



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

PEUT-ON SOIGNER EN PRISON ?

– Groupe n° 15 –

Marc BERTRAND-MAPATAUD, Elève Directeur d'Hôpital
Nicolas CHAROY, Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social
Marie-Christine CHERUEL PICARD, Inspectrice des Affaires Sanitaires et Sociales
Guillaume KLEIN, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
Patrick LECUYER, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
Jean-Michel LIGNEL, Directeur des Soins stagiaire
Stéphanie MESSIN, Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social
Viviane MUTTI, Directrice des Soins stagiaire
François PINEAU, Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social
Simona ROMBEAU, Médecin Inspecteur de Santé Publique stagiaire
Hadrien SCHEIBERT, Elève Directeur d'Hôpital

Animatrice :

Karine BREHAUX

Docteur en Science Politique

S o m m a i r e

INTRODUCTION	1
1 Etre détenu : une « perte de chance » pour l'accès aux soins.....	4
<i>1.1. Le législateur et l'administration ont tenté de garantir une prise en charge efficace des personnes incarcérées</i>	4
1.1.1 Le dispositif législatif et réglementaire jusqu'à la loi de 1994	4
1.1.2 Depuis 1994, les pouvoirs publics ont poursuivi la construction du dispositif	6
<i>1.2. En 2009, l'état de santé des détenus continue pourtant d'être problématique</i>	8
1.2.1. Données nationales	8
1.2.2. L'exemple de la région Centre	9
2 Le constat de terrain met en évidence une prise en charge quotidienne difficile et un pilotage stratégique et territorial complexe.....	9
<i>2.1. Certaines insuffisances du pilotage stratégique et territorial de la prise en charge sanitaire des détenus font obstacle à sa qualité</i>	9
2.1.1 Des options stratégiques des autorités de tutelle parfois contradictoires	9
2.1.2 Des inégalités et des incohérences dans le maillage territorial	11
<i>2.2 Entre les autorités sanitaires et pénitentiaires, les logiques peuvent demeurer divergentes et la coopération insuffisante ou parcellaire</i>	13
2.2.1 La coopération interministérielle.....	13
2.2.2 Au sein des établissements : les différences de logiques des acteurs.....	16
3 Coordonner les acteurs sur un territoire : le défi d'une prise en charge efficace des détenus	18
3.1 De nombreuses initiatives locales prouvent que des coordinations peuvent fonctionner efficacement au bénéfice de la santé du détenu	18
3.2 La prise en compte des nouveaux défis sanitaires	19
3.2.1 Quelles réponses aux questions du vieillissement et de la dépendance dans les lieux de détention ?	19
3.2.2 La prise en charge psychiatrique en prison : l'évolution vers une prison-asile ?...21	21

3.3	Le pilotage de l'organisation des soins aux détenus doit gagner en clarté et susciter des échanges systématiques et formalisés entre administrations pour améliorer son efficacité.....	22
3.3.1	Améliorer le pilotage national et régional du dispositif de soins aux détenus.....	22
3.3.2	Clarifier le rôle des structures existantes autour de l'affirmation de priorités de santé publique	24
3.3.3	Réfléchir à la création de nouvelles structures de coordination.....	26
CONCLUSION.....		27
Bibliographie.....		28
Liste des annexes		I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier toutes les personnes que nous avons contactées, et notamment celles que nous avons rencontrées, pour la qualité de leur accueil, leur disponibilité et l'intérêt qu'elles ont porté à notre étude.

Nos remerciements vont également à notre animatrice, Karine BREHAUX, qui nous a guidé tout au long de ce travail, en laissant au groupe une réelle autonomie, qui a permis la richesse de nos échanges.

Liste des sigles utilisés

AP	Administration Pénitentiaire
APA	Allocation Personnalisée Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ARTAAS	Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles
CD	Centre de détention
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
COTER	Comité Technique Régional
CROS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSL	Centre de Semi-liberté
CP	Centre Pénitentiaire
CPU	Commission Pluridisciplinaire Unique
DACG	Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DARH	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
DPJJ	Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ENAP	Ecole nationale de l'Administration pénitentiaire
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
ETP	Equivalent Temps Plein
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAD	Hospitalisation à Domicile
HO	Hospitalisation d'Office
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires,
IDE	Infirmiers Diplômés d'Etat
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ	Inspection Générale des Services Judiciaires
JAP	Juge d'Application des Peines
MA	Maison d'Arrêt
MC	Maison Centrale
MIR	Médecin Inspecteur Régional
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles

OIP	Observatoire International des Prisons
ORS	Observatoire Régional de Santé
PHIR	Pharmacien Inspecteur régional
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
QCP	Quartier pour Courtes Peines
RPE	Règles Pénitentiaires Européennes
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SIDA	Syndrome D'immunodéficience Acquise
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SNH	Schéma National d'Hospitalisation des détenus
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers A Domicile
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UHSI	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD	Unité pour Malades Difficiles
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de L'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

« *Un être humain, en détention, demeure titulaire de tous les droits fondamentaux, hormis ceux qu'une décision de justice lui a retirés. Parmi ces droits, il n'en est guère de plus précieux que l'accès aux soins, le respect de la dignité et de l'intimité* » affirmait solennellement Robert BADINTER dans sa préface à l'ouvrage de Dominique BERTRAND et Gérard NIVEAU, *Médecine, Santé et Prison*¹. Telle est, assurément, l'ambition d'une société démocratique moderne désireuse de réaliser pour ses membres la double exigence de sécurité, et de santé publique.

La France, depuis deux décennies, tente de s'inscrire dans cette modernité par la mise en place d'un système de santé assurant aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles de l'ensemble de la population. Ainsi, l'organisation des soins en prison a dû connaître une évolution importante dans les vingt dernières années. Le Rapport d'évaluation conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) sur *L'organisation des soins aux détenus* (2001), précise ainsi que « *dans le passé, les soins aux détenus étaient dispensés par les services infirmiers et médicaux de l'Administration pénitentiaire [...] Les services du Ministère de la Santé n'avaient pas compétence pour intervenir en milieu carcéral, à l'exception de certaines actions de prévention et de dépistage [...] Les détenus ne bénéficiaient pas, sous certaines exceptions, de la prise en charge des soins par les régimes de sécurité sociale* ».

L'acte fondateur du changement est la loi du 18 janvier 1994 complétée du décret du 27 octobre 1994 dont l'ambition est de faire du détenu atteint d'une pathologie un patient comme les autres. Rattachées automatiquement au régime général de sécurité sociale, prises en charge dans chaque établissement pénitentiaire par des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), hospitalisées systématiquement dans le service public hospitalier, les personnes incarcérées se voient reconnaître un véritable droit à l'accès aux soins.

Parallèlement, de nombreux dispositifs ont été imaginés conjointement par l'Administration pénitentiaire et les acteurs de santé publique afin de proposer l'ensemble des prises en charges possibles à un patient détenu et ainsi garantir un égal accès à tout

¹ 2006, Editions Médecin et Hygiène

type de soins : en particulier le décret du 14 mars 1986 institue les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) ; l'arrêté interministériel du 24 août 2000, met en place un Schéma National d'Hospitalisation des détenus (SNH) ; la loi de programmation du 9 septembre 2002, crée les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) et la circulaire du 10 janvier 2005, actualise le Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus.

En 2009 pourtant, la réalité sanitaire du milieu carcéral, tant dans les soins psychiatriques que somatiques, est pour le moins alarmante. L'état de santé des personnes incarcérées demeure dégradé, et vient s'ajouter aux difficultés, parfois aggravantes, d'établissements surpeuplés et souvent vétustes. Les enquêtes de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, réalisées en 1997 et 2003, sur les personnes entrant en prison ont permis de mieux appréhender les besoins sanitaires des personnes incarcérées. Pour plusieurs pathologies lourdes, la prévalence en milieu carcéral atteint le double de la moyenne nationale.

Plus précisément certaines affections, objets de tous les plans d'actions en dehors de la prison, constituent de vrais défis logistiques et juridiques pour les acteurs. A la question de l'égal accès aux soins, un membre de l'administration pénitentiaire répond par ce constat : « *en prison, le cancer du sein est mortel* ».

Par égal accès aux soins, on entend ici qu'un détenu n'ait pas de « perte de chance » par rapport à une prise en charge sanitaire normale, du fait de sa situation judiciaire. Cette exigence a été formulée par le Conseil de l'Europe dans sa recommandation N°(98) 7 du 8 avril 1998, en consacrant « *un droit aux soins de santé en milieu pénitentiaire à chaque détenu* ». A ce titre, il faut considérer ce droit pour toute catégorie de pathologies, mentales ou non. Ainsi il s'agit de se pencher non seulement sur la problématique de la santé mentale en milieu carcéral mais également et peut-être surtout sur les prises en charge plus classiques mises en échec par la situation de détention. En effet, parce que plus communes, celles-ci mettent en évidence davantage cette « perte de chance » des détenus. Le cas des urgences, la problématique des transports inter-établissements, la question des soins réguliers pour des pathologies de longue durée, les situations de dépendance, sont autant de situations courantes, prévues par le Guide Méthodologique de la Circulaire Interministérielle de 2005 sur la prise en charge sanitaire des détenus, qui pourtant interpellent.

Comment expliquer les difficultés des acteurs à garantir l'accès aux soins des personnes incarcérées ? En s'intéressant à un territoire pénitentiaire en particulier, à savoir

celui qui rassemble les Régions Bourgogne, Champagne-Ardenne et Centre, il s'agit d'isoler plus précisément les facteurs participant au dysfonctionnement du parcours de soins des détenus. Le sujet est vaste, et ne peut être abordé dans son entièreté ici : les auteurs ont donc opté prioritairement pour l'identification des complexités du jeu interinstitutionnel représentées par la diversité des acteurs, les différences de logiques territoriales entre administrations ou les difficultés à dialoguer, se rencontrer, organiser des protocoles communs. En 1994, comme un signe de ces difficultés déjà patentées, la loi prévoyait la définition d'un Schéma National d'Hospitalisation des détenus. Pourtant, ce n'est qu'en 2000, par un arrêté interministériel que le Ministère de la Justice et le Ministère de la Santé ont planifié une organisation commune des ressources, par la construction notamment des huit Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI). En Mai 2009, 15 années plus tard, a été inaugurée la septième UHSI de France sur le Groupement Hospitalier Pitié-Salpêtrière.

Vivre en milieu carcéral peut constituer une « perte de chance » par rapport à la population dite libre pour l'accès aux soins. Comment améliorer, par un meilleur pilotage territorial et une coordination plus étroite des acteurs, la prise en charge sanitaire des personnes détenues ?

Malgré la mise en place de nombreux dispositifs législatifs et réglementaires pour garantir un accès aux soins aux personnes détenues, il est encore constaté aujourd'hui une situation sanitaire critique dans les prisons, symbole de cette « perte de chance » des détenus (I). Si la coordination des acteurs sur les territoires semble être voulue et encouragée au niveau stratégique, l'exemple de la région pénitentiaire Bourgogne/Champagne-Ardenne/Centre, montre que celle-ci est complexe et qu'elle constitue l'un des facteurs principaux de l'inégal accès aux soins des détenus (II). Pour garantir une prise en charge sanitaire efficace en prison, il semble nécessaire de promouvoir un pilotage des soins au détenu fondé sur la coordination des acteurs en s'inspirant de certaines expériences locales, même si elles sont trop peu formalisées (III).

1 Etre détenu : une « perte de chance » pour l'accès aux soins

1.1. Le législateur et l'administration ont tenté de garantir une prise en charge efficace des personnes incarcérées

1.1.1 Le dispositif législatif et réglementaire jusqu'à la loi de 1994

Dès 1949, les Nations Unies avaient élaboré un « ensemble de règles minima pour le traitement des détenus » qui aurait dû inciter les Etats membres à réagir. Néanmoins, ces règles n'ayant pas d'effet contraignant, elles demeurèrent en France lettre morte. Or dans les années 1980 la dégradation progressive de l'état de santé de la population incarcérée est devenue patente. Il est donc apparu nécessaire de faire de la santé en prison un véritable enjeu des politiques sociales. C'est dans ce contexte que la réforme portée par la loi du 18 janvier 1994 a permis d'incontestables progrès.

Jusqu'à l'adoption de cette loi, aux termes de l'article D. 380 du Code de procédure pénale, il était prévu que les détenus reçoivent gratuitement en prison les soins qui leur étaient nécessaires. Il incombait à l'administration pénitentiaire d'assurer leur prise en charge sanitaire au même titre que la nourriture et le chauffage. Les détenus se voyaient offrir un accès aux soins particulièrement réduit. Dans chaque établissement pénitentiaire se trouvait une infirmière à laquelle se joignait, à temps complet ou partiel, un personnel médical et infirmier vacataire, recruté et rémunéré par le Ministère de la Justice. Dès qu'ils étaient incarcérés, les détenus perdaient leurs droits à la Sécurité sociale.

Au début des années 1980, le Ministère de la Justice a donc entamé une réflexion visant à réformer le droit aux soins des personnes incarcérées et à améliorer leur accès aux soins. En effet, la détention ne doit consister qu'en la privation de la liberté d'aller et de venir par une décision de justice, sans préjudice d'un droit à la santé aussi inaliénable qu'en milieu ordinaire. L'épidémie de SIDA fut, à cet égard aussi, un révélateur à l'origine de cette prise de conscience.

Dès 1984, l'IGAS et les services déconcentrés du Ministère de la Santé se voient confier le contrôle de l'action sanitaire en milieu carcéral afin d'éviter que les médecins dépendant de l'administration pénitentiaire ne demeurent à la fois soignants et évaluateurs. En 1985 est créée à Fresnes la première structure de type hospitalier en prison. L'exercice direct des soins par les établissements hospitaliers commence l'année suivante dans le domaine de la psychiatrie. Le décret du 14 mars 1986 prévoit dans son article 11 la création, dans chaque région pénitentiaire, d'un service médico-psychologique régional (SMPR) dépendant d'un centre hospitalier et aménagé au sein de l'établissement

pénitentiaire. Les conventions entre établissements pénitentiaires et hospitaliers se multiplient et s'étendent aux soins somatiques en 1989. D'abord limitées à la mise en place de centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine, ces conventions sont étendues à l'ensemble des soins somatiques en 1992 par la signature de trois conventions pilotes entre établissements pénitentiaires et centres hospitaliers à Laon, Châteauroux et Lyon. Après la loi du 18 janvier 1994, la circulaire du 8 décembre suivant prévoit, pour assurer les missions incombant aux hôpitaux au titre des soins somatiques, la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Elle dispose de personnel qualifié et pluridisciplinaire ainsi que d'équipements médicaux, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration hospitalière. L'UCSA n'assure pas les hospitalisations, sauf en cas d'urgence ou si elles sont courtes ; dans les établissements ne comportant pas de SMPR, un psychiatre hospitalier est affecté au sein de l'UCSA afin d'assurer la prise en charge psychiatrique des détenus.

Chargé de présenter le bilan de la prise en charge de la santé des détenus, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique remis en janvier 1993 dressait logiquement un constat d'échec : prévalence du VIH dix fois supérieure en milieu carcéral, tuberculose trois fois plus fréquente que dans la population générale, toxicomanie touchant 15 % des détenus.

En disposant dans son article 2 que : « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire (...)* », la loi du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale a procédé à une triple normalisation des soins en milieu carcéral. Tout d'abord, les médecins chargés de la santé des prisonniers ne sont plus employés par l'administration pénitentiaire mais par l'hôpital public. Ensuite, les soins dispensés ont vocation à être de même niveau que ceux dispensés à la population générale tant en termes de compétences que de moyens. Enfin, les détenus ne sont plus considérés comme des objets de soins mais comme des citoyens jouissant d'un droit à la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 ainsi que par les textes internationaux, au premier rang desquels figure le préambule de la convention constitutive de l'Organisation Mondiale de la Santé du 26 juillet 1946.

1.1.2 Depuis 1994, les pouvoirs publics ont poursuivi la construction du dispositif

Des progrès ont indéniablement été réalisés. Depuis 1994, les crédits alloués aux soins en prison ont doublé, pour atteindre 150 millions d'euros. Certains indicateurs sont positifs : la population carcérale atteinte par le SIDA n'a cessé de diminuer (1 % en 2003) et les malades touchés par l'hépatite C (4,2 %) sont aussi moins nombreux. Parmi les toxicomanes (30 % de la population carcérale), la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est passée de 2 % à 6,6 %, soit 3 800 personnes, depuis 1998.

La mise en application de la loi de 1994 s'est appuyée sur la création d'un guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale, réalisé de manière conjointe par les services du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice². Il couvre de façon exhaustive à la fois les protocoles juridiques et techniques de cette prise en charge³. Une première mise à jour de ce guide méthodologique, effectuée par circulaire du 10 janvier 2005, fait le bilan de la mise en place de ces réformes, note les difficultés à résoudre, et formule de nouvelles recommandations. Elles concernent notamment la prise en compte du droit des malades en matière d'information, de consentement et de suspension de peine pour raison médicale, les modalités de réponse aux urgences médicales, l'hygiène des lieux de soins, la prévention et l'éducation pour la santé (en particulier pour les auteurs d'infractions sexuelles et les personnes ayant des conduites addictives), le suicide, la prise en charge des personnes handicapées et le nécessaire partenariat entre les professionnels sanitaires et pénitentiaires. Ce guide méthodologique a vocation à être régulièrement actualisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant l'organisation des soins et la santé publique, des nouvelles directives européennes, de l'évolution de la société et de l'évolution des pratiques professionnelles. Une nouvelle actualisation est prévue pour 2010.

En outre, un grand progrès apporté par la loi de 1994 est l'affiliation automatique des détenus, dès l'incarcération, au régime général de la sécurité sociale. Depuis 2005, ils bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire. L'Etat acquitte les cotisations sociales correspondantes, au travers d'une dotation budgétaire du Ministère de la Justice, versée aux caisses d'assurance maladie. Il finance également la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie : le ticket modérateur pour les soins et le forfait

² Circulaire du 8 décembre 1994

³ Le sommaire de la version actualisée figure en annexe n° 6

hospitalier lors des hospitalisations.

Depuis 2002, les hospitalisations ont vocation à se dérouler au sein d'UHSI, prévues par la loi de 1994 mais mises en place tardivement. L'exercice du droit aux soins est modulé afin de répondre aux contraintes de l'univers carcéral, notamment les escortes pour accéder au lieu de soins.

Le régime de droit commun, et notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, s'applique aux personnes en détention, quel que soit le lieu de dispensation des soins. Les dispositions de cette loi concernent en particulier l'information et le consentement ainsi que la suspension de peine.⁴ En effet, toute personne détenue a droit à l'information sur son état de santé, sur les soins proposés, sur l'accès à son dossier médical et doit consentir aux soins.

Quant à la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, elle réforme les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues et amène à une redéfinition de l'organisation globale de la prise en charge psychiatrique de ces personnes. Cette loi prévoit notamment la création d'unités hospitalières spécialement aménagées en psychiatrie (UHSA).

De plus, même si elles n'ont aucune valeur contraignante, des règles pénitentiaires européennes adoptées pour la première fois en 1973, révisées en 1987, puis en 2006, visent à harmoniser les politiques pénitentiaires des Etats membres du Conseil de l'Europe et à faire adopter des pratiques et des normes communes. Ces 108 règles portent à la fois sur les droits fondamentaux des personnes détenues, le régime de détention, la santé, l'ordre et la sécurité des établissements pénitentiaires, le personnel de l'administration pénitentiaire, l'inspection et le contrôle des prisons. La France respecte, en majorité, ces recommandations, notamment celles relatives à la santé⁵.

Fin 2008, il existait 194 UCSA correspondant aux 194 établissements pénitentiaires⁶ et 26 SMPR, soit une couverture désormais intégrale de la carte pénitentiaire de la France. Mais ces structures demeurent confrontées à des difficultés qui concernent tant leurs moyens matériels et humains que leur financement. Le projet de loi pénitentiaire en cours de discussion au Parlement⁷ réaffirme fortement l'objectif de l'égalité dans la prise en

⁴ Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP n° 2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

⁵ Recommandations européennes 39 à 50.

⁶ La carte des établissements figure en annexe n° 2

⁷ Voir l'extrait en annexe n° 8

charge sanitaire et tente de faire toute sa place au service public hospitalier au sein des établissements pénitentiaires.

1.2. En 2009, l'état de santé des détenus continue pourtant d'être problématique

1.2.1. Données nationales

Les enquêtes de la DREES, réalisées en 1997 et 2003, sur les personnes entrant en prison, ont permis de mieux appréhender les besoins en soins des futurs détenus. Toutefois, l'absence d'enquête épidémiologique nationale exhaustive empêche d'avoir une photographie réelle de l'état de santé de la population incarcérée.

Sur la base des informations recueillies lors de la visite médicale d'entrée, l'enquête DREES de 2003 concluait que l'état de santé des futurs entrants était globalement bon, mais ce constat tient en partie à la concentration de la population carcérale dans la tranche d'âge 18-44 ans, groupe de population qui se considère généralement comme étant en bonne santé. Ce rapport faisait toutefois état d'un taux de recours au système de soins, dans l'année précédant leur incarcération, inférieur à celui de l'ensemble de la population. Ce constat était notamment très sensible pour les femmes : le suivi gynécologique dans les douze mois antérieurs était en proportion trois fois inférieur à la moyenne nationale. Ces résultats sont le reflet d'un profil sociodémographique et épidémiologique traduisant souvent un cumul de vulnérabilités préalable à l'incarcération. Ces vulnérabilités sont susceptibles d'être aggravées ultérieurement par les conditions de détention et de prise en charge sanitaire.

Toutefois, les conclusions plutôt satisfaisantes de cette enquête restent à relativiser car environ 60 % des détenus vivent en dessous du seuil de pauvreté et présentent des pathologies, parfois lourdes, liées à l'exclusion, à la marginalisation et à diverses addictions. Les données épidémiologiques disponibles mettent en relief les principales insuffisances en terme de santé publique : la santé mentale, la toxicomanie, les maladies infectieuses, la santé bucco-dentaire.

Le vieillissement des personnes incarcérées avec l'existence corollaire de pathologies invalidantes est une caractéristique importante de cette population qu'il va convenir d'intégrer dans la réflexion future. En effet, à structure par âge et sexe similaire, deux détenus sur trois souffrent au moins d'une déficience, alors que cette proportion est deux fois inférieure dans la population générale. Les déficiences intellectuelles et psychiques, avec 45 % des personnes atteintes, constituent les troubles les plus fréquents. L'incarcération de personnes relevant plutôt d'une hospitalisation psychiatrique est aussi

un facteur qui contribue à faire croître cette proportion. Le vieillissement des détenus va également s'accompagner de l'apparition de nouvelles affections, telles les pathologies cardio-vasculaires et neuro-dégénératives.

De plus, l'univers carcéral, par son propre caractère pathogène, contribue lui aussi à mettre en péril la santé des détenus. Les états dépressifs liés à l'incarcération, voire des décompensations psychiatriques chez des détenus atteints de psychoses ou de schizophrénie sont bien décrits. Il en est de même pour des prises de poids parfois spectaculaires dues à une alimentation inadéquate associée à la prise de médicaments psychotropes. La fatigabilité oculaire induite par l'enfermement est source de pathologies ophtalmologiques fréquentes. Il en est de même pour la fonte musculaire, liée à l'inactivité physique, qui est source de douleurs et d'atteintes ostéo-articulaires, en particulier lombaires. Les observateurs s'accordent ainsi à penser que la morbidité de la population détenue est deux fois supérieure à la moyenne nationale.

1.2.2. L'exemple de la région Centre

La région Centre est la seule région administrative de l'inter-région pénitentiaire qui dispose de données épidémiologiques récentes sur sa population carcérale. Ces données sont issues de l'étude « La santé des détenus », réalisée par l'ORS Centre en 2008 et sont disponibles à l'annexe n° 1. Elles ont été rapportées ici dans la mesure où elles apparaissent représentatives de la situation rencontrée sur le terrain.

2 Le constat de terrain met en évidence une prise en charge quotidienne difficile et un pilotage stratégique et territorial complexe.

2.1. Certaines insuffisances du pilotage stratégique et territorial de la prise en charge sanitaire des détenus font obstacle à sa qualité

2.1.1 Des options stratégiques des autorités de tutelle parfois contradictoires

La prise en charge sanitaire des détenus fait l'objet d'un pilotage territorial à chaque niveau de décision administrative. L'intervention des différents acteurs agissant auprès des personnes incarcérées, à savoir l'administration pénitentiaire, les services judiciaires et les établissements de santé, constitue une difficulté majeure pour construire des protocoles de prise en charge cohérents sur un territoire. Malgré le constat de l'IGAS et EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

de l'IGSJ dans leur rapport de 2001 concernant une concertation territoriale « [...] *trop souvent bloquée par des logiques institutionnelles ou la simple ignorance des modes de fonctionnement respectifs de chacun des acteurs* », la permanence d'un pilotage territorial et pluridisciplinaire complexe, tant au niveau national que régional, a pu être observée.

Au niveau national, des difficultés à organiser en amont et conjointement les schémas d'organisation de l'offre pénitentiaire et de l'offre de soins ont été constatées. La carte pénitentiaire semble notamment inadaptée aux capacités en soins présents sur le territoire de proximité.

Ainsi la DRASS de Bourgogne a observé l'existence d'une distinction importante entre établissements pénitentiaires d'agglomération et établissements ruraux. Les établissements d'agglomération bénéficient de la proximité immédiate d'un hôpital de référence. Ainsi la mise en place des protocoles signés entre les établissements s'avère aisée. Les médecins des UCSA sont des Praticiens Hospitaliers, le plateau technique de l'hôpital est facilement accessible, l'ensemble des prises en charges spécifiques (psychiatriques, urgences, handicaps, personnes âgées, etc.) sont disponibles dans l'agglomération. A contrario, dans les établissements dits « isolés », l'éloignement de l'hôpital de référence rend difficile l'organisation d'un véritable circuit du patient.

A titre d'exemple, dans un établissement situé à près de 70 kilomètres de son hôpital de référence, les médecins de l'UCSA sont des Praticiens Attachés, ou des généralistes. L'accès à la prise en charge psychiatrique, très complexe, est assurée par des psychologues alors que la population carcérale de cet établissement est composée à 90% de personnes condamnées pour agression sexuelle.

Ce constat d'absence de synergie dans la planification de l'offre pénitentiaire et de l'offre de soins doit cependant être relativisé. Le Bureau de l'organisation de l'offre régionale de soins et des prises en charge spécifiques à la DHOS met en évidence le changement de logique opéré depuis la loi du 18 janvier 1994 et qui participe à limiter le nombre de cas d'établissements pénitentiaires trop éloignés d'un centre sanitaire. Ainsi les choix stratégiques de la DAP dans ses projets immobiliers, notamment dans le cadre de son plan « 13200 » initié par la loi d'orientation et de programmation de la justice du 4 septembre 2002, sont effectués systématiquement en tenant compte de l'offre de soins territoriale. De même, la Direction de projet « Soins aux détenus » du Ministère de la Santé a mis en place depuis le 18 Juin 2007 une commission interministérielle Santé-Justice réunissant la DHOS et la DGS du Ministère de la Santé, la DSS du Ministère des Comptes Publics, la DGAS du Ministère des Affaires Sociales, la DAP, la DACG et la

DPJJ du Ministère de la Justice. Cette commission a une compétence décisionnelle générale sur le pilotage des actions de santé auprès des détenus. Elle participera ainsi à améliorer les liens territoriaux entre les établissements pénitentiaires et l'offre de soins locale par l'élaboration du futur Schéma National d'Hospitalisation des Détenus organisant la carte des UHSI et par la planification en commun des projets immobiliers de la DAP.

Au niveau régional, la question du pilotage territorial est plus prégnante encore. En effet, la logique d'organisation et de planification de l'offre de soins des SROS de troisième génération n'a pas encore réellement intégré la dimension des soins aux détenus. Alors qu'elle nécessiterait une intégration dans une offre globale des soins, on constate que très peu de SROS réservent une place spécifique à la prise en charge des détenus. Ainsi, il n'existe pas toujours de prise en compte transversale de la problématique carcérale. Si certains SROS n'y font mention que de manière parcellaire, d'autres proposent des réflexions ciblées sur les personnes détenues, essentiellement sur la question psychiatrique.

Ce constat est à relativiser dans la mesure où la Direction de projet « Soins aux détenus » du Ministère de la Santé a invité depuis Octobre 2008 les ARH à désigner en leur sein un référent « soins aux détenus ». Cette décision vient répondre aux besoins des acteurs du secteur de disposer d'un interlocuteur identifié sur ces questions à l'ARH. Le Bureau de l'Organisation de l'offre régionale des soins et des prises en charges spécifiques à la DHOS mène par ailleurs actuellement une réflexion sur la nécessité de faire évoluer les SROS, soit en intégrant systématiquement une partie « soins aux détenus », soit en développant des schémas spécifiques à la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées. En effet, le projet de créer un volet « prise en charge des détenus » dans chaque SROS avait été proposé par amendement lors de la discussion parlementaire à l'Assemblée Nationale du projet de loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), mais celui-ci a été rejeté.

2.1.2 Des inégalités et des incohérences dans le maillage territorial

Le fonctionnement des établissements pénitentiaires ne peut être appréhendé uniquement de façon interne. En effet, ceux-ci développent de nombreux partenariats, dont l'efficacité dépend de l'environnement institutionnel et socio-économique. Il apparaît dès lors que l'organisation territoriale de l'administration pénitentiaire joue un rôle important dans l'efficacité de la prise en charge des détenus. D'une part, d'un point de vue sanitaire,

il semble que l'échelle interrégionale génère des difficultés particulières de coordination des acteurs ; d'autre part, les moyens mis en place ne sont pas toujours en cohérence avec cette organisation. En outre, certaines initiatives se heurtent à la complexité juridique et technique des démarches nécessaires à leur mise en œuvre.

Aussi la DISP de Dijon couvre-t-elle un territoire particulièrement vaste, et constitue, de ce fait, un bon exemple des difficultés rencontrées. En effet, elle doit coordonner ses efforts avec trois ARH différentes plus ou moins mobilisées sur le dossier de la santé des détenus. En l'absence d'une planification spécifique, les établissements pénitentiaires s'adressent parfois directement aux ARH plutôt qu'à l'hôpital pour obtenir des moyens au bénéfice des UCSA. Les mêmes difficultés apparaissent pour organiser les escortes nécessaires aux extractions pour hospitalisation. Les problèmes existants sont fréquemment résolus localement et ponctuellement, sans véritable coordination territoriale.

Ce point met en relief une absence de dialogue entre les différents acteurs concernés. A cet égard, les règlements pénitentiaires européens préconisent la tenue de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, dans un but d'amélioration de la coopération. Toutefois la disponibilité des personnels ne permet pas toujours de respecter cet objectif. Ainsi, il semble qu'une partie des améliorations repose sur la bonne volonté et l'initiative des acteurs de terrains, les procédures étant peu formalisées, et les directives insuffisantes. Cela concerne parfois des aspects primordiaux de la santé. Les conditions d'hygiène des personnes, comme l'accès aux douches ou le lavage des couvertures, diffèrent ainsi d'un établissement à l'autre, par manque de normalisation.

La logique interrégionale se trouve également en contradiction avec le développement des structures hospitalières spécialisées. Sur les régions de Bourgogne, de Champagne-Ardenne et du Centre, aucune UHSI n'est envisagée, malgré l'étendue du territoire. L'arrêté du 24 août 2000 portant création des UHSI prévoyait un dispositif précis reliant chaque établissement à une UHSI définie. Celui-ci est souvent contourné au bénéfice de solutions locales : en contrariété avec ce dispositif, certains établissements proches envoient leurs détenus à Fresnes, d'autres à Nancy.

Outre ces aspects organisationnels, le développement des UHSI a pris un retard important. Alors que l'ensemble aurait dû être opérationnel dès 2007, l'UHSI de la Pitié Salpêtrière n'a ouvert ses portes qu'en 2009, et celle de Rennes ne devrait voir le jour qu'à l'horizon 2010. En ce qui concerne Paris, les 25 places initialement prévues ne suffiront pas, et la fermeture programmée de l'établissement public de santé national de Fresnes devra s'accompagner de la création d'une nouvelle UHSI pour une capacité de 100 places. L'insuffisance des structures actuelles est donc avérée, et la cohérence est d'autant moins

facile à obtenir que dans le même moment, de nouvelles prisons sortent de terre, ce qui demande une adaptation permanente du dispositif.

L'éparpillement des structures ne va pas non plus sans poser de problèmes. En effet, en invoquant des raisons personnelles, les détenus s'opposent fréquemment à tout transfert vers d'autres établissements. L'accès aux soins, notamment psychiatriques, peut s'en trouver gravement compromis et générer des risques importants. En effet, il n'existe que vingt-six SMPR en France. Ainsi, un détenu ayant manifesté des tendances suicidaires devra donc être transféré dans une autre maison d'arrêt, plus proche du SMPR de rattachement. Le psychiatre chargé d'évaluer la gravité de la situation n'intervient la plupart du temps qu'au cours de vacations, ou à la demande. L'intéressé n'aura donc pas de difficulté à dissimuler son état et ce, dans le seul but d'éviter ce transfert. Le dispositif de prise en charge psychiatrique s'avère donc, à certains égards, inadapté aux problématiques carcérales.

Certes, les futurs établissements s'inscrivent dans une logique de regroupement des détenus au sein de structures mieux dimensionnées pour répondre aux demandes de soins. Cependant, le principe se heurte cette fois à l'impératif de sécurité qui invite à privilégier les établissements de taille plus modeste, comme le rappelle récemment le rapport annuel du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Indépendamment de ces effets de taille, il demeure que les soins somatiques sont souvent plus accessibles aux personnes incarcérées qu'au reste de la population, au regard de la composition sociologique de la population carcérale et en raison des dispositifs mis en place.

Enfin, dans le cadre des PRSP, des financements sont alloués aux associations qui mènent des actions de prévention auprès des détenus. Ce système est néanmoins privé en partie de son efficacité, en raison de la complexité des procédures, de nature à décourager les associations souhaitant répondre aux appels à projets.

2.2 Entre les autorités sanitaires et pénitentiaires, les logiques peuvent demeurer divergentes et la coopération insuffisante ou parcellaire

2.2.1 La coopération interministérielle

La prise en charge sanitaire des personnes incarcérées fait intervenir un grand nombre d'acteurs aux logiques et cultures parfois différentes. La question des soins aux

détenus est une problématique interministérielle qui peut mettre en lumière certains dysfonctionnements dans la concertation des acteurs au niveau stratégique et au niveau opérationnel. Le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2001 soulignait déjà cette difficulté en considérant que « *l'objectif d'un travail commun à l'ensemble des intervenants [...] n'est aujourd'hui que partiellement rempli tant les conflits de logiques, de territoires, de personnes viennent compliquer les procédures et multiplier les points de blocages* ». On peut mettre en évidence deux problématiques qui pénalisent cette coopération entre acteurs.

Tout d'abord, les différences culturelles entre administrations perdurent. La séparation des fonctions entre administrations pénitentiaire et hospitalière est encore très nette et certains acteurs mettent en évidence le manque de « passerelles culturelles ». Un DISP a souligné « *la position exclusivement curative de l'hôpital* ». Le Guide Méthodologique existe depuis 1995, mais il semble encore très largement ignoré de la plupart des acteurs du monde soignant, UCSA et hôpitaux compris. Concentrés sur les soins cliniques, ils négligent parfois la spécificité du milieu carcéral.

Pour l'ensemble des acteurs, il s'agit d'une différence de positionnement. L'offre de soins aux détenus ne constitue qu'une partie infime de l'activité de l'hospitalisation publique en général. La prise en charge sanitaire des détenus pour l'administration pénitentiaire, à l'inverse, constitue une activité essentielle étant donné l'état de santé, le plus souvent dégradé, de la population carcérale. « *L'objectif du Ministère de la Santé est d'offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population, donc y compris les personnes détenues. Le Ministère de la Justice, quant à lui, considère l'organisation des soins en milieu carcéral comme l'une de ses préoccupations principales* » constate le Bureau de l'Organisation de l'offre régionale des soins et des prises en charge spécifiques à la DHOS. Les protocoles de rapprochement entre Santé et Justice engagés par la Direction de projet « Santé des détenus » du Ministère de la Santé depuis 2007, par la mise en place au niveau national d'un Programme pluriannuel de Travail commun, et d'une commission interministérielle ad-hoc, sont la preuve de la prise de conscience de la nécessité d'un dialogue entre administrations.

La coopération interministérielle pâtit également de l'absence de lieux formalisés de concertation entre les acteurs de terrain. Le Guide Méthodologique de 2005 précise dans son chapitre « concertation institutionnelle » que des comités de coordination sont systématiquement créés entre établissements de santé et établissements pénitentiaires lorsque ceux-ci ont signé un protocole conformément à l'article R 711-16 du Code de la Santé Publique. Sur la région pénitentiaire observée, ces comités locaux existent et

prévoient des réunions régulières durant lesquelles sont examinés les problèmes d'organisation, de logistique et de répartition des tâches entre établissements. Cependant, le Guide Méthodologique ne prévoit pas de lieux de concertation à un niveau régional. On peut considérer qu'il manque un échelon intermédiaire entre le niveau ministériel et celui, local, des établissements eux-mêmes. Ce niveau régional est d'autant plus pertinent que l'ARH est seule à même de solutionner certains blocages en attribuant des moyens humains et financiers.

Si la mise en place d'un réseau de référents « soins aux détenus » dans les ARH et les DISP depuis octobre 2008 semble constituer une première réponse à ce déficit de coordination des acteurs au niveau stratégique, aucune pratique de concertation n'est encore formalisée. Ce réseau vise à systématiser des initiatives locales éparses et singulières comme celle de l'ARH des Pays de la Loire qui organise chaque année une rencontre régionale entre les différents acteurs de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Ainsi, la Direction de projet « Santé des détenus » du Ministère de la Santé a lancé en octobre 2008 la mise en place d'une commission Santé-Justice au niveau régional. Elle n'est cependant pas encore opérationnelle dans la plupart des régions. Elle regroupera le DARH, le DISP, le MIR, le référent « Santé des détenus » des ARH, le référent « Santé » des DISP, les représentants des Directeurs d'établissements pénitentiaires et de santé. Elle aura comme mission la déclinaison des orientations de la commission nationale évoquée plus haut.

Par ailleurs, si la question du secret médical est un « *motif connu de conflits entre l'administration pénitentiaire et le personnel médical des UCSA* » comme le faisait remarquer le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ en 2001, il s'agit également d'un point d'achoppement entre les niveaux de décisions stratégiques des deux administrations. L'administration pénitentiaire regrette l'absence d'un réel partage d'informations avec les acteurs de santé. Elle ne disposerait seulement que de quelques données statistiques sur l'état de santé de ses détenus. Ce constat l'empêcherait d'organiser plus pertinemment la répartition des détenus en fonction des charges en soins nécessaires.

Pour la DHOS, le développement d'un partage d'informations Santé-Justice est nécessaire dans la mesure où le secret médical conserve son caractère absolu et inaltérable, même dans les conditions du milieu carcéral. La logique des soins et la logique de sécurité sont différentes, certaines informations cliniques sont donc intransmissibles. Cependant les Ministères de la Santé et de la Justice ont récemment instauré un groupe de travail au niveau national pour déterminer les conditions juridiques et pratiques du partage de certaines informations entre acteurs pénitentiaires et sanitaires. Enfin, la Direction de EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009

projet « Santé des détenus » a lancé en 2008 le principe de publication annuelle d'un rapport d'activité commun DAP/DGS. Ainsi, chaque année en juillet, les ARH pourront fournir un état des lieux complet au niveau régional de l'état de santé des détenus.

2.2.2 Au sein des établissements : les différences de logiques des acteurs

Les établissements pénitentiaires sont bien souvent le théâtre de l'affrontement entre la logique sécuritaire propre à ce type d'établissements et la logique sanitaire renforcée par la loi du 18 janvier 1994. Plusieurs associations, dont notamment l'Observatoire International des Prisons, dénoncent aujourd'hui les conséquences de ce grand écart entre l'exigence de sécurité et le respect de la dignité des détenus et de leur égal accès aux soins. Les rencontres et les observations effectuées dans les établissements visités viennent parfois nuancer les doléances exprimées sur différents points.

On peut voir une première illustration de cette confrontation entre les logiques sanitaire et sécuritaire lorsque l'avis du médecin est sollicité par l'administration pénitentiaire en diverses occasions. Il en est ainsi de la procédure de prolongation d'une mesure d'isolement, en application de l'article D. 283-1 du Code de procédure pénale, ou préalablement à une décision de placement préventif au quartier disciplinaire du détenu, à l'initiative du chef d'établissement. Il en résulte une confusion s'agissant du rôle du médecin en milieu pénitentiaire. De nombreux médecins considèrent qu'ils ne peuvent apporter leur concours à la mise en œuvre de régimes de détention potentiellement néfastes pour la santé de leurs patients. Une telle appréciation relève de la mission d'expertise et apparaît incompatible avec la fonction de médecins traitants assumée par les praticiens hospitaliers des UCSA. Ceux-ci agissent en effet dans un but clinique et ne peuvent prendre part à la prise de décision qui poursuit un objectif de sécurité ou disciplinaire.

Par ailleurs, les médecins des UCSA effectuent une visite bihebdomadaire dans les quartiers disciplinaires et d'isolement. Cette intervention ne saurait être assimilée, comme c'est pratiquement le cas aujourd'hui, à une appréciation quant à la compatibilité de l'état de santé des détenus qui se trouvent dans ces quartiers avec la prolongation de la mesure d'isolement ou de punition appliquée.

Les hospitalisations des personnes détenues sont un autre terrain de confrontation des logiques. En cas d'urgence ou si la durée prévue est inférieure à quarante-huit heures, l'hospitalisation est réalisée dans l'hôpital de rattachement, parfois au sein de chambres

sécurisées. Pour pouvoir conduire un détenu à l'hôpital, il est alors nécessaire de prévoir un véhicule, une escorte, et la présence d'effectifs auprès du patient à l'hôpital. Les hospitalisations peuvent être annulées par manque de place, d'effectifs policiers, ou tout simplement d'un véhicule. Si la plupart des extractions sont réalisées dans des véhicules de l'administration pénitentiaire, il arrive qu'elles le soient par la police, la gendarmerie ou par l'établissement de santé, voire une ambulance privée. L'organisation des extractions comporte ainsi une part d'aléa. Afin d'expliquer les fréquentes annulations d'extractions médicales, les pouvoirs publics arguent généralement du manque de disponibilité tant des forces de police que des services pénitentiaires pour assurer les escortes. La persistance de ces difficultés est d'autant plus injustifiable qu'en juin 2001 l'IGAS et l'IGSJ avaient souligné que « *l'organisation des extractions médicales demeure un point de blocage majeur* ». Les ministères de l'Intérieur et de la Justice ont pourtant annoncé le lancement, à compter du 1er janvier 2005, d'un dispositif expérimental où la responsabilité des escortes médicales repose intégralement sur les surveillants. Sur le terrain cependant, des progrès ont été constatés, liés notamment aux efforts locaux. Ainsi, dans certains établissements pénitentiaires, les extractions vers l'hôpital se font sans délai grâce à la mise en place par la direction d'une coopération solide avec la police et la gendarmerie.

Les urgences en particulier constituent aujourd'hui un point de tensions. Dans la plupart des établissements, la fin de la « journée pénitentiaire » a lieu à 17 heures. Très rares sont les sites où est assurée une permanence des soins la nuit et le week-end. En conséquence, le suivi d'un traitement prescrit pour vingt-quatre heures peut être interrompu. Selon l'OIP, en cas d'urgence, les procédures d'alerte et d'accès aux cellules rallongent les délais d'intervention malgré la disponibilité des centres d'urgences, constituant une potentielle perte de chance pour la santé du détenu. En outre, d'après le rapport du Comité national consultatif d'éthique, le surveillant de garde doit évaluer seul la gravité du symptôme, or il ne reçoit que peu de formation à cet effet.

Cependant, il résulte des entretiens menés au sein des établissements que la procédure d'urgence est la plupart du temps opérationnelle. Dans certains établissements, les détenus ont par exemple la possibilité de s'entretenir directement avec le médecin du SAMU. Lorsqu'une intervention est nécessaire, il existe peu d'obstacles à la mise en place d'une escorte.

Enfin, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a dénoncé dans son rapport d'activité 2008 le travail tout à fait partiel réalisé par les SPIP aujourd'hui. Chaque

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2009 - 17 -

Conseiller d'Insertion et de Probation devrait normalement avoir la charge de suivre 80 détenus, or ce chiffre atteint aujourd'hui 120 à 130 dossiers. Dans ces conditions, le Contrôleur général souligne que le suivi individuel par les SPIP est souvent défaillant et ses réponses aléatoires. Pourtant, il ressort des entretiens avec la directrice du SPIP de la Marne et des observations dans les établissements de l'Interrégion Dijon-Centre que ce constat ne peut être généralisé : le fonctionnement de certains SPIP est conforme aux missions qui leur sont confiées.

3 Coordonner les acteurs sur un territoire : le défi d'une prise en charge efficace des détenus

3.1 De nombreuses initiatives locales prouvent que des coordinations peuvent fonctionner efficacement au bénéfice de la santé du détenu

Certaines améliorations passent par des changements de mentalité : des actions de formation ont permis de rapprocher les logiques des personnels soignants et surveillants. En effet, les réticences des uns à intervenir en prison ou la tendance des autres à privilégier la sécurité avant tout constituent autant de freins à une prise en charge efficace. Ainsi l'intervention de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS) au SMPR de la région Centre, pour la prise en charge des délinquants sexuels, en est un exemple. A Charleville-Mézières, l'IFSI, sous l'impulsion de la direction de la maison d'arrêt, a également intégré un module traitant des UCSA dans le cursus de formation des élèves-infirmiers. Enfin, la sensibilisation des surveillants à l'importance de la santé en milieu carcéral, est parfois entreprise par les établissements eux-mêmes. Ces actions pourraient être généralisées pour favoriser la collaboration des agents.

Ce changement de mentalité peut aussi se traduire par une conciliation plus souple entre impératifs pénaux et sanitaires : ainsi un partenariat entre l'administration pénitentiaire, les SPIP et les UCSA a permis à certains détenus de bénéficier, sur décision du JAP, de « permissions de sortie » pour accéder individuellement aux soins. En effet, même lorsqu'elles sont possibles, les extractions peuvent représenter un obstacle à l'accès aux soins, étant données les conditions particulièrement contraignantes de surveillance (menottes, entraves, risques de violation du secret médical) qui peuvent susciter un refus de soin de la part du détenu.

De même, certaines facultés de médecine ont encouragé la présence d'internes dans les UCSA. Il semblerait pertinent de systématiser ce type d'initiatives en proposant, à défaut de le rendre obligatoire, aux internes en médecine générale et en odontologie un stage semestriel au sein d'une UCSA. Cette innovation pédagogique présenterait le double avantage de sensibiliser les futurs professionnels au soin en milieu carcéral et de résoudre certaines situations critiques en termes de démographie médicale.

En la matière, le développement de la télémédecine offre également des perspectives intéressantes. Déjà exploitées dans certains établissements, elles dépendent encore trop des financements ponctuels accordés par les ARH. Une réflexion nationale est en cours autour de la définition des protocoles adaptés et, à terme, de l'attribution de crédits fléchés. Particulièrement adaptée à la prison, le développement de la télémédecine doit devenir une priorité dans les établissements pénitentiaires.

Le secret médical constitue enfin un autre défi de coordination entre les acteurs de la prise en charge sanitaire des détenus. Le projet de loi pénitentiaire au terme de son article 20 vient garantir « le droit au secret médical des détenus ainsi que le secret des consultations ». Il s'avère cependant très difficile à appliquer rigoureusement, en raison de la promiscuité imposée. Certains établissements de taille modeste proposent pourtant des solutions précises, comme l'instauration de la distribution des médicaments au sein de l'UCSA, plutôt que dans les cellules. S'il s'agit d'un progrès manifeste en la matière, il paraît incompatible avec des populations carcérales plus importantes. L'enjeu du respect du secret médical en milieu pénitentiaire et des nécessités du partage d'informations, de ce fait, a été confié à l'étude d'un groupe de travail au niveau national.

3.2 La prise en compte des nouveaux défis sanitaires

3.2.1 Quelles réponses aux questions du vieillissement et de la dépendance dans les lieux de détention ?

Le vieillissement de la population carcérale est une réalité, qui a été signalée par tous les responsables des établissements pénitentiaires visités. Cette situation ne résulte pas seulement de l'allongement de l'espérance de vie, mais également d'autres paramètres plus spécifiques comme l'alourdissement des peines prononcées ou l'incarcération d'individus plus âgés dans le cadre d'affaires de mœurs.

Alors que la question du vieillissement en prison mérite une attention toute particulière, la configuration actuelle de certains établissements semble peu adaptée à l'accueil de patients âgés. L'ancienneté et la vétusté de certains locaux ne permettent pas aujourd'hui de garantir leur accessibilité à des personnes à mobilité réduite (cellules exigües, absence d'ascenseur...). La surpopulation carcérale dans certaines maisons d'arrêt pose tout simplement la question du respect de la dignité humaine et de sa compatibilité avec l'accueil de personnes à la santé dégradée.

Pour y faire face, certains établissements engagent des programmes d'aménagement de cellules adaptées à l'accueil de détenus grabataires ou accessibles aux personnes handicapées. Mais ces initiatives restent des cas locaux isolés. D'autres évoquent l'opportunité de créer des structures entièrement dédiées à l'accueil des détenus les plus âgés, qui s'apparenteraient à de véritables « maisons de retraite » sécurisées, lieux de conciliation entre la prise en charge médico-sociale et la garantie d'une sécurité adaptée à la dangerosité de certains individus. Alors que la prison peut être un « milieu hostile » pour des détenus âgés, pour lesquels la cohabitation avec les jeunes générations d'incarcérés représente un choc générationnel, ce type de projets permettrait d'éviter l'isolement et le repli sur soi.

Ce vieillissement de la population carcérale et les pathologies qu'il induit suppose en outre l'apparition d'une nouvelle demande de soins, notamment en termes de soins de confort, faisant émerger la problématique de la dépendance physique et de la perte d'autonomie dans ces structures.

L'augmentation du nombre de détenus dépendants va nécessairement entraîner une réflexion sur cette question et sur l'aide à leur apporter pour les actes essentiels de la vie quotidienne. Dans la même configuration, à l'extérieur de la prison, ces personnes pourraient prétendre à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, s'ils répondent aux conditions d'octroi (âge supérieur à 60 ans, situation de perte d'autonomie...) et bénéficier éventuellement de l'intervention d'auxiliaires de vie.

Néanmoins, il existe de nombreuses difficultés : si rien ne s'oppose en théorie à l'attribution de l'APA à une personne détenue, les modalités pratiques de mise en œuvre permettant l'intervention d'une tierce personne en prison se heurtent à de nombreux obstacles. A titre d'exemple, un membre de l'administration pénitentiaire fait état des réticences du Conseil Général à établir un conventionnement avec une association d'aide à domicile, malgré l'accord de cette dernière. Il a également fait mention de l'absence de possibilité de prise en charge spécialisée pour une détenue très âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.

En l'absence de solution extérieure, la prise en charge des soins de confort et d'hygiène s'organise à l'intérieur des établissements. Si dans certains d'entre eux l'infirmière de l'UCSA réalise trois fois par semaine la toilette d'un détenu grabataire, ce n'est pas la règle dans les autres structures. Le manque de disponibilité du personnel paramédical de l'UCSA conduit parfois les surveillants à prendre en charge, dans des conditions minimales, ces gestes d'hygiène. Dans tous les cas, ces soins sont rendus difficiles au regard des incidents graves qui ont pu survenir à l'occasion de soins en cellules, allant jusqu'à la prise d'otage.

Les effectifs actuels dans les UCSA ne permettent pas une prise en charge digne et conforme aux règles de base sur l'hygiène et le confort. La qualification même de ces services, qui sont des secteurs de consultations et non d'hospitalisation, rend impossible la prise en charge de ces soins en leur sein. Il s'agit de participer à une diversification du personnel paramédical des UCSA et de favoriser les conventions avec des partenaires extérieurs susceptibles de permettre l'intervention de professionnels spécialisés.

3.2.2 La prise en charge psychiatrique en prison : l'évolution vers une prison-asile ?

Dans un rapport paru en 2000, le Sénat constate que *« les malades mentaux représentent aujourd'hui près de 30 % de la population carcérale : une telle proportion s'explique principalement par une réforme du code pénal et par une évolution inquiétante de la psychiatrie en France »*.

En dix ans, la situation s'est pérennisée et le problème est aujourd'hui au cœur des préoccupations de tous les acteurs intervenant en prison. Tous les chiffres publiés dernièrement montrent l'augmentation progressive de cette population. Afin de répondre à cette situation, le système pénitentiaire s'est doté, dès 1986, de SMPR. Dans la pratique, il s'avère que ces SMPR ne sont pas en nombre suffisant pour couvrir les besoins en santé mentale en milieu carcéral.

Si l'article D. 398 du code de procédure pénale permet effectivement aux établissements pénitentiaires de procéder à des hospitalisations d'office dans les hôpitaux psychiatriques, les unités pour malades difficiles (UMD) de Montfavet, Villejuif, Sarreguemines, Plouguernevel et Cadillac ne comptent que près de 500 places.

De plus, ces places ne sont absolument pas réservées aux malades provenant des lieux de détention, puisqu'elles sont également appelées à recevoir l'ensemble des personnes placées en hôpital psychiatrique, dont le comportement est considéré comme

dangereux. Le placement d'un détenu en UMD nécessite donc de longs délais, les hôpitaux spécialisés disposant par ailleurs de très peu de places en milieu fermé.

L'incarcération et le maintien en détention des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères et avérés ne peuvent constituer une solution satisfaisante, même si elle répond à d'impérieux motifs de sécurité publique. Particulièrement en contradiction avec une logique de soins qui impliquerait une prise en charge psychiatrique spécifique, elle est source d'un malaise profond des professionnels.

De tels dysfonctionnements sont directement liés au déficit de formation des personnels et à l'insuffisance de moyens dédiés à la prise en charge de ces détenus aux besoins de soins particuliers. De nombreux établissements constatent en effet un réel manque de psychiatres et de psychologues à temps complet au sein des structures. La démographie médicale et les difficultés de recrutement de personnels paramédicaux formés à la psychiatrie constituent des facteurs aggravants qui contribuent à cette pénurie de personnels dans certaines régions.

La qualité des soins prodigués à ces personnes souffrant de troubles mentaux est pourtant un enjeu essentiel car elle conditionne grandement les perspectives de réinsertion des détenus à leur sortie de prison. Pour un certain nombre de pathologies, et en particulier les plus lourdes, seule leur prise en charge au sein de structures spécialisées représente un gage de suivi des traitements et de stabilisation des troubles.

Ainsi, les professionnels soignants rencontrés ont fait part de leur scepticisme quant à la qualité de la prise en charge psychiatrique en prison, notamment en l'absence d'injonction de soins. De ce fait, la dangerosité et la capacité à se réinsérer sont des données rarement appréhendées avant la sortie.

3.3 Le pilotage de l'organisation des soins aux détenus doit gagner en clarté et susciter des échanges systématiques et formalisés entre administrations pour améliorer son efficacité.

3.3.1 Améliorer le pilotage national et régional du dispositif de soins aux détenus

A titre liminaire, il faut réaffirmer que la réflexion autour de la prise en charge sanitaire des détenus ne peut être dissociée de la politique pénale au sens large : étant donnée la disponibilité des moyens matériels et humains, la lutte contre la surpopulation carcérale et la recherche de peines alternatives à la détention sont des clés de l'amélioration de la situation sanitaire. Le Conseil de l'Europe rappelle cet objectif : l'emprisonnement

doit être « une sanction ou mesure de dernier recours », et l'extension du parc pénitentiaire « une mesure exceptionnelle ». Les Etats doivent « réduire le recours aux peines de longue durée », « remplacer les courtes peines d'emprisonnement par des sanctions et mesures appliquées dans la communauté », ou encore inciter les magistrats « à recourir aussi largement que possible » aux mesures alternatives, et à dépenaliser, décriminaliser ou requalifier certaines infractions « de façon à éviter [qu'elles] n'appellent des peines privatives de liberté ».

Au-delà de ce rappel, la planification de l'offre de soins aux détenus apparaît encore très en retrait, relativement aux efforts fournis dans ce sens en matière de soins généraux : en particulier les SROS sont généralement indigents en la matière. Malgré le refus parlementaire d'inscrire dans la loi HPST l'obligation de consacrer une partie des SROS à cette question, il semble nécessaire de mieux formaliser une réflexion transversale, que ce soit par un encouragement ministériel fort à faire ce travail au sein des futurs SROS de quatrième génération ou par la création de plan régionaux spécifiques. En tout état de cause, le consensus se fait sur la nécessité d'une vision globale de cette offre de soins à même de susciter le déploiement de moyens cohérents pour les UCSA et les SMPR, mais aussi en matière de soins de spécialités et de prises en charge spécifiques proposées aux sortants, dans le cadre des nouvelles compétences des ARS.

La cohérence du dispositif appelle également un renforcement, réclamé par l'ensemble des acteurs, des structures de coordination existantes ou en cours de mise en place. Si un véritable effort de collaboration a permis d'ajouter aux Commissions de coordination locales des Commission régionales Santé-Justice et une Commission interministérielle Santé-Justice au niveau des directions d'administration centrale, le dialogue entre l'administration pénitentiaire et le système sanitaire demeure fragile. Ces commissions doivent être inscrites dans la loi et surtout dans les pratiques. En particulier les commissions de coordination, prévues par le guide méthodologique, doivent être redynamisées pour que leur fonctionnement régulier devienne la norme et être systématiquement examinées lors des inspections des DRASS.

Entre les établissements pénitentiaires et leurs établissements de santé référents, la coordination ne peut cependant s'envisager que dans le cadre de protocoles complets et actualisés ; or beaucoup sont obsolètes et certains datent de plus de quinze ans. Leur actualisation apparaît indispensable pour en affirmer l'utilité et, par leur truchement, assurer le respect du guide méthodologique. Ils seraient également un support à la

réalisation de projets médicaux pour les UCSA, obligation réglementaire qui n'est respectée que dans 10% des cas.

3.3.2 Clarifier le rôle des structures existantes autour de l'affirmation de priorités de santé publique

Le maintien d'ambiguïtés autour de la répartition des compétences des différents acteurs peut lourdement pénaliser la qualité, voire l'accès aux soins. Il apparaît indispensable de lever ces ambiguïtés : en matière de partage d'information, il convient d'accélérer la réflexion nationale en cours, ou du moins de s'assurer qu'elle permette de déboucher sur la définition claire des informations qui peuvent être communiquées. Et si le secret médical doit être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale (article L 6141-5 du code de la santé publique) il semble primordial de permettre que certaines informations soient accessibles aux travailleurs sociaux chargés du suivi du détenu pendant et après sa peine (secret professionnel partagé). De même, il apparaît indispensable que l'UCSA et le SMPR travaillent sur un dossier patient unique, ce qu'ambitionne le projet de loi pénitentiaire à son article 22.

Au-delà, le dialogue entre les acteurs des prises en charge somatiques et psychiatriques demeure un point faible de la coordination locale. Lors d'un récent séminaire sur la santé mentale en prison, le consensus a été fort sur la nécessité de rapprocher les UCSA et les SMPR, et la légitimité de séparer géographiquement ces lieux de soins fait l'objet d'une contestation grandissante. Il semble judicieux d'appuyer ce mouvement de rapprochement, voire de débattre de l'existence même des SMPR comme structure autonome.

En revanche, la confusion entre les rôles de médecine curative et de médecine légale confiés aux soignants hypothèque fréquemment l'exercice serein du soin en prison et dégrade la relation de confiance entre le médecin et son patient. La nécessité, imposée par le Code de déontologie médicale et déjà identifiée par l'IGAS et l'IGSJ en 2001, de séparer les fonctions de soin et d'expertise au sein des établissements pénitentiaires, est affirmée par le projet de loi pénitentiaire à son article 20 bis. Cette exigence législative doit se traduire par l'affectation de moyens suffisants, notamment en personnels médicaux, à sa mise en œuvre

Les Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) organisées par les établissements pénitentiaires n'ont de sens que si le personnel soignant s'y implique de façon régulière. Devant certaines réticences à s'associer à l'administration pénitentiaire, cette participation est aléatoire. Les établissements et les autorités de santé doivent réaffirmer auprès de leur personnel le rôle central des CPU dans la cohérence de la prise en charge des détenus.

Les extractions demeurent un goulet d'étranglement dans l'accès aux soins : or certaines situations locales font apparaître un partage des responsabilités incertain entre l'administration pénitentiaire, les forces de l'ordre et les établissements de santé. La formalisation par voie de conventions d'un partage clair de ces responsabilités doit être encouragée. Réduire les difficultés liées à l'organisation des extractions doit aussi passer par un encouragement des suspensions de peines et permissions de sortie, ainsi que par une augmentation de l'offre hospitalière de chambres sécurisées.

La préparation à la sortie demeure un point faible du parcours de soin du détenu. Il est nécessaire d'organiser l'indispensable travail en réseau des différents acteurs, en associant au maximum les intervenants extérieurs comme les CSAPA pour les personnes présentant une addiction ou les établissements médico-sociaux comme les EHPAD pour les détenus âgés et les structures adaptées pour les détenus handicapés.

Le suivi du dossier médical, souvent interrompu au moment de la sortie, doit être assuré dans la mesure du possible, tout particulièrement pour les traitements de substitution et les trithérapies, dont l'interruption a les conséquences les plus lourdes. Il appartient aux médecins des UCSA de favoriser au maximum cette transmission, de s'assurer de son caractère systématique et d'anticiper cette période de transition qu'est la sortie par des prescriptions adaptées et des prises de contact avec les médecins traitants.

En gardant à l'esprit l'objectif d'un retour de l'ancien détenu dans le système de soin de droit commun, il faut systématiser la distribution d'informations aux sortants sur leurs droits et les structures de prise en charge qui leur sont accessibles et adaptées, notamment par l'actualisation régulière des listes régionales de ces structures.

En outre, les entretiens ont mis en relief un certain dévoiement du rôle des SPIP, de plus en plus exclusivement centrés sur les fonctions de probation au détriment de leur mission d'insertion. Il est nécessaire de construire un SPIP rénové, en clarifiant les missions des Conseillers d'insertion et de probation, et en renforçant les effectifs afin de leur permettre d'assurer pleinement leur mission de probation mais aussi de prise en charge

sociale. Le SPIP doit demeurer l'interface entre les personnels de la pénitentiaire et les soignants.

Enfin, l'éducation à la santé est un des domaines où le rôle de chacun doit être réaffirmé : le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rappelle que *«c'est un des points forts de la politique de santé en milieu pénitentiaire que de faire bénéficier cette population le plus souvent jeune, fragilisée et ayant eu jusque-là un faible accès aux soins, d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé »*. Or les programmes d'éducation à la santé demeurent largement inappliqués : il faut notamment faciliter les procédures d'appel à projets dans le cadre du PRSP afin que les différentes associations puissent bénéficier de financements pour mener des actions de prévention dans les prisons (Addictions, VIH, VHC, Hépatites, MST, Suicide...). Les UCSA doivent également bénéficier de moyens séparés de l'offre de soins pour les programmes d'éducation de la santé et pouvoir établir un suivi de leur déploiement au niveau national

3.3.3 Réfléchir à la création de nouvelles structures de coordination

Il reste à craindre que les différentes initiatives visant à créer des structures de coordination innovantes pâtissent elles-mêmes du manque d'un pilotage d'ensemble de haut niveau doté de véritables pouvoirs décisionnels et hiérarchiques. A long terme, leur viabilité est menacée. La particularité de la prise en charge des détenus justifie donc la création d'une Direction interministérielle chargée de cette question, et disposant d'une autorité réelle sur les directions ministérielles, notamment la DAP, la DACG, la DPJJ, la DHOS, la DGS et la DSS.

CONCLUSION

Quinze années ont passé depuis le grand bouleversement de la loi de 1994 qui, en mettant un terme nécessaire à la médecine pénitentiaire, a inauguré l'indispensable mais difficile collaboration sur le terrain de deux acteurs publics aux logiques et à la culture radicalement divergentes.

En 2009, ces structures sanitaires ont trouvé leur place au sein de ce monde si particulier qu'est la prison. Personne ne conteste les progrès accomplis, ni la volonté de construire une offre de soin la plus exhaustive possible pour la personne incarcérée. L'enjeu n'est plus de multiplier les structures, mais d'assurer qu'elles constituent un ensemble cohérent. En effet, alors que les outils existent, la prison persiste à mettre en échec la santé publique.

Entre Santé et Justice, la responsabilité est devenue collective, mais la décision ne l'est toujours pas. Le cloisonnement des circuits administratifs est désormais identifié comme l'hypothèque principale à une prise en charge à la hauteur des ambitions sanitaires françaises. C'est dans une démarche de collaboration, voire d'acculturation administrative que doivent s'inscrire désormais les acteurs.

Il est tout à fait encourageant de constater que les deux administrations semblent avoir pris toute la mesure de l'impérieuse nécessité de se parler, et ce à tous les niveaux : au moment où le Ministère de la Santé s'efforce à mettre en place un réseau de référents destinés à épouser l'organisation pénitentiaire, le Ministère de la Justice, au travers de son projet de loi pénitentiaire, adhère pleinement à l'objectif d'un égal accès aux soins. Son article 20 dispose sans ambiguïté que « *La qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dispensées à l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements de santé publics ou privés. [...] L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires. Elle assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques.* »

Si cette conjoncture semble particulièrement à même de fonder un partenariat efficace pour lutter contre la perte de chance du malade détenu, l'ensemble de ces partenaires doivent encore s'approprier ces nouvelles opportunités. Il demeure primordial que ces louables efforts de rapprochement survivent politiquement à leurs auteurs et qu'ils s'accompagnent de la nécessaire réévaluation des moyens déployés.

Bibliographie

- Guy-Pierre CABANEL, *Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, Rapport, 2000
- Olivia CLIGMAN, Laurence GRATIOT, Jean-Christophe HANNOTEAU, *Le droit en prison*, Editions Dalloz, 2001
- Module Interprofessionnel de Santé Publique, *La santé en prison, Objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants*, ENSP 2001
- Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services judiciaires, *L'organisation des soins aux détenus*, Rapport d'évaluation conjoint, 2001
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Télé médecine et Etablissements Pénitentiaires, Etude de faisabilité*, 2001
- Jean-Luc WARSMANN, *Les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation des détenus à la sortie de prison*, Rapport, 2003
- Geneviève GUERIN, *La population carcérale*, Haut Comité de Santé Publique, in ADSP n° 44, 2003
- Ministère de la Santé, Ministère de la protection sociale et Ministère de la Justice, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, 2004
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques *La prise en charge de la santé mentale des détenus*, Etude, 2005
- Conseil Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie de la Santé, *La santé et la médecine en prison*, 2006
- Dominique BERTRAND, Gérard NIVEAU, *Médecine, santé et prison*, Editions Médecine et Hygiène, 2006
- Haut Conseil de la santé publique, *Les politiques régionales de santé publique, Eléments de constat et préconisation dans le contexte de la loi hôpital-patients-santé-territoires*, Rapport, 2008
- Observatoire International des Prisons, *Conditions de détention : les autorités en charge des services pénitentiaires à l'abri des poursuites*, Communiqué, 2009

Liste des annexes

Annexe n°1 : l'état de santé de la population carcérale en région Centre

Les données présentées sont issues d'une enquête déclarative « La santé des détenus », réalisée par l'ORS Centre entre janvier et février 2008, basée sur un questionnaire soumis aux 9 UCSA de la région.

Répartitions des détenus par sexe, âge, niveau d'études

Parmi les 2 089 **hommes** détenus (98,1% du total), la grande majorité (82,4%) est âgée de moins de 45 ans parmi laquelle la classe des 26-35 ans est la plus représentée avec plus du tiers de l'effectif total (34,5%).

Ces détenus sont répartis de façon homogène entre les établissements pénitentiaires régionaux mais **les maisons d'arrêt de Blois, Chartres, le CD de Châteaudun, le CP de Châteauroux et la MC de Saint-Maur accueillent exclusivement des hommes.**

La répartition par tranche d'âge des 39 **femmes** détenues (et qui représentent 1,8% des détenus du Centre) est très similaire à celle des hommes. Là aussi, une grande majorité est âgée de moins de 45 ans. Les détenues sont quant à elles **réparties au sein de 4 des 9 établissements** essentiellement dans les maisons d'arrêt d'Orléans et de Bourges.

En région Centre, **la moyenne d'âge** des détenus **à leur entrée** en détention est d'environ **34 ans**. En maisons d'arrêt, elle est de 32 ans (médiane 30 ans). Les données nationales et régionales sont comparables : l'âge moyen des détenus est peu élevé ; ils sont **plus de 40% à avoir moins de 30 ans.**

Une majorité (63,2%) de la population carcérale du Centre a suivi **une scolarité au-delà de la classe de troisième**. Les détenus n'ayant pas dépassé la classe de quatrième viennent ensuite avec une part de 15,5%. Les personnes illettrées sont minoritaires : 3,1 %.

Profils épidémiologiques selon les établissements :

L'analyse des profils épidémiologiques établis par les médecins des UCSA de la région (tous établissements pénitentiaires confondus) montre, par rapport aux profils épidémiologiques observés dans la population générale : hors détention, une **nette surreprésentation de certaines pathologies** notamment les **pathologies infectieuses (hépatites), les dermatoses, les lombalgies et les troubles du sommeil.**

Ces 3 types d'établissements : **CP, MC et les MA** présentent des **profils épidémiologiques assez similaires** : une **prévalence comparable à celle de la population générale** au niveau des pathologies infectieuses, ophtalmologie, pneumologie, maladies cardio-vasculaires, troubles fonctionnels et cancers, ainsi qu'une surreprésentation des hépatites et dermatoses.

Malgré cette **surreprésentation des dermatoses**, les ETP (Equivalent Temps Plein) des **dermatologues** sont très faibles (MA) voire inexistantes dans les établissements de la région Centre. Il en est de même pour les **problèmes bucco-dentaires** : les présences de dentistes et stomatologues sont très réduites en détention.

Répartition de nombre des consultations des détenus

L'étude de la répartition des types de visites médicales effectuées par les médecins des UCSA auprès des détenus montre qu'une part importante est consacrée au **suivi des détenus placés en quartier disciplinaire ou d'isolement** au centre pénitentiaire et à la maison centrale.

Répartition des extractions selon les établissements, les spécialités

Les soins et examens non praticables en milieu fermé sont effectués dans l'hôpital de rattachement, sous escorte. Le **recours aux différentes spécialités médicales** est de poids **variable** dans le total des extractions **selon les types d'établissements** : si pour le CD, le CP et les maisons d'arrêt la médecine et ses différentes spécialités concernent la majorité des extractions, ce sont les examens qui arrivent en tête des extractions à la MC.

Plus de la moitié des extractions est motivée par le recours à des **spécialités médicales absentes des UCSA** et une grande part (30% du total tous établissements confondus et 43% des extractions en MA) est ensuite motivée par des **examens** nécessitant un plateau technique indisponible en détention. Lorsqu'elles sont destinées à des consultations médicales, les extractions concernent essentiellement les spécialités suivantes : **ophtalmologie, stomatologie et orthopédie**. 16% des extractions concernent une hospitalisation, quel que soit le motif : psychiatrique ou somatique. On a dénombré **52 hospitalisations d'office au cours de l'année 2007 soit 5% des extractions régionales**.

La santé mentale des détenus

Trois types d'auto-agressions peuvent être observés: ce sont en grande majorité des **automutilations** (12% des détenus de la région Centre), ou dans une moindre proportion des **tentatives de suicides** (4,4% des détenus de la région). Sur l'année 2007 a été recensé

un seul suicide. Enfin, les **grèves de la faim et de la soif** ont été entamées par environ 2,4 % des détenus de la région au cours de l'année 2007.

Les détenus souffrant de **troubles psychotiques** représentent 23 % de la population pénitentiaire en France en juin 2007. Les traitements neuroleptiques (qui traitent les symptômes psychotiques en diminuant l'intensité des émotions) prescrits en moyenne sur une semaine dans les établissements pénitentiaires en région Centre concernent 23 % des détenus en maisons d'arrêt (ce qui est équivalent à la moyenne nationale) et 10 % au centre de détention. En maison d'arrêt **1 personne sur 5 souffre de troubles dépressifs ou anxieux**.

Les addictions des détenus

Les détenus en MA sont proportionnellement plus nombreux à recourir aux produits toxiques (alcool, drogue, tabac) que les détenus en MC ou CD. Les UCSA réalisent des campagnes de prévention permettant de limiter le recours aux addictions.

La moyenne globale tous établissements confondus est estimée à **8% des détenus sous Subutex** (Buprénorphine) et **2 fois moins sous Méthadone** en région Centre. Ces deux médicaments sont indiqués dans le cadre du **traitement de substitution de la dépendance aux opiacés** (héroïne, morphine, opium, codéine...).

Le centre pénitentiaire présente un pourcentage élevé par rapport aux autres établissements.

Les dépistages et vaccinations des détenus

En fonction des pathologies concernées (VIH, VHB, VHC, Tuberculose et Syphilis) et des établissements, les modes opératoires pratiqués sont hétérogènes : tous conseillés dans les MA de Chartres et Orléans et à la MC, ils deviennent systématiques pour les MA de Blois, Tours et au CP de Châteauroux. C'est-à-dire qu'à part un refus notifié du patient, le dépistage sera systématiquement pratiqué.

Les virus du VIH et des hépatites B et C font plus souvent l'objet d'un dépistage systématique. Seule la syphilis est obligatoirement dépistée : à la MA de Bourges et au CD de Châteaudun. La réalisation des vaccinations (contre l'hépatite B, le tétanos et la grippe) pratiquées en détention est laissée à l'appréciation du médecin de l'UCSA en fonction des facteurs de risques présentés par le patient.

Les conditions de vie en détention

En 2007, le taux d'occupation régional de 116% est proche du niveau national (115%) mais masque des inégalités selon le type d'établissement. **Les maisons d'arrêt dont plus de la moitié date de 1920 sont les plus surchargées** (127 % de densité carcérale en France contre 160% en région Centre). En région Centre, les maisons d'arrêt d'Orléans et de Tours sont les plus touchées par la surpopulation avec des taux d'occupations respectifs de 223 % et 214 %.

En 2006, la durée moyenne de détention en France était de 8,3 mois. **La majorité des courtes peines infligées en France provoque un renouvellement important des publics en détention et une surpopulation des maisons d'arrêt.**

La violence des détenus

Des agressions à l'intensité variable et des problèmes de cohabitation entre détenus entraînent régulièrement des demandes de changements de cellule qui sont inégales d'un établissement à l'autre : elles sont **beaucoup plus fréquentes en maison d'arrêt** où elles peuvent atteindre 4 à 5 demandes par jour.

L'hygiène de détenus

Le mode de vie en détention, les comportements à risque (toxicomanie, certaines pratiques (tatouages, coiffure à la tondeuse...)), certaines formes de violences ainsi que les conditions d'hygiène individuelle peuvent être favorables à la transmission de pathologies spécifiques du milieu carcéral. L'accès aux **WC** pose lui aussi le problème du respect de l'intimité : si 2 MA ne disposent que de WC sans séparation, les autres établissements tentent de palier ce problème en installant des cloisons ou des tentures. Seul le CSL se distingue des autres établissements avec des WC séparés et individuels.

Ressources médicales et paramédicales disponibles selon les types d'établissements

La présence de ressources médicales en détention varie d'un établissement à l'autre et en fonction des spécialités. **On note tout d'abord la faiblesse des ressources médicales exerçant en prison.** En 2007, un ETP de 0,4 pour un **médecin généraliste pour 100 détenus** est observé dans les maisons d'arrêt et à la maison centrale. Cet ETP est divisé par 2 au centre de détention et au centre pénitentiaire.

Pour les psychologues cette situation est équivalente **pourtant le suivi psychologique/psychiatrique devient indispensable en détention.**

Les temps de présence des dentistes sont 4 fois moindres à ceux des généralistes dans l'ensemble des établissements et rendent difficiles le suivi bucco-dentaire pourtant repéré comme prioritaire parmi les pathologies recensées chez les détenus.

Les **ophtalmologues sont absents des maisons d'arrêt et du centre de détention de Châteaudun** et très peu présents au centre pénitentiaire et à la maison centrale.

Par ailleurs **aucun gynécologue n'intervient dans les maisons d'arrêt** de la région Centre.

La présence d'**infirmiers** est évalué à 1,09 au CP et 1,85 pour les MA. Ce sont les ressources paramédicales les plus représentées en détention et de manière assez homogène selon les établissements. La présence de **dermatologues** est notée dans les MA mais à un ETP très faible et elle est absente de tous les autres établissements.

Conditions d'accès et recours aux soins

Les UCSA y **sont ouverts pendant minimum 9h et maximum 12h** soit une moyenne de 10 heures 30 d'ouverture des UCSA au public, assurée **du lundi au vendredi** dans une plage horaire débutant entre 7h30 et 8h30 selon les établissements et s'achevant entre 17h et 19h. Le week-end est plus contrasté selon les établissements : les détenus peuvent disposer d'une durée de 2h30 à 7h30 d'ouverture d'UCSA selon leur lieu d'hébergement. A noter que si une permanence est assurée par le personnel infirmier pendant les heures d'accueil de l'UCSA, la présence d'un médecin n'est cependant pas systématique.

Durée moyenne d'obtention d'une consultation médicale en interne ou à l'extérieur

Selon les établissements concernés (hors CSL), les détenus doivent **compter, hors urgence, entre quelques heures et 7 jours avant de pouvoir être vus par le médecin de l'UCSA.**

Couverture sociale

Dès leur mise sous écrou les détenus sont **automatiquement affiliés au régime général de la Sécurité sociale** et bénéficient d'une couverture sociale (assurance maladie et maternité) dont peuvent également bénéficier leurs ayants droit. Les **médicaments sont fournis par l'hôpital de rattachement** et les soins médicaux dispensés dans un établissement hospitalier sont intégralement pris en charge, y compris le forfait hospitalier.

Les détenus handicapés

La question de la **prise en charge du handicap physique** demeure. Les établissements pénitentiaires de la région Centre **ne sont pas équipés** pour accueillir ce type de public.

Le secret médical

Le respect du secret médical est **difficile** et n'encourage pas les détenus à se faire dépister, car **la confidentialité** vis-à-vis des codétenus de la cellule ou du surveillant n'est pas assuré. La **distribution des médicaments** s'effectue le plus souvent **devant les codétenus** sauf pour les traitements faisant l'objet de trafic ou les traitements lourds ou encore pour les patients gérant difficilement leur traitement : dans ces cas là, les médicaments sont pris à l'infirmerie de l'UCSA, sous surveillance des personnels médicaux ou paramédicaux.

Les actions de prévention

Seulement 2 des 9 UCSA enquêtées s'investissent dans des **actions de prévention et d'éducation pour la santé**. Elles mobilisent diverses ressources, intérieures et extérieures à l'établissement pénitentiaire dans lequel elles exercent pour **transmettre des informations utiles concernant des thèmes variés** : alimentation, alcool, diabète, bien-être (gestion du stress), addictions (tabac, drogues...), VIH/SIDA, hépatites, maladies cardio-vasculaires, secourisme...Les **supports et méthodes utilisés sont variables** : groupes de parole et d'échanges, exposés oraux ou affichages, concerts...et attirent souvent de nombreux détenus.

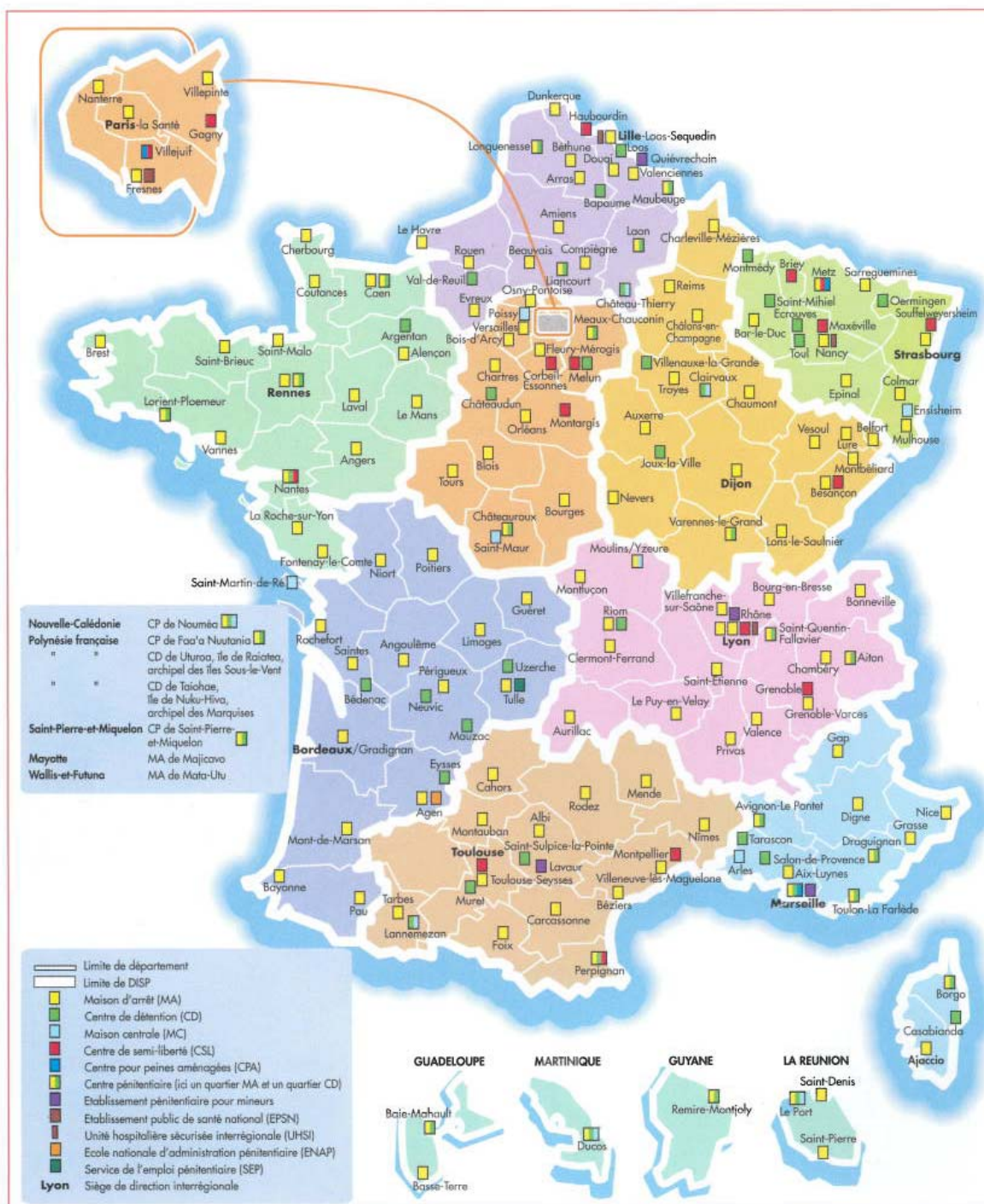
L'impact de **ces actions préventives** est difficile à évaluer mais leur intérêt est certain car elles **sont un des moyens potentiels pour amener le patient vers une prise de conscience** et ainsi **l'encourager à mieux s'occuper de sa propre santé** (suivi thérapeutique, couverture sociale, choix d'un médecin traitant...).

Parmi les moyens dont disposent les UCSA pour limiter les risques, on note notamment la mise à disposition gratuite et en libre service de **préservatifs**.

Le problème de la **cohabitation imposée entre fumeurs et non fumeurs** se pose également car aucun des établissements de la région Centre ne dispose de cellules «non fumeurs». Aussi, lorsque l'inhalation de la fumée risque de provoquer ou d'aggraver des problèmes respiratoires, l'UCSA peut obtenir un changement de cellule pour que le détenu ne soit plus exposé au tabagisme passif mais **aucune disposition réglementaire ne prévoit de préserver ou de regrouper au sein de cellules sans tabac les personnes non fumeuses**. Le nécessaire compatibilité entre l'impératif de sécurité pénitentiaire et les objectifs de prévention amènent les UCSA à s'orienter davantage vers l'aide au sevrage

des toxicomanies et la prise en charge de l'addiction en **restreignant la mise à disposition de seringues à usage unique.**

192 établissements pénitentiaires



Septembre 2007

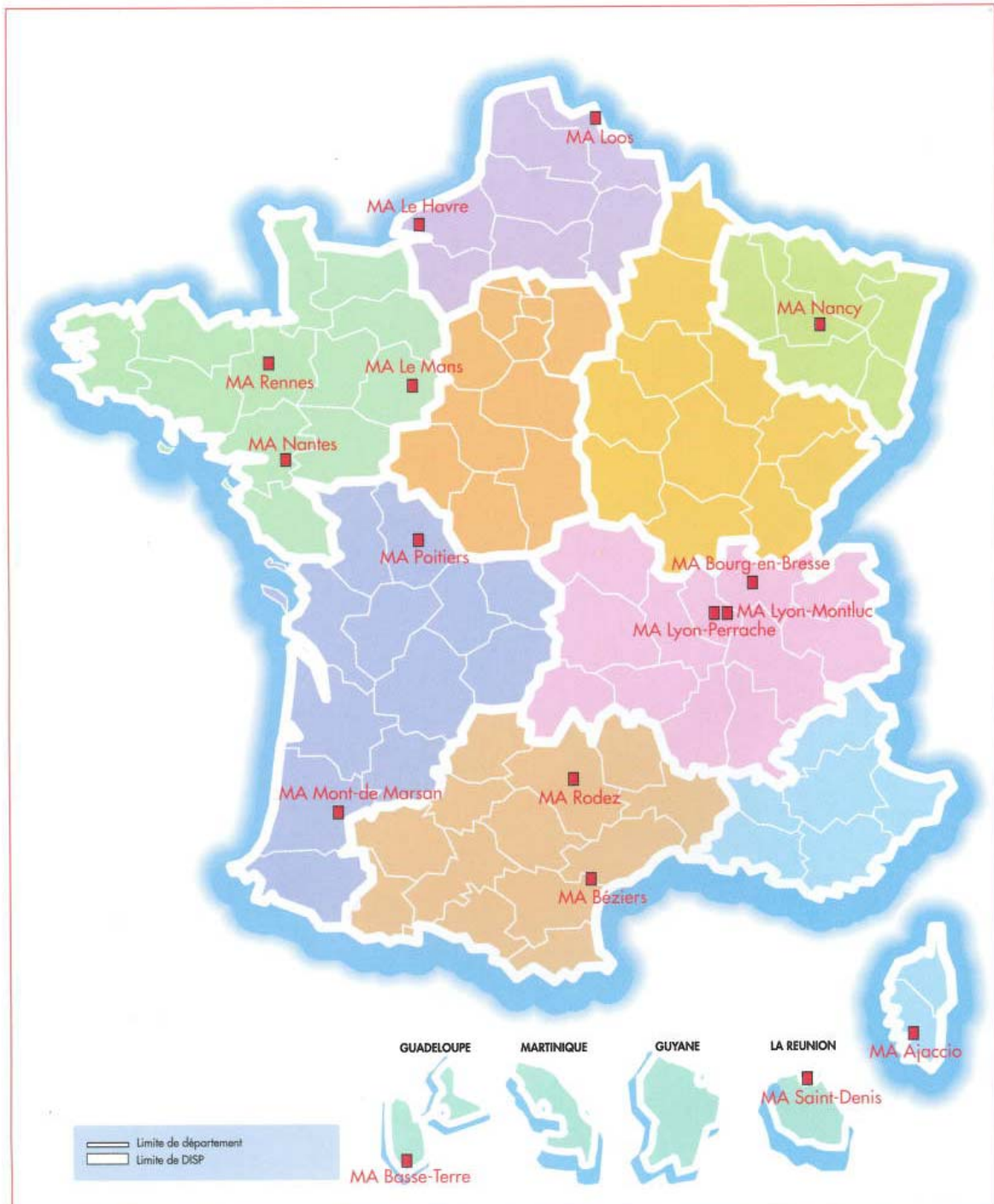


MINISTÈRE DE LA JUSTICE

103 services pénitentiaires d'insertion et de probation

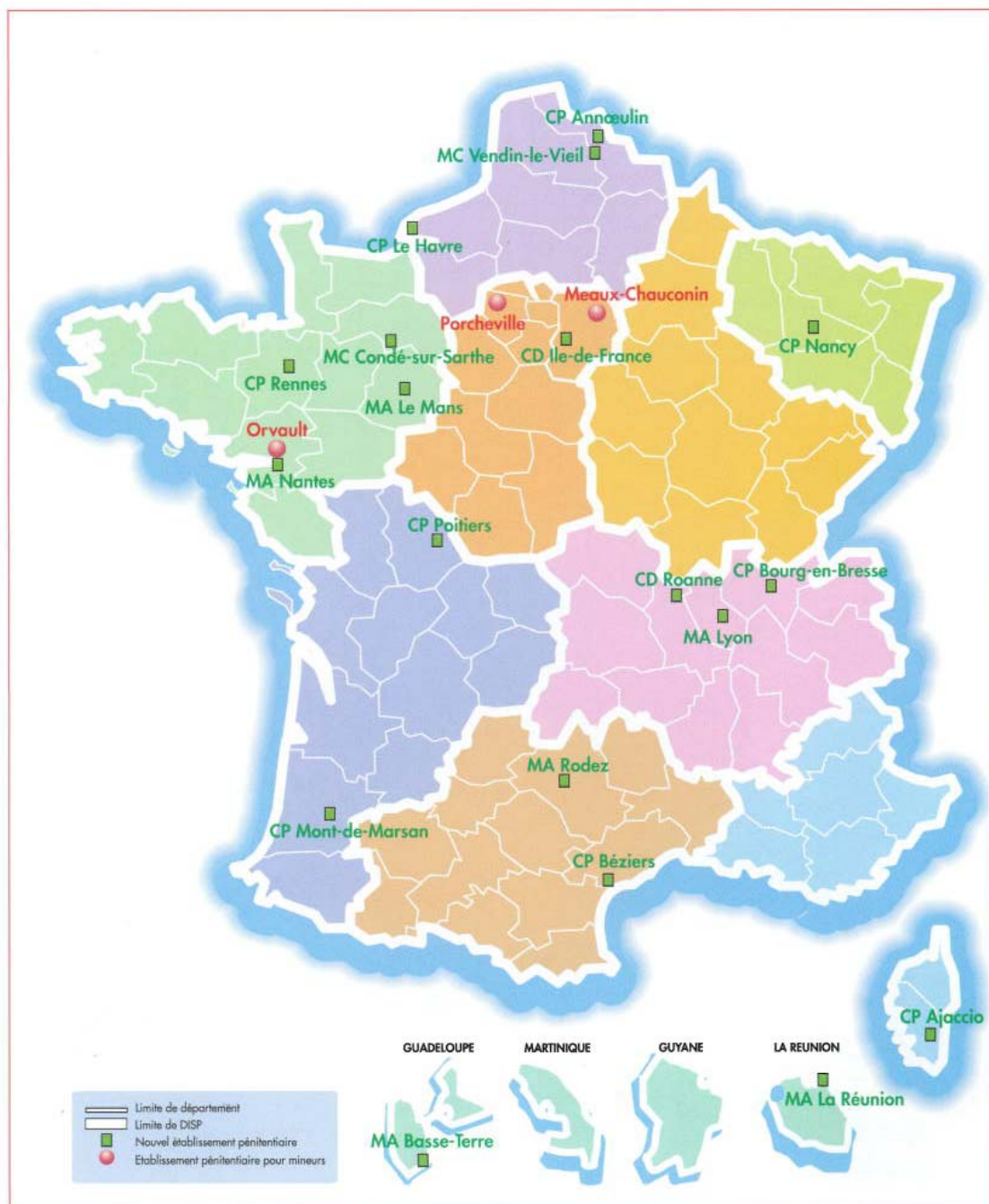


16 fermetures d'établissements "actées"

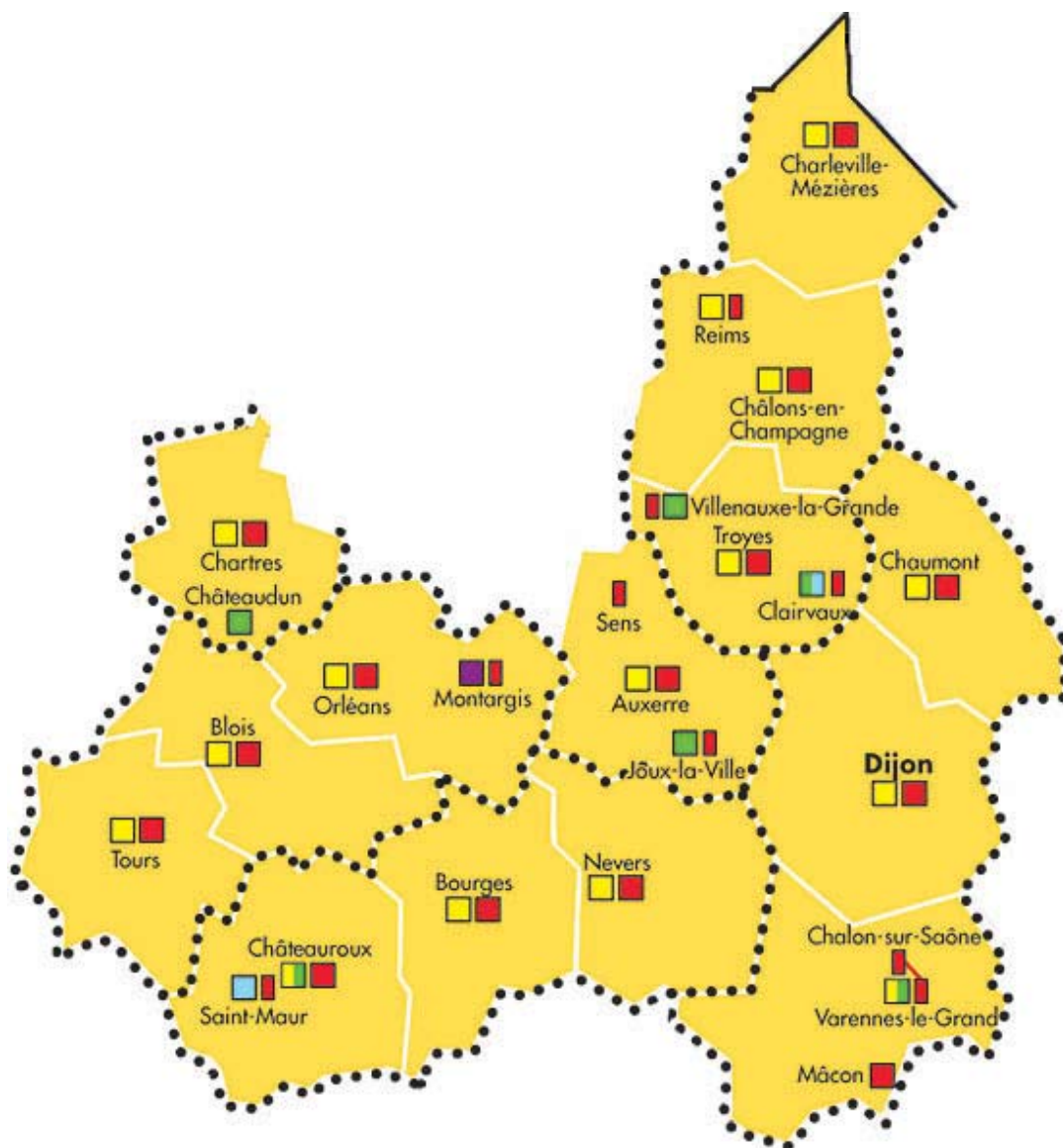


www.prison.justice.gouv.fr

22 ouvertures d'établissements pénitentiaires d'ici 2010



Annexe n°6: carte des établissements pénitentiaires de l'interrégion pénitentiaire Dijon-Centre



—	Limite de direction interrégionale des services pénitentiaires	●●	Limite de ressort de cour d'appel
—	Limite départementale administrative		
■	Maison d'arrêt (MA)	■	Centre de détention (CD)
■	Centre pénitentiaire (ici un quartier MA et un quartier SL)		
■	Maison centrale (MC)	■	Centre de semi-liberté (CSL)
■	Centre pour peines aménagées (CPA)		
■	Établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM)		
■	Siège de service pénitentiaire d'insertion et de probation		
■	Antenne de service pénitentiaire d'insertion et de probation		

Annexe n° 7 : Sommaire du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues



Liberté . Égalité . Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé
et de la protection sociale

Ministère de la justice

GUIDE METHODOLOGIQUE
RELATIF A LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE
DES PERSONNES DETENUES

Septembre 2004

Chapitre I.....	9
Le dispositif de soins somatiques et les actions de prévention.....	9
I-1 - Missions de l'établissement de santé chargé des soins somatiques.....	9
I-1.1 - Les soins en milieu pénitentiaire.....	9
I-1.2 - L'accueil et la prise en charge hospitalière.....	10
I-1.3 - La préparation du suivi médical après la détention.....	10
I-1.4 - Les actions de prévention.....	10
I-2 - Organisation des soins aux personnes détenues.....	11
I-2.1 - L'organisation des soins en milieu pénitentiaire : l'unité de consultations et de soins ambulatoires.....	11
I-2.1.1 - Statut et organisation de l'UCSA.....	11
I-2.1.2 - L'équipe pluridisciplinaire.....	11
I-2.1.2.1 - Le personnel médical.....	12
I-2.1.2.2 - Le personnel soignant.....	13
I-2.1.2.3 - Les manipulateurs d'électroradiologie et les masseurs kinésithérapeutes.....	13
I-2.1.2.4 - Le personnel des services de pharmacie.....	14
I-2.1.2.5 - Le personnel administratif.....	14
I-2.1.2.6 - Le personnel d'entretien.....	14
I-2.1.3 - Les locaux, les règles d'hygiène et les équipements nécessaires au fonctionnement de l'UCSA.....	14
I-2.2 - Organisation des soins en milieu hospitalier : consultations spécialisées et hospitalisations.....	16
I-2.2.1 - Les consultations spécialisées en milieu hospitalier.....	16
I-2.2.2 - Les hospitalisations en rapport avec une affection somatique.....	16
I-2.2.2.1 - Les hospitalisations urgentes ou de très courte durée.....	17
I-2.2.2.2 - Les hospitalisations dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).....	18
I-2.2.2.3 - L'hospitalisation des femmes enceintes.....	18
I-2.2.2.4 - Cas particuliers : personnes détenues appartenant aux forces armées et personnes détenues autorisées à être hospitalisées en établissement de santé privé.....	18
I-2.2.3 - Les interruptions volontaires de grossesse.....	19
I-3 - Prestations délivrées par l'UCSA.....	19
I-3.1 - Les prestations de médecine générale.....	20
I-3.1.1 - Les aspects médicaux.....	20
I-3.1.1.2 - Les consultations spécifiques en milieu pénitentiaire.....	21
I-3.1.1.2.1 - L'examen médical approfondi d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté (art. R. 711-16-1° du CSP et D. 381 a) du CPP).....	21
I-3.1.1.2.2 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier d'isolement (art. D. 283-1 et D. 381 c) du CPP).....	22
I-3.1.1.2.3 - Les visites aux personnes détenues placées au quartier disciplinaire (art. D. 251-4, 251-8 et D. 381 b) du CPP).....	22
I-3.1.1.2.4 - La prise en charge des personnes détenues grévistes de la faim et/ou de la soif (art. D. 364 du CPP).....	23
I-3.1.1.2.5 - Les moyens de contrainte utilisés par l'administration pénitentiaire "en cas de fureur ou de violence grave" (art. D. 283-3 du CPP).....	23
I-3.1.2 - Les aspects infirmiers.....	24

I-3.2 - La réponse aux urgences en dehors des heures de présence médicale à l'UCSA	24
I-3.3 - Les soins dentaires	26
I-3.4 - Les consultations spécialisées	26
I-3.5 – Soins fréquents ne nécessitant pas d'hospitalisation	27
I-3.6 - Les autres prestations	27
I-3.6.1 - La fourniture et la dispensation des médicaments et des produits pharmaceutiques	27
I-3.6.2 - La réalisation des examens de laboratoire et de radiologie	27
I-3.6.3 - La prescription et la fourniture des appareillages et des prothèses	28
I-3.6.4 - La prescription des transports sanitaires	28
I-3.6.5 - Les interventions en matière d'hygiène et de prophylaxie des maladies transmissibles dans l'établissement pénitentiaire	29
I-3.7 - Le traitement des déchets d'activités de soins	29
I-4 - Les actions de prévention	30
I-4.1 - La coordination des actions de dépistage	30
I-4.1.1 - Le dépistage obligatoire de la tuberculose	31
I-4.1.2 - Les autres actions de dépistages	32
I-4.2 - La réduction des risques : mise à disposition d'outils de prévention et accès au traitement post-exposition au VIH	34
I-4.3 - L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'éducation pour la santé	35
I-4.4 - La mise en œuvre d'actions de prévention ou de prise en charge en tabacologie	36
Chapitre II	38
Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues	38
II-1- Les besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire	38
II-1.1- Données relatives à la santé mentale de la population pénale	39
II-1.1.1- Santé mentale des entrants en prison	39
II-1.1.2 - Les caractéristiques psychiatriques des personnes détenues prises en charge par les SMPR	40
II-1.2 - Les addictions	40
II-1.3 - La fréquence élevée du nombre de suicides et les facteurs de risque	41
II-1.4 - Les auteurs d'infractions à caractère sexuel	41
II-2 - Organisation des soins psychiatriques et réponse aux besoins de santé mentale des personnes détenues	41
II-2.1 - Les prestations de prévention et de soins nécessaires	42
II-2.1.1 - Les actions de prévention en santé mentale	44
II-2.1.1.1 - L'entretien d'accueil et la demande de soins	44
II-2.1.1.2 - Les autres actions de prévention	44
II-2.1.2 - Les soins ambulatoires et les prises en charge à temps partiel	44
II-2.1.3 - L'hospitalisation	45
II-2.2 - La réponse assurée par le dispositif actuel	45
II-2.2.1 - Les soins ambulatoires et à temps partiel en milieu pénitentiaire	46
II-2.2.1.1 - Le SMPR	46
II-2.2.1.2 - Les antennes des SMPR	47
II-2.2.1.3 - Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile	47
II-2.2.1.4 - L'adaptation du régime de détention	47
II-2.2.2 - L'hospitalisation	48
II-2.2.2.1 - Hospitalisation en SMPR	48

II-2.2.2.2 - Hospitalisation d'office en établissement habilité.....	50
II-2.2.2.3 - Recours aux unités pour malades difficiles (UMD).....	50
II-2.2.2.4 - Application des règlements pénitentiaires.....	50
II-2.2.2.5 - Les règles applicables aux gardes, aux escortes et au transport.....	51
II-2.3 - Les limites du dispositif actuel.....	52
II-2.4 - Les perspectives d'évolution et leur mise en œuvre.....	52
II-2.4.1 - L'amélioration de la coordination des acteurs impliqués dans la santé mentale des personnes détenues.....	53
II-2.4.1.1 - Un travail en réseau des professionnels de la psychiatrie.....	53
II-2.4.1.2 - L'articulation avec les UCSA et les autres intervenants sanitaires ou sociaux dans une optique de prise en charge globale.....	54
II-2.4.1.3 - La collaboration avec les personnels pénitentiaires dans le cadre de la promotion de la santé mentale en milieu pénitentiaire.....	54
II-2.4.1.4 - L'articulation entre les personnels des UCSA, ceux des SMPR ou ceux des équipes de psychiatrie intervenant en établissement pénitentiaire.....	55
II-2.4.2 - L'intensification et la diversification des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.....	55
II-2.4.3 - L'hospitalisation à temps complet en établissement de santé.....	56
II-2.4.4 - L'amélioration de la prise en charge pluri-professionnelle des personnes présentant des troubles ou des risques sur-représentés en milieu pénitentiaire et nécessitant une attention particulière.....	56
II-2.4.4.1 - Le développement de la prévention du suicide.....	57
II-2.4.4.1.1 - Le repérage de la crise suicidaire.....	58
II-2.4.4.1.2 - La prise en charge des personnes détenues en crise suicidaire.....	59
II-2.4.4.1.3 - La postvention ou mieux limiter les conséquences d'un passage à l'acte suicidaire.....	60
II-2.4.4.2 - La prise en charge des addictions.....	61
II-2.4.4.2.1 - Le repérage systématique de toutes les situations d'abus et de dépendance par la mise en place d'un outil d'appréciation de la dépendance et de l'abus.....	61
II-2.4.4.2.2 - Diversification des prises en charge.....	61
II-2.4.4.2.3 - Proposition d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.....	62
II-2.4.4.2.4 - Développer la prévention.....	62
II-2.4.4.2.5 - Préparation à la sortie.....	63
II-2.4.4.3 - Les auteurs d'infractions sexuelles.....	63
Chapitre III.....	67
Les soins en milieu pénitentiaire : organisation, articulations et droit des malades.....	67
III-1 - Principes généraux de l'exercice médical en milieu pénitentiaire.....	67
III-1.1 - Les spécificités liées au contexte pénitentiaire.....	67
III-1.1.1 - L'habilitation et l'autorisation d'accès des personnels sanitaires.....	68
III-1.1.1.1 - La procédure d'habilitation (art. R. 79, 22° et D. 386 à 388 du CPP).....	68
III-1.1.1.2 - La suspension et le retrait d'habilitation.....	69
III-1.1.1.3 - L'autorisation d'accès (art. D. 389 à D. 390-1 du CPP).....	69
III-1.1.2 - Les modalités de fonctionnement et les impératifs de sécurité inhérents au milieu pénitentiaire.....	70
III-1.1.2.1 - Les règles de sécurité à respecter.....	70
III-1.1.2.2 - La sécurité des personnels sanitaires.....	

dans l'établissement pénitentiaire et dans les locaux mis à leur disposition.....	71
III-1.1.2.3 - La sécurité lors des hospitalisations et des consultations en milieu hospitalier	71
III-1.1.2.4 - Situations particulières	72
III-1.2 - Les règles de déontologie et d'éthique	72
III-1.2.1- Le secret professionnel.....	72
III-1.2.1.1 - Le secret professionnel dans le cadre des relations du personnel soignant avec les autorités judiciaires et pénitentiaires.....	72
III-1.2.1.2 - Le secret professionnel à l'occasion de la mise en œuvre de mesures de prophylaxie.....	73
III-1.2.2 - Les attestations et les certificats médicaux.....	73
III-1.2.2.1 - Les attestations délivrées à la demande de la personne détenue (art. D. 382 du CPP)	73
III-1.2.2.1.1- Certificats ou attestations relatifs à la législation du travail et des maladies professionnelles	73
III-1.2.2.1.2 - Attestations relatives à des situations particulières	74
III-1.2.2.2 - Les attestations délivrées et les avis émis à la demande des autorités pénitentiaires	75
III-1.2.2.3 - Les avis adressés aux autorités pénitentiaires à l'initiative du médecin	75
III-1.2.2.4 - Documents médicaux entrant dans le cadre de l'article 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France	76
III-1.3 - Droits des patients détenus	76
III-1.3.1 - Principes de la prise en charge sanitaire.....	77
III-1.3.2 – Information des personnes détenues et expression de leur volonté.....	77
III-1.3.2.1 - Principes généraux (art. L. 1111.1 à L. 1111.7 du CSP et art. 35 et 36 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale).....	77
III-1.3.2.1.1 - La personne de confiance	77
III-1.3.2.1.2 - Droit à l'information (art. L. 1111-2 du CSP).....	78
III-1.3.2.1.3 - Le consentement (art. L. 1111-4 du CSP).....	78
III-1.3.2.1.4 - Le refus de soins (art. L. 1111-4 du CSP).....	78
III-1.3.2.1.5 - Les précautions à prendre pour enregistrer l'accord ou le refus.....	78
III-1.3.2.1.6 - Cas de la personne hors d'état d'exprimer sa volonté (art. L. 1111-6 du CSP).....	78
III-1.3.2.2 - Situation des mineurs et des majeurs sous tutelle	79
III-1.3.2.2.1- Le droit à l'information des titulaires de l'autorité parentale et des tuteurs.....	79
III-1.3.2.2.2 - L'information et la participation des mineurs et des majeurs sous tutelle aux décisions médicales les concernant (article L. 1111-2 du CSP).....	79
III-1.3.2.2.3 - Le consentement.....	79
III-1.3.2.2.4 - Le refus de soins du ou des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur (art. L. 1111-4 du CSP).....	79
III-1.3.2.2.5 - Le refus du mineur d'accepter la consultation du titulaire de l'autorité parentale (art. L. 1111-5 du CSP).....	79
III-1.3.2.3 - Cas particulier des personnes détenues en grève de la faim et/ou de la soif (art. D. 364 du CPP)	80
III-1.3.3 - Participation aux recherches biomédicales (art. D. 363 du CPP).....	80

III-1.3.4 - Le don d'organes.....	80
III-1.3.6 - Adaptation des conditions matérielles de détention à l'état de santé de la personne détenue.....	81
III-1.3.6.1 - Modification ou aménagement du régime pénitentiaire.....	81
III-1.3.6.2 - Transfert pour raisons de santé.....	81
III-1.3.6.3 - La prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées.....	82
III-1.3.7 - Mesures d'aménagement de la peine et grâce présidentielle.....	84
III-1.3.7.1 - Le fractionnement et la suspension de peine (art. 132-27 du CPP et art. 720-1 et 720-2 du CPP).....	84
III-1.3.7.2 - La permission de sortir (art. 723-3 et D.143 à D.146 CPP).....	86
III-1.3.7.3 - Le placement à l'extérieur sans surveillance (art. D.136 du CPP).....	86
III-1.3.7.4 - La semi-liberté (art. 132-25 et 132-26 du Code pénal ; art. 723, 723-1, D.49-1, D.137, D.138 du CPP).....	86
III-1.3.7.5 - Le placement sous surveillance électronique (art. 723-7 à 723-14 du CPP).....	87
III-1.3.7.6 - La libération conditionnelle (art. 729, 729-3, D.525 du CPP).....	87
III-1.3.7.7 - La grâce présidentielle (art. 133-7 du Code pénal).....	88
III-1.3.8 - Droits des personnes détenues hospitalisées (art. D. 395 du CPP).....	88
III-1.3.8.1 - Suivi de la situation pénale.....	88
III-1.3.8.2 - Relations avec l'extérieur.....	88
III-1.3.8.2.1 - Hospitalisation pour motif somatique.....	88
III-1.3.8.2.2 - Hospitalisation pour motif psychiatrique : l'hospitalisation d'office.....	89
III-1.3.9 - Information relative à l'état de santé.....	89
III-1.3.9.1 - La prescription des médicaments.....	89
III-1.3.9.2 - Les attestations, les avis et les certificats médicaux.....	89
III-1.3.9.3 - L'accès au dossier médical.....	90
III-1.3.9.3.1 - Les principes.....	90
III-1.3.9.3.2 - La procédure.....	90
III-1.3.9.3.3 - Les mineurs ou les majeurs protégés.....	91
III-1.3.9.3.4 - Les personnes détenues décédées.....	92
III-1.3.9.4 - Le carnet de santé.....	92
III-1.4 - L'articulation des missions des personnels sanitaires et pénitentiaires.....	92
III-1.4.1 - Rôle des personnels pénitentiaires par rapport à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.....	93
III-1.4.2 - La concertation institutionnelle.....	94
III-1.4.3 - Les procédures à formaliser.....	95
III-1.4.4 - Le contrôle effectué par la commission de surveillance.....	95
III-2 - Coordination et spécificités des pratiques en milieu pénitentiaire.....	95
III-2.1 - Le dossier médical de la personne détenue (art. L. 1111-7 et R. 1111-2-1 à R. 1112-9 du CSP et art. D. 375 du CPP).....	96
III-2.1.1 - Contenu et gestion.....	96
III-2.1.2 - Communication du dossier médical à des praticiens extérieurs.....	96
III-2.1.3 - Préservation de la confidentialité des informations médicales à l'occasion des transfèrements et des extractions.....	97
III-2.1.4 - Archivage.....	97
III-2.1.5 - Traitement des informations médicales.....	97
III-2.2 - La prescription, la dispensation et l'administration des médicaments.....	98
III-2.2.1 - La prescription des médicaments.....	98
III-2.2.2 - la dispensation et l'administration des médicaments.....	98

III-2.2.3 - La détention des médicaments en cellule	99
III-2.3 - La continuité des soins et des traitements	99
III-2.3.1 - A l'entrée en détention	99
III-2.3.2 - Lors des transferts	100
III-2.3.3 - L'organisation du suivi médical après la libération	100
III-2.4 - Le rapport annuel d'activité	101
III-2.5 - Une réflexion régionale	101
III-3 - Formation des personnels	102
III-3.1 - Personnels sanitaires	102
III-3.1.1 - Formation initiale	102
III-3.1.2 - Adaptation à l'emploi	102
III-3.2 - Personnels pénitentiaires	102
III-3.2.1 - Formation initiale	102
III-3.2.2 - Formation continue et adaptation à l'emploi	103
III-3.3 - Formations continues pluri-professionnelles	103
Chapitre IV	105
La protection sociale et les modalités financières de prise en charge des personnes détenues	105
IV-1 – La protection sociale des personnes détenues	105
IV-1.1- Le champ d'application	105
IV-1.2 - L'affiliation-immatriculation des personnes détenues au régime général	106
IV-1.2.1 - La date d'effet de l'affiliation	106
IV-1.2.2 - Les modalités d'affiliation	106
IV-1.2.2.1 - L'instruction du dossier par l'établissement pénitentiaire	106
IV-1.2.2.2 - La procédure d'affiliation des personnes détenues au régime général par la caisse	107
IV-1.2.2.3 - Le transfert des personnes détenues	107
IV-1.2.2.4 - Elaboration de l'information destinée aux personnes détenues	108
IV-1.2.3 - La fin de l'affiliation	108
IV-1.2.3.1 - Cas général	108
IV-1.2.3.2 - Libération des personnes détenues en situation irrégulière	108
IV-1.3 - L'ouverture du droit aux prestations du régime général et les modalités d'accès aux soins des personnes détenues	109
IV-1.3.1 - Généralités	109
IV-1.3.2 - Modalités d'accès aux soins en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier	110
IV-1.3.3 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues en permission de sortir, en placement extérieur ou en semi-liberté	111
IV-1.3.4 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues étrangères en situation irrégulière en permission de sortir, en placement extérieur ou en semi-liberté	111
IV-1.3.5 - Modalités d'accès aux soins des personnes détenues évadées	111
IV-1.4 - Le financement du dispositif	112
IV-1.4.1 - Les modalités de calcul de la cotisation	112
IV-1.4.2 - Les modalités de versement à l'ACOSS	112
IV-1.5 - La protection complémentaire en matière de santé (CMUC)	113
IV-1.5.1 - Généralités	113
IV-1.5.2 - Contenu de la prise en charge	113
IV-1.5.3 - Déclenchement de la demande	114
IV-1.5.4 - Modalités de service de la prestation	115

IV-1.5.4.1 - Organisme servant la prestation.....	115
IV-1.5.4.2 - Documents nécessaires pour justifier du droit à la CMUC.....	115
IV-1.5.5 - Libération de la personne détenue.....	115
IV-2 – Les modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes détenues	116
IV-2 -1 Le cadre budgétaire et comptable hospitalier.....	116
IV-2.2 - Les modalités de financement des soins aux personnes détenues par l'assurance maladie.....	117
IV-2.2.1 - Les dépenses de soins somatiques et psychiatriques.....	117
IV-2.2.2 - Les équipements médicaux et non médicaux au sein de l'UCSA	117
IV-2.2.3- Les transports sanitaires	117
IV-2.2.4 - Les appareillages et prothèses.....	118
IV-2.2.4.1 - La définition de l'appareillage, des produits et des prestations.....	118
IV-2.2.4.2 - La prise en charge des produits et des prestations	119
IV-2.2.4.3 - La prise en charge des produits et des prestations dans le cadre des consultations externes en milieu hospitalier	119
IV-2.2.4.4 - La prise en charge de l'appareillage prescrit par l'établissement hospitalier en milieu pénitentiaire	119
IV-2.2.5 - Le dépistage par les CDAG du VIH ou d'autres maladies transmissibles	119
IV-2.2.6 - Les modalités d'identification des patients et la détermination de la cotisation à la charge de l'administration pénitentiaire	119
IV-2.3 - Les dépenses non financées par l'assurance maladie	120
IV-2.3.1 - Les frais de transport et de déplacement.....	120
IV-2.3.2 - Le ticket modérateur et le forfait journalier	120
IV-2.3.3 - Cas particuliers: le forfait hospitalier en SMPR et les dépassements sur les prothèses.....	121
IV-2.3.3.1 - Le forfait hospitalier en SMPR.....	121
IV-2.3.3.2 - Les dépassements sur les prothèses.....	121
IV-2.3.3.3 - Le financement de l'aménagement des locaux mis à disposition des équipes hospitalières.....	122
IV-2.4 - le financement des actions de prévention et d'éducation pour la santé par les conseils généraux.....	122
TABLE DES ANNEXES.....	124
ANNEXES (A à L) – Textes et sigles.....	126

Article 2

Le service public pénitentiaire, assuré par l'administration pénitentiaire sous l'autorité du garde des sceaux, ministre de la justice, reçoit le concours des autres services de l'Etat et des collectivités territoriales notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la formation professionnelle et des activités culturelles et sportives. Les associations et autres personnes publiques ou privées contribuent à l'exécution du service public pénitentiaire.

Les fonctions de direction, de surveillance et de greffe des établissements pénitentiaires sont assurées par l'administration pénitentiaire. Les autres fonctions peuvent être confiées à des personnes de droit public ou privé bénéficiant d'une habilitation dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

Section 5
De la santé

Article 20 A (nouveau)

L'administration pénitentiaire et les personnels soignants garantissent le droit au secret médical des détenus ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique.

Article 20

La prise en charge de la santé des détenus est assurée par le service public hospitalier dans les conditions régies par le code de la santé publique.

[]

La qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dispensées à l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements de santé publics ou privés.

L'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention.

L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires.

Elle assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques.

Article 20 bis (nouveau)

Un acte dénué de lien avec les soins, la préservation de la santé du détenu ou les expertises médicales ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral.

Article 21

Doivent être titulaires d'un permis de visite les autorisant à s'entretenir avec les détenus, hors de la présence du personnel pénitentiaire :

Article 33

I. - L'article 132-25 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque la juridiction de jugement prononce une peine égale ou inférieure à deux ans d'emprisonnement, elle peut décider que cette peine sera exécutée sous le régime de la semi-liberté à l'égard du condamné qui justifie :

« 1° Soit de l'exercice d'une activité professionnelle, d'un stage ou d'un emploi temporaire ou de son assiduité à un enseignement, à la recherche d'un emploi ou à une formation professionnelle ;

« 2° Soit de sa participation essentielle à la vie de sa famille ;

« 3° Soit de la nécessité de suivre un traitement médical ;

« 4° Soit de tout autre projet sérieux d'insertion ou de réinsertion.

Article 44

I. - A l'article 720-1, les mots : « un an » sont remplacés par les mots : « deux ans ».

II. - Le deuxième alinéa de l'article 720-1-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, en cas d'urgence, lorsque le pronostic vital est engagé, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant. »

Article 47

L'article 729 est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « Les condamnés ayant à subir une ou plusieurs peines privatives de liberté peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle lorsqu'ils justifient :

« 1° Soit de l'exercice d'une activité professionnelle ou de leur assiduité à un enseignement, à une formation professionnelle, à un stage ou à un emploi temporaire ;

« 2° Soit de leur participation essentielle à la vie de famille ;

« 3° Soit de la nécessité de suivre un traitement médical ;

Annexe n° 9 : Exemple de grille d'entretien

Grille d'entretien	Entretien n°1 Directeur d'établissement pénitentiaire	Entretien n°2 IDE UCSA
ENTREE : PREMIERE VISITE MEDICALE	<p>Dans les 48h de l'arrivée, le plus souvent le jour même dans le cas des arrivées avant midi. La consultation est effectuée par un médecin généraliste, un psychiatre peut être sollicité en fonction des cas. Les détenus arrivant dans ce centre de détention ont le plus souvent été incarcérés dans un autre lieu avant d'intégrer, ils sont donc déjà suivis d'un point de vue médical.</p> <p>Au cours de la 2^{ème} semaine de présence du détenu une visite du service de psychiatrie est organisée</p>	<p>Consultation effectuée dans les premières 48h par le médecin de l'UCSA</p>
BILAN DE SANTE	<p>Le dossier médical suit le détenu, il a donc pas de bilan particulier à son arrivée sauf si nécessaire c'est le médecin qui décide</p>	<p>C'est fonction du besoin et du suivi du détenu, il n'y a pas de bilan systématique mais un suivi personnalisé</p>
DOSSIER MEDICAL	<p>Il est à l'UCSA, seul les personnels médicaux et paramédicaux y ont accès. La nuit et en dehors de la présence des soignants les samedis et dimanches après midi, en cas d'urgence médicale, le Directeur du centre de détention, dispose au coffre, d'une clef pour avoir accès au dossier médical et dans ce cas le remet au SMUR.</p> <p>Les surveillants n'ont pas d'accès aux dossiers ni aux diagnostics.</p>	<p>Le dossier médical est rangé au sein de l'UCSA le personnel pénitentiaire n'y a pas accès.</p> <p>Le personnel est tenu au secret médical et à la discrétion.</p> <p>Lors des soins, les détenus sont seul avec le médecin, psychologue ou avec l'infirmière...</p>
INFORMATION DELIVREE	<p>Un livret d'accueil est remis à l'arrivée de chaque détenu, deux pages décrivent le dispositif UCSA et psychiatrie de donnent les modalités de recours</p>	<p>Pas de plaquette ni de document particulier, il dispose du livret d'accueil du centre de détention</p>

<p>INFORMATION SUR L'ORGANISATION DES SOINS ET L'ASPECT PREVENTION</p>	<p>Livret d'accueil Des intervenants des alcooliques anonymes peuvent intervenir via le SPIP</p>	<p>Informations lors des consultations, pas de prévention ou d'éducation collective ni systématique par contre des actions individualisées sont menées par les IDE, médecins... Des préservatifs et des plaquettes d'info sont à disposition en salle d'attente de l'UCSA et dans les salles de soins</p>
<p>PROTECTION SOCIALE (CMUC)</p>	<p>Pas de problème particulier, ils ont la CMU et CMUC</p>	
<p>SOINS : COMMENT PROCEDER POUR OBTENIR UNE CONSULTATION</p>	<p>Une demande écrite doit être effectuée le matin. Si urgence le détenu informe le chef de bâtiment qui sollicite les soignants ou le SAMU. Un surveillant spécifique a la charge de tous les mouvements de détenus en interne vers l'UCSA</p>	<p>Par un système de mot, les surveillants relèvent le courrier, les IDE dépouillent et hiérarchisent les demandes, puis organisent les réponses soit une consultation soit une prescription selon les protocoles en vigueur (mal de dents...) Les courriers sont vus chaque jour les IDE sont présentes tous les jours sauf les samedis et dimanches après midi</p>
<p>CONSULTATIONS SPECIALISEES (ophtalmo, dermato, gynéco, dentiste...)</p>	<p>Un généraliste temps plein et des vacations de spécialistes : dentistes (2) spécialiste des maladies infectieuses (1 jour/mois) un dermatologue (1/2j/mois) une gynécologue (1/2j/mois) un kiné et une opticienne 2 psychiatres, 1 IDE Psy et 4 psychologues, un addictologue</p>	<p>Equipe de l'UCSA : 1 cadre IDE, 4 IDE, 1 préparateur en pharmacie, 2 secrétaires médicales</p>
<p>DELAI d'ATTENTE</p>	<p>Si demande avant 12h vu dans la journée par le généraliste. En cas de consultation spécialisée il faut attendre la venue du spécialiste ou une extraction est organisée. C'est le médecin généraliste qui coordonne les besoins en consultations spécialisées, la pénitenciaire assure le transport si besoin</p>	<p>Pas d'attente pour le généraliste, 1 fois par mois pour les autres spécialités</p>

INFORMATION (dépliant) ET CONSENTEMENT ECLAIRE	Recueil par les soignants.	Pas de dépliant, effectué par les IDE pour le dossier d'anesthésie par exemple ou examens
ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS SUR L'ETS	24h/24h assurée soit par l'UCSA soit via le 15 et des conventions avec des généralistes du secteur. Fonctionne très bien, pas de difficultés : Le 15 adresse un généraliste en cas de besoin comme pour le reste de la population	Présence du médecin de 10h à 12h et de 14h à 17h des IDE de 8h à 18h sauf week-end et jour fériés de 9h à 12h. En dehors de cette présence, appel au 15 pour obtenir un médecin de garde En 2007 14700 passages à l'UCSA, en moyenne un détenu a accès à une consultation ou à une visite à l'infirmerie 25 fois dans l'année
PROCEDURE D'EXTRACTION DES PERSONNES DETENUES VERS L'HOPITAL	Effectuée par la pénitenciaire Cf Document sur les hospitalisations et consultations en 2007 : 564 extractions médicales 70 détenus ont fait l'objet d'une hospitalisation en MCO 24 ont été hospitalisés en HO	Pas de difficultés
FORMATION DES DIFFERENTS ACTEURS	Les surveillants : AFPS et ACMO	Les soignants, formation individuelle en fonction du plan de formation de l'hôpital et des besoins des IDE
REFERENTS	Un surveillant spécifique pour l'UCSA	idem
SUIVI : BILANS MEDICAUX REGULIERS	1 radio des poumons par an	Chaque détenu ayant une pathologie chronique bénéficie d'une surveillance adaptée
- DEPISTAGE: o VIH/ o VHB/VHC o IST/MST / o TUBERCULOSE o ADDICTIONS o CANCER	Les dépistages sont souvent effectués avant leur arrivée en maison d'arrêt. Les détenus peuvent refuser, les surveillants essaient alors de convaincre	Une IDE détachée sur les dépistages et un infectiologue Dépistage cancer femme avec la gynécologue, 1 visite pour chaque entrante

URGENCE : QUEL DISPOSITIF PREVU ?	L'UCSA gère les urgences à défaut appel au 15 Deux DSA sont disponible dans le centre de détention, les surveillants sont formés	Appel aux IDE qui jugent si elles appellent le médecin ou le 15 en dehors de leur présence appel au 15
PROTOCOLE SIGNE ENTRE LES ETS HOSPITALIERS ET PENITENTIAIRES	Oui	
UNE GARDE MEDICALE EST ELLE INSTAUREE (si oui pour quelle raison)	Oui	idem
ASTREINTE MEDICALE	Oui, via le 15 éventuellement	idem
MATERIELS MIS A DISPOSITION (personnels formés ?)	DSA, personnel formé	UCSA dispose du matériel du CH
RADIO PULMONAIRE	1radio /an	1 radio pulmonaire à l'arrivée sauf si présence d'une dans le dossier, puis selon indication du médecin
PRISE EN CHARGE PARTICULIERE : MATERNITE	Suivi par l'UCSA puis transfert en fin de grossesse	Transfert dès que possible
MINEURS	Sans objet	

PSYCHIATRIE	2 psychiatres consultation à la demande Possibilité de transfert vers les SMPR ou d'hospitalisation en HO	Une équipe : 2 psychiatres, 1 IDE Psy et 4 psychologues, un addictologue
PERSONNES AGEES – HANDICAPEES – DEPENDANTES	Réelle difficulté, tentative de convention avec une association d'aide à domicile, résistance du conseil régional. Pas de prise en compte par les élus de la dépendance en prison, patient de 84 ans, une femme Alzheimer . Il n'est pas du rôle des surveillants d'assurer les changes, la toilette... parfois ils sont amenés à le faire	C'est un problème, les IDE de l'UCSA ne prennent pas en charge les problèmes de dépendance.
GREVE DE LA FAIM	Déclaration écrite transmise à l'UCSA, visite médicale. Grève faim et soif, visite médicale au début et au 3 ^{ème} jour, transfert à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes si poursuite	Déclaration écrite, visite des IDE, prise du poids de la tension revu à 7 jours Grève soif et faim vu chaque jour
SORTIE : SUPPORT D'INFORMATION SUR LES RELAIS SANITAIRES ET SOCIAUX	Dossier médical ne sort pas. Le détenu sort avec son traitement pour plusieurs jours le temps pour lui de contacter son médecin ou un spécialiste	Relais par le médecin La SPIP qui s'occupe le plus de la sortie, pas de fiche de liaison IDE Accès du détenu à son dossier possible par demande écrite et régulé par le généraliste
CONTACTS AVEC LE MEDECIN TRAITANT : SUIVI MEDICAL		Uniquement en cas de besoin contact pris par le généraliste
TRAITEMENT MEDICAL ET ORDONNANCE	Oui si besoin	
SUSPENSION DE PEINE POUR RAISONS MEDICALES	Demande 3 expertises et décision du juge d'application des peines, très difficile à obtenir : fin de vie, cancer important (1 cas pour qui il ne restait que 3 mois à vivre)	Très rare

INFORMATION / PREVENTION GESTION DES CRISES SANITAIRES	Exercice prévu pour la grippe aviaire, dispose de masque. Pb pour la grippe A ? Iode à disposition à cause de la centrale nucléaire toute proche DDASS disponible et aidante	
--	---	--

Feuille méthodologique

1. L'organisation du travail :

1.1 Le travail préalable aux entretiens :

Le groupe, dès sa formation, a tenté de mettre en commun l'ensemble des questions liées au sujet afin de commencer à délimiter un champ d'étude. Ce travail a été long du fait de la largesse du sujet de départ. En outre ce travail de délimitation du sujet constituait un préalable nécessaire avant d'envisager la constitution des grilles d'entretiens qui serviraient à questionner les acteurs de terrain.

Une fois dégagée une pré-problématique, et annoncé les grandes lignes du plan, le groupe s'est lancé sur la rédaction des grilles d'entretien. Celles-ci, étant donnée la diversité des visites programmées, devaient être les plus simples et les plus complètes possibles. Ainsi, après un travail difficile d'agencement des questions, il s'est dégagé deux grilles d'entretiens types, qui serviraient de base aux visites programmées :

- Une grille d'entretien pour les acteurs au sein des établissements pénitentiaires : fondée sur le parcours de soins d'un détenu (cf. Annexe n°9)
- Une grille d'entretien pour les acteurs stratégiques du domaine de la santé des détenus.

1.2 La conduite des entretiens :

Ce travail préalable était d'autant plus nécessaire que les entretiens, pour la plupart programmés à l'avance par Karine BREHAUX, commençaient dès le troisième jour du Module Interprofessionnel de Santé Publique. Nous avons défini un calendrier prévisionnel des entretiens, en affectant à chaque visite un binôme d'élèves. Il nous semblait plus judicieux, en effet, de réaliser les visites par deux.

La conduite des entretiens se voulait la plus libre possible. En effet, la présence des grilles constituait un support nécessaire mais non suffisant, il s'agissait aussi de s'engager dans une discussion plus informelle avec les acteurs.

1.3 La mise en commun et le travail en ateliers :

Entre les entretiens, le plan du rapport s'est progressivement affiné, ce qui a permis de découper par grandes thématiques les axes de travail. L'ensemble des participants a mis en commun les synthèses de leurs visites à distance afin que chacune de ces thématiques soit alimentée par les constats de terrain.

Une fois la majorité des entretiens passés, le groupe s'est divisé en ateliers, correspondant chacun à une partie du plan du rapport. Le document final a donc été alimenté progressivement par les productions de chaque membre du groupe. Ces éléments ont fait l'objet par la suite d'une uniformisation par des membres référents « mise en page et relecture ».

L'ensemble du groupe s'est réuni régulièrement, dans les derniers jours du Module Interprofessionnel, afin de travailler à la cohérence et aux liens logiques entre les productions de chaque atelier. Ces réunions de groupe ont permis de mettre en place une vraie démarche de réflexion collective et évolutive.

2. Les difficultés rencontrées

Le Thème n°15 avait pour particularités la conjonction de deux difficultés d'ordre pratique qui ont eu de réelles conséquences sur la méthodologie de travail du groupe :

- Il s'agit tout d'abord des caractéristiques du milieu carcéral, qui ont rendu parfois difficile l'accès aux acteurs de terrain. Le contexte social des établissements pénitentiaires au moment des entretiens a contribué également à ces difficultés.
- Il s'agit ensuite et surtout du point de vue de départ du Thème n°15 qui était de s'intéresser plus particulièrement à la Région Pénitentiaire Champagne-Ardenne, Bourgogne, Centre. En effet, les entretiens se sont dès lors organisés géographiquement très loin de Rennes. Chaque participants ayant fait un déplacement dans la région pénitentiaire, cela a rendu nécessairement difficile la communication des informations entre les participants, et limité les réunions entre eux. De ce fait, il a fallu très rapidement organiser le travail au début du Module Interprofessionnel, et réaliser un important travail collectif d'homogénéisation en fin de Module Interprofessionnel.