a insisté sur les difficultés d'exercer le métier en prison. En effet, en particulier à la maison d'arrêt, les mouvements des détenus étant contrôlés, les temps morts sont parfois longs pour le dentiste. Par ailleurs le dentiste ne bénéficie pas de l'aide d'une auxiliaire. Seule l'infirmière peut l'assister ponctuellement.

Le directeur s'inquiétait de cette situation qu'il qualifiait de fragile ou d'instable. Selon lui, seules les urgences pouvaient être assurées. Il suffisait que le seul dentiste donne sa démission pour des raisons personnelles pour que la situation devint explosive. « *Si on a un été chaud, si il y a quelques rages de dent ici ou là et qu'ils se rendent compte et tout ... ça peut entraîner des troubles et donc là on serait en difficulté importante avec l'administration pénitentiaire avec les*

directeurs. » C'est la perspective d'un conflit avec l'administration pénitentiaire que semble craindre le directeur financier du CHU.

Cependant, au cours de l'été les choses ont changé car le docteur Piednoir a obtenu un deuxième poste de praticien hospitalier auprès de l'ARH qui a été pourvu au mois de septembre. La situation de ce point de vue s'est améliorée au cours de notre enquête et l'existence de ces deux postes de praticien hospitalier à temps partiel devrait permettre d'absorber la file d'attente progressivement au niveau des deux établissements pénitentiaires.

7.3.2 La permanence des soins

L'annexe I-B précise les modalités d'ouverture de l'UCSA : « Son organisation est appelée à évoluer en fonction des besoins de la population carcérale et des difficultés éventuellement rencontrées. Il convient de rechercher l'utilisation optimale des moyens mis à disposition du Centre Hospitalier Universitaire pour assurer la couverture sanitaire des détenus. » L'UCSA est ouverte :

- Du lundi au vendredi : de 8H00 à 19H00
- Le samedi : de 8H00 à 11H00 et de 16H00 à 19H00
- Le dimanche et jours fériés : de 8H00 à 10H30 de 16H00 à 18H30

En fait ces plages horaires sont écrites sur le protocole mais ne correspondent pas forcément à la réalité. Plusieurs intervenants nous ont fait remarquer que ces périodes d'ouverture étaient plus restreintes du fait des contraintes imposées par le milieu carcéral : l'encellulement, l'heure des repas, les horaires des parloirs etc. Ces horaires correspondent plus aux temps de présence des personnels soignants au sein des établissements pénitentiaires. C'est ce que notent les deux personnes interviewées dans les propos ci-dessous. En fait les locaux de l'UCSA ne sont accessibles aux détenus que 4 heures dans la journée.

Intervenant_3bis : Il faut faire remarquer que le temps d'ouverture ou d'accès de l'UCSA aux détenus est très limité très restreint. Parce que faut pas croire, on est ouvert de 8 heures à 19 heures tous les jours sauf le week-end... En fait c'est ouvert aux détenus de 9 heures et quart à 11 heures 15. Deux heures . Et deux heures l'après midi. Bon vous voyez quand vous en avez 500 sans compter les visites d'entrée on n'a pas l'espace suffisant pour les faire venir.

Intervenant_5 : Nos plages de consultation sont assez limitées. Là il faut qu'à 5 heures, j'ai fini quelque soit le nombre de détenus à voir. Après, les portes se ferment. Il s'agit de contraintes imposées par la pénitentiaire. Les plages de consultation ne sont pas très importantes. A la maison d'Arrêt le matin les consultations vont de 9 heures à 11 heures 30 après ils sont enfermés dans leur

cellule pour leur repas. L'après-midi les consultations vont de 14 heures à 16 heures 30. C'est difficile de faire déplacer un détenu après. Les mouvements des détenus dépendent du bon vouloir des surveillants.

Ces derniers propos soulignent le fait que l'administration pénitentiaire impose sa maîtrise du temps aux personnels des services de santé.

Par ailleurs certains intervenants ont fait observer que les détenus venaient à l'UCSA au même moment. Ils faisaient passer avant leurs problèmes de santé, les parloirs téléphoniques, les visites ou alors l'atelier parce c'est là qu'ils pouvaient augmenter leur pécule. Mais à l'inverse quand arrivait la plainte, le personnel soignant n'était pas forcément disponible. Ceci a pu conduire à des incompréhensions entre personnel soignant et détenus ce qui a rendu les relations difficiles.

L'annexe 1-A donne la consigne suivante en cas d'urgence et en dehors des plages de consultation : *La nuit, les week-ends, les jours fériés, et en cas d'urgence, le surveillant gradé fait appel au CENTRE 15 qui dépêche sur les places les moyens appropriés.*

Au cours des heures ouvrables, le centre 15 est appelé par l'infirmière lorsque les médecins titulaires ne peuvent pas se déplacer suffisamment rapidement pour voir le malade. Il se trouve en effet que ces médecins suivent une clientèle libérale en médecine générale. Après 19 heures et jusqu'à 8 heures le lendemain, ce sont les surveillants qui appellent le centre 15 en cas d'urgence.

Le médecin régulateur du centre 15 peut être confronté à certaines difficultés spécifiques au milieu carcéral. En effet après 19 heures il se pose pour le régulateur, le problème d'obtenir des renseignements fiables concernant le malade. D'une part, les surveillants n'utilisent pas forcément le jargon médical à bon escient. Mais ceci devrait changer parce qu'un certain nombre d'entre eux en l'occurrence les cadres, devraient passer leur brevet de secourisme. D'autre part, les responsables du SAMU se plaignent du fait que leur interlocuteur n'ait pas le malade sous ses yeux. D'autant qu'ils leur arrivent parfois de dialoguer directement avec la personne malade afin d'apprécier plus complètement la situation.

Toute la réponse adaptée que nous devons fournir dépend de cet interrogatoire (souvent nous demandons même de parler au patient s'il est conscient, asthmatique par exemple, le diagnostic est alors rapide). Bien entendu ce précieux contact direct est impossible en prison.

Par ailleurs, il existe parfois des difficultés d'accès dans l'enceinte carcérale faisant perdre un temps non négligeable aux secours. Les médecins régulateurs sont contraints de déclencher la médicalisation adéquate. Ils font appel au médecin généraliste qui demande ou

non une hospitalisation avec accompagnement du SMUR ou non. Mais il est impensable pour eux de faire partir un SMUR pour chaque malaise survenant en prison.

Les médecins généralistes qui se déplacent à la prison, la nuit, voire en journée, lorsque les médecins titulaires ne sont pas disponibles, sont membres de l'association Sos Médecins. Ceux-ci pratiquent parfois des sutures en particulier pour les personnes s'étant infligées des phlébotomies. Le fait de suturer sur place permet d'éviter des hospitalisations aux urgences. Ce qui arrange le personnel surveillant qui se trouve la nuit souvent en effectif réduit. Ces médecins rapportent plus de lenteur d'accès dans la maison d'arrêt que dans le centre de détention. Au niveau de ce dernier établissement, ils signalent qu'ils n'ont pas besoin de présenter leur carte d'identité dans la mesure où ils viennent fréquemment faire des visites. Mis à part les soins, ils sont amenés à jouer un rôle d'expert en allant voir des personnes faisant une grève de la faim.

Bien que les médecins de Sos médecins assurent la majorité des visites urgentes au niveau des deux établissements pénitentiaires, il n'y a que très peu de relations entre les personnels des UCSA et ces médecins libéraux. Ils donnent néanmoins un compte-rendu de leur intervention dans un formulaire à l'intention de l'équipe de l'UCSA. Il n'y a donc pas de convention entre l'association Sos Médecins et le CHU. Mais semble-t-il un projet est en cours d'élaboration. Voilà ce qu'a dit un représentant du CHU à ce propos :

il y a un projet mais qui n'a pas débouché pour l'instant. ça avait été envisagé : une convention avec SOS médecins , avec des médecins qui acceptent d'intervenir qui acceptent de se former ... parce que là aussi les conditions d'exercice sont un petit peu différentes. On aimerait que les personnes qui interviennent la nuit le week-end sachent un petit peu comment on est organisé où se trouve le dossier du patient. Enfin il y a un certain nombre de choses à arrêter. Ne serait ce que pour faciliter les relations entre celui qui intervient, le médecin qui intervient le week-end et les médecins de l'UCSA et puis entre ces médecins là(les médecins qui interviennent le week-end) et les surveillants. On a besoin d'un rapprochement parce que on se rend compte que parfois il y a une méconnaissance des contraintes de l'autre . le médecin qui intervient doit savoir quelles sont les contraintes de la vie carcérale.

7.3.3 L'hospitalisation et les consultations spécialisées

« L'IGAS et l'IGSJ ont estimé en 1995 que la population pénale est en moyenne et à âge comparables, au moins deux fois plus malade que la population générale. Malgré l'incidence élevée de nombreuses pathologies sérieuses, le recours à l'hospitalisation est quant à lui, deux fois moindre. »[OBRECHT O., 1998, p.198].

L'hospitalisation des détenus constitue un problème majeur dans la filière de soins qui leur est offerte, non pas tant en cas d'urgence qu'en cas d'hospitalisation programmée à moyen terme. Ceci est dû au fait que le code de procédure pénal n'envisage encore que des hospitalisations exceptionnelles (art. D. 391), dans l'établissement de soins le plus proche en cas d'urgence et quel que soit son niveau technique (art. D. 392) et pour une durée la plus brève possible (art. D. 392).

De la même façon les consultations prises au CHU peuvent être reportées à tout moment à cause d'effectifs insuffisants chez les surveillants ou chez les policiers. La formation d'une escorte du prisonnier n'est alors plus possible. Ces annulations sont unilatérales et non susceptibles de négociation et demandent au secrétariat de l'UCSA une organisation solide.

Dès lors on peut dire que l'hospitalisation des détenus et la consultation des spécialistes au CHU constituent un cas flagrant d'inégalité d'accès aux soins pour cette population.

Nous donnons ci-dessous un tableau présenté par les service de soins lors d'une réunion sur les hospitalisations des détenus qui montre l'état des extractions pour consultation ainsi que les annulations de certaines d'entre elles avec leurs différents motifs.

	MA	CP
Extractions pour consultation de mai 2002 à mai 2003	96	83
Annulées ou reportées	35	19
du fait de l'administration pénitentiaire	17	7
du fait de l'escorte non disponible	4	1
du fait du refus du détenu	3	4
du fait de la libération du détenu	5	0
du fait des services de soins	6	5
de fait inconnu	0	2

Pour ces consultations non urgentes ou certaines des hospitalisations programmées, l'établissement pénitentiaire utilise son propre véhicule qui est unique et qui sert aussi à d'autres usages que le transport des prisonniers à l'hôpital. Il arrive souvent que la maison d'arrêt procède à des transferts vers la maison d'arrêt d'Argentan. Il se peut aussi que ce véhicule serve à des achats divers. Tout ceci aboutit au fait que des hospitalisations ou des consultations prévues de longue date soient reportées à des dates ultérieures.

La nuit en cas d'hospitalisation en urgence, c'est le centre 15 qui organise le transport en faisant appel à une ambulance privée.

Par ailleurs, il y a le problème des escortes. Les surveillants doivent accompagner le détenu malade à l'hôpital. Si il s'agit d'une consultation, ils restent auprès du prisonnier qui est entravé par des menottes dans le service. Si il s'agit d'un transfert aux urgences, les surveillants restent avec lui jusqu'à ce que le médecin décide de ne pas le garder ou de le faire hospitaliser .

Les services pénitentiaires sont amenés à demander le concours de la police dans deux cas :

- Les escortes survenant lors d'hospitalisations urgentes la nuit ou pour des détenus que l'administration pénitentiaire juge dangereux. Un surveillant accompagne le détenu, tandis qu'il est fait appel à une équipe de police. Il se trouve en effet que les surveillants ne sont pas armés.
- Les gardes statiques. C'est la police qui assure la garde des détenus hospitalisés.

Le contingentement des hospitalisations des détenus à l'hôpital de Caen est une règle ou du moins « un code de bonne pratique » . En effet, sous la houlette de la préfecture, les différents service de l'état, en l'occurrence : les représentants du CHU, les représentants des établissements pénitentiaires, les services départementaux de la sécurité publique et les services sanitaires et sociaux, ont été réunis au cours du mois de juillet 2003. Il a été décidé de « tendre vers au plus deux hospitalisations simultanées, déclinée en 1 hospitalisation programmée et 1 autre possible pour les situations non programmables. »

Les services de soins ont pourtant attiré l'attention des participants à cette réunion sur les difficultés inhérentes à la pratique médicale. Ils rappelaient que de janvier 2003 à juin 2003 il y avait eu 37 hospitalisations. La durée moyenne de séjour avait été de 3,8 jours. Cependant en avril et mai il avait été nécessaire de garder à l'hôpital 3 détenus pendant 2 jours en avril et 3 détenus pendant 3 jours en mai, ainsi que 4 détenus pendant 4 jours en avril. Ce dépassement de quotas fut le résultat de l'hospitalisation d'urgences. Il a été suggéré aux services de soins de transférer certains patients vers l'hôpital de Fresnes en attendant l'ouverture de l'UHSI à Rennes en 2006. Néanmoins les services de soins ont fait remarqué que les délais d'attente avant transfert à Fresnes étaient assez longs et qu'aucune procédure n'avait été mise en place afin de faciliter ces transferts. Par ailleurs, les détenus ont souvent refusé d'être dirigé vers cet hôpital. Enfin, lors d'un entretien , le responsable coordonnateur des UCSA nous a fait remarquer que le CHU avait une vocation régionale. Il lui arrivait d'accueillir des détenus gravement malades provenant d'autres centres de détention ou maison d'arrêt. Dès lors, il est apparu extrêmement difficile voir quasiment impossible aux services de soins de tenir ces quotas.

De leur côté les services de sécurité ont rappelé leur mission « d'assurer la sécurité des biens et des personnes ». Donc, il leur semblait difficile de mobiliser plus de deux équipes de 2 policiers pour les gardes statiques. Il a été fait remarquer que l'hôpital dispose d'une seule chambre sécurisée qui se trouve dans le service de réanimation qui ne nécessite la présence que

d'un seul policier. Cependant, les médecins préfèrent que les détenus malades séjournent dans leur propre service. Ce qui nécessite la présence de deux policiers. Au premier semestre 2003, ils avaient assuré 42 gardes de détenus hospitalisés, tandis qu'au premier semestre 2002 ils en avaient assuré 65. Par ailleurs, la police s'interrogeait pour savoir si elle devait prendre en charge toutes les escortes y compris les escortes judiciaires. En effet les services de sécurité ne jugeaient l'escorte de la police nécessaire que pour les détenus répondant au critère : « particulièrement dangereux » ou DPS détenus particulièrement surveillés.

Ce dernier point de vue fut vivement contesté par les services pénitentiaires en particulier ceux de la maison d'arrêt. Ils admirent qu'il avait été décidé par le conseil supérieur de sécurité que la totalité des escortes des détenus en consultation dans les hôpitaux serait confiée à l'administration pénitentiaire à compter de l'année 2002. Cependant cette décision s'appuyait sur la création de 415 emplois de surveillants habilités à être armés sur le domaine public. Or, à ce jour seuls 50 emplois ont été créés et l'habilitation n'a toujours pas été autorisée. Donc, on en est resté aux règlements antérieurs qui stipulaient qu'il « peut être fait appel aux forces de police ou de gendarmerie en particulier pour prêter main forte à l'escorte fournie par l'administration pénitentiaire, lorsque la personnalité des détenus extraits ou les circonstances locales font apparaître des risques sérieux de troubles de l'ordre public ». L'appel aux forces de police ou de gendarmerie pour sécuriser l'escorte ne serait donc pas limité aux DPS mais « lorsque la personnalité du détenu, l'appartenance au banditisme ou délinquance organisée, le comportement de l'intéressé (suspicion d'agression ou de tentative d'évasion), font apparaître des risques sérieux de troubles à l'ordre public ».

Le représentant des services départementaux sanitaires et sociaux en l'occurrence le médecin inspecteur de santé publique a constaté que la pression s'accroissait pour que soient plus restreintes les hospitalisations des détenus. Il a regretté que les services de soins aient à s'astreindre à une forme d'autocensure. D'autant que certains ont pu mettre en cause la compétence des médecins en se demandant si ceux qui intervenaient pour les urgences le faisaient toujours à bon escient. Et il est vrai que certains des médecins interrogés disaient réfléchir à deux fois avant d'envisager des extractions.

Donc on a une espèce de pression pas officielle, mais qui consiste à nous dire : limitez au maximum, est-ce que vraiment il y a besoin ? quand on envoie quelqu'un aux urgences l'après-midi parce qu'il a une entorse ou un truc à l'œil on s'entend dire : ça pourrait pas attendre demain ? est-ce que vraiment nécessaire ?

7.3.4 Les prescriptions médicamenteuses et les traitements de substitution

La loi du 18 janvier 1994 a certainement amélioré l'accès aux soins des détenus dans la possibilité qu'ils ont d'obtenir des médicaments assez facilement. Un surveillant disait à ce propos :

C'est le jour et la nuit. Avant il n'y avait pratiquement pas de soins. Il y avait une dizaine de fioles pour 450 détenus. Maintenant on arrive quasiment à 250 ordonnances par semaine.

La pharmacien des UCSA nous a signalé que les services médicaux des deux prisons consommaient beaucoup de médicaments au niveau du CHU. En consultant les rapports d'activité 2002 de la pharmacie des UCSA, nous avons noté qu'au niveau de la maison d'arrêt de Caen, le SUBUTEX représentait le poste le plus cher c'est à dire 34,55 % des sommes dépensées. Au niveau du nombre de comprimés, nous avons relevé que les benzodiazépines constituaient 11,59 % de la consommation et les somnifères 6,99 %. Le TERCIAN intervenait pour 3,54 % et le SUBUTEX 2mg, 3,6 %. Au niveau du centre de détention les neuroleptiques, comprenant les nouvelles molécules ZYPREXA et RISPERDAL, représentaient la part la plus importante des dépenses pharmaceutiques 19,9 % après les antirétroviraux (27,08 %). Cependant au niveau des consommations de comprimés, il a été retrouvé une distribution à peu près équivalente avec 10,51 % de benzodiazépines, 4,34 % pour les somnifères. Le nombre de comprimés distribués était supérieur à la maison d'arrêt (54 %) qu'au centre de détention (46 % des prescriptions). Les antalgiques se sont avérés être des médicaments fréquemment prescrits. Il s'agissait essentiellement de PARACETAMOL ou d'IBUPROFENE voire d'associations avec le DEXTROPROPOXYPHENE. Nous avons constaté que l'EFFERALGAN Codeine était plus fréquemment prescrit au centre de détention.

L'emprise carcérale favoriserait-elle une consommation accrue de médicaments ? « L'accès aux soins et leur usage en prison s'inscrivent dans une problématique plus générale d'accès aux ressources et de leur usage pour alléger, composer, occulter les contraintes et les privations qu'impose la prison. » [VEIL C, LHUILIER D, 2000, p. 201]. Le statut de malade est recherché par les détenus afin d'atténuer l'emprise carcérale.

Néanmoins, les prescripteurs eux-mêmes sont conscients de l'importance des prescriptions médicamenteuses qui sont effectuées en particulier à la maison d'arrêt. Ils en assument la responsabilité. C'est ainsi qu'un des psychiatres que nous interrogeons a fait les réflexions suivantes :

Mais en maison d'arrêt il y a très certainement une surconsommation de médicaments. Sur prescription qu'on réduit d'année en année. On a tendance à sur prescrire dans des situations extrêmes de détresse et de pathologie d'adaptation, avec toujours la crainte de suicide de raptus suicidaire, détresse d'angoisse. C'est ça qui fait légitimer ...

Si il y a surprescription, on est les seuls responsables, compte tenu de la contrainte qu'on subit du milieu. Comprenez qu'un détenu qui est dans une cellule de 9 mètres carrés dans laquelle ils sont deux et qui est pris de grandes crises d'angoisse la nuit, on a tendance à faire une dose assez chargée, que de dire : bon on va commencer petit puis on va voir si ça suffit pas. Parce que moi j'ai ... C'est horrible les suicides en prison. C'est horrible partout. C'est tout à fait horrible. C'est des suicides de jeunes... On arrive à prévenir les suicides dans les états dépressifs caractérisés. Mais le raptus chez une personnalité pathologique qui est vu le matin qui est en difficulté d'adaptation mais pas plus, si je puis dire ... et qui le soir parce qu'il n'a plus de clopes se pend... Parce que ça, je l'ai vu. Il y en a qui ont été décrochés à temps, mais ce n'était pas du flanc.

A ce problème de consommation excessive de médicaments s'ajoute le fait que les personnes toxicomanes représentent numériquement la deuxième part la plus importante parmi les détenus dans les prisons françaises. Et la maison d'arrêt de Caen ne déroge pas à la règle. Cet état de fait pose des problèmes au sein des établissements pénitentiaires.

D'une part, il a été rapporté, il y a quelques années, dans l'enceinte de certaines prisons en particulier à Marseille, des épidémies d'hépatites B parmi certains détenus qui pratiquaient des auto injections de produits stupéfiants avec des aiguilles usagées. Pour prévenir ces épidémies il a été préconisé de distribuer aux détenus des produits d'hygiène en particulier de l'eau de Javel. Des fonds ont été alloués aux UCSA dans le cadre de la prévention des maladies transmissibles : éducation, prélèvement sanguin pour rechercher le statut vis à vis de l'HVB, vaccination contre l'hépatite B.

D'autre part, les détenus font un mauvais usage des médicaments prescrits par les médecins. Certains arrivent à accumuler des médicaments psychotropes. On assiste à un phénomène de « zombification » pour quelques uns d'entre eux. Au sein même de la prison peut s'installer un trafic sur ces produits entre les détenus. Ces trafics ont pu être à l'origine de tensions entre les institutions pénitentiaire et hospitalière. C'est pourquoi certains détenus sont astreints à une distribution « à la prise ». Ils se rendent à l'UCSA pour chaque prise de médicament afin que soit vérifiée par l'infirmière l'absorption du traitement. Ceci dit la

vérification de la prise du SUBUTEX n'est pas évidente car il faut que le médicament se délite en sublingual pendant plusieurs minutes.

A la maison d'arrêt de Caen, les traitements de substitution sont dans la plupart des cas reconduits à l'intérieur de la prison. Il nous a été dit que la plupart des patients toxicomanes arrivant à la maison d'arrêt avaient du SUBUTEX. Ce médicament avait été prescrit par un même médecin travaillant en libéral de façon isolée. La METHADONE en tant que traitement de substitution, demeurait rarement ordonné. Les traitements par SUBUTEX ont connu une croissance passant de 5 en 1996 à 123 en 2002. Actuellement Il y a en permanence 30 à 40 détenus prenant du SUBUTEX à la maison d'arrêt pour une personne sous METHADONE. En 2002 seuls 12 patients ont eu une substitution par ce médicament.

Par ailleurs, certaines difficultés ont pu apparaître dans le suivi de ces patients toxicomanes. D'un côté les psychiatres se sont trouvés être les uniques prescripteurs des traitements de substitution. Or ils considèrent que le renouvellement de ce type de traitement n'est pas de leur ressort. Ils jugent en effet que ces personnes relèvent plus d'un suivi psychosocial que d'un suivi psychiatrique proprement dit. De leur côté les médecins généralistes pour certains refusent de renouveler ces traitements en arguant que c'est le travail des psychiatres et qu'ils n'ont en charge que les problèmes somatiques. D'autres se disent prêts à le faire sous certaines conditions. Par ailleurs un certain nombre de professionnels travaillant au CSST peuvent prêter leur concours à la prise en charge des toxicomanes. Pour un des détenus, le médecin du CSST avait initié une prescription de méthadone. Une psychologue se rendait régulièrement auprès de lui et une infirmière de l'UCSA qui avait déjà travaillé au CSST coordonnait le suivi du traitement. Des difficultés se sont manifestées au moment du renouvellement du traitement car aucun des médecins ni psychiatre ni généraliste ne voulait prescrire le produit. Il semble que cet épisode ait pu être résolu. Bien qu'il puisse exister des oppositions de personnes, cet épisode est néanmoins significatif des répercussions que peuvent avoir les tensions entre institutions ou services dans l'accès aux soins des détenus.

7.3.5 Les soins psychiatriques

Les soins psychiatriques en établissement pénitentiaire posent de nombreuses difficultés et ne peuvent pas être les mêmes que ceux offerts en milieu libre.

D'autant qu'il semblerait que le nombre de personnes souffrant de maladies psychiatriques authentiques séjournant dans les prisons françaises soit en augmentation constante pour deux raisons. D'une part les hôpitaux psychiatriques se sont ouverts vers

l'extérieur dans un mouvement allant de 1960 à 1985. Les secteurs ont été créés ainsi que des structures alternatives satellites à l'hôpital. Il y a eu une baisse considérable des lits d'hospitalisation s'accompagnant d'une baisse des durées moyennes de séjour. D'autre part le code de procédure pénal a été réécrit. L'ancien article 64 issu de la loi de 1838 a été supprimé. Cet article permettait aux malades mentaux d'être exonérés de leur responsabilité pénale mais pas de leur responsabilité civile. Il faisait référence à un état de démence au moment de l'action qui portait à confusion du fait de l'absence de définition de ce terme. Cela aboutissait à ce que soient relaxées des personnes coupables et que le procès n'ait pas lieu. Ceci était à l'origine d'une très grande frustration des victimes et familles de victimes. Désormais depuis la loi du 19 juillet 1993, l'article 122-1 du nouveau code pénal distingue désormais les personnes dont le trouble psychique ou neuropsychique a aboli le discernement, considérés comme pénalement irresponsables, et celles dont le trouble a seulement « altéré » le discernement. Pour le dernier cas d'altération du discernement, le texte de l'article note que la juridiction tiendrait compte du fait que le coupable était atteint de troubles psychiques dans la détermination de la peine. En fait il semblerait que les peines prononcées aient été plus lourdes.

Pour illustrer cet état de fait nous rapportons le cas évoqué par le psychiatre que nous avons rencontré. Il s'agissait d'une personne qui n'était pas originaire de la région. C'était un schizophrène traité depuis une dizaine d'années dans le cadre du secteur. Il vivait en appartement thérapeutique et eut des relations sexuelles avec une autre pensionnaire. Il y eut plainte et ces faits furent qualifiés de viol. Il fut condamné à 10 ans de réclusion. Lors de son arrivée à la prison, il présentait un grand délire paranoïde. Les soignants réussirent « à raccrocher les wagons » en faisant en sorte qu'il acceptât un minimum de traitement. Pour accroître les difficultés il s'agissait d'un patient déraciné puisqu'originaire d'une autre région dont l'incarcération a abouti à une rupture familiale. Et le psychiatre nous fit part de son désarroi face à ce type de patients : « Je n'ai pas de solutions. Je ne sais pas ce qu'il faut faire ». En effet, la prison ne semble pas l'endroit idéal pour soigner des patients psychotiques.

Une des questions qui se pose est de savoir pourquoi les experts psychiatriques ont tendance à responsabiliser les individus malgré des pathologies psychotiques avérées. On pourrait avoir l'impression en effet que la plupart d'entre eux se comportent comme des auxiliaires de l'accusation. Ils ne se contentent plus de déterminer la responsabilité des individus, bien souvent ils cherchent à donner un sens à l'acte qui a été commis et s'appuient parfois sur la théorie psychanalytique qui veut que la responsabilité soit une chance offerte à l'individu. Alors que la défense se trouve dans l'impossibilité de diligenter

leurs propres expertises, les psychiatres experts se trouvent en position de juges. Le code de procédure pénal prévoit 3 experts dans les cas d'agressions de mineurs de 15 ans. Le psychiatre avec lequel nous sommes entretenus signalait qu'un rapport « catastrophique » réalisé par un expert restait dans le dossier et pesait sur celui-ci quelque soit le résultat des autres expertises. Il semblait solliciter de la part des experts des rapports plus nuancés à fortiori quand les faits remontaient à plus de quinze ans.

Les juges de leur côté se trouvent dans la possibilité de prescrire des soins. En effet, que ce soit pour les personnes condamnées pour agressions sexuelles ou pour les personnes toxicomanes, les juges ont le pouvoir d'ordonner des injonctions thérapeutiques. La relation entre le médecin et le patient est alors faussée. Une personne venant d'un autre établissement pénitentiaire s'était rendu à un entretien avec le psychiatre lors de son arrivée au centre de détention. Cette personne délinquant sexuel, souffrant d'addiction et suivant un traitement par SUBUTEX, dit en substance au psychiatre qu'il venait à la consultation pour satisfaire au suivi psychiatrique afin d'obtenir une remise de peine. Il déclara qu'il ne reniait absolument pas les faits à caractère sexuel qui lui étaient reprochés. Le psychiatre ne voulant pas être instrumenté de cette façon refusa de voir l'individu. Un compromis fut trouvé auprès d'un autre médecin qui renouvela seulement le médicament de substitution. Ceci démontre toute l'ambiguïté qui peut exister dans la relation médecin malade en milieu carcéral.

Enfin le SMPR n'a pas le même fonctionnement que les autres services de psychiatrie à l'extérieur. Ce service a 15 lits d'hospitalisation mais la nuit ce sont des surveillants qui restent auprès des malades. Ils ont la possibilité d'appeler un psychiatre de garde. Par ailleurs, de jour, certains infirmiers psychiatriques ont eu quelques difficultés à s'adapter à la ségrégation établie entre les détenus malades et les soignants. Des réunions ont été mises en place avec les prisonniers mais ne paraissent pas suffisantes aux yeux de certains infirmiers. Par ailleurs ce service n'accueille pas les hospitalisations sous contrainte. Dès lors toute hospitalisation vers un service d'un hôpital psychiatrique se fait selon la procédure d'hospitalisation d'office. Les hospitalisations sur demande d'un tiers ne sont pas possibles bien que la Loi PERBEN puisse changer cet état de fait (Loi d'orientation sur la peine et le service public pénitentiaire).

Toutes les remarques qui viennent d'être énumérées attestent que les prises en charge psychiatriques en prison ne peuvent pas être équivalentes à celles qui pourraient être menées à l'extérieur et ce quel que soit le type de population à laquelle on s'adresse :

- Les agresseurs sexuels

- Les adolescents et jeunes adultes des quartiers mineurs
- Les personnes souffrant d'addiction
- Les malades mentaux psychotiques

8 DESCRIPTION DES RECLAMATIONS ET PLAINTES PROVENANT DES DETENUS

8.1 Plaintes et réclamations

L'article 262 du code de procédure pénal prévoit que : « les détenus peuvent à tout moment, adresser des lettres aux autorités administratives et judiciaires françaises dont la liste est fixée par le ministre de la justice. Ces lettres peuvent être remises sous pli fermé et échappent à tout contrôle : aucun retard ne doit être apporté à leur envoi. Elles font l'objet d'un enregistrement, tant à l'arrivée qu'au départ, sur le registre prévu à cet effet, tenu sous la responsabilité du chef d'établissement. » Actuellement dans l'arrêté du 12 mai 1997 (article 40 du CPP) fixant la liste des autorités administratives et judiciaires avec lesquelles les détenus peuvent correspondre sous pli fermé, et toujours en vigueur, figurent notamment le chef de l'IGAS et les médecins inspecteurs des DDAS et des DRASS.

Dans l'ouvrage « le droit en prison » [CLIGMAN O., GRATIOT L, HANOTEAU JC, 2001] il est souligné qu'un usage abusif de cette faculté offerte au détenu peut être qualifié de faute disciplinaire et susceptible de sanction. Ils signalent que « quoique d'une efficacité souvent limitée, en raison notamment des pouvoirs parfois restreints des autorités concernées, ce mécanisme n'en présente pas moins une ouverture sur l'extérieur et devrait permettre aux détenus de dénoncer sous pli fermé, à ces dernières, des situations anormales. Il faut toutefois constater que trop souvent ces autorités se contentent de retourner au chef d'établissement les lettres ainsi reçues... »

Cette possibilité de requête ou de réclamation des détenus passe donc par l'administration pénitentiaire. On note que les motifs de ces requêtes n'ont pas forcément trait à la prise en charge sanitaire des détenus mais peuvent attirer l'attention sur toute situation jugée anormale par les détenus ou leurs proches ayant cours dans les centres de détention. On note par ailleurs qu'il existe une multiplicité de destinataires de ces requêtes. Ainsi en cas de problème de santé on peut saisir aussi bien le ministre de la santé, les médecins inspecteurs des DRASS ou DDASS ou bien les chefs des établissements de santé.

8.2 Rappel sur le contrôle et l'inspection des structures sanitaires en milieu pénitentiaire

Depuis la loi du 18 janvier 1994, c'est la DHOS qui a compétence pour le suivi et le fonctionnement des UCSA. Elles sont rattachées à l'hôpital et donc l'allocation budgétaire de fonctionnement provient du budget global. Il est noter que ces services n'apparaissent pas dans l'activité PMSI des établissements. Un suivi des consommations médicamenteuses de ces services dans l'hôpital est par contre possible. La DGS fixe les priorités concernant la santé des détenus. Les UCSA reçoivent via les services déconcentrés des sommes allouées à l'éducation pour la santé, la vaccination contre l'hépatite B.

Depuis la parution du décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 (article D.348-1 du code de procédure pénal), l'IGAS s'est vue attribuée une compétence plus large :

L'IGAS et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires.

Ces services contrôlent à l'intérieur des établissements pénitentiaires l'exécution des lois et règlements se rapportant à la santé publique et effectuent toute vérification utile à leurs missions

En d'autres termes les médecins inspecteurs peuvent intervenir sur tout ce qui touche aux conditions de détention des détenus y compris leurs conditions de travail.

Dans l'arrêté du 12 mars 2003 portant organisation de l'inspection générale des affaires sociales, l'article 7 précise que le chef de l'inspection générale peut confier pour une durée de deux ans renouvelables, à un membre de l'inspection générale choisi en raison de les compétences un certain nombre de missions permanentes de caractère fonctionnel. Une de ces missions consiste en particulier le traitement et le suivi des plaintes relatives au service public de santé pour les personnes incarcérées. Elle a une action limitée à la gestion des plaintes arrivant à l'IGAS, en lien avec les services déconcentrés. Elle dispose actuellement d'un cadre B à mi-temps et d'un médecin assurant la coordination médicale à hauteur de deux jours mensuels.

L'IGAS a été saisie en 2000, en application des dispositions de l'article D 348-1 du code de procédure pénale, de 388 plaintes dont 8 constituaient des réclamations mal orientées. Parmi ces plaintes 227 provenaient des maisons d'arrêt dont 51 de Fresnes, 161 provenaient des autres établissements. En 2001, il y a eu 343 plaintes et en 2002, 320. Le docteur Patricia VIENNE en charge de cette mission de l'IGAS nous a fait un certain nombre de remarques sur ces plaintes. Il s'est avéré que leur origine recouvrait celle des plaintes retrouvées à la DDASS

du Calvados. On a retrouvé en particulier les associations telle que l'OIP ou ACT UP. Par ailleurs les motifs de ces requêtes concernaient :

- Les délais de réalisation des soins ou des consultations spécialisées
- La prise en charge psychiatrique
- Le fonctionnement des services d'urgence
- Le décès d'un détenu
- L'absence d'information sur la prise en charge
- L'hygiène, l'alimentation, les régimes

Elle a attiré notre attention sur un certain nombre de difficultés qui s'imposaient ou allaient s'imposer aux services d'inspection et qui risquaient d'être à l'origine d'une demande accrue des prisonniers. Il s'agissait en particulier :

- des escortes. Il existe des mesures de contingentement des transfèvements qui sont mis sur le compte d'une insuffisance des effectifs des personnels de police, de gendarmerie ou pénitentiaire.
- de la mobilité des détenus. Les détenus peuvent être transférés fréquemment d'un établissement pénitentiaire à un autre. Ce qui peut rendre l'instruction de la plainte par les médecins inspecteurs des services déconcentrés, particulièrement compliquée.
- de la loi du 4 mars 2002. Environ 20 personnes ont bénéficié de cette suspension de peine pour raison de santé sur 60000 détenus.
- des délais de consultations de spécialiste liés à une demande trop importante par rapport à l'offre.
- du suivi des détenus en quartier d'isolement et en quartier disciplinaire
- du vieillissement des détenus et du handicap dont ils souffrent

8.3 Description des actions réalisées par l'IGAS en réponse aux plaintes

L'IGAS reçoit donc les requêtes en faveur de détenus soit directement soit par l'intermédiaire du cabinet du ministre quand c'est le ministre qui est saisi directement. Il existe un certain nombre de demandes pour lesquelles l'IGAS n'est pas compétente. Elle renvoie alors le courrier à l'administration pénitentiaire.

Chaque plainte fait l'objet d'une instruction qui est en fait réalisée au niveau des services déconcentrés de l'Etat par le médecin inspecteur de santé publique. Celui-ci mène son enquête comme il l'entend. C'est à lui d'apprécier si il a à se déplacer, de demander une information auprès du directeur ou auprès du chef de l'UCSA par écrit. Il peut décider de se rendre directement auprès du détenu. En retour l'IGAS souhaite que lui soit renvoyé un rapport décrivant la situation locale et les mesures qui ont été prises. L'IGAS insiste pour que ce rapport soit

réalisé rapidement dans la mesure où certains prisonniers sont amenés à changer fréquemment d'établissement.

Dans quelques cas le médecin inspecteur de l'IGAS intervient directement. Il peut se déplacer au niveau local pour résoudre des problèmes qui dépassent le cadre départemental, ou en agissant au niveau de l'hôpital pour débloquer des situations rendues difficiles par un manque de moyens. Il peut aussi se mettre en rapport avec la DHOS ou la DAP quand un problème d'organisation général se pose.

Dans le cas des suspensions de peine pour raison de santé, le médecin de l'IGAS peut solliciter l'administration pénitentiaire pour que soit accélérée la procédure d'expertise si ces délais sont particulièrement longs ou si les cas paraissent suffisamment graves. C'est ainsi que l'IGAS a dû intervenir à 2 ou 3 reprises pour certains patients souffrant de maladies chroniques en phase terminale d'origine cardio-pulmonaire ou cancéreuse. Par contre aucune mesure ne peut être prise par l'IGAS afin d'initier une suspension de peine.

En parallèle à ces actions, l'IGAS informe le détenu qu'une instruction est entamée en réponse à sa lettre. Des doubles peuvent être envoyés à la famille, à l'avocat, à certaines associations, toute personne intercédant en faveur du prisonnier. Les résultats de l'enquête ne peuvent pas toujours être transmis du fait de délais parfois assez longs de réalisation.

8.4 Point de vue des professionnels de l'hôpital

Un détenu faisant appel à l'UCSA peut être considéré comme un usager de l'hôpital et peut faire référence à la charte européenne du malade usager de l'hôpital de 1979 ou à la Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dès lors il pourrait en théorie saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les personnes en charge de l'organisation des soins en prison ont déclaré qu'une centralisation des plaintes et réclamations concernant la prise en charge sanitaire des détenus pourrait être une bonne chose. Le médecin coordonnateur et le cadre infirmier ont émis quelques suggestions sur la gestion de ces plaintes.

Le médecin coordonnateur pensait qu'à ce sujet, il pourrait y avoir une simplification des procédures qui ferait que toute plainte arrive directement au médecin inspecteur de la santé publique à la DDASS. Il fit remarquer que les plaintes au niveau de l'hôpital étaient déjà centralisées par la commission de conciliation. D'après lui le médecin de la DDASS n'était pas seulement chargé du contrôle mais qu'en outre il accompagnait le projet de l'UCSA. Et cela lui semblait être plutôt un avantage. Il se disait favorable à ce que le

médecin de la DDASS soit destinataire de toutes les plaintes car le fait que le prisonnier ait la possibilité de saisir différentes instances dont l'IGAS entraînait d'après lui « un retard à l'allumage » pour régler le problème. Il fit observer que lui même avait reçu deux plaintes écrites depuis deux ans.

L'infirmière en charge de l'encadrement n'avait tout à fait le même point de vue puisque d'après elle le CHU se devait d'être la première boîte aux lettres pour recevoir les plaintes. Elle demandait qu'au moins les équipes soignantes soient informées assez rapidement du dépôt de plainte. Elle préconisait d'avoir l'information en premier et que la plainte soit ensuite adressée à la DDASS. Elle demandait à ce que certains éléments du dossier puissent être notés avant la saisie de celui-ci afin que l'hôpital puisse faire parvenir ses propres observations.

8.5 Point de vue du médecin inspecteur

Le médecin inspecteur nous a signalé qu'il pouvait être amené à s'occuper de plaintes de différentes manières. Il disait qu'il était assez souvent saisi par les prisonniers eux-mêmes. Mais en général l'inspection générale lui a demandé d'intervenir auprès des établissements pénitenciers par voie épistolaire. Lorsque se présentaient certaines difficultés pour mener à bien l'enquête il lui a été possible de communiquer avec la personne en charge du traitement et du suivi des plaintes relatives au service public de santé pour les personnes incarcérées. Par ailleurs les avocats ou les conseils des prisonniers ont pu être à l'origine de la plainte. Parfois il s'agissait des éducateurs ou d'associatifs comme l'Observatoire International des Prisons qui en général s'adressait directement à l'IGAS qui retransmettait ensuite aux services déconcentrés. Il est arrivé plus rarement que les requêtes proviennent de la direction générale de la protection judiciaire et de la jeunesse.

Devant chacune de ces plaintes, il s'est déplacé systématiquement sur les lieux de détention afin de voir le prisonnier, le dossier du patient à l'UCSA ainsi que le personnel de l'UCSA. Il est parti du principe que chaque plainte était justifiée. Cependant bien souvent il a été amené à conforter l'équipe dans la prise en charge qui a été réalisée.

Une réunion ayant pour but de faire une revue des plaintes avec le personnel soignant a été organisée par le médecin inspecteur. Cette réunion a été difficile à mettre en place dans la mesure où les personnels soignants conservaient une certaine méfiance à l'égard de l'administration. Ils pensaient en effet que l'administration n'était pas compétente pour organiser les soins et que son rôle se limitait à avancer des fonds afin d'augmenter les moyens. Il est apparu néanmoins que cette réunion a permis de libérer certaines tensions. Le travail collectif sur les dossiers a pu conclure que dans certains cas la plainte du

prisonnier était justifiée et que dans certains autres elle n'était pas justifiée et que donc le médecin inspecteur confortait l'équipe dans sa prise en charge.

Le médecin inspecteur de la DDASS a organisé une réunion avec les responsables des UCSA et du SMPR du département en septembre 2003. Il accompagnait le Médecin à l'IGAS en charge des détenus. L'objet de la réunion avait surtout pour but de constater les difficultés rapportées par les différents professionnels et administratifs hospitaliers des filières de soins en prison. Afin d'impulser une certaine dynamique à la politique de santé dans les prisons, il a été suggéré à ce que soit intégré dans chacun des projets d'établissement un volet concernant la santé des détenus.

8.6 Description des plaintes

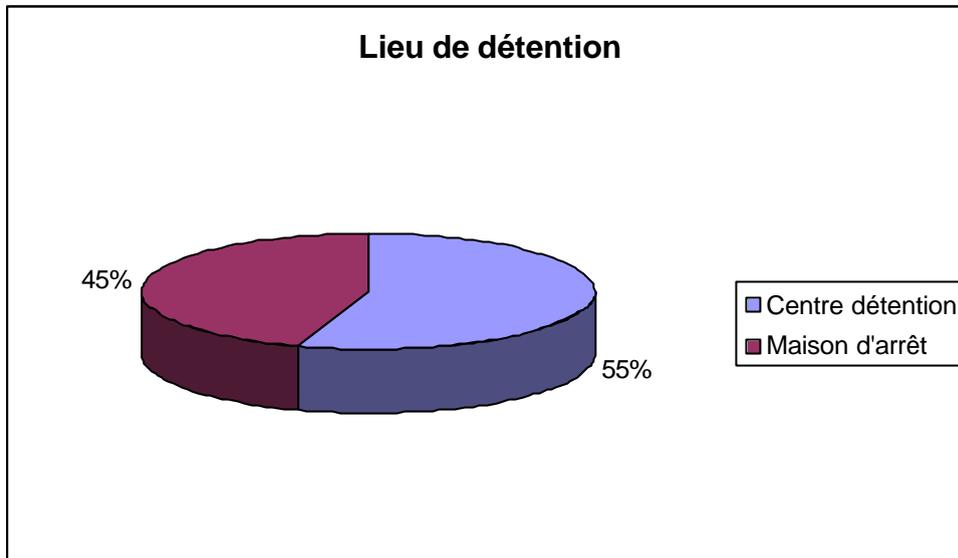
8.6.1 Evolution du nombre de courriers arrivant à la DDAS au cours du temps

	2000	2001	2002	2003
Janvier		0	1	5
Février		1	4	4
Mars		1	3	2
Avril		4	1	2
Mai		0	3	
Juin		0	0	
Juillet	2	2	7	
Août	1	1	0	
Septembre	1	2	3	
Octobre	1	0	1	
Novembre	0	2	2	
Décembre	0	0	2	
	5	13	27	13

Nous avons comptabilisé le nombre de courriers par mois en nous servant de la date figurant sur la lettre initiale de la plainte. Nous arrivons à 58 courriers initiaux dans 49 dossiers en sachant qu'un dossier concernait une même personne qui pouvait se plaindre de deux problèmes différents ou réitérer sa demande à plusieurs mois d'intervalle. Nous n'avons pas pu cumuler 3 années successives de façon complète. On remarque que l'année 2002 a présenté 2 fois plus de requêtes que l'année précédente.

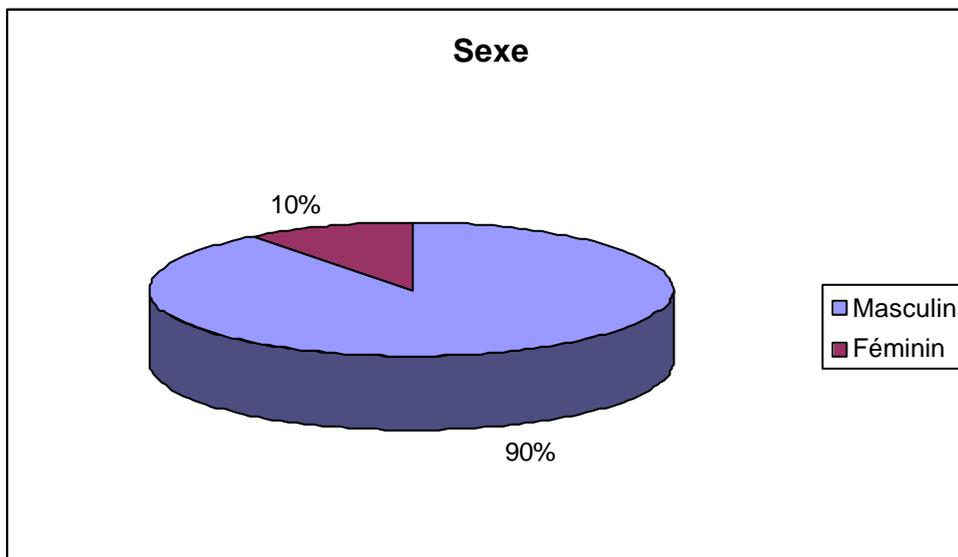
8.6.2 Lieu de détention des personnes formulant des requêtes

Le graphique suivant représente la provenance des requêtes en fonction du lieu de détention :



On a constaté que parmi les 49 dossiers analysés 27 provenaient du centre de détention contre 22 provenant de la maison d'arrêt.

8.6.3 Répartition des dossiers par sexe



Sur les 49 dossiers, 44 concernaient des hommes.

8.6.4 Provenance et destinataires des lettres

Si l'on fait une analyse de la provenance des 93 courriers que nous avons dépouillé, on note que 58 courriers venaient des détenus et que 14 courriers ont été transmis par l'IGAS. Par ailleurs 5 courriers ont été envoyés par la famille, 3 courriers par l'Observatoire International des Prisons. Deux courriers ont été envoyés par l'avocat, deux autres par le médecin traitant. Les autres courriers étaient le fait de structures judiciaires comme le tribunal de grande instance ou la protection judiciaire, de la direction de l'établissement pénitentiaire, de structures de soins comme les UCSA ou le SMPR. Enfin il y a eu une association de lutte contre le SIDA et le service communal d'hygiène et de santé d'une ville qui sont intervenus en faveur de prisonniers.

Ces lettres sont souvent envoyées au Médecin Inspecteur. Cependant les destinataires peuvent être aussi variés que

- L'IGAS 9
- La Direction de l'établissement pénitentiaire 3
- Le Procureur de la république 2
- Le Ministre de la santé 2
- Le Médecin coordonnateur des UCSA 2
- Le Premier ministre 1
- Le Directeur régional des services pénitentiaires 1
- Le Doyen des juges d'instruction 1
- Le Conseil régional de l'ordre des médecins 1
- La Famille 1
- Une Association de lutte contre le SIDA 1
- Le Juge d'application des peines 1
- L'UCSA 1

8.6.5 Les griefs exprimés dans les lettres

Les lettres examinées contenaient souvent un ou plusieurs griefs. Nous avons dans un premier temps caractérisé ces griefs sous différents motifs. Ces motifs ont ensuite été regroupés sous trois rubriques principales :

A) Mise en cause d'un défaut de prise en charge

Sous cette rubrique la personne a pu remettre en cause le bien-fondé d'une décision médicale comme l'interruption d'un traitement. Il a pu s'agir de situations très différentes. Dans un cas le patient atteint d'un cancer du pancréas n'avait pas eu sa troisième séance de chimiothérapie dans les délais escomptés. Dans un autre cas c'est le médecin traitant qui est intervenu en faveur de sa patiente qui souffrait de dérèglements métaboliques nécessitant,

d'après lui, un traitement hormonal. Il a reproché à l'équipe soignante d'avoir arrêté le traitement qu'il avait mis en place.

L'absence de remboursement de certains produits pharmaceutiques a motivé les reproches à l'égard de la prise en charge quand ce n'était pas à l'égard de l'équipe soignante. Ce fut le cas en particulier des patchs à la nicotine que doivent payer les détenus s'ils veulent arrêter de fumer. Une personne qui avait subi une cordectomie pour un carcinome épidermoïde de la glotte ne comprenait pas pourquoi il devait payer ces patchs. Ce patient a pu avoir une consultation en tabacologie au niveau de l'UCSA. Le sevrage a été mené à bien. Néanmoins le spécialiste restait favorable à ce que les détenus payent leurs patchs.

Les retards à la prise en charge correspondaient le plus souvent à des interventions chirurgicales en attente, à des consultations spécialisées ou à des soins dentaires. Voilà ce qu'a écrit une détenue sur l'attente de la consultation du dentiste :

J'ai rempli un formulaire, afin de pouvoir obtenir une visite chez le dentiste; et bien pour le moment la liste d'attente est longue et donc je ne sais pas quand je pourrai être prise. C'est pas grave, j'ai mal aux dents en silence s'il vous plaît, et quand je sortirai d'ici, j'irai voir mon dentiste et il estimera les dégâts.

Sur l'attente d'une consultation avec un chirurgien, nous avons rapporté les propos d'une détenue :

J'ai écrit plusieurs courriers au médecin ... de la maison d'arrêt de Caen, depuis le mois de juillet 2002 : celui-ci m'a affirmé qu'un rendez-vous était planifié avec un chirurgien, ainsi que les infirmières mais à ce jour je n'ai pas passé d'examen qui permette de définir de quel mal je souffre. Il se trouve qu'à ce jour, j'ai beaucoup de mal à manger et je dors à longueur de journée. Je compte sur votre diligence pour que le nécessaire soit fait dans les meilleurs délais car je souffre et je souhaiterais que l'on ne me fasse pas de fausses promesses.

Une autre personne protestait contre les reports répétés d'une consultation auprès d'un spécialiste

En effet j'ai eu trois rendez-vous qui mon été reporter pour des raisons débiles.

Le motif intitulé perte de chance correspondait à une mort subite survenue en cellule chez un homme d'environ 40 ans prenant un traitement neuroleptique. La lettre provenait de l'observatoire international des prisons. Il y eut saisie du parquet et une autopsie fut pratiquée.

B) Mise en cause de l'équipe soignante

Les reproches sur la prise en charge sont souvent associés à des critiques du personnel soignant. Le patient a pu être mécontent parce qu'un examen radiologique lui a été refusé ou parce qu'il devait payer des patches nicotiques. La réduction de traitement antalgique chez une personne souffrant de douleurs liées à des séquelles d'accident de la voie publique s'est soldé par une mise en cause de la compétence l'équipe soignante. Il leur a été reproché de ne pas examiner suffisamment leur patient.

Je vous sollicite car je rencontre des problèmes de santé assez conséquent. En effet, le médecin de la maison d'arrêt m'a dit que je souffrait d'une hernie abdominale et ce jour j'ai vu un autre médecin qui venait de l'extérieur et celui-ci m'a soutenu après un toucher abdominale que je n'avais aucune gêne sur les intestins. Je suis surprise que l'on puisse faire un diagnostic sans aucun examen ou radio. De plus, depuis que j'ai ce problème de santé, celui là me craît de la tension, des problèmes de digestion et autres. Donc, je souhaite avoir votre concours afin de pouvoir recevoir les soins nécessaires face à mes problèmes de santé.

Les problèmes dentaires sont apparus comme le point de cristallisation du mécontentement des prisonniers.

je n'ai plus la force de subir les douleurs que m'inflige le dentiste du CD ni le manque de professionnalisme de certains de ses collègues.

C) Mise en cause du système carcéral

Certains détenus ou leurs proches ont exprimé des griefs à l'égard de l'institution carcérale. Dans un cas, la famille ne comprenait pas cet acharnement de la justice contre leur proche. Dans un autre cas un prisonnier récusait la validité d'une décision disciplinaire prise par l'administration pénitentiaire. Celui-ci avait refusé de nettoyer la cellule souillée par le sang de son co-détenu qui s'était taillé les veines. Il a reproché en outre un manque de soins dans la mesure où il ne lui pas été proposé de voir un psychologue suite au choc qu'a pu représenté la vision de son voisin gisant dans son sang.

Certaines familles ont dénoncé les difficultés rencontrées pour voir un de leur proche détenu hospitalisé pour une intervention chirurgicale.

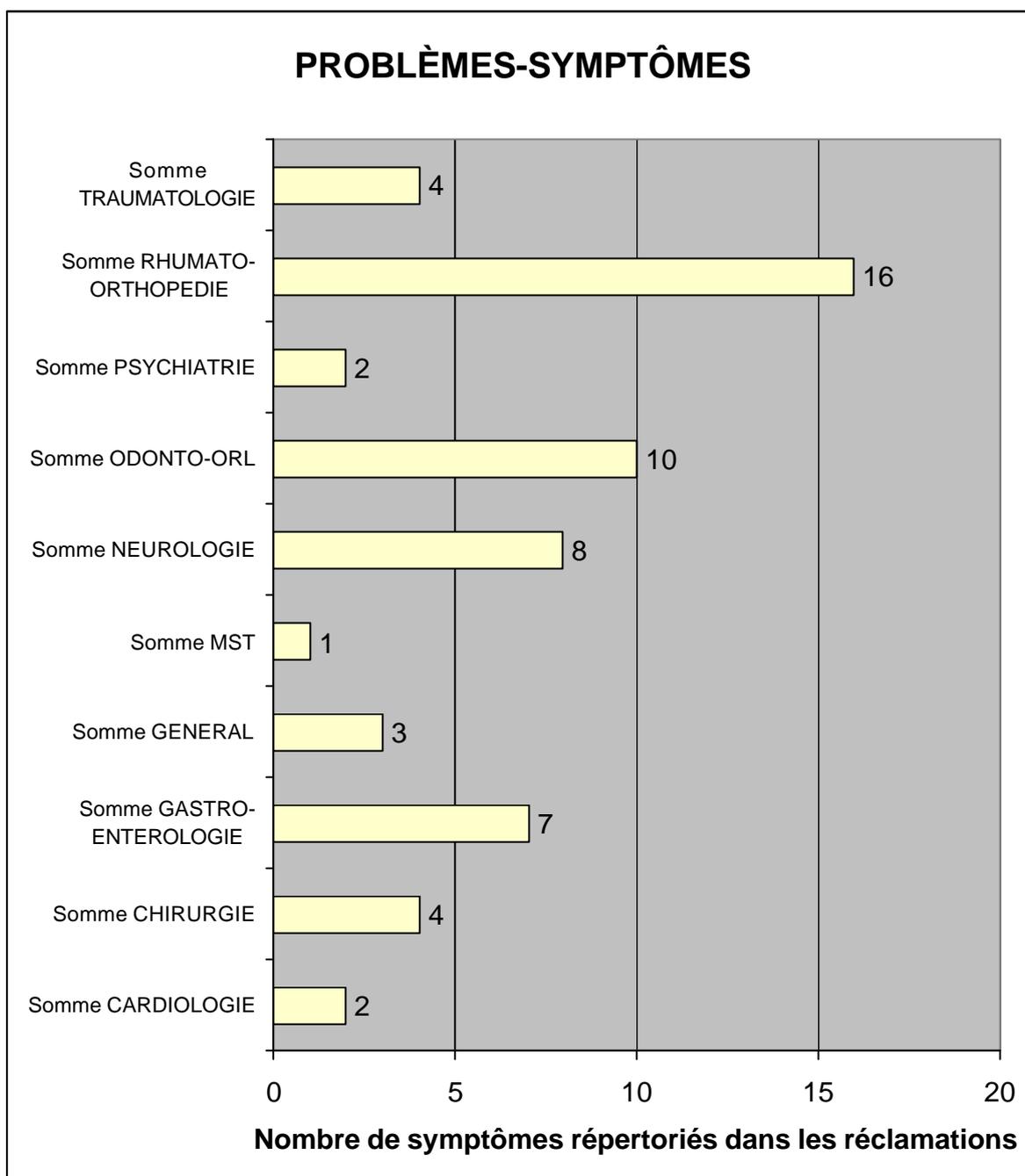
Des traitements cruels, inhumains ou dégradants ont été déclarés par l'Observatoire International des Prisons. Ceux-ci ont aussi fait l'objet d'un signalement par le service médico-psychologique. Le juge d'instruction a été saisi avec dépôt d'une plainte.

GROUPE	MOTIF	NOMBRE
	interruption de traitement	4
	lenteur de prise en charge	3
	pas satisfait du traitement	2
	manque de soins	2
	retard dans la prise en charge	2
	manque d'hygiène	2
	problème d'approvisionnement en insuline	1
	insuffisance de soins	1
	réduction du traitement	1
	perte de chance	1
DEFAUT DE PRISE EN CHARGE		19
	pas satisfait de l'équipe soignante	5
	pas satisfait du dentiste	4
	Insuffisance de l'examen médical	1
	refus de consultation de la part de l'équipe soignante	1
EQUIPE SOIGNANTE		11
	pas satisfait du système judiciaire	2
	Grief de la famille concernant les visites au CHU	1
	traitements cruels, inhumains et dégradants	1
	conditions de travail	1
	ne touche pas ses indemnités journalières	1
SYSTEME CARCERAL		6

8.6.6 Les symptômes décrits

Les dossiers contiennent un certain nombre de renseignements cliniques sur la santé des détenus. Les courriers qu'ils envoient décrivent souvent dans le détail l'histoire de la maladie et les antécédents, parfois de façon confuse. On trouve aussi les courriers de médecins de l'UCSA ou de spécialistes. Par ailleurs quand il reçoit une réclamation, le docteur Piednoir se déplace systématiquement à la prison pour s'entretenir avec le détenu. Il note sur le dossier un bref résumé clinique de la situation.

Nous avons donc rangé les motifs par appareil et nous avons dénombré un certain nombre de problèmes de nature clinique.



Nous avons constaté que les symptômes liés à la traumatologie ou à la rhumatologie orthopédie constituaient une grande part des problèmes. La traumatologie concernait des brûlures, une automutilation ou une rupture du tendon fléchisseur. Dans le cadre de la rhumatologie, les lombalgies sont apparus à plusieurs reprises. Par ailleurs les détenus ont pu se plaindre de douleurs diverses au niveau des articulations : hanche, main, genou, épaules. Nous avons remarqué que les symptômes bucco-dentaires revenaient fréquemment. Outre les douleurs dentaires, il a été fait état d'un phlegmon amygdalien ayant nécessité une intervention chirurgicale. Par ailleurs des difficultés à la mastication ont été signalées dans ce chapitre. Sous le rubrique concernant la neurologie, nous avons classé des symptômes divers. Parmi ceux-ci il y avait deux zona, un problème de vertige ainsi qu'une névralgie cervico-brachiale. Nous avons

noté aussi des problèmes plus spécifiquement neurologiques tels que : des troubles de l'équilibre à la marche, des troubles de la sensibilité des membres inférieurs, une neuropathie périphérique. Ces troubles neurologiques spécifiques ont été à l'origine de handicaps rendant difficile la vie en milieu carcéral.

Pour ma part, je vis difficilement - Il m'est impossible de manger normalement (Je ne peux pas tenir une fourchette ou me servir d'un couteau - quant à la vaisselle tout m'échappe des mains - j'ai beaucoup de difficultés pour m'habiller mettre mes chaussures

Les problèmes regroupés sous la rubrique « chirurgie » faisaient référence par 3 fois sur 4 à des hernies inguinales ou abdominales en attente d'intervention. Des douleurs post-opératoires du globe oculaire représentaient le problème chirurgical restant. Les dossiers ont évoqué fréquemment des problèmes digestifs. Ceux-ci concernaient des douleurs abdominale, ano-rectale , des colopathies ou constipation. Une pancréatite biologique ainsi que des rectorragies ont aussi été relevés. La somme de « Général » a regroupé un problème d'amaigrissement, un effet secondaire lié à un médicament, un problème de plaintes somatiques diverses.

8.6.7 Les demandes des courriers

Les courriers que nous avons lu étaient de nature diverse.

Il y avait un certain nombre de courriers provenant de l'IGAS pour le médecin inspecteur. Nous en avons dénombré 14 dans les dossiers consultés. Attaché au courrier se trouvait une copie d'une demande ou requête faite par le détenu ou toute autre personne ou association intervenant en sa faveur. La lettre de l'IGAS demandait dans la plupart des cas de procéder à une enquête destinée à vérifier que la ou le détenu bénéficiait d'une prise en charge médicale adaptée à son état de santé. Si telle n'était pas le cas, elle demandait de rechercher, en liaison avec les autorités médicales ou pénitentiaires compétentes, les solutions propres à assurer cette prise en charge. Elle suggérait par ailleurs au médecin inspecteur de rencontrer la personne intéressée. La lettre se terminait en priant le médecin inspecteur de rendre compte des résultats de ses démarches « dans un délai aussi rapproché que possible » sous pli confidentiel. Il était fait référence à l'article D.348-1 du code de procédure pénal.

Les autres lettres émanaient de détenus ou de personnes intervenant en leur faveur. Dans 7 cas une intervention chirurgicale ou un rendez-vous avec un chirurgien étaient réclamés. Nous retranscrivons ci-dessous une des demandes faites à ce sujet.

Je me permets de vous écrire afin de vous demander d'intervenir dans la mesure du possible pour faire accélérer le processus pour obtenir un rendez-vous le plus rapidement possible s'il vous plait pour une opération concernant mon orteil.

Une demande de soins dentaires a été retrouvée trois fois. Des consultations avec des spécialistes (entretien avec le psychiatre, consultation avec le dermatologue, consultation en alcoologie) ou des soins en hôpital sont revenus souvent dans les écrits des prisonniers. Des requêtes concernant des séances de kinésithérapie ont été notées 4 fois. Mais ce sont souvent des personnes souffrant de maladies chroniques ou évoluant au long cours qui étaient à l'origine de sollicitations. Une personne atteinte du SIDA réclamait une alimentation fractionnée avec régime hyper protidique et hyper calorique ainsi qu'une plaque chauffante et un réfrigérateur afin de pouvoir préparer ses repas en cellule. Une autre demandait un extracteur d'oxygène. Dans d'autres cas c'était une aide ou assistance ou une aide par tierce personne qui apparaissait dans la lettre. Une expertise COTOREP était aussi demandée. Enfin certains détenus souhaitaient un transfert en centre de détention ou une remise de peine.

Parfois, certains détenus ont eu des demandes paradoxales.

J'avais espoir en venant à Caen d'être soigné et de guérir même. "c'est raté". Alors j'ai demandé au docteur de me signer un papier comme quoi "je ne suis pas malade".

Ces demandes qui ont été faites par les détenus reflètent l'inertie de la prison dès qu'il s'agit de soigner des problèmes de santé sur le moyen ou sur le long terme. Il est à noter par ailleurs qu'aucune lettre ne faisait référence à la Loi du 4 mars 2002 en sollicitant une suspension de peine pour raison de santé.

9 DISCUSSION

9.1 Le bilan des entretiens et l'analyse des plaintes reçues nous amènent à penser qu'il existe un accès aux soins insuffisant pour les détenus

Les différents intervenants avec lesquels nous nous sommes entretenus ont mis en avant des résistances altérant l'accès aux soins des détenus. Il s'agissait en premier lieu des difficultés accrues pour bénéficier dans des délais normaux du plateau technique de l'hôpital. Il s'agissait aussi d'avoir des soins dentaires de qualité dans des délais raisonnables et enfin d'obtenir des soins à toute heure du jour et de la nuit. Ces remarques ont été confirmées par les requêtes des détenus transmises à la DDASS. Ces dernières ont en effet fréquemment

fait référence à un retard de prise en charge concernant des pathologies diverses qui avaient trait en premier lieu aux difficultés d'obtenir des rendez-vous auprès de chirurgiens ou alors d'avoir des soins bucco-dentaires.

Si on se réfère à un article écrit en 1999 ayant pour titre « Les plaintes sanitaires sont-elles un indicateur de qualité des soins » [DE VERNEJOU et col.] la typologie des motifs de plaintes a paru être différente. Cet article distinguait en effet trois types de plaintes.

- Les dysfonctionnements comprenaient d'abord la conduite clinique avec erreur de diagnostic ou retard au diagnostic, remise en cause des traitements prescrits. Ensuite venaient les problèmes d'organisation du service sur l'accueil jugé défectueux, les problèmes d'organisation des soins avec la survenue de chutes, des erreurs dans la dispensation de médicaments, de mauvaises programmation d'exams. Dans ces dysfonctionnements sont apparus des problèmes liés à la continuité des soins ainsi que dans la communication du dossier médical. Enfin dans cette rubrique on retrouvait les actes diagnostiques ou thérapeutiques, médicaux ou chirurgicaux qualifiés d'invasifs.
- Les accidents thérapeutiques ont été difficiles à distinguer entre les accidents liés à un dysfonctionnement et ceux correspondant à un événement indésirable grave survenu en dehors de toute erreur, faute ou négligence. Ces accidents correspondirent à des décès, des séquelles ou invalidités, des infections nosocomiales...
- Les mise en cause des responsabilités en particulier des médecins, du personnel paramédical et de l'administration de l'hôpital.

Les auteurs ont signalé que le nombre de plaintes ne pouvait constituer à lui seul un indicateur de la qualité des soins. La pertinence de chaque plainte demandait à être validée par une enquête menée par un professionnel indépendant. Ils sont parvenus à démontrer qu'il existait une association entre les dysfonctionnements signalés par le plaignant et les constatations du MISP lors de son enquête. Cette association apparaissait très forte lorsque ces dysfonctionnements concernaient l'organisation du service. Par contre elle demeurait moins forte quand il s'agissait d'erreurs de conduite liées à des pratiques médicales complexes. L'article considérait néanmoins que les plaintes avaient une bonne spécificité sur la qualité des soins.

Il y est aussi noté que les DDASS ne recevaient pas toutes les plaintes. Il se trouvait en effet que les hôpitaux ainsi que les organismes d'assurance en concentraient une grande partie. On s'est aperçu que les plaintes ont emprunté des trajets détournés avant d'arriver aux DDASS. Le fait que les DDASS ne recueillaient pas l'ensemble des plaintes de façon exhaustive ont altéré la sensibilité du recueil des plaintes en tant qu'indicateur de qualité des soins.

Il est à noter que ces plaintes mettaient en cause des établissements de santé publics ou privés, la médecine libérale ainsi que des établissements médico-sociaux.

L'étude que nous avons réalisée à partir des plaintes des détenus parvenues à la DDASS du Calvados a montré qu'il existait une différence au niveau de la typologie de ces plaintes. En effet les dysfonctionnements qui ont été mis en évidence concernaient surtout des retards de prise en charge. Par ailleurs les accidents thérapeutiques sont apparus peu nombreux en prison. Nous avons relevé un effet secondaire lié à un médicament. Ceci est sans doute dû au fait que les UCSA sont des centres de soins primaires et les soins prodigués ne font pas appel à une haute technicité. Cependant, si l'article en référence laisse entendre que l'analyse des plaintes instruites peut constituer un indice de qualité des soins, on peut de la même façon envisager que les plaintes concernant les soins délivrés en prison dénotent une prise en charge défectueuse. En outre, si beaucoup de requêtes faites par les prisonniers concernaient les retards à la prise en charge, on est en droit de dire que l'accès aux soins offert aux prisonniers est difficile. Dans la mesure où, dans l'article en référence, le retard de prise en charge n'apparaissait pas dans la typologie des plaintes recensées on peut supposer que l'accès aux soins des usagers de la population générale était correct. Enfin, les entretiens que nous avons eus avec différents intervenants ont corroboré le fait qu'il existait des dysfonctionnements dans l'accès aux soins des prisonniers.

Tous ces arguments nous amènent à penser que l'accès aux soins des prisonniers n'est pas aussi facile que pour les personnes appartenant à la population générale.

Il reste à proposer les raisons qui pourraient expliquer cet état de fait.

9.2 Pourquoi cet accès aux soins des prisonniers est-il insuffisant ?

9.2.1 Les services de soins sont-ils en cause ?

On peut remarquer tout d'abord que les détenus n'ont pas le libre choix du praticien pourtant rappelé dans le code de déontologie et le code de sécurité sociale (art . 6 du code de déontologie, art. L162-2 du code de sécurité social , art L1111-1 du code de santé public). Le code de procédure pénal avalise cet état de fait dans l'article D365 en disposant que les détenus ne pourront avoir le libre choix de leur médecin qu'en cas de décision en ce sens du directeur régional des services pénitentiaires. Le médecin dispose dès lors d'un plus grand pouvoir qu'à l'extérieur mais en même temps est soumis à une plus grande responsabilité. Il n'a pas le droit de se tromper. Un des médecins interrogé disait d'ailleurs :

mais c'est vrai que dehors on a tout un tas de gardes-barrières, de garde-fous qui font que si on a un doute on va prendre l'avis du spécialiste, que si le malade n'est pas content, il va de lui-même aller voir un autre, il y a tout une espèce de circuits possibles qui font que ... Ici, si je dis qu'un gars il a pas besoin d'une radio, eh bien il n'aura pas sa radio je veux dire. Faut pas que je me trompe.

Les services de soins mettent en avant un manque de moyens. Néanmoins l'embauche d'un deuxième chirurgien dentiste à temps partiel semble avoir soulagé une partie des problèmes. Un certain nombre de spécialistes se déplacent dans les établissements pénitentiaires. Un spécialiste des maladies infectieuses se déplace à la demande. Un intervenant du CISIH passe une fois par semaine ainsi qu'une personne venant du C.C.A.A. Le dermatologue, l'ophtalmologiste interviennent assez régulièrement. Les spécialistes d'ORL, de chirurgie viscérale et générale, de gastro-entérologie, de réadaptation fonctionnelle viennent à la demande. De leur côté les infirmières se plaignent de passer une grande partie de leur temps à distribuer les médicaments ce qui nuit à leur disponibilité auprès des éventuels demandeurs de soins et ce qui diminue le temps qu'elle peuvent consacrer à la prévention et à l'éducation pour la santé. La distribution des médicaments en cellule représente en effet 74% de l'activité infirmière (Rapport d'activité de la maison d'arrêt 2002). Les médecins généralistes ainsi que le médecin psychiatre ont fait état dans leurs entretiens qu'ils étaient limités par le temps pour mener à bien leurs consultations. Cependant cet état de fait était lié plus à des contraintes provenant de l'administration pénitentiaire qu'à une carence de moyens des services de santé. Par ailleurs le médecin responsable des UCSA mettait en cause l'exiguïté des locaux. Cependant le directeur financier au CHU a souligné que la loi du 18 janvier 1994 a permis aux services de soins de bénéficier de fonds publics conséquents ayant permis une rénovation des locaux. Ceci a pu attiser l'envie des services pénitentiaires. Les surveillants n'ont peut être pas compris qu'on favorise autant la prise en charge sanitaire alors qu'il existait peut être d'autres priorités dans le système carcéral en particulier les conditions de travail des surveillants.

Ainsi donc, si il existe une insuffisance de moyens, elle est due en partie à un défaut de services de l'état en charge de la santé mais aussi en partie à un défaut des services de l'administration pénitentiaire.

Néanmoins l'insuffisance de moyens n'explique pas tout et il a pu être reproché aux soignants un certain fatalisme face à cette situation. Une forme d'autocensure a semblé être à l'œuvre dans un certain nombre de cas. « Les soignants finalement acceptent quelque part cet état de fait ou n'acceptent pas de se rebeller contre cet état de fait ». Dans certains cas

c'est le manque de bienveillance, eu égard au statut de prisonnier, qui aurait pu être à l'origine d'un retard à l'accès aux soins. Au bout du compte on peut dire que les services de soins en prison se trouvent « entre le marteau et l'enclume » comme il l'a été souligné dans un rapport d'Amnesty International. Paul Ricœur dans la préface du livre évoque une « gamme continue de compromissions ». Il ajoute que « tout commence, en effet, sur ce plan là, dès l'instant où cette pratique se réduit à une technique, certes scientifiquement instruite, mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne ». Il écrit que l'exercice de la médecine en milieu carcéral est une pratique à risques comme le sont les internements administratifs dans les hôpitaux psychiatriques ou l'expertise médico-légale ou médico-sociale dès lors qu'elle est coupée de tout projet thérapeutique. Ces risques sont en quelque sorte induits par les « structures sociales, juridiques et politiques où la violence revêt des formes que l'on peut dire institutionnalisées ».

9.2.2 Les services de soins subissent-ils des pressions de la part des autres institutions ?

Comme nous l'ont fait remarquer certains soignants, la délivrance de soins en prison subit des contraintes. D'une part la rencontre entre le médecin et le malade passe par l'intermédiaire des surveillants. L'administration pénitentiaire reste le tiers dont il faut se préoccuper dans la relation médecin malade. Un des psychiatres du SMPR faisait la remarque suivante à propos de la relation médecin malade en prison :

Et donc bien sur c'est une relation duelle, il y a beaucoup de tiers social dans la relation. On ne peut pas s'en abstraire complètement : c'est les permissions, c'est les conditionnelles, ... c'est toutes les phases d'instruction, c'est tout ce qu'on pourrait appeler « le temps judiciaire », « le temps carcéral » qui vient s'immiscer, parasiter la relation en permanence. Quelquefois ça bloque, quelquefois on fait avec, on s'accommode, quelquefois même il faut le dire aussi on peut s'en servir comme d'un levier.

Il soulignait ainsi la pression de l'institution judiciaire dans la prescription des médicaments « anti hormones » pour les délinquants sexuels.

Il peut arriver que des surveillants puissent manquer de souplesse quand il s'agit d'accéder à certaines demandes de consultation venant des détenus. Dans quelques cas c'est l'administration pénitentiaire qui décide à la place du détenu de demander un certificat de coups et blessures ou qui impose la visite du détenu quand il se trouve dans un quartier

disciplinaire. D'autre part les médecins doivent souvent se plier aux horaires imposés par l'administration pénitentiaire. Enfin le manque d'effectifs des surveillants peut être à l'origine d'une forme de pression dans la mesure où le soignant se retiendra de prescrire certains soins. C'est le cas des douches médicales. Les détenus à la maison d'arrêt n'ont droit qu'à deux douches par semaine. Beaucoup de détenus réclament des douches supplémentaires qu'ils ne peuvent obtenir que sur prescription du médecin. Il est arrivé que ce dernier prescrive une douche médicale à un détenu et que cela entraîne chez un surveillant quelques réactions de mauvaise humeur pouvant accroître les tensions entre institutions.

il y a un surveillant qui ne me dit plus bonjour parce que d'après lui il estime que je donne trop de douches médicales.

Par ailleurs les soignants doivent se plier à un contingentement des hospitalisations. D'une part les rendez-vous prévus peuvent être annulés à tout moment lorsqu'une urgence survient. D'autre part les soignants sont obligés de gérer les hospitalisations en «flux tendu» en faisant passer la sécurité des malades derrière les exigences de l'institution pénitentiaire. Ce contingentement est d'autant plus surprenant qu'il semblerait que certains détenus insuffisants rénaux nécessitant des dialyses trois fois par semaine, soient dirigés vers le centre pénitentiaire de Caen du fait de la proximité d'un CHU. Des solutions sont en cours d'élaboration pour résoudre ce problème ou ont été mises en œuvre pour quelques détenus du centre pénitentiaire. En effet, il est possible au niveau du centre pénitentiaire d'adapter les peines ou d'atténuer le régime de peine en accord avec le directeur ou le juge d'application des peines. Certains détenus sont autorisés à se rendre à l'hôpital sans escorte ou peuvent bénéficier de permissions. Par ailleurs l'hôpital est en train d'élaborer un projet pour accueillir les détenus dans une unité sécurisée de quatre à cinq lits en aménageant des circuits distincts de la population tout venant. Ce système aurait pour avantage de diminuer le nombre de policiers nécessaires pour la garde. Enfin, en cas de conflit le médecin inspecteur de santé publique reste un recours dans la mesure où il peut intervenir en tant que médiateur auprès du directeur de cabinet du préfet pour débloquer une situation difficile.

9.2.3 Un certain cloisonnement semble exister entre les différentes institutions travaillant en prison

Ce cloisonnement entre les institutions présentes dans la prison peut d'abord être lié à des différences de culture. La façon de réagir des surveillants et des infirmiers psychiatriques face à une crise de violence n'est pas la même. Par exemple les surveillants furent stupéfaits de voir qu'un détenu placé en cellule d'isolement s'acharna violemment contre tout le matériel qui l'entourait dans une crise clastique après qu'on l'ait privé de tabac.

Les infirmiers de leur côté, ne furent pas surpris par ce déchaînement de violence dans la mesure où le patient était suivi pour psychopathie et qu'ils savaient qu'il ne supporterait pas ce type de frustration.

Afin de conserver son autonomie, l'institution hospitalière a été tentée d'installer un certain cloisonnement vis à vis de l'institution pénitentiaire. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne le secret médical. Ce secret médical s'oppose parfois aux exigences de sécurité de l'administration pénitentiaire. C'est le cas quand les détenus sont examinés dans leurs chambre d'hospitalisation en présence de policiers ou quand les surveillants accompagnent le détenu à l'hôpital pour une consultation spécialisée. On peut noter d'ailleurs que la charte du malade hospitalisé ne s'applique pas au détenu hospitalisé. Son intimité ainsi que sa tranquillité ne sont pas respectées. C'est aussi le cas quand l'administration pénitentiaire demande à avoir le double d'un certificat de coups et blessures. Lors des consultations à l'hôpital les soignants prennent un certain nombre de précautions en remettant au patient son dossier sous pli cacheté et en faisant en sorte qu'il ne soit pas informé de la prochaine consultation mais cette fois-ci pour des raisons de sécurité.

Cependant cette volonté des services de soins de garder une certaine autonomie n'est pas appréciée par les surveillants en particulier ceux qui travaillent en interface avec l'UCSA. En effet l'un des surveillants qui travaillait à la maison d'arrêt ne comprenait pas ce cloisonnement décidé par la hiérarchie des services de soins. « On ne sympathise pas, on ne se mélange pas, on cloisonne ». Il trouvait qu'à propos du secret médical il y avait beaucoup d'exagérations. Il disait :

Ici, la prison est un endroit particulier. Nous, on sait bien souvent avant l'infirmière ce qu'a le détenu. Le secret médical, je le vois uniquement sur le traitement qu'il a ... enfin les choses intimes. Ça, je le conçois parfaitement. Mais le fait de cacher la maladie etc. alors que tout le monde sait... Le surveillant est forcément au courant de tout. Il parle avec le détenu. Le détenu se confie à lui. Je le dis très souvent, le surveillant est à la fois un psychologue, un assistant social, tout à la fois. Le premier Interlocuteur du détenu, c'est le surveillant.

Il regrettait l'absence de concertations avec les services de soins. Il aurait aimé par exemple connaître les raisons d'une prescription d'une douche médicale. Il a reproché aussi au services de soins leur obstination à vouloir garder le secret médical et la rétention d'information que cela entraînait dans certains cas particuliers. Il s'agissait de plaies contractées en maîtrisant un détenu violent. Le surveillant avait demandé aux soignants si le détenu était porteur de maladies transmissibles. Ceux-ci auraient refusé de lui répondre. Il

aurait alors été obligé de passer par son médecin traitant. Il demandait si il n'était pas possible de transgresser ce secret médical. « Je ne dis pas qu'il faut tout divulguer. Mais il y a certaines choses qu'on doit dire ».

Cependant, l'article 4 du Code de Déontologie médicale, révisé en 1995, insiste sur le caractère obligatoire du secret médical pour les médecins. L'ordre national des médecins a donné un avis sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu carcéral. Cet avis prévoyait que « le médecin ne saurait être subordonné ni à l'administration pénitentiaire, ni à l'autorité judiciaire ». Il signalait que « les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements ». Par ailleurs le Code pénal a clairement étendu la notion de secret médical à celle de secret professionnel. Dès lors la responsabilité du surveillant d'infirmerie se trouve engagée dans l'exercice de sa fonction d'assistance aux infirmières et aux médecins. Paul Ricoeur a écrit : « Ainsi la violation du secret médical fait-elle partie des règles du jeu carcéral, mais, en sens inverse, le même secret peut devenir le silence qui couvre des violations indubitables des droits des détenus ». On voit que les conditions d'application du secret médical en milieu carcéral ne sont pas les mêmes que celles du milieu extérieur. Ceci est dû à des facteurs propres à l'exercice de la médecine en milieu carcéral et en particulier la prégnance des tiers institutionnels juridique ou pénitentiaire dans le « colloque singulier ». L'accès aux soins des prisonniers s'en trouve déprécié.

Nonobstant, pour vaincre ces cloisonnements ou ces résistances entre les professionnels issus des différentes institutions, quelques-uns demandent à ce que soient formalisées des relations transversales entre institutions à l'intérieur de la prison mais aussi avec les organismes situés à l'extérieur de la prison comme le CSST. C'est le cas des psychiatres qui nomment ces relations sous le terme de travail institutionnel et dont ils trouvent qu'il n'est pas assez important. Ils préconisent de mettre en place des réunions avec les différents acteurs de soin en prison. C'est ainsi qu'une réunion à laquelle participent les personnels de l'UCSA du SMPR et de l'administration pénitentiaire a lieu toutes les semaines à la maison d'arrêt afin d'évaluer le risque suicidaire des détenus. Les infirmiers de l'UCSA et du SMPR ont l'habitude de se rencontrer assez souvent. Le CSST organise la prise en charge de certains patients sujets aux addictions en réunissant les différents acteurs concernés. Les différents services SPIP, PJJ, enseignants travaillent ensemble tous les mois sur les mineurs. Enfin le SMPR est centre de ressources vis des médecins généralistes de l'extérieur qui à prendre en charge des délinquants sexuels après leur sortie.

Par contre, les médecins généralistes qui travaillent à l'UCSA qui sont aussi des médecins libéraux, ont pu garder une certaine réticence vis à vis de cette forme de travail collective à cause de la persistance chez eux d'une culture individualiste encore vivace en médecine de ville. Cependant cet état d'esprit est en passe de changer puisqu'il nous a été rapporté par l'un d'entre que le travail en équipe en milieu carcéral était pour lui plutôt enrichissant. La collaboration avec les infirmières et les secrétaires prenant la forme de discussions impromptues après les consultations était intéressante. Il semblait plutôt favorable à ce que certaines décisions soient prises de façon collégiale comme par exemple la prescription de traitements de substitution pour les personnes dépendantes. Il appréciait le fait qu'un staff puisse se réunir tous les vendredis pour les UCSA.

9.3 Quels rôles pour le médecin inspecteur de santé publique

Les rôles dévolus au médecin inspecteur de santé publique pour ce qui concerne la santé des détenus reprennent les fonctions classiques du MISP. C'est à dire la veille sanitaire, l'inspection et la planification. Certaines contradictions peuvent apparaître de façon plus aiguë dans l'exercice du métier en milieu carcéral. En effet les missions d'inspection et de planification peuvent se révéler plus difficiles à mettre en œuvre si elles sont engagées par la même personne.

9.3.1 La veille sanitaire en milieu carcéral

Dans le peu d'expérience que nous avons du métier de médecin inspecteur de santé publique, nous avons constaté qu'il était difficile d'obtenir des données de morbidité provenant des détenus. Le PMSI ne s'applique pas aux UCSA. Ceci s'explique par le fait que les services des UCSA pratiquent la médecine de premiers soins et rend la CIM10 peu opérationnelle. Les effectifs des différentes prisons de la région sont disponibles au niveau de l'échelon régional de l'administration pénitentiaire. Il est possible d'obtenir assez facilement les entrées et les sorties par trimestre pour chacun des établissements pénitentiaires pour le nombre de places prévues. Les UCSA des prisons de Caen ont installé un nouveau logiciel, cependant son exploitation reste expérimentale. Les résultats des questionnaires d'entrée remplis par les infirmières sont des documents particulièrement quand on consulte le dossier d'un détenu. Une exploitation statistique ne semble réalisé que dans les rapports d'activité des UCSA. Ces derniers documents constituent une source de données non négligeable. Nous avons parlé des grilles MINI-GRADE permettant de repérer les personnes susceptibles de souffrir d'addiction. Celles-ci n'ont pas encore été mises en place dans les UCSA de Caen.

Le suivi des suicides en prison, ne fait l'objet d'aucune surveillance particulière au niveau de nos services déconcentrés. Cette surveillance s'opère au niveau central. L'Observatoire International des Prisons reste très attentif à la survenue des suicides dans les prisons françaises. Elle en tient d'ailleurs une comptabilité précise. Cette organisation alerte l'opinion régulièrement sur l'état sanitaire établissements carcéraux en France. Le dernier article paru dans le Monde du 28/10/2003 avait pour titre : « le taux de suicide dans les prisons françaises est l'un des plus élevés d'Europe ». L'article s'appuyant sur des données de l'OIP signalait que non seulement les suicides étaient 7 fois plus nombreux qu'à l'extérieur, mais en plus ils avaient tendance à augmenter. De 39 suicides en 1980 on est passé à 122 en 2002. La dernière circulaire sur la prévention des suicides NORJUSE0240075C/Santé-DGS2002/258 appelle à un renforcement du dispositif de prévention du suicide construit jusqu'ici en développant des actions de formation ciblées, en repérant les personnes à risque etc. Pourtant cette circulaire ne semble pas insister sur l'effet néfaste des cellules disciplinaires [OIP, 2003].

Une étude épidémiologique commandée par le ministère de la santé est en cours de réalisation au niveau national. Elle concerne la santé mentale des personnes détenues en France et s'étendra de 2003 à 2005. Cette enquête vise à connaître la prévalence des troubles psychiatriques, les facteurs de décompensation, le retentissement de l'incarcération sur la santé mentale des détenus.

Au niveau des services déconcentrés, il semblerait intéressant d'avoir des informations mensuelles sur la morbidité des détenus en relevant les motifs de consultation au niveau des UCSA ainsi que les diagnostics réalisés et enfin les procédures suivies pour chacun de ces épisodes morbides. Une comptabilité des files d'attente des consultations spécialisées et des hospitalisations programmées pourrait être particulièrement utile pour juger d'un accès aux soins optimal des personnes détenues.

9.3.2 Réception des plaintes, contrôles, inspections

La réception des plaintes au niveau des DDASS constitue un moyen d'évaluer la qualité des systèmes de soins en place dans les prisons dans la mesure où chacune de ces plaintes fait l'objet d'une instruction par le médecin inspecteur de la DDASS. Comme il a été noté plus les DDASS ne sont pas les seuls destinataires des plaintes ou requêtes. L'IGAS en reçoit un certain nombre mais en général les retransmet aux services déconcentrés. Par contre, les services hospitaliers en reçoivent aussi quelques unes. Ce problème entraîne des difficultés pour rendre cet indicateur exhaustif.

La gestion des plaintes gagnerait peut être à être informatisée et centralisée au niveau de la région. Il s'agirait dans un premier temps de tenir une comptabilité des plaintes de leur évolution dans le temps et de leur répartition selon les établissements pénitentiaires. L'organisation de la procédure d'enregistrement des plaintes demanderait à être formalisée afin de faire en sorte de récolter toutes les plaintes qui auraient pu arriver au services déconcentrés de l'Etat. Ceci ne pourrait se faire sans une collaboration étroite des DDASS et des DRASS. Il aurait aussi été intéressant de déterminer les modalités de recueil d'éventuelles plaintes au niveau des hôpitaux. Chaque plainte faisant l'objet d'un enregistrement devrait noter les références du plaignant, l'origine de la plainte etc. Une typologie standardisée sur le plan national permettrait de reconnaître la nature de la plainte : grief, demande etc. Ce système devrait permettre le suivi de la plainte en notant les résultats de l'intervention du MISP et des différentes actions engagées pour répondre à la requête. Enfin les résultats obtenus et l'issue de la requête devraient pouvoir y figurer. La constitution d'un fichier contenant des données nominatives devrait être soumise à une autorisation préalable de la CNIL. S'agissant de données sensibles la conception du fichier Informatique devrait obéir à des contraintes de confidentialité et de sécurité. Cependant différentes personnes devraient pouvoir accéder à ce même fichier. La copie digitale dans chaque enregistrement des différents courriers pourrait aussi être envisagée.

Le contrôle de l'application des politiques de santé et de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire pourra s'intégrer dans la mission régionale d'inspection et de contrôle des établissements.

9.3.3 Planification, médiation, impulsion de la politique de santé

C'est l'ARH qui est en charge de programmer l'offre de soins. Celle-ci doit veiller à ce que les établissements de santé offrent bien toute la gamme des prestations de soins disponible au niveau des hôpitaux publics à destination des personnes détenues. Elle doit garantir une accessibilité et une qualité des soins comparables à celles offertes à la population générale.

Par ailleurs le médecin inspecteur de la santé doit être attentif au projet d'établissement de l'hôpital de rattachement de l'UCSA. Il devrait s'enquérir sur le fait de savoir si ce projet prend en compte les besoins de santé de la population détenue que l'hôpital a en charge.

Il a été préconisé dans une circulaire que soit nommé un coordonnateur des actions de santé et de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire auprès de l'ARH dans chaque

direction régionale des services pénitentiaires. Ce coordonateur devait avoir le profil de médecin de santé publique. Un médecin inspecteur de santé publique ou un praticien hospitalier ou un contractuel devaient pouvoir remplir ses fonctions.

Dans cette même circulaire il a été proposé que soit constitué un centre de ressources fédérant les acteurs de santé intervenant auprès des personnes détenues dans chaque région. Ce centre avait pour vocation de réunir tous les professionnels de santé intervenant auprès des personnes détenues. Il devait avoir pour mission de « développer la recherche clinique, de diffuser les pratiques et leur évaluation, de favoriser la mutualisation des compétences ». Il était en outre dans ses attributions de mener une réflexion sur les conditions éthiques de la pratique des soins psychiatriques auprès des personnes détenues.

Dans le texte il a aussi été fait référence à la formation d'une instance de coordination entre les équipes hospitalières intervenant en milieu pénitentiaire et les services pénitentiaires. Cette instance avait pour but d'élaborer des procédures de coordination et d'information réciproques entre les deux institutions hospitalière et pénitentiaire. Elle devait se préoccuper de la santé physique et psychique des détenus, de garantir leur accès aux soins, la continuité des soins en particulier en cas d'urgence mais aussi après la sortie des détenus.

Nous n'avons pas pu avoir les références précises de cette circulaire. Elle semble dater d'avril 2002. Les mesures préconisées s'inscrivaient dans la mise en chantier de la loi d'orientation sur la peine et le service public pénitentiaire. Elle a paru tenir compte des insuffisances et lacunes de la loi de 1994 en recommandant la mise en place de structures de coordination et de coopération visant à un décloisonnement du système de soins en milieu carcéral. C'est un peu ce à quoi notre travail nous a amené. Les possibilités de travail en commun des différentes institutions sont susceptibles d'améliorer l'accès aux soins des détenus. Le travail du MISP néanmoins n'apparaît pas des plus facile puisqu'il se trouve à l'interface de ces institutions aux objectifs parfois contradictoires. On peut néanmoins citer en exemple les Unités Pour Sortants qui illustrent le travail de coordination qui peut être mis en œuvre pour le suivi de personnes toxicomanes.

10 CONCLUSION

La santé des détenus a été confiée au service public hospitalier lors de la promulgation de la loi du 18 janvier 1994. La circulaire du 8 décembre 1994 a réaffirmé les principes qui touchent à la qualité du service devant être rendu. Ainsi, les soins prodigués aux détenus nécessitent leur réel consentement et doivent être d'une qualité équivalente à

ceux prodigués à la population générale. L'introduction de l'hôpital dans les prisons a permis au personnel soignant de devenir un interlocuteur privilégié ayant une indépendance accrue. Ça a permis d'amener à l'intérieur des prisons toute la logistique hospitalière et tous les standards de qualité associés. La stérilisation, la dispensation des médicaments, l'hygiène des locaux ont été concernés. Cependant, la pratique médicale hospitalière a été bâtie sur une conception purement curative ou biotechnologique. Or les missions qui lui ont été confiées lors de la réforme de l'organisation des soins intéressaient des tâches moins prestigieuses que celles habituellement dévolues à l'hôpital. Il s'agissait d'une part de pratiquer une médecine omnipraticienne et d'autre part de mettre en place des structures à visée préventive. Ces missions faisaient plus référence à un modèle de type santé communautaire ou modèle bio psychosocial. Cela demandait à l'hôpital de travailler en réseau avec des institutions différentes.

Les personnes emprisonnées ont un statut socio-économique assez bas et présentent des besoins qui sont supérieurs à ceux de la population générale à âge égal donnant lieu à des demandes plus importantes, auxquelles s'ajoutent des demandes provenant d'institutions tierces comme la justice avec les injonctions de soins. Les services de soins se sont organisés peu à peu pour faire face à cette demande. Néanmoins nous nous sommes rendu compte lors de ce travail que les détenus malades n'avaient pas un accès aux soins équivalent à celui auquel avait droit la population générale.

En effet, les entretiens que nous avons eus avec différentes personnes impliquées dans l'offre de soins aux détenus dans les prisons de Caen et l'étude des plaintes et requêtes provenant des détenus arrivant à la DDASS du Calvados, ont permis de faire ressortir cet état de fait. Plusieurs points noirs ayant trait à l'accès aux soins méritent d'être signalés. Il s'agit :

- Des soins dentaires
- De la permanence des soins
- Des consultations spécialisées et les hospitalisations

Par ailleurs, nous avons noté que certains détenus demandaient un suivi multidisciplinaire sur le plan médical. Il s'agissait de personnes sous traitement de substitution. Par ailleurs nous nous sommes rendus compte que la prison ne donnait pas aux malades atteints de troubles psychiatriques graves les meilleures chances pour guérir ou améliorer leur état de santé. La prison demeure un endroit clos voire un lieu d'exclusion. Si les relations entre les différentes institutions intervenant en prison existent, elles sont empreintes d'une certaine rigidité. Un certain cloisonnement persiste entre les institutions voire même à l'intérieur même des institutions.

On sait que la plupart des personnes emprisonnées qu'elles soient condamnées ou prévenues sont appelées à sortir. La société se doit de leur garantir un accès aux soins décent afin qu'ils puissent réintégrer la société en bonne santé. Dès lors la prison devrait cesser d'être un lieu d'exclusion mais bien un lieu d'inclusion en établissant des relations avec les structures extérieures. Cela suppose que la peine de prison ne soit plus d'un recours aussi systématique. Il est possible dès aujourd'hui de faire appel au système de la probation, au travail d'intérêt général, à la libération conditionnelle afin de désengorger les établissements pénitenciers.

Pour conclure nous rapportons ce qu'écrit S. RAMEIX dans son ouvrage [RAMEIX S., 1996 p.81] sur le thème de l'obligation de soigner tout patient. Elle fait référence à la philosophie d'Emmanuel LEVINAS qui thématise deux obligations morales à l'égard de la profession médicale : l'obligation de soigner tout patient d'une part et l'obligation au secret médical d'autre part. La profession médicale est obligée « de soigner, avec tous les moyens dont elle dispose, tout homme, quel qu'il soit, même celui coupable du crime le plus odieux, même le terroriste, même le tortionnaire. Dans le colloque singulier, le patient est l'Autre, il est un absolu qui prime sur toute autre considération. La rencontre du visage et du regard de l'homme malade impose l'obligation de faire tout pour lui, indépendamment du « personnage » qu'il est. Il importe de s'abstenir de toute position personnelle, de tout jugement à partir de soi-même, et de se laisser « prendre » par l'autre, même si ce décentrement de soi-même sur un malade n'est pas psychologiquement facile ».

Bibliographie

Articles et périodiques

- ANONYME, Santé et prisons en France, Rev. Prescrire, , 1998, volume : 18 (186), pages : 535-539
- ANONYME, Soins de santé aux détenus, Rev. Prescrire, , 2001, volume : 21 (220), pages : 626-627
- BARATTA N., Soins médicaux et détention : des progrès à faire, Décision Santé, , 1999, volume : 142, pages : 13-16
- BONNEVIE Marie-Cécile, DUPONT Martine, MOUQUET Marie-Claude, La santé en prison : un cumul de facteurs de risque, Etudes et Résultats - direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique, Janvier, 1999, volume : , pages :
- DE VERNEJOU N., GOTTOT S., FREUND R., QUIDU F., BIGORIE A., Les plaintes sanitaires sont-elles un indicateur de qualité de soins ?, Santé Publique, , 1999, volume : 12, n°3, pages : 253-269
- DELMOTTE H., Les difficultés d'accès aux soins en prison, Le Journal du SIDA, Décembre, 1998, volume : 111, pages : 27-29
- DURAND E., BILLAUD P., OBRECHT O., L'accès aux soins en milieu carcéral, un hiatus entre les textes et la pratique, Médecine et droit : Information éthique et juridique du praticien, Avril-Mai, 1999, volume : 35, pages : 22-25
- LECHIEN M.-H., L'impensé d'une réforme pénitentiaire, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, , , volume : 136-137, pages : 15-26
- LIGUE DES DROITS DE L'HOMME, A quoi sert la prison ?, Les Dossiers d'Hommes et Libertés, Sept/Nov 2000
- OBRECHT O., Des progrès pour la santé en prison, Projet, Mars, 2002, volume : 269, pages : 110-117
- ROSTAING G., Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire, La Lettre - Espace Ethique, , 2002, volume : 15-18, pages : 97-99

Ouvrages et monographies

- ABEL O., Paul Ricoeur, La promesse et la règle, Le bien commun, Paris, Michalon, 1996, 125 pages.
- APERI, La Prison, économie et société, Paris, Le Cavalier Bleu, 2001, 127 pages.

- BROSSAT A., Pour en finir avec les prisons, Paris, La Fabrique éditions, octobre 2001, 128 pages.
- CHRISTIE N., L'industrie de la punition, Prison et politique pénale en Occident, , Paris, Autrement, 2003, 219 pages.
- CLIGMAN O., GRATIOT L., HANOTEAU JC., Le droit en prison, états de droits, Paris, Dalloz, 2001, 341 pages.
- COMBESSIE P., Sociologie de la prison, Repères, Paris, La Découverte, 2001, 121 pages.
- FOUCAULT M., Surveiller et punir Naissance de la prison, , , Gallimard, 1975, 343 pages.
- GUIBOURGE F., PALICOT A.-M., BRIXI O., CHOUKROUN O., Promotion de la santé et milieu pénitentiaire, La santé en action, Paris, CFES, 1997, 171 pages.
- GUILLARME B., Penser la peine, Questions d'éthique, Paris, Presses Universitaires de France, 2003, 187 pages.
- INSERM, Les inégalités sociales de santé, Recherches, Paris, La Découverte, 2001, 403 pages.
- LEBAS J., CHAUVIN P., Précarité et Santé, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1998, 299 pages.
- LEMAIRE F., RAMEIX S., DREYFUSS D., Accès aux soins et justice sociale, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1997, 53 pages.
- MILLY B., Soigner en prison, Sociologie, Paris, Presses Universitaires de France, 2001, 250 pages.
- OBRECHT O., Précarité et prison dans : LEBAS J., CHAUVIN P. Précarité et Santé, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1998, 299 pages.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, Prisons : un état des lieux, , Paris, L'esprit frappeur, 2000, 315 pages.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, Nouveau guide du prisonnier, , Paris, Editions de l'atelier/ Editions ouvrières, 2000, pages.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, Les conditions de détention en France, Rapport 2003, Paris, La Découverte, 2003, 231 pages.
- PLICHART P., GOLSE A. Psychiatrie en prison, une clinique aux limites, Dans : Revue Française des Affaires Sociales, 1997/01, n° 1, 161-175.
- RAMEIX S., L'idée de Justice dans : LEMAIRE F., RAMEIX S., DREYFUSS D. Accès aux soins et justice sociale, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1997, 53 pages.
- RAMEIX S., Fondements philosophiques de l'éthique médicale, Sciences humaines en médecine, Paris, Ellipses, 1996, 159 pages.

- RICOEUR P., Préface de Médecins tortionnaires, médecins résistants, Documents, Paris, La Découverte, 1990, 179 pages.
- VEIL C., LHUILIER D., La prison en changement, Trajets, Paris, Edition Eres, 2000, 240 pages.
- WACQUANT L., Les prisons de la misère, , Paris, Raisons d'agir, 1999, 189 pages.

Rapports

- BONNET-GALZY Marie-Caroline, LALANDE Françoise, FELTZ François, Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale des Affaires Judiciaires, Rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes, Paris, 1995.
- FATOME M., VERNEREY M., LALANDE F., FROMENT, VALDES-BOULOUQUE, Inspection Générale des Affaires Sociales; Inspection Générale des Services Judiciaires, L'Organisation des Soins aux Détenus - Rapport d'Evaluation, Paris, Juin 2001.
- GENTILINI marc, TCHERIATCHOUKINE Jean, Ministère de la justice, Secrétariat d'état à la santé et à la sécurité sociale, Rapport au garde des Sceaux et au Secrétaire d'Etat à la santé intitulé : "Infections à VIH, Hépatites, Toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994", Paris, 1996.
- HYEST Jean-Jacques (Président), CABANEL guy-Pierre (Rapporteur), Sénat, "Prisons : Une humiliation pour la république" Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, , juillet 2000, n°449.
- MERMAZ Louis (Président), FLOCH Jacques (Rapporteur), Assemblée Nationale, Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, , juillet 2000, n°2521.
- STANKOFF Sylvie, DHEROT Jean, Direction générale de la Santé, Direction Générale de l'administration Pénitentiaire, Rapport de la mission Santé-Justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Paris, 2000.

Thèses et mémoires

- FREMONT-JOSSE C. Les ratés de la CMU ou les faiblesses d'une loi généreuse, MST Intervention Sociale et Développement, Université de Caen, 2002, 116 p.
- CARDON O. Les directeurs réformateurs : écrits et pratiques, Mémoire, Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, 2002, 83 p.

- AUTISSIER A., PEYSSONNEL S., Qu'en est-il de l'accès aux soins bucco-dentaires en milieu carcéral ? Cas des maisons d'arrêt de la santé et de Nanterre. Certificat Ethique, Déontologie et Responsabilités Médicales, Université René Descartes (PARIS V), 2001-2002.
- KHODJA D., La relation médecin-malade en milieu pénitentiaire : l'exemple de l'unité D1 des maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis. D.E.A. d'éthique médicale et biologique, Université René Descartes (PARIS V), 1999-2000, 31 p.

Liste des annexes

Description des motifs par ordre alphabétique

Accident de la voie publique	Douleur ano-rectales	Intervention pelvienne pour endométriose	Réduction du traitement
Accident du travail	Douleur aux articulations	Kyste poplité	Réfrigérateur
Addiction alcool	Douleur dentaire	Lenteur de prise en charge	Refus de consultation de la part de l'équipe soignante
Addiction sous SUBUTEX	Douleur hanche droite	Limitation douleur ceinture scapulaire	Régime hyper calorique
Adénocarcinome du colon	Douleur lombaire	Limitation douleur rachis	Régime hyper protidique
Aide assistance	Douleur lombaire droite	Maladie Stumplell Lorrain	Remise de peine
Aide tierce personne	Douleur main	Manque d'hygiène	Retard dans la prise en charge
Alimentation fractionnée	Douleur poitrine	Manque de soins	Rupture du tendon fléchisseur
Amaigrissement	Douleur post-opératoire au niveau du globe oculaire	Mort subite	Rupture méniscale
Analyse de sang	Effet secondaire médicamenteux	Ne supporte pas les conditions de détention	Séances de kinésithérapie
Asthme	Enquête	Ne touche pas ses indemnités journalières	Soins
Automutilation	Entretien avec psychiatre	Neuropathie périphérique	Soins dentaires
Brûlure	Essai	Névralgie cervico-brachiale	Soins en hôpital
Cancer du pancréas	Etat de santé incompatible avec détention en maison d'arrêt	Non décrit	Soins infirmiers
Certificat	Expertise COTOREP	Pancréatite biologique franche	Suivi diabète
Colopathie	Extracteur d'oxygène 12 à 15 heures par jour	Pas satisfait de l'équipe soignante	Symptômes digestifs
Conditions de travail	Glaucome aigu	Pas satisfait du dentiste	Symptômes psychiatriques
Condylomes anaux	Gonalgie droite	Pas satisfait du système judiciaire	Traitement anti-rétroviral
Constipation	Grief de la famille concernant les visites au chu	Pas satisfait du traitement	Traitement sevrage tabac
Consultation alcoologie	Gros testicule	Perte de chance	Traitements cruels, inhumains et dégradants
Consultation dermatologue	Handicap	Phlegmon amygdalien	Transfert en centre de détention
Cordectomie carcinome épidermoïde glottique	Hépatite chronique active	Plaie avant-bras gauche	Traumatisme main droite
Demande aide	Hernie abdominale	Plaintes somatiques diverses	Trouble de la sensibilité des membres inférieurs
Dépression	Hernie inguinale	Plaque chauffante	Troubles de l'équilibre et de la marche
Désarroi	Insuffisance coronarienne	Problème d'approvisionnement en insuline	Troubles du comportement
Désespéré	Insuffisance de l'examen médical	Problème de mastication	Vérifier les conditions d'hygiène et de sécurité
Diabète sous insuline	Insuffisance de soins	Problème dentaire	Vertige
Diabète type 2	Insuffisance respiratoire chronique	Raideur du genou	Zona
Douleur abdominale	Interruption de traitement	Ré-hospitalisation	
	Intervention chirurgicale	Rectorragies	

Description des résultats par ordre alphabétique

Asthénie	Prise en charge effective
Autorisation de visite de la famille au CHU a été donné	Prise en charge normale
Avis endocrinologue	Problème administratif

Avis médecin rééducateur	Proposition allègement de peine
Avis stomatologue	Proposition appareil à aérosol
Avis tabacologue	Proposition d'intervention chirurgicale en urgence
Constat du manque de disponibilité des forces de police pour les transferts en hôpital	Proposition de bilan complémentaire
Constat locaux ne sont pas aux normes	Proposition de changement de poste de travail
Consultation alcoologue	Proposition de glacière
Consultation CSST	Proposition de plaque chauffante dans la cellule
Consultation dentiste	Proposition de prise en charge kiné sur hospitalisation courte
Consultation douleur	Proposition de rééducation par électro-stimulation
Consultation orthopédiste	Proposition de soins dentaires
Demande au coordonnateur des UCSA	Proposition de suivi psychologique
Demande de soins actifs de rééducation	Proposition expertise médicale
Demande de voir le patient	Proposition suspension de peine
Diagnostic dépression	Récusation intervention chirurgicale
Electro-myogramme	Refus de voir un psychologue, ne désire voir qu'un psychiatre
Envisager transfert à Fresnes	Retard à la prise en charge du détenu
Etat de santé incompatible avec détention en maison d'arrêt	Torsade de pointe sous neuroleptiques
Etat de santé médiocre	Transfert en centre de détention
Etat de santé pas alarmant	Transfert en centre de détention
Examens complémentaires	Traumatisme du membre inférieur gauche
Indication traitement antalgique	Va mieux, problème résolu
Indication traitement chirurgicale	Vérifier les règles d'hygiène et de sécurité
Information judiciaire	
Intervention chirurgicale à envisager	
Non décrit	
Objectivation d'un handicap	

Description des moyens mis en œuvre

Aucun

Avis expert

Avis spécialiste

Compte rendu à l'IGAS

Entrevue avec le patient

Inspection sur plainte

Lettre à l'inspection du travail

Lettre au directeur du centre pénitentiaire

Lettre au juge d'application des peines

Lettre au juge d'instruction du TGI

Lettre au médecin coordinateur des UCSA

Lettre au médecin de l'UCSA

Lettre au médecin du travail

Lettre au Médecin Inspecteur

Lettre au médecin traitant

Lettre au psychiatre du SMPR

Mesure administrative

Procédure judiciaire

Rapport d'expertise

Réponse administration

Résultat consultation

Résultat examen spécialisé