



EHESP

Filière : **Inspecteur de l'Action Sanitaire
et Sociale**

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **mars 2009**

**L'implantation d'un centre
pénitentiaire dans le département des
Landes : quelle organisation
sanitaire pour répondre aux besoins
des détenus ?**

Marie BESSON

Remerciements

Je tiens à remercier Madame PERRIN, directrice des affaires sanitaires et sociales de la DDASS des Landes, ainsi que l'équipe de direction, pour leur accueil lors de mon stage.

Je remercie Monsieur CHASLES, inspecteur et maître de stage, pour l'écoute et la disponibilité dont il a fait preuve jusqu'aux derniers jours précédant le rendu de ce mémoire.

Je remercie également le service Politiques de Santé Régionalisées, pour son accueil lors du stage.

Je tiens à remercier toutes les personnes rencontrées lors des entretiens, pour m'avoir permis de découvrir « derrière les murs » le fonctionnement d'un système jusque-là inconnu, et pour m'avoir fait partager leur volonté d'améliorer le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Enfin, je remercie les personnes qui ont accepté de relire ce mémoire et m'ont apporté leurs conseils avisés.

Sommaire

Introduction	1
1 La spécificité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues : répondre à une double exigence de soins et de sécurité.....	5
1.1 Les détenus : une population caractérisée par une prise en charge en milieu fermé et des besoins de santé spécifiques	5
1.1.1 La population pénale : un public pris en charge en milieu fermé.....	5
1.1.2 La population pénale : un public aux besoins de santé spécifiques	10
1.2 Une prise de conscience progressive de la nécessité d'une prise en charge sanitaire spécifique des détenus.....	13
1.2.1 L'émergence d'une problématique de santé publique en faveur des personnes détenues.....	13
1.2.2 La réforme de 1994 : le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier.....	15
1.2.3 L'approfondissement récent des avancées introduites par la réforme de 1994 ..	18
1.3 L'architecture actuelle de l'offre de soins aux détenus : une prise en charge organisée selon le degré d'urgence et la nature de la pathologie ...	20
1.3.1 L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires : l'hôpital dans la prison comme premier palier de la prise en charge	20
1.3.2 Les consultations spécialisées et les hospitalisations somatiques : la prison à l'hôpital	22
1.3.3 La réforme en cours de la prise en charge psychiatrique des détenus	24
2 Analyse de l'adéquation de l'offre sanitaire avec les besoins liés à l'implantation du centre pénitentiaire montois	27
2.1 Une capacité d'accueil suffisante au sein des unités d'hospitalisation existantes	27
2.1.1 L'extension de la capacité des chambres sécurisées du centre hospitalier de proximité : une initiative locale fructueuse.....	27
2.1.2 La capacité de l'UHSI de répondre à l'augmentation de la population carcérale dans l'inter-région pénitentiaire	31
2.2 Une insuffisance notable en matière de prévention et de prise en charge psychiatrique.....	34

2.2.1	La prévention et l'éducation pour la santé : les oubliées de la prise en charge sanitaire des personnes détenues	34
2.2.2	L'UHSA : des inquiétudes quant à la qualité de la prise en charge.....	37
2.3	La persistance de certaines incertitudes	39
2.3.1	Les incertitudes relatives aux moyens de fonctionnement de l'UCSA	39
2.3.2	Quelle prise en charge des détenus en perte d'autonomie ?	42
3	Plan d'action et pistes d'amélioration	45
3.1	Plan d'action pour améliorer la qualité des soins aux détenus du centre pénitentiaire	45
3.1.1	Renforcer la mission de prévention et d'éducation pour la santé.....	45
3.1.2	Améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus.....	47
3.1.3	Penser la prise en charge des détenus âgés	49
3.2	Agir en faveur d'une prise en charge globale des détenus.....	51
3.2.1	Anticiper les incidences des interventions médico-judiciaires de nature psychiatrique	51
3.2.2	L'extension de la prise en charge à l'après-prison : l'exemple des détenus toxicomanes	54
3.2.3	Réduire les délais de prise en charge	56
3.3	Le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale	58
3.3.1	Un rôle en apparence limité.....	58
3.3.2	Une place à prendre dans le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues.....	59
	Conclusion	61
	Bibliographie.....	63
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés
ACOSS :	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ACT :	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACTP :	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AGGIR :	Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
AMOTMJ :	Agence de Maîtrise d'Ouvrage de Travaux du Ministère de la Justice
ANPAA :	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA :	Aide Personnalisée d'Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide Soignant
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
BOP :	Budget Opérationnel de Programme
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS :	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIP :	Conseillers d'Insertion et de Probation
CISIH :	Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CMPR :	Centre Médico-Psychologique Régional
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CMUC :	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CP :	Code Pénal
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP :	Code de Procédure Pénale
CSP :	Code de la Santé Publique
CSS :	Code de la Sécurité Sociale
CSST :	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DAF :	Dotation Annuelle de Fonctionnement
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRSP :	Direction Régionale des Services Pénitentiaires

ENAP :	École Nationale de l'Administration Pénitentiaire
EPSM :	Établissement Public de Santé Mentale
EPSNF :	Établissement Public de Santé National de Fresnes
ETP :	Équivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso-Ressources
GRSP :	Groupement Régional de Santé Publique
HCSP :	Haut Comité de Santé Publique
HDT :	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HLM :	Habitation à Loyer Modéré
HO :	Hospitalisation d'Office
IASS :	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ :	Inspection Générale des Services Judiciaires
JAP :	Juge de l'Application des Peines
MIG :	Mission d'Intérêt Général
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MST :	Maladies Sexuellement Transmissibles
OIP :	Observatoire International des Prisons
PGFP :	Plan Global de Financement Pluriannuel
PRSP :	Plan Régional de Santé Publique
SAU :	Service d'Accueil et des Urgences
SDIS :	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMPR :	Service Médico-Psychologique Régional
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SPIP :	Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
SREPS :	Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifification À l'Activité
TGI :	Tribunal de Grande Instance
UCSA :	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UHSA :	Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée
UHSI :	Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale
UMD :	Unité pour Malades Difficiles
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VSAV :	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

Introduction

« Une société solidaire régie par un État de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux hommes et aux femmes privés de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants ». Telle est la philosophie qui préside aujourd'hui l'organisation des soins aux détenus, rappelée par le Haut Comité de la Santé Publique¹.

L'ouverture d'un centre pénitentiaire d'une capacité d'accueil de 690 places à Mont-de-Marsan est l'objet de la présente étude. La ville a été choisie afin de desserrer et rénover le parc pénitentiaire du Sud Ouest. Cette construction s'inscrit dans le cadre de la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice², qui se traduit notamment par un programme immobilier de construction de 13 200 places de détention supplémentaires. La construction du centre pénitentiaire a été confiée à l'Agence de Maîtrise d'Ouvrage de Travaux du Ministère de la Justice³. L'ouverture du centre pénitentiaire a conduit à la fermeture de la maison d'arrêt, créée en 1832, dont la capacité d'accueil est de 87 détenus.

Le site de Pémégan, site d'implantation du nouveau centre pénitentiaire, a été proposé par la commune en 2002. Il est situé à 4,5 kilomètres de Mont-de-Marsan, la surface du terrain est de seize hectares et celle du centre pénitentiaire d'environ 3 500 m².

Une phase de programmation a débuté en 2003 et un concours a été lancé en 2004 auprès de cinq équipes de candidats pour la réalisation du projet de construction⁴. À l'automne 2005 le projet a été présenté localement en présence de l'architecte, de l'entreprise, des élus locaux et de l'ensemble des partenaires institutionnels. Les travaux de construction ont débuté en juin 2006, le centre pénitentiaire ayant ouvert en décembre 2008.

¹ Haut Comité de la Santé Publique, *Santé en milieu carcéral*, janvier 1993, p. 21.

² Loi n° 2002-1138, qui poursuit quatre objectifs : améliorer l'efficacité de la justice, se donner les moyens de mieux exécuter les décisions pénales, traiter plus efficacement la délinquance des mineurs et donner de nouveaux droits aux victimes en leur permettant de mieux organiser la défense de leurs intérêts.

³ L'AMOTMJ est un établissement public administratif sous tutelle du ministère de la justice. Elle a pour mission de construire, rénover et réhabiliter les palais de justice et les établissements pénitentiaires.

⁴ Sur proposition du jury, c'est le groupement constitué des architectes Huidobro / C+H+ / A5 et de l'entreprise DV Construction (groupe Bouygues) qui a été choisi.

Pour tenter de répondre au mieux aux besoins sanitaires des détenus, la Préfecture des Landes, la DDASS et le centre hospitalier de Mont-de-Marsan ont réfléchi, en lien avec l'administration pénitentiaire et les forces de police et de gendarmerie, à l'organisation de la prise en charge sanitaire des futurs détenus. Un comité de pilotage a été institué, sous la présidence du Préfet du département. Il a réuni les services déconcentrés de l'État : la DDASS, la police, la gendarmerie, les services de l'administration pénitentiaire, l'inspection académique... Étaient aussi représentés la mairie de Mont-de-Marsan pour les volets logement social et scolarisation élémentaire des familles des personnels pénitentiaires, le Conseil Général et le Conseil Régional pour la scolarisation en collèges et lycées, l'office d'HLM⁵ landais, ou encore le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS). Le comité visait à coordonner l'action des différents acteurs locaux, afin d'anticiper au mieux toutes les incidences de l'implantation du centre pénitentiaire dans le département.

Le sujet de ce mémoire concerne les incidences sanitaires de cette implantation. Il présente un intérêt certain pour l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) qui, en services déconcentrés, met en œuvre les politiques publiques. C'est un domaine où il peut exercer ses compétences de planification, de conduite de projet et d'allocation de ressources afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins des personnes détenues. L'inspecteur doit en outre travailler sur plusieurs plans : en interne avec le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP), au niveau local aux côtés du centre hospitalier et au niveau régional en lien avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) dans le cadre de l'allocation de ressources. L'IASS a également un important travail de coordination à mener avec les services de l'administration pénitentiaire et les représentants des forces de police et de gendarmerie dans le département.

Dès mon stage d'observation à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) des Landes, j'ai été amenée à assister à des réunions de travail entre les différents acteurs précités. Me trouvant ainsi au cœur de cette problématique, il m'a paru intéressant d'étudier de façon plus approfondie **la question de la pertinence de l'organisation sanitaire retenue dans le département des Landes au regard des besoins de santé des personnes détenues.**

Il s'agit d'un sujet complexe, qui regroupe la prévention, les soins primaires, les consultations spécialisées, les hospitalisations, dans le champ somatique et psychique.

⁵ Habitation à Loyer Modéré.

De plus, la notion de sécurité complexifie l'organisation de cette prise en charge. Lorsque les détenus se rendent en consultation à l'hôpital, il faut à la fois prévenir les troubles de l'ordre public en évitant toute évasion, mais aussi protéger le personnel soignant et les patients contre d'éventuelles agressions. Ces dernières exigences sont rendues plus prégnantes encore car le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan va accueillir, dans sa partie centre de détention, des terroristes basques, afin d'assurer leur regroupement. Enfin, il s'agit d'un système organisé par l'administration pénitentiaire, encadré par de nombreux textes législatifs et réglementaires, qui ne laisse que très peu de marge d'adaptation au niveau local.

La prise en charge sanitaire des personnes détenues pose de nombreuses questions. Comment, en amont, cerner précisément les besoins des personnes détenues ? Comment concevoir l'organisation et le fonctionnement de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) du centre pénitentiaire ? Les réponses seront-elles adaptées, que ce soit en terme quantitatif (nombre de places d'hospitalisation suffisantes) ou qualitatif (qualité de la prise en charge) ? Comment concilier objectif de soins et logique de sécurité ? Tous les volets de la prise en charge seront-ils bien pris en compte (prévention, soins primaires, consultations somatiques, hospitalisations psychiatriques) ? Enfin, quelle sera l'influence du contexte actuel (lois récentes sur la prévention de la récidive, vague de suicides en prison, réforme récente sur la refonte du dispositif des hospitalisations psychiatriques des détenus, etc) ?

Afin de répondre à ces questionnements et de mener à bien cette étude, j'ai tout d'abord réalisé une importante **recherche documentaire**. Cela m'a permis de cerner le dispositif de prise en charge sanitaire des détenus, de recueillir des données récentes relatives à leur état de santé lorsqu'ils entrent en prison et de comprendre le fonctionnement et les logiques sous-jacentes de ce dispositif. Il convient toutefois de souligner les limites de cette analyse puisque les données et études relatives aux détenus français sont souvent incomplètes et toujours éparpillées, ce qui rend leur accès difficile.

J'ai ensuite mené des **entretiens** au niveau local mais aussi au niveau régional. Les premiers m'ont permis d'affiner mes recherches préliminaires et de préciser les difficultés qui se présentaient au plan local et les solutions que les acteurs locaux (qu'il s'agisse des soignants comme de l'administration pénitentiaire) entendaient mettre en œuvre pour les surmonter. Les entretiens menés au plan régional m'ont quant à eux permis d'appréhender le dispositif de prise en charge sanitaire des détenus dans sa globalité, puisque tout un volet de cette prise en charge est régionalisé. Cela m'a également permis d'établir des comparaisons avec la maison d'arrêt de Gradignan (en Gironde), qui

accueille un nombre de détenus similaires à celui du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan. J'ai ainsi pu évaluer la pertinence des dispositifs que les acteurs montois entendaient mettre en place en comparaison avec ceux existant dans un département de la même inter-région pénitentiaire⁶.

J'ai mené au total six entretiens avec cinq interlocuteurs différents⁷, la plupart ayant été suivis de la visite des locaux.

Localement, je me suis entretenue à deux reprises avec la responsable de l'UCSA de l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan et responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire. J'ai également rencontré l'ancien directeur de la maison d'arrêt de Mont-de-Marsan, actuel chef de la détention du centre pénitentiaire. Enfin, j'ai rencontré la psychologue de l'association La Source, qui vise la réinsertion des toxicomanes et mène des actions de prévention auprès des détenus.

Au niveau régional, je me suis entretenue avec le médecin responsable de l'UCSA de la maison d'arrêt de Gradignan et un médecin de l'Unité d'Hospitalisation et de Soins Interrégionale (UHSI) de Bordeaux.

J'ai par ailleurs pris contact avec les UHSI de Fresnes et de Marseille, afin de connaître le nombre de leurs lits à vocation nationale et interrégionale.

Mon stage à la DDASS des Landes m'a en parallèle permis d'assister à plusieurs réunions organisées entre l'administration pénitentiaire, le centre hospitalier de Mont-de-Marsan et la Préfecture, pour suivre ainsi, sous tous leurs aspects, les avancées et incertitudes relatives à l'ouverture prochaine du centre pénitentiaire.

La synthèse de ces différents entretiens et recherches peut être exposée autour de trois axes de réflexion.

En premier lieu, je mettrai en avant la spécificité du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues (1). J'ai estimé que cela nécessitait un développement à part entière, afin de mettre en avant les particularités de la population carcérale, qui appelle des modalités de prise en charge spécifiques.

En deuxième lieu, je présenterai les constats tirés de l'analyse menée sur le terrain, afin de pointer les aspects du dispositif qui fonctionnent et ceux qui posent de réelles difficultés, au plan local et régional (2).

Enfin, je développerai un plan d'action et des axes de réflexion visant à mieux adapter l'organisation et le fonctionnement du dispositif de prise en charge sanitaire aux besoins des détenus du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan (3).

⁶ Cf annexe I : carte de l'inter-région pénitentiaire du Sud-Ouest.

⁷ Cf annexe V : liste de personnes interrogées et annexe VI : thèmes abordés lors des entretiens.

1 La spécificité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues : répondre à une double exigence de soins et de sécurité

Cette première partie vise à poser le cadre général relatif à l'offre de soins aux personnes détenues. Je vais présenter les spécificités de la population carcérale (1.1), avant de retracer les évolutions de la prise en charge sanitaire de cette population (1.2) et d'en exposer l'architecture actuelle (1.3).

1.1 Les détenus : une population caractérisée par une prise en charge en milieu fermé et des besoins de santé spécifiques

Dans un premier temps je vais présenter l'organisation du système pénitentiaire (1.1.1), puis j'exposerai les principales caractéristiques de santé de la population pénale (1.1.2).

1.1.1 La population pénale : un public pris en charge en milieu fermé

Je vais dresser ici un panorama succinct de l'administration pénitentiaire : son organisation, les différents types d'établissements pénitentiaires (A). Il conviendra ensuite de donner quelques définitions et données nationales (B), avant de présenter en chiffres les données relatives aux détenus de l'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest (C).

A) Brève présentation de l'administration pénitentiaire

Depuis 1911, la Direction de l'Administration Pénitentiaire constitue l'une des cinq directions du ministère de la Justice⁸. Le service public pénitentiaire a une double mission. Il participe à l'exécution des décisions et sentences pénales ainsi qu'au maintien de la sécurité publique, et il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire.

L'administration pénitentiaire se compose d'une administration centrale, de services déconcentrés (directions interrégionales, établissements pénitentiaires, services pénitentiaires d'insertion et de probation), d'un service à compétence nationale et d'un établissement public administratif⁹.

⁸ Les quatre autres directions du ministère de la Justice sont : la Direction des Services Judiciaires, la Direction des Affaires Civiles et du Sceau, la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces et la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

⁹ ÉNAP : École Nationale de l'Administration Pénitentiaire, qui forme tous les personnels pénitentiaires.

Il y a neuf directions pénitentiaires interrégionales (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse) et une mission des départements et territoires d'outre-mer. Les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) et les différents établissements pénitentiaires sont sous l'autorité hiérarchique des directions interrégionales précitées.

Les SPIP sont au nombre de 103, un par département. Institués par le décret du 13 avril 1999¹⁰, ils mènent des actions en milieu ouvert et en milieu fermé.

Le terme de milieu ouvert regroupe l'ensemble des mesures alternatives à l'incarcération qui visent à assurer l'exécution de la décision judiciaire en favorisant la réinsertion et en prévenant la récidive. Une personne faisant l'objet d'une telle mesure sera placée sous le contrôle du Juge de l'Application des Peines (JAP) et suivie par un SPIP. Une telle mesure peut être décidée dès le jugement (mesures pré-sententielles de contrôle judiciaire), lors du jugement (peines de sursis avec mise à l'épreuve), ou encore suite aux modalités d'exécution de la peine d'emprisonnement (mesures de semi-liberté).

Les SPIP regroupent l'ensemble des travailleurs sociaux – les Conseillers d'Insertion et de Probation (CIP) – et des moyens nécessaires à l'exercice de leur mission. Selon l'article D. 460 du Code de Procédure Pénale (CPP) : « *Auprès de chaque établissement pénitentiaire, le service pénitentiaire d'insertion et de probation a pour mission de participer à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus, de favoriser le maintien des liens sociaux et familiaux et de les aider à préparer leur réinsertion sociale* ». L'article D. 461 précise qu'il : « *est chargé de rechercher les moyens propres à favoriser l'individualisation de la situation pénale des détenus, notamment dans le cadre des orientations données par le juge de l'application des peines* ».

B) Définitions¹¹ et données nationales.

On désigne sous le terme de **population pénale** toutes les personnes placées sous main de justice. Il s'agit ainsi de la population carcérale et des personnes prises en charge en milieu ouvert.

La **population carcérale** désigne à la fois les prévenus et les condamnés.

Selon l'article 50 du CPP, « *Sont désignées (...) par le mot détenus, les personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. Sont désignés par le mot condamnés, uniquement les condamnés ayant fait l'objet d'une*

¹⁰ Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation.

¹¹ Cf annexe VII : glossaire.

décision ayant acquis le caractère définitif (...). Sont indistinctement désignés par le mot prévenus, tous les détenus qui sont sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive au sens précisé ci-dessus, c'est-à-dire aussi bien les personnes mises en examen, les prévenus, et les accusés, que les condamnés ayant formé opposition, appel ou pourvoi. »

Au 1^{er} janvier 2008 il y avait au total 64 003 personnes écrouées en France : 61 076 détenus et 2 927 personnes écrouées non hébergées. En outre, 149 000 personnes étaient suivies en milieu ouvert. Plus précisément, il y avait à cette date 47 206 condamnés et 16 797 prévenus. Les publics pris en charge par l'administration pénitentiaire ont au total augmenté de 3,2% entre 2007 et 2008¹².

La distinction précitée entre prévenus et condamnés est l'un des éléments déterminant le type d'établissement d'incarcération. D'autres critères sont également pris en compte, tels que le sexe, l'âge, la situation pénale ou l'état de santé.

Ainsi, **les maisons d'arrêt et les quartiers de maison d'arrêt** reçoivent les prévenus, les condamnés dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an et les condamnés non définitifs (en attente d'une décision d'appel ou de cassation)¹³. Elles seront en 2008 au nombre de 116, avec l'ouverture d'une nouvelle maison d'arrêt à Lyon.

Les établissements pour peine reçoivent les condamnés à une peine de plus d'un an. Ils peuvent revêtir différentes formes.

- Les centres de détention, qui accueillent des détenus considérés comme les moins dangereux et qui présentent de bonnes perspectives de réinsertion.
- Les maisons centrales, qui reçoivent les condamnés à de longues peines ou les détenus considérés comme les plus difficiles en termes comportemental ou de dangerosité.
- Les centres pénitentiaires, qui sont des établissements mixtes, c'est-à-dire comportant au moins deux régimes de détention différents. Ainsi le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan comprend un centre de détention et une maison d'arrêt.

Au nombre de 73 en 2007, les établissements pour peine seront 77 en 2009 avec l'ouverture de trois centres pénitentiaires à Mont-de-Marsan, Poitiers et Saint-Denis de la Réunion, et l'ouverture d'un centre de détention à Roanne.

¹² <http://www.justice.gouv.fr>.

¹³ Article D. 73 du CPP.

Les centres de liberté semi-autonome, au nombre de treize au 1^{er} janvier 2006, accueillent les détenus admis au régime de semi-liberté afin de pouvoir suivre un traitement médical ou « *d'exercer une activité au terme de laquelle ils sont astreints à rejoindre l'établissement pénitentiaire* »¹⁴. Les personnes concernées y sont accueillies la nuit.

Les centres pour peines aménagées accueillent des personnes condamnées à de courtes peines ou en fin de peine (dont le reliquat de peine est inférieur à un an). Créés par un décret de 2002¹⁵, ils sont fondés sur des « *actions d'insertion organisées à l'intérieur et à l'extérieur de ces établissements* »¹⁶. Plus de 6000 personnes sont placées en régime de semi-liberté chaque année.

Enfin, **les établissements pour mineurs** reçoivent des détenus âgés de 13 à 18 ans. Au nombre de quatre en 2007, il y en avait sept en 2008. Créés par la loi de programmation pour la justice¹⁷, ils accueillent des mineurs prévenus et condamnés. Ces établissements pénitentiaires assurent, outre leur mission de garde et d'exécution des peines, une mission d'éducation.

Fin 2007 il y avait au total 192 établissements pénitentiaires. Huit établissements supplémentaires devaient ouvrir en 2009, représentant environ 3500 places supplémentaires et conduisant à la fermeture de 309 places (fermeture des maisons d'arrêt de Lyon, Mont-de-Marsan, Poitiers et Saint-Denis de la Réunion).

C) Données régionales et locales

Vingt établissements pénitentiaires dépendent de la direction interrégionale de Bordeaux, pour une capacité d'accueil totale de 4168 détenus au 1^{er} mai 2003¹⁸. Le tableau en annexe II précise la nature des établissements de l'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest et met en parallèle leur capacité d'accueil totale avec leur taux d'occupation réel.

La moyenne des taux d'occupation réels pour l'inter-région pénitentiaire est de 94,56% pour les centres de détention et de 170,96% pour les maisons d'arrêt. La densité moyenne nationale est de 99,53% pour les centres de détention et de 141,8% pour les

¹⁴ *La Santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme*. ADSP n°44, septembre 2003, pp. 17 à 54.

¹⁵ Décret n° 2002-663 du 30 avril 2002 modifiant le code de procédure pénale et portant création des centres pour peines aménagées.

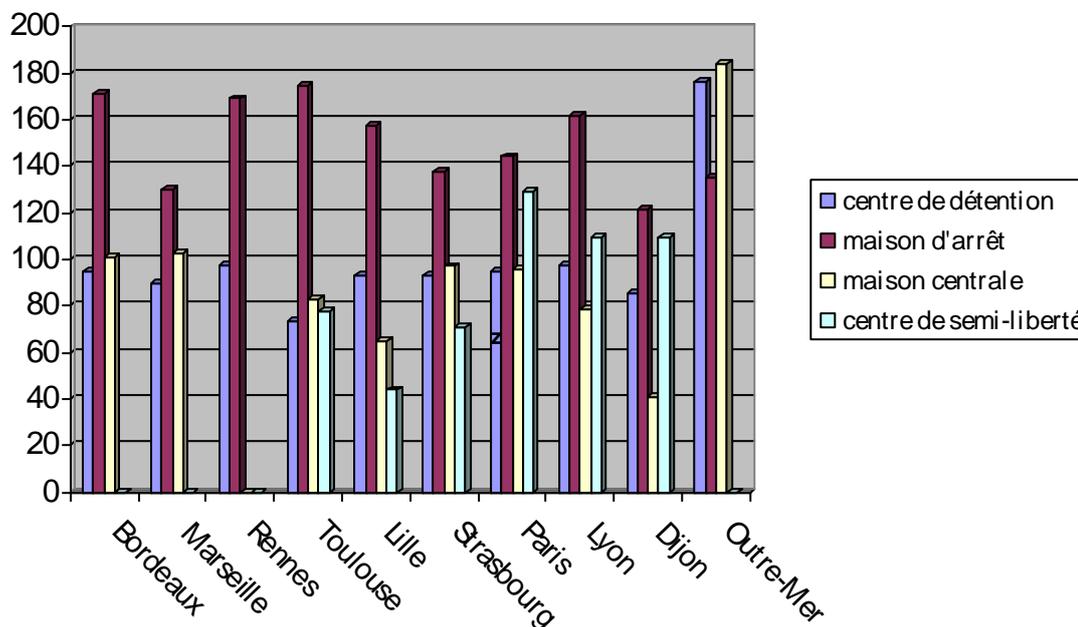
¹⁶ Article D. 146-1 du CPP.

¹⁷ Op. cit. p. 1.

¹⁸ Selon le rapport 2003 de l'Observatoire International des Prisons, *Les conditions de détention en France*, 233 p.

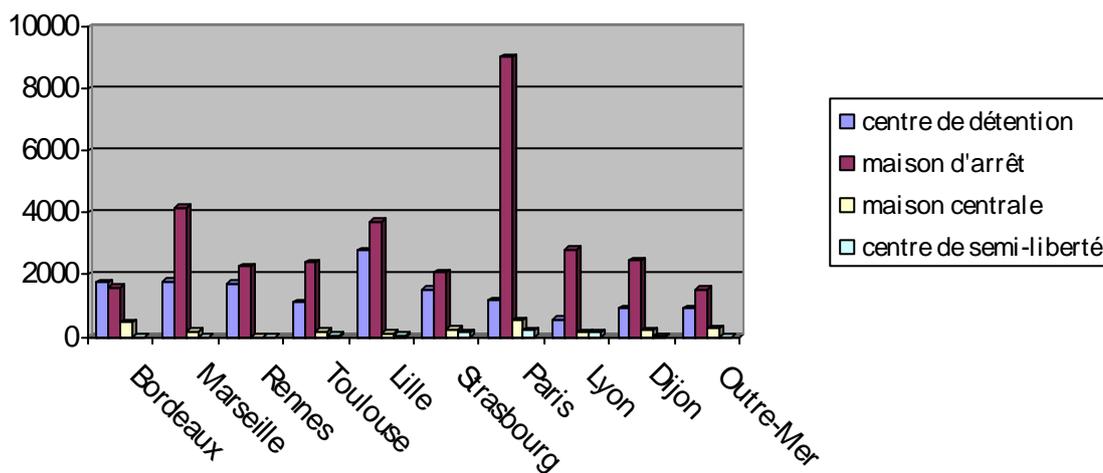
maisons d'arrêt. Ces taux d'occupation peuvent aussi être comparés à ceux des autres inter-régions pénitentiaires de France (graphique 1).

Graphique 1 : taux d'occupation réels.



Il ressort notamment de ce graphique que l'inter-région pénitentiaire de Bordeaux a le deuxième taux d'occupation le plus élevé en maison d'arrêt, le cinquième taux d'occupation en centre de détention et le troisième taux en maison centrale. Il est aussi intéressant de comparer le nombre de places des dix inter-régions (graphique 2).

Graphique 2 : nombre de places.



L'inter-région de Bordeaux est la neuvième en nombre de places en maison d'arrêt, la troisième pour les centres de détention et la deuxième pour les maisons centrales. Ces données doivent cependant être corrigées en ce qui concerne les établissements de

Mont-de-Marsan et de Poitiers. Un centre pénitentiaire d'une capacité d'accueil d'environ 560 places¹⁹ est en effet en construction à Poitiers. Sa livraison est prévue pour juin 2009, ce qui conduira à la fermeture de l'actuelle maison d'arrêt. Le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan a quant à lui une capacité d'accueil de 690 places. Ainsi, au vu des derniers chiffres connus²⁰ et en tenant compte de ces deux constructions, la population carcérale de l'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest sera majorée de 1065 détenus en 2009.

D'une capacité d'accueil totale de 690 hommes majeurs, le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan comporte deux régimes de détention, composés de plusieurs quartiers :

- Un quartier d'accueil de 30 places pour l'observation des nouveaux arrivants ;
- Deux quartiers maison d'arrêt de 300 places (180 places et 120 places) ;
- Deux quartiers centre de détention de 360 places (deux quartiers de 180 places).

Au sein du centre pénitentiaire se trouve un quartier d'isolement de douze places pour les détenus qu'il a été jugé nécessaire de séparer des autres. Il y a également un quartier disciplinaire de quatorze places pour ceux qui n'ont pas respecté le règlement intérieur.

L'établissement pénitentiaire dispose en outre de trois unités de visite familiale. Il s'agit d'appartements meublés où les détenus pourront rencontrer leur famille ou des personnes avec lesquelles ils entretiennent des liens affectifs importants²¹.

1.1.2 La population pénale : un public aux besoins de santé spécifiques

Les études épidémiologiques relatives à l'état de santé des détenus sont peu nombreuses et souvent parcellaires. J'ai donc choisi de me fonder sur deux études nationales de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 1999 et 2005²² pour montrer l'évolution des indicateurs de santé de la population carcérale, qui sont dans l'ensemble plus dégradés que ceux de la population générale, tant sur le plan somatique (A) que psychique (B). Je n'exposerai ici que les données les plus marquantes, concernant uniquement les hommes majeurs entrant en prison.

A) Données somatiques

Il convient de préciser que les données recueillies par la DREES sont déclaratives. Elles sont donc à considérer avec prudence.

¹⁹ www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10050&ssrubrique=11217&article=15815.

²⁰ Je me fonde sur les données de l'OIP 2003, op. cit. p.8.

²¹ Deux types de durées de rencontres sont prévues : une fois par trimestre pour une durée allant de 6 à 48 heures et une fois par an pour une durée allant jusqu'à 72 heures.

²² MOUQUET M-C., DUMONT M. et BONNEVIE M-C., janvier 1999, « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque ». *Études et résultats*, n° 4, DREES.

MOUQUET M-C., mars 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 ». *Études et résultats*, n° 386, DREES.

Suite à l'examen clinique d'entrée, **l'état de santé général** des détenus entrant en prison est jugé bon dans 80,3% des cas en 2003, contre 77,1% des cas en 1997. Mais parallèlement la proportion d'entrants dont l'état bucco-dentaire est jugé bon a diminué : 49,7% en 1997 contre 47,3% en 2003.

Les nouveaux arrivants avaient en général moins de **contacts avec le système de soins** que dans la population générale : un peu plus d'un entrant sur deux avait eu au moins un contact avec le système de soins dans l'année précédant son incarcération, contre près de 70% des hommes âgés de 25 à 54 ans en population générale. Ces données sont à relier avec le fait que de nombreux entrants connaissaient des difficultés d'hébergement et de couverture sociale avant leur incarcération. Les entrants sans protection sociale sont ainsi deux fois plus nombreux qu'en population générale (13,6% n'avaient aucune protection sociale en 2003).

Concernant **les consommations à risque**, environ quatre nouveaux détenus sur cinq déclarent fumer du tabac de façon quotidienne et un sur sept consomme plus de vingt cigarettes par jour en 2003. « *La prévalence du tabagisme quotidien est plus élevée parmi les entrants en prison que dans l'ensemble de la population et ce quel que soit l'âge* »²³. Cette consommation est restée stable entre 1997 et 2003.

Un nouvel arrivant sur trois déclare une consommation de drogues illicites régulière au cours de l'année précédant son incarcération. La proportion de consommateurs de cannabis a augmenté par rapport à 1997 : 25,6% contre 29,8% en 2003. Celle des consommateurs d'opiacés (en particulier la cocaïne) a quant à elle diminué : 14,4% en 97 contre 6,5% en 2003. On observe enfin la même tendance chez les nouveaux arrivants consommant des drogues par voie intra-veineuse : 6,2% en 1997 contre 2,6% en 2003.

La consommation d'alcool est quant à elle plus élevée que dans la population générale : trois entrants sur dix déclarent avoir une consommation excessive d'alcool, cette proportion est légèrement moins élevée qu'en 1997 (30,9% en 2003 et 33,3% en 1997).

Enfin, les poly-toxicomanies²⁴ concernent 10,5% des entrants en prison en 2003 contre 14,6% en 1997.

Concernant **les maladies infectieuses chroniques**, même si la population carcérale reste plus touchée que la population générale, le nombre de détenus séropositifs a diminué entre 1997 et 2003. En 1997, 0,9% des entrants déclaraient une séropositivité au

²³ Étude de la DREES de 2005, op. cit. p.10.

²⁴ Consommation d'au moins deux substances parmi les suivantes : cannabis, héroïne, opiacés, médicaments utilisés de façon toxicomaniaque ou autres produits (LSD, ecstasy, colles, etc).

VIH contre 0,6% en 2003. Une séropositivité hépatite B concernait 1,1% des entrants en 1997 contre 0,4% en 2003. En outre, 3% déclaraient une séropositivité hépatite C en 1997 contre 2,5% en 2003.

Enfin, la DREES s'appuie sur les traitements médicamenteux que suivaient les détenus avant leur incarcération pour connaître les pathologies dont ils souffrent. En 2003 les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés étaient l'asthme, les maladies cardio-vasculaires et l'épilepsie.

B) Problèmes de santé d'ordre psychique

En 2003, environ un entrant sur dix déclarait avoir régulièrement consulté un médecin psychiatre ou psychologue, ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans l'année précédant son incarcération. Ce chiffre est trois fois plus élevé qu'en population générale. Par ailleurs, près de 6% des entrants déclaraient en 2003 avoir fait une tentative de suicide dans l'année précédant leur incarcération.

En outre, 9,6% des entrants se sont vus prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie lors de la visite médicale d'entrée en 2003, contre 8,8% en 1997. De façon globale en 2003, près d'un nouveau détenu sur cinq s'est vu prescrire une consultation de psychiatrie, d'alcoologie ou de toxicomanie. Cette proportion est encore plus grande pour les détenus entrant dans un établissement pénitentiaire doté d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Selon l'enquête de la DREES relative à la santé mentale des détenus accueillis par les SMPR²⁵, 52% des entretiens réalisés dans les établissements dotés d'un SMPR avaient conduit à la prescription d'un suivi psychiatrique.

Au total, le recours aux soins de santé mentale des détenus est dix fois supérieur à celui observé en population générale²⁶. Cela est lié aux caractéristiques démographiques et sociales de la population pénale mais aussi au fait que « *l'incarcération elle-même génère ou augmente certains risques* »²⁷.

²⁵ COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N., juillet 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux ». *Études et résultats*, n° 181, DREES.

²⁶ COLDEFY M., septembre 2005, « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 ». *Études et résultats*, n° 427, DREES.

²⁷ Ibidem, p. 5.

La possibilité d'accéder à des soins de proximité est également à prendre en compte. En 2003, 43% des détenus incarcérés dans un établissement doté d'un SMPR ont pu bénéficier d'une prise en charge psychiatrique, contre 14,4% dans les établissements non dotés d'un tel service.

Après avoir présenté les caractéristiques principales des problèmes de santé rencontrés par les détenus, il convient d'exposer les réformes qui ont conduit à l'organisation actuelle de leur prise en charge sanitaire.

1.2 Une prise de conscience progressive de la nécessité d'une prise en charge sanitaire spécifique des détenus

Il s'agit ici de montrer les évolutions importantes qui ont eu lieu dans la prise en charge sanitaire des détenus. Je souhaite donc mettre en avant la réforme majeure de 1994 (1.2.2) pour la comparer à la situation antérieure (1.2.1) puis présenter les dernières avancées dans ce domaine (1.2.3).

1.2.1 L'émergence d'une problématique de santé publique en faveur des personnes détenues

Avant la réforme de 1994²⁸, l'article D. 380 du CPP disposait que l'administration pénitentiaire assurait la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Il s'agissait d'un **droit aux soins minimum**, ne comprenant pas les consultations, opérations ou appareillages ne présentant pas un caractère d'urgence. Au sein de chaque prison existait une infirmerie, dont le personnel était recruté et rémunéré par l'administration pénitentiaire. Enfin, lorsqu'ils étaient incarcérés, les détenus et leurs ayants droit perdaient le bénéfice de la sécurité sociale.

Dès 1983 la charge de l'inspection des services de santé des établissements pénitentiaires a été transférée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), en lieu et place de l'inspection médicale dépendant du ministère de la justice²⁹. Il s'agissait de l'application du **principe dit du « décroisement »**, selon lequel tout droit ou prestation ne relevant pas de la Justice doit être assuré et garanti par le ministère et les professionnels qui en ont la charge en milieu libre.

²⁸ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

²⁹ Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 modifiant le code de procédure pénale, introduisant notamment un article D. 372 disposant que : « *L'inspection générale des affaires sociales est chargée d'inspecter les services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire* ».

La psychiatrie avait initié ce processus de décloisonnement en créant dès 1967³⁰ des Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR) au sein des prisons. Toutefois, le fonctionnement des CMPR dépendait encore de l'administration pénitentiaire.

En 1986³¹ les **Services Médico-Psychologiques Régionaux** (SMPR) ont été créés. Ils remplacent les CMPR et sont implantés en maison d'arrêt. Il s'agit de secteurs de psychiatrie détachés d'un hôpital général ou psychiatrique au sein d'un établissement pénitentiaire.

En 1987, pour faire face à la surpopulation carcérale³², il a été programmé de créer sur trois ans vingt-cinq établissements pénitentiaires neufs représentant au total 13 000 places de détention. Il s'agit du « **Programme 13 000** ». Au sein de ces établissements, plusieurs missions ont été déléguées à des groupements privés, dont les soins aux détenus. Concernant la mission de santé, un cahier des charges fixait des normes très supérieures à celles en application dans les autres établissements pénitentiaires.

En 1989, face à la montée en puissance du VIH qui touchait alors très fortement la population pénale, des conventions ont été signées entre les établissements pénitentiaires les plus touchés et des structures hospitalières spécialisées afin d'assurer des consultations au sein des prisons : les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficienc e Humaine (CISIH)³³.

En 1992, ce modèle de conventionnement a été étendu à titre expérimental à tous les soins somatiques entre trois prisons et des centres hospitaliers de proximité³⁴.

Parallèlement, les ministres de la justice et de la santé ont confié au Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) le soin de dresser un état des lieux et de proposer des solutions visant à améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Cette dernière est en effet jugée très insuffisante, malgré les progrès accomplis et les efforts réalisés par l'administration pénitentiaire. Madame Simone Veil, alors Ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, avait parlé de « *véritable état d'urgence sanitaire* ».

³⁰ Circulaire DAP n° 67-16 du 30 juillet 1967.

³¹ Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

³² Pour plus de détails, cf CHAMOISEAU P., *La prison vue de l'intérieur. Regards et paroles de ceux qui travaillent derrière les murs*, pp. 49 à 54.

³³ Modèle initié entre Fleury-Mérogis et la Pitié-Salpêtrière, puis étendu par la circulaire du 16 avril 1987, ils sont aujourd'hui au nombre de trente.

³⁴ Établissements pénitentiaires de Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier.

En 1993 le HCSP a remis son rapport³⁵ qui, face à la diversité et à la gravité des pathologies touchant les détenus français : tuberculose, VIH, addictions ou encore hépatites B et C, conclut à la nécessité d'une réforme globale. Le Haut Comité mettait l'accent sur la nécessité de dépister les affections fréquentes et graves afin d'être en mesure de les traiter au plus tôt, de proposer une qualité des soins égale à ceux dispensés en population libre et d'assurer la continuité des soins délivrés aux détenus. Pour que cette prise en charge soit globale, le HCSP estimait qu'il convenait d'agir à trois niveaux : renforcer la prévention, améliorer l'accès aux soins somatiques et compléter le dispositif de prise en charge psychiatrique. Pour cela, il mettait en avant deux axes majeurs que devrait poursuivre la réforme :

- la réorganisation de l'offre de soins en milieu pénitentiaire par l'association de chaque établissement pénitentiaire à un établissement public de santé de proximité responsable de la prise en charge sanitaire des détenus³⁶ ;
- l'adéquation des moyens en assurant aux personnes détenues et à leurs ayants droit l'affiliation au régime général d'assurance maladie et maternité.

Le HCSP estimait en outre que : « *La diversité et la gravité des pathologies (...), la complexité des interventions qu'elles appellent, tout comme leur incidence potentielle sur la population générale, confrontent l'administration pénitentiaire à la nécessité de repenser totalement les pratiques sanitaires en milieu carcéral, ce dont elle ne peut s'acquitter seule tant les enjeux sont importants (...)* »³⁷. C'est à ce titre que le HCSP préconisait dans son rapport de confier conjointement aux ministères de la Santé et de la Justice la définition de la politique générale de santé en milieu pénitentiaire. Cette réflexion s'inscrivait pleinement dans le principe du droit fondamental aux soins reconnu par le Conseil de l'Europe³⁸ aux personnes privées de liberté.

1.2.2 La réforme de 1994 : le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier

Les conclusions du rapport du HCSP ont été validées par l'adoption de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Les dispositions relatives à la prise en charge sanitaire des personnes détenues figurent désormais au

³⁵ Op. cit. p.1.

³⁶ Ibidem : « *Il conviendrait donc de coupler chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé à qui seraient confiées la responsabilité et la maîtrise d'œuvre de l'ensemble des soins aux détenus tant à l'intérieur de la prison (...) que dans la structure hospitalière, s'agissant des consultations très techniques et des hospitalisations* », p.50.

³⁷ Ibidem, p. 20.

³⁸ Conseil de l'Europe, Recommandation du Comité des ministres, 18 octobre 1993, n°R(93)6.

chapitre II intitulé « *soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus* »³⁹. Selon l'article 2 de cette loi : « *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 et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.* »

Désormais, les détenus sont soignés par une équipe médicale indépendante de l'administration pénitentiaire au sein d'**Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires** (UCSA), qui sont des unités fonctionnelles du centre hospitalier de proximité. Ils sont ainsi intégrés dans le système de santé de droit commun.

Le préfet a été chargé de désigner, après concertation avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), les DDASS et la Direction Régionale des Services Pénitentiaires (DRSP), le centre hospitalier de proximité responsable de l'organisation des soins à destination des personnes détenues⁴⁰. Le centre hospitalier devait répondre à une double condition de proximité et de niveau de plateau technique. Concernant les soins somatiques, il devait être doté d'un plateau technique suffisant et être habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences⁴¹.

La réforme de 1994 a été mise en application à partir de 1995 par la **signature progressive de protocoles entre chaque établissement pénitentiaire et un ou deux⁴² établissements de santé de proximité**. En effet, le cas échéant, une deuxième convention pouvait être conclue entre l'établissement pénitentiaire et un hôpital psychiatrique lorsque le centre hospitalier n'était pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales⁴³.

³⁹ En particulier aux articles 2 et 3 dudit chapitre, codifiés aux articles L. 6112-1 du Code de Santé Publique (CSP) et L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité Sociale (CSS).

⁴⁰ Art. R. 711-7 du CSP : « *le préfet de région désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé, situé à proximité de l'établissement pénitentiaire, qui est chargé de dispenser les soins aux détenus et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire* ».

⁴¹ Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.

⁴² Art. R. 711-10 du CSP.

⁴³ Art. R. 711-9 du CSP : « *Lorsque l'établissement public de santé désigné par le préfet ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas le siège d'un SMPR (...) le préfet désigne en outre, dans les mêmes conditions, l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, situé à proximité, qui est chargé de dispenser aux détenus les soins en psychiatrie* ».

Les protocoles ainsi signés ont formalisé les obligations réciproques de l'établissement pénitentiaire et du ou des établissements de santé. Le décret du 27 octobre 1994⁴⁴ précise les obligations de l'établissement de santé devant apparaître dans les protocoles (articles R. 711-13 et R. 711-15 du CSP) : soin, diagnostic, recueil de données épidémiologiques, équipement médical et non médical des locaux spécialisés au sein de l'établissement pénitentiaire, fourniture et transport des produits à usage médical, des médicaments et des produits pharmaceutiques, élimination des déchets hospitaliers. L'établissement public de santé coordonne également les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire. L'article R. 711-16 du CSP précise en outre que le protocole doit décrire les conditions d'intervention des services hospitaliers et les moyens mis en œuvre par l'établissement sanitaire comme par l'établissement pénitentiaire.

La réforme de 1994 a également étendu aux personnes détenues et à leurs ayants droit la **protection sociale du régime général**, conformément aux préconisations du HCSP. L'article 3 de la loi précitée du 18 janvier 1994⁴⁵ dispose que : « *Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération* »⁴⁶.

Il précise également que les détenus, y compris ceux de nationalité étrangère, bénéficient pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité, ces droits étant maintenus durant un an à compter de leur libération⁴⁷. Toutefois, selon la circulaire du 8 décembre 1994 : « *s'agissant des détenus en situation irrégulière au regard de la législation sur les étrangers, l'ouverture des droits à prestation se limite à eux-seuls, et uniquement durant leur incarcération* »⁴⁸.

En vertu des articles L. 381-30-2 et L. 381-30-3 du CSS, l'État est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié et l'ensemble de ces cotisations fait l'objet d'un versement globalisé à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS). Les modalités du calcul des cotisations dues par l'État sont fixées par décret.

La réforme de 1994 a donc constitué une avancée majeure en matière de prise en charge sanitaire des détenus, qui a été en suite complétée par plusieurs textes.

⁴⁴ Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

⁴⁵ Op. cit. p. 15.

⁴⁶ Disposition codifiée à l'article L. 381-30 du CSS.

⁴⁷ Article R. 161-4 du CSS.

⁴⁸ Article L. 381-30-1 du CSS.

1.2.3 L'approfondissement récent des avancées introduites par la réforme de 1994

En juin 2000, l'IGAS et l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) ont été mandatées par le ministère de la justice et le secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés afin d'évaluer la réforme de 1994. Après avoir relevé l'importance des avancées en matière de prise en charge somatique, la mission a noté la persistance d'un certain nombre de « *blocages* »⁴⁹ : une coopération insuffisante entre les acteurs, le fait que l'hôpital public ne mène pas correctement à bien toutes les missions qui lui ont été confiées ou encore l'insuffisance de la prise en charge de l'hépatite C ou des addictions.

La mission a ensuite mis l'accent sur **trois domaines qui comportent d'importantes lacunes**. Selon elle, il convenait d'agir à différents niveaux :

- définir une véritable politique de santé publique en faveur des détenus relative à l'hygiène, la promotion de la santé, l'évaluation, l'inspection et le contrôle ;
- modifier le dispositif de prise en charge des affections psychiatriques, en particulier à destination des auteurs d'infractions à caractère sexuel qui constituent une proportion croissante de la population pénale ;
- enfin, prendre en compte le vieillissement de la population pénale française, qui comprend des phénomènes croissants de dépendance, de handicap et la question de la fin de vie en prison.

Sur la base de ces différents constats, la mission a établi **cinq types de recommandations**.

Il convenait tout d'abord de « *réajuster le dispositif de soins somatique* »⁵⁰, en particulier par la renégociation des protocoles entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux afin d'assurer une meilleure continuité des soins et une bonne organisation de la permanence des soins ; l'amélioration de la prise en charge de l'hépatite C ; ou encore une meilleure préparation des détenus à la sortie⁵¹.

La mission recommandait en outre de mieux prendre en compte la santé publique, en mettant notamment l'accent sur l'hygiène et la promotion de la santé.

Ensuite, l'IGAS et l'IGSJ préconisaient une « *refonte du dispositif de santé mentale* ». Parmi les différentes solutions envisagées était avancée la création d'« *UHSI psychiatriques* »⁵² à la fois pour la prise en charge des hospitalisations d'office et des hospitalisations consenties.

⁴⁹ Rapport d'évaluation. *L'organisation des soins aux détenus*. IGAS/IGSJ. Chapitre 2. 2001.

⁵⁰ Ibidem, p.120.

⁵¹ À ce titre, la mission recommande « *l'organisation d'un entretien médical de sortie systématique* », p.130.

⁵² Ibidem, p.136.

La quatrième recommandation consistait en un réaménagement du dispositif de lutte contre les toxicomanies.

Enfin, la mission insistait sur la nécessité d'apporter des réponses aux phénomènes de handicap, de vieillissement et de fin de vie en prison.

Prenant en compte le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ, mais aussi plusieurs autres rapports soulignant les insuffisances dans la prise en charge des détenus, la circulaire du 10 janvier 2005 est intervenue pour **actualiser le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues**⁵³.

En premier lieu, la loi du 4 mars 2002⁵⁴ s'applique aux détenus, quel que soit le lieu où ils reçoivent les soins. Ainsi « *le consentement aux soins de la personne détenue s'exerce de la même manière qu'à l'extérieur* ».

En deuxième lieu, la circulaire précise que les hospitalisations somatiques doivent avoir lieu au sein d'UHSI et les hospitalisations pour motif psychiatrique dans les UHSA (qui sont les « *UHSI psychiatriques* » dont la création était préconisée par l'IGAS et l'IGSJ).

En troisième lieu, la circulaire porte sur l'adaptation des politiques de santé publique. À ce titre, le médecin de l'UCSA doit coordonner « *les actions de prévention et d'éducation pour la santé* », les détenus doivent être préparés à la sortie et la prise en charge des addictions doit être « *exhaustive et transversale* ».

La protection sociale constitue le quatrième volet d'actualisation du guide méthodologique. Il s'agit d'une avancée considérable car les détenus ayant des revenus modestes peuvent désormais bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de la CMU Complémentaire (CMUC)⁵⁵, leurs demandes devant être instruites par les établissements pénitentiaires en lien avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). En plus de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH), et conformément à ce que recommandait le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ, les détenus doivent pouvoir bénéficier de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) et de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA).

Enfin, la circulaire met l'accent sur le partenariat entre les professionnels : services hospitaliers, services pénitentiaires et caisses primaires d'assurance maladie.

⁵³ Circulaire interministérielle n° DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP/2005/27 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale. Ce guide avait été élaboré par la circulaire du 8 décembre 1994, op. cit. p.16.

⁵⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁵⁵ Instituées par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Il convient par ailleurs de préciser que l'une des recommandations du rapport IGAS/IGSJ relative à une meilleure adéquation des moyens attribués aux UCSA⁵⁶ a été prise en compte par la circulaire. Celle-ci modifie en effet l'annexe D du guide méthodologique en renforçant les équivalents temps plein des personnels des UCSA.

Les différentes avancées législatives en matière de prise en charge sanitaire des détenus constituent aujourd'hui le fondement de l'organisation de l'offre de soins aux détenus.

1.3 L'architecture actuelle de l'offre de soins aux détenus : une prise en charge organisée selon le degré d'urgence et la nature de la pathologie

L'organisation⁵⁷ de la prise en charge sanitaire des détenus peut s'exposer en trois temps. Je partirai de la prise en charge au sein de la prison (1.3.1), avant de présenter les hospitalisations et consultations pour motif d'ordre somatique (1.3.2) et la prise en charge des troubles d'ordre psychique (1.3.3).

1.3.1 L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires : l'hôpital dans la prison comme premier palier de la prise en charge

Il convient de présenter les textes qui définissent les missions des UCSA (A), avant d'exposer le fonctionnement de l'UCSA du nouveau centre pénitentiaire (B).

A) Définition et missions des UCSA

L'UCSA constitue le premier interlocuteur des détenus : elle dispense les soins primaires et son équipe de soignants décide des éventuelles hospitalisations. Selon le décret du 27 octobre 1994⁵⁸, les missions de l'UCSA s'organisent autour de quatre axes majeurs.

Les soins en milieu pénitentiaire : ils comprennent l'ensemble des prestations de médecine générale, la fourniture des produits à usage médical, des médicaments et des produits pharmaceutiques, les soins infirmiers, les soins dentaires, les consultations spécialisées réalisables sur place, les examens de laboratoire et la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.

L'accueil et la prise en charge par l'établissement de santé de proximité des consultations et examens nécessitant le recours à son plateau technique ainsi que pour les hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à quarante-huit heures.

La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en lien avec le SPIP.

⁵⁶ Rapport d'évaluation IGAS/IGSJ, p. 25, op. cit. p.18.

⁵⁷ Cf annexe III : schéma de l'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus.

⁵⁸ Op. cit p.17.

La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées au sein de l'établissement pénitentiaire et l'élaboration d'un programme en accord avec l'établissement et les partenaires concernés (services de l'État et Conseil Général)⁵⁹.

L'UCSA est une unité fonctionnelle du centre hospitalier de proximité, rattachée à un service clinique ou à un département hospitalier. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité du praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle.

B) Organisation et fonctionnement de l'UCSA du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan

Le protocole conclu fin 2008 entre le centre hospitalier et le centre pénitentiaire décrit l'organisation et le fonctionnement de l'UCSA du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan. Elle est rattachée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du centre hospitalier Layné. L'unité est ouverte de 7h à 19h00 du lundi au vendredi et de 7h à 16h les samedis, dimanches et jours fériés. Le secrétariat est ouvert de 8h à 16h du lundi au vendredi. Les horaires de présence des infirmiers sont les suivants : de 8h à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h à 16h les samedis, dimanches et jours fériés

Les consultations des médecins généralistes auront lieu du lundi au vendredi de 10h à 12h et de 14h30 à 17h. Les consultations seront réparties par semaine et par quartiers de détention : quartier arrivant, maison d'arrêt et centre de détention.

Les consultations des chirurgiens-dentistes auront lieu de 9h30 à 12h et de 14h30 à 17h30 du lundi au vendredi. La périodicité et la nature des autres consultations spécialisées se présentent de la façon suivante : une consultation ophtalmologie par mois, une consultation médecine interne (dont hématologie, infection VIH et co-infections) par semaine, une consultation orthopédique toutes les trois semaines, enfin une consultation gastro-entérologie, une consultation dermatologie et une consultation tabacologie (consultation initiale et suivi) toutes les deux semaines.

Selon le protocole, la superficie totale de l'UCSA est de 715 m² avec une surface utile de 607 m². Elle comprend notamment : cinq box d'attente, un poste de surveillant, un secrétariat, une salle de radio, deux box de soins infirmiers, un bureau infirmier, une pharmacie, un cabinet dentaire, un cabinet d'ophtalmologie, une salle de kinésithérapie, neuf cabinets de consultations polyvalents, les bureaux médecin, médecin psychiatre et cadre de santé.

⁵⁹ Art. R. 711-14 du CSP.

En dehors des horaires d'ouverture de l'UCSA, la permanence des soins reposera sur la régulation du centre 15. Un appel systématique au centre 15 sera passé par le surveillant responsable du détenu. En cas d'urgence vitale, le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) interviendra. En cas d'évacuation, le transfert se fera vers les urgences de l'hôpital Layné suivant un trajet préalablement validé. Un double du dossier SMUR sera laissé à l'UCSA pour être intégré au dossier médical. En cas d'urgence jugée non vitale par le médecin régulateur, le moyen le plus adapté sera adressé sur place :

- envoi d'un SMUR pour un soin sur place si cela ne met pas en danger l'organisation sanitaire du département dans le secteur de Mont-de-Marsan ;
- évacuation par une ambulance ou un Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) vers les urgences du centre hospitalier de Mont-de-Marsan ;
- absence d'intervention sur place et conseils pour la nuit.

Dans l'hypothèse où l'état de santé somatique du détenu nécessite une consultation spécialisée ou une hospitalisation, l'administration pénitentiaire réalise une extraction⁶⁰ vers un centre hospitalier : l'hôpital de proximité ou l'UHSl de Bordeaux.

1.3.2 Les consultations spécialisées et les hospitalisations somatiques : la prison à l'hôpital

Le décret du 27 octobre 1994⁶¹ a fixé les conditions d'hospitalisation des personnes détenues. L'article R. 711-19 du CSP dispose que : « *L'hospitalisation des détenus est assurée : (...) 2° Pour les autres pathologies [que les pathologies psychiatriques], dans des locaux adaptés à l'admission des détenus :*

- a) par l'établissement de santé mentionné à l'article R. 711-7 lorsque cette hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée ;*
- b) par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres de la justice, de l'intérieur, de la défense et des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget ».*

Le centre hospitalier Layné, à Mont de Marsan, est **l'hôpital de proximité** du centre pénitentiaire au sens du a) de l'article précité. Le projet retenu par le conseil d'administration de l'hôpital est de créer une unité sécurisée au premier étage, constituée de quatre chambres dotées d'une salle de bain, d'une salle du personnel et d'un poste de surveillant. Cette unité sécurisée a vocation à accueillir les détenus en consultations spécialisées lorsqu'il n'est pas possible de les réaliser au sein de l'UCSA. Elle constitue

⁶⁰ Cf annexe VII : glossaire.

⁶¹ Op. cit. p.17.

également le lieu des hospitalisations urgentes ou de très courte durée, c'est-à-dire de moins de quarante-huit heures. Il convient de préciser que les hospitalisations de très courte durée peuvent exceptionnellement être supérieures à quarante-huit heures, avec l'accord du Préfet de département. Par ailleurs, la notion d'urgence est entendue à la fois pour les situations où le pronostic vital est engagé, mais aussi aux cas nécessitant des actes diagnostics et/ou thérapeutiques immédiats⁶².

L'arrêté du 24 août 2000⁶³ a fixé la liste mentionnée au b) du 2° de l'article précité. Les hospitalisations pour motif somatique d'une durée supérieure à quarante-huit heures sont donc réalisées au sein des **Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales** (UHSI). Pour l'inter-région Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes, l'UHSI se trouve au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

Un protocole détermine, pour chaque UHSI, les effectifs alloués par l'administration pénitentiaire afin d'assurer la garde des détenus au sein de l'unité, et par les forces de police ou de gendarmerie afin d'assurer la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de son accès⁶⁴. Ce protocole est signé par le directeur de l'ARH, le préfet de région et du département, le directeur des services pénitentiaires et le directeur du centre hospitalier.

L'UHSI dont dépendent les détenus du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan est donc située à Bordeaux. Elle a ouvert en mai 2006. Sa capacité d'accueil est de seize lits pour l'ensemble de l'inter-région pénitentiaire. Ces lits sont répartis en douze chambres individuelles et deux chambres doubles. Il convient toutefois de préciser que deux lits sont réservés à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan car le CHU de Bordeaux constitue également l'hôpital de proximité pour cet établissement pénitentiaire. L'unité se situe au sein du CHU, au douzième étage. Les détenus y ont accès par un ascenseur extérieur, qui dessert la plateforme d'atterrissage des hélicoptères et le service des urgences. Cet équipement permet de garantir la sécurité du transfert des détenus jusqu'au lieu de leur hospitalisation.

Lorsque l'état mental du détenu nécessite des soins spécialisés ou une hospitalisation, l'organisation de sa prise en charge est différente que pour les soins d'ordre somatique. Cette organisation est en cours de révision.

⁶² Un protocole pour les situations d'urgence sera disponible à l'UCSA et porté à la connaissance du directeur du centre pénitentiaire. Dans tous les cas, la décision d'hospitalisation d'un détenu adressé au service des urgences est de la compétence du médecin du SAU, si possible après concertation avec le médecin de l'UCSA.

⁶³ Arrêté MESH0022669A du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

⁶⁴ Ibidem, article 5.

1.3.3 La réforme en cours de la prise en charge psychiatrique des détenus

Je vais exposer dans un premier temps l'organisation actuelle qui perdurera jusqu'à ce que la réforme entre en vigueur (A), avant d'expliquer la réforme⁶⁵ de l'organisation nationale des hospitalisations psychiatriques des détenus (B).

A) L'organisation en cours de révision : une prise en charge fondée sur les Services Médico-Psychologiques Régionaux

Les hospitalisations pour motif psychiatrique étaient jusqu'à présent régies par le décret du 14 mars 1986⁶⁶ qui avait créé les SMPR. L'article 11 dudit décret prévoyait que : « *Dans chaque région pénitentiaire sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattaché pour chacun à un établissement hospitalier public* ». Il existe à l'heure actuelle vingt-six SMPR, dont un au sein de la maison d'arrêt de Gradignan.

L'arrêté du 14 décembre 1986⁶⁷ a fixé les missions et conditions de fonctionnement des SMPR. L'article 2 dispose que le SMPR « *est aménagé dans un établissement pénitentiaire et met en œuvre des actions de prévention, de diagnostic et de soins des troubles mentaux au bénéfice de la population incarcérée dans l'établissement où il est implanté ou en provenance des établissements pénitentiaires relevant de ce secteur psychiatrique (...)* ». Les SMPR assurent une mission de prévention des affections mentales, de mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus, éventuellement le suivi psychiatrique de la population post-pénale en coordination avec le secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, et le cas échéant une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les hospitalisations sans consentement des personnes détenues se font uniquement sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO)⁶⁸, régies par l'article D. 398 du CPP.

Ainsi, il y a **deux niveaux de prise en charge psychiatrique** des personnes détenues.

En ambulatoire : les soins courants sont délivrés par les secteurs de psychiatrie générale au sein des UCSA ou des SMPR lorsque le détenu est incarcéré dans un établissement disposant d'un SMPR. Les soins plus intensifs sont délivrés par les SMPR.

⁶⁵ Cf annexe IV : schéma de la réforme de la prise en charge psychiatrique des détenus.

⁶⁶ Op. cit. p. 14.

⁶⁷ Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

⁶⁸ Une HO est une mesure administrative d'internement prise par le préfet de département et visant à protéger l'ordre public. Les hospitalisations en psychiatrie peuvent se faire sous le régime de l'hospitalisation libre (ou consentie), de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou de l'HO. Pour les détenus cependant, le régime de l'HDT n'était pas appliqué avant la réforme.

En hospitalisation : les soins sont délivrés par les SMPR pour les détenus consentants aux soins ou dans les établissements de santé sous le régime de l'hospitalisation d'office.

Enfin, ce système est complété par les Unités pour Malades Difficiles (UMD), qui n'appartiennent pas aux secteurs psychiatriques. Elles ont une vocation interrégionale, sont implantées au sein d'un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) et « assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique »⁶⁹. Il y a aujourd'hui cinq UMD sur tout le territoire français, dont une à Cadillac en Gironde⁷⁰. Elles ont vocation à accueillir tout malade dont le comportement est considéré comme dangereux pour autrui, et ne concernent donc pas seulement les détenus.

B) L'organisation à venir : les Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées

La loi du 9 septembre 2002⁷¹ a modifié l'organisation de la prise en charge des troubles psychiatriques des détenus. Elle prévoit dans son article 48 que l'ensemble des hospitalisations pour motif psychiatrique sera réalisé, avec ou sans le consentement du détenu, au sein d'Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA). Elle précise en outre que la procédure prévue pour les hospitalisations sans consentement est la même que celle utilisée pour la population générale. Ainsi, le régime des Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT) sera désormais applicable aux personnes détenues, comme le préconisait le rapport précité IGAS/IGSJ.

Cette réforme importante a été motivée par plusieurs facteurs, rappelés dans une étude récente de la DREES⁷².

Tout d'abord, les SMPR manquent de lits : quatre SMPR n'en ont pas, pour une capacité totale d'accueil de seulement 360 lits et places. L'hospitalisation en SMPR « s'apparente de fait à une d'hospitalisation de jour. Dans la majorité des structures, il n'y a en effet pas de personnel soignant la nuit. Et, quand il y en a, c'est sans accès direct aux patients car la cellule ne peut être ouverte que par un surveillant pénitentiaire »⁷³.

Ensuite, les durées d'hospitalisation sont trop courtes en hôpital psychiatrique : 23 jours en moyenne, elles apparaissent ainsi plus courtes qu'en population libre (45 jours en

⁶⁹ Article 12 du décret du 14 mars 1986, op. cit. p.14.

⁷⁰ Cadillac (Gironde), Montfavet (Vaucluse), Sarreguemines (Moselle), Villejuif (Val-de-Marne) et dernièrement à Rennes (Ile-et-Vilaine).

⁷¹ Op. cit. p.1.

⁷² Étude de 2005, op. cit. p.12.

⁷³ Ibidem, p.6.

2000). De plus, les délais d'attente demeurent importants du fait des taux d'occupation élevés des secteurs de psychiatrie générale.

Des psychiatres se sont questionnés sur le phénomène de l'augmentation du nombre de détenus atteints de troubles psychiques. La question était de savoir s'il valait mieux créer des « *pavillons pénitentiaires au sein même des hôpitaux psychiatriques, ou choisir plutôt des unités psychiatriques intra-muros au sein de la prison* »⁷⁴. Le législateur a tranché en choisissant la première option : la création des UHSA.

Il me semble intéressant de se pencher sur ce choix car il correspond à un **retour à une conception asilaire de l'organisation psychiatrique, du moins en ce qui concerne la population pénale**. En effet, à compter de la Libération, les hôpitaux psychiatriques se sont « ouverts », marquant la fin de la conception asilaire et orientant la prise en charge vers l'ambulatoire⁷⁵. Dès lors, de nombreux malades mentaux n'ont plus été pris en charge en hôpital psychiatrique. Or de nombreux psychiatres estiment que chez ces personnes, dépourvues du cadre dont elles ont besoin, la propension à commettre un délit est plus grande qu'on population générale. C'est l'un des facteurs expliquant le nombre important d'individus atteints de troubles mentaux en prison.

Un double problème s'est alors posé. D'une part, la prison s'est rapidement trouvée démunie face à ces détenus nécessitant des soins spécifiques. D'autre part, les hôpitaux psychiatriques n'étaient plus vraiment en mesure d'accueillir ces détenus car ils manquaient de lits d'hospitalisation complète et d'une sécurisation suffisante de leurs locaux. Or les risques d'évasion depuis les hôpitaux psychiatriques sont démultipliés du fait de l'absence de garde pénitentiaire ou policière sur place⁷⁶.

L'un des principaux arguments en faveur de la création des UHSA a donc été la sécurité du personnel soignant et le maintien de l'ordre public (risques d'évasion). Les UHSA sont donc conçues comme des « prisons » au sein d'hôpitaux psychiatriques, avec un personnel dédié à la garde des patients.

Le cadre de l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues étant posé, il convient de se pencher sur l'analyse de l'adéquation de l'offre de soins telle qu'elle est organisée à Mont-de-Marsan avec les besoins des détenus.

⁷⁴ RESTELLINI J-P., in *Prison-Asile ? La problématique des détenus souffrant de troubles psychiques*, p.10.

⁷⁵ Ibidem p.7, phénomène de la « *désinstitutionalisation psychiatrique* ».

⁷⁶ Selon le Dr Jean AYME cela représente d'ailleurs une dénaturation du système : « *lorsqu'un malade entre [sous le régime de l'HO], nul besoin de gardien à sa porte, l'hôpital psychiatrique est considéré comme une annexe de la prison* », in *Soigner et/ou punir. Questionnements sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*, p.31.

2 Analyse de l'adéquation de l'offre sanitaire avec les besoins liés à l'implantation du centre pénitentiaire montois

Dans cette seconde partie je me baserai sur les entretiens menés pour mettre en exergue les points forts et les faiblesses du dispositif de prise en charge sanitaire à destination des détenus du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan. J'analyserai d'abord les points forts de ce dispositif (2.1), avant d'étudier les pans de la prise en charge sanitaire qui sont insuffisamment développés (2.2). Enfin, nous verrons qu'un certain nombre d'incertitudes demeurent quant à l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins des détenus (2.3).

2.1 Une capacité d'accueil suffisante au sein des unités d'hospitalisation existantes

Je n'étudierai pas ici la future UHSA pour laquelle de réels questionnements se posent. Concernant les unités d'hospitalisation existantes, je traiterai de celles du centre hospitalier de proximité (2.1.1) avant de parler de l'UHSA de Bordeaux (2.1.2).

2.1.1 L'extension de la capacité des chambres sécurisées du centre hospitalier de proximité : une initiative locale fructueuse

Depuis plusieurs années, le centre hospitalier de Mont-de-Marsan a réuni sous la même direction le site de Layné, assurant les soins somatiques, et celui de Sainte-Anne, ancien Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) et aujourd'hui Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). Les consultations spécialisées et les hospitalisations urgentes ou de moins de quarante-huit heures seront donc réalisées sur le site de Layné pour les soins somatiques (A) et sur le site de Sainte-Anne pour les soins d'ordre psychiatrique (B).

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan a décidé d'augmenter la capacité d'accueil des unités sécurisées, pour les soins somatiques et psychiques. Il s'avère aujourd'hui que cette initiative était fructueuse car il apparaît que la capacité de ces unités permettra d'assurer une prise en charge satisfaisante des détenus.

A) Les unités sécurisées pour les soins somatiques

L'aménagement des chambres sécurisées est défini par le cahier des charges annexé à la circulaire relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées du 13 mars 2006⁷⁷.

Selon la circulaire, l'implantation de chambres sécurisées « *doit répondre aux critères suivants : être situées au sein d'un même service actif de l'établissement de santé, le plus*

⁷⁷ Circulaire de l'administration pénitentiaire JUS/K/O6/40033C.

près possible du plateau technique. La situation en étage doit être privilégiée. À l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé ». La circulaire définit en outre le nombre de chambres sécurisées en fonction de la capacité d'accueil théorique de l'établissement pénitentiaire : de trois à cinq chambres pour un établissement d'une capacité d'accueil supérieure à 600 places, ce qui est le cas du centre pénitentiaire montois.

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan a souhaité créer quatre chambres, bien que la DHOS ait estimé que le nombre de trois était suffisant pour répondre à la demande. L'aménagement de cette unité est accompagné à hauteur de 15 245 euros par chambre, conformément à ce que prévoit la circulaire précitée⁷⁸, dans la limite de trois chambres. La subvention d'investissement s'élève donc à 45 735 euros, pour un coût global d'aménagement de 475 000 euros. Le solde reste à la charge de l'établissement de santé, qui a inscrit la construction de ces chambres dans une opération globale de restructuration des chirurgies, prévue au Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) de l'établissement. Quant à l'ajustement des moyens en personnel lié à ce nouvel équipement, le centre hospitalier prévoit de le financer à l'aide des crédits de la Tarification À l'Activité (T2A).

Afin d'évaluer si les quatre lits seront suffisants pour répondre aux besoins somatiques des 690 détenus, j'ai établi une comparaison avec le rapport d'activité 2007 de l'UCSA de Bordeaux-Gradignan. À l'heure actuelle la maison d'arrêt de Gradignan accueille près de 830 détenus. Il ressort de son rapport d'activité que 1080 extractions ont été programmées en 2007. Il y a eu 351 annulations. Le total des extractions⁷⁹ réalisées est donc de 729. Si l'on rapporte ce chiffre annuel à la journée, on obtient une moyenne presque égale à deux extractions par jour. Comme les durées de séjour sont au maximum de quarante-huit heures, on peut estimer que les besoins des détenus de Mont-de-Marsan seront couverts par les quatre lits destinés aux hospitalisations somatiques urgentes ou de très courte durée.

On peut donc conclure de ces données que les quatre chambres sécurisées pour un centre pénitentiaire d'une capacité de 690 places devraient permettre d'assurer une bonne prise en charge des soins somatiques des détenus, notamment en évitant des délais d'attente trop longs. Cet avis est partagé par le directeur de l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan et par le médecin responsable de l'UCSA de Mont-de-Marsan.

⁷⁸ Op. cit. p.27, paragraphe 2.3.6 « *Financement des travaux de sécurisation* ».

⁷⁹ Cf glossaire en annexe 7.

B) Les unités sécurisées pour les soins psychiatriques

Concernant les pathologies psychiatriques, le site de Sainte-Anne ne disposait pas de structure d'hospitalisation permettant de délivrer des soins dans de bonnes conditions de sécurité. Il convient en effet de rappeler que l'article D. 398 du CPP⁸⁰ exclut la garde statique des détenus hospitalisés sous le régime de l'HO, qui revient de ce fait au personnel soignant. Il apparaissait donc nécessaire de sécuriser une unité dédiée à la prise en charge des patients considérés comme dangereux.

En outre, l'ouverture de l'UHSA de Cadillac, en Gironde, n'est pas prévue avant 2010 ou 2011. À compter de cette date, toutes les hospitalisations de détenus, avec ou sans leur consentement, se feront au sein de cette unité. Mais il paraissait indispensable de créer à Mont-de-Marsan une structure permettant de les prendre en charge d'ici à 2011.

Face à cette double nécessité, la Commission Médicale d'Établissement (CME) du centre hospitalier de Mont-de-Marsan du 17 décembre 2007 a avalisé le projet de **création d'une unité sécurisée de soins en psychiatrie**. Ce projet consiste en la sécurisation, sur le site de Sainte-Anne, d'une unité destinée notamment⁸¹ à prendre en charge les détenus. Elle sera constituée de vingt-quatre lits déjà existants et de la création de six lits supplémentaires, pour une capacité d'accueil totale de trente lits. Les six lits seront destinés à l'accueil des patients jugés les plus dangereux. Ils se trouveront dans un secteur fermé, qui constituera la partie du bâtiment la plus sécurisée. Elle sera en effet isolée du reste de l'unité et n'aura aucun lien avec l'extérieur. Une partie cour extérieure sera en outre aménagée⁸².

Il s'agissait au départ d'un projet « hors la loi » puisqu'il avait été présenté en mai 2006 à l'ARH, qui s'était fondée sur l'ouverture en 2011 de l'UHSA de Cadillac pour rejeter le projet comme non nécessaire. Le centre hospitalier avait donc décidé de financer seul la sécurisation de cette unité de soins en psychiatrie.

Au début de l'année 2008, le préfet des Landes s'est saisi de l'affaire et a écrit à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) afin de demander

⁸⁰ Article D. 398 du CPP : « *Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation* ».

⁸¹ L'unité est également destinée à accueillir les décompensations psycho-comportementales ainsi que les patients psychotiques chroniques souvent HO judiciaires au sens de l'article 122-1 du CP, c'est-à-dire ayant bénéficié d'un non-lieu psychiatrique et nécessitant des soins.

⁸² Il est prévu qu'un cadre de santé soit présent de 9 heures à 17 heures. Sept infirmiers et quatre aides-soignants couvriront la journée de 5 heures 45 à 21 heures 15. Un agent de service hospitalier sera présent de 7 heures à 20 heures. Enfin, deux infirmiers et un aide-soignant assureront le service de nuit.

qu'une expertise technique soit effectuée par le commissaire de police attaché à la DHOS, avant le lancement des travaux de sécurisation.

Dans un courrier en date du 18 avril 2008, faisant suite à une réunion ayant eu lieu entre la DHOS, l'ARH et la DDASS, la DHOS a décidé d'autoriser le début des travaux dès 2008 et a octroyé un financement. Le coût des travaux en crédits d'investissement avait été estimé par l'hôpital à 140 000 euros. Pour 2008, la DHOS a décidé que le financement se ferait à hauteur de 120 000 euros sur les crédits déjà octroyés à l'ARH d'Aquitaine dans le cadre des enveloppes du plan de santé mentale. En outre, le centre hospitalier avait estimé à 540 000 euros le surcoût en charge de personnel⁸³. La DHOS s'est engagée à octroyer cette somme en 2009 pour parvenir à dix postes soignants supplémentaires au lieu des douze demandés, et ce à titre provisoire. Il est en effet prévu que ces crédits seront restitués à l'EPSM de Cadillac dès l'ouverture de l'UHSA.

L'initiative de la CME de créer une unité sécurisée constitue une décision non négligeable. En effet, la responsable de l'UCSA de Mont-de-Marsan estime qu'un nombre important d'hospitalisations auront lieu pendant les premiers mois suivant l'ouverture du centre pénitentiaire. Elle s'appuie pour cela sur les rapports d'activité d'autres établissements, en particulier le centre pénitentiaire d'Avignon. Cet établissement a été mis en service en 2003 et a dû faire face à 89 HO en 2003, puis à 130 en 2004. Ce n'est qu'à partir des années suivantes que ce chiffre a beaucoup diminué.

Différents facteurs expliquent que le recours à l'hospitalisation d'office soit si élevé les premières années suivant l'ouverture de nouveaux établissements pénitentiaires. En particulier, des études ont montré que le changement de lieu d'incarcération a un effet déstabilisant sur les détenus. Nouvel environnement, nouvelle organisation de la vie quotidienne, autant d'éléments qui peuvent aggraver des troubles psychiques existants, voire conduire à des tentatives de suicide. En effet : « 9% des suicides interviennent durant la première semaine de détention, 17% pendant le premier mois et 34% durant les trois premiers mois »⁸⁴. Le directeur de l'ancienne maison d'arrêt m'a ainsi fait part en particulier de ses inquiétudes concernant les détenus de l'ancienne maison d'arrêt. Bien que n'étant plus du tout aux normes, les « chauffoirs »⁸⁵ de six à seize lits leur avaient permis de tisser des liens d'entraide et de solidarité.

⁸³ Ce surcoût correspond à l'affectation à la future unité sécurisée d'un cadre de santé, 6 ETP d'IDE, 10,3 ETP d'AS et 4 ETP d'ASH, nécessitant la création de 8,6 ETP d'IDE et de 4,3 ETP d'AS en plus de l'effectif déjà existant

⁸⁴ CHAMOISEAU P., p. 215, op. cit. p. 14.

⁸⁵ Tel est le nom donné communément aux cellules hébergeant plusieurs détenus.

C'est la raison pour laquelle le passage en encellulement individuel risque d'être très mal vécu par certains détenus, pour lesquels des soins d'ordre psychiatrique seront peut-être nécessaires. Pour pallier ce risque, l'ancien directeur de la maison d'arrêt m'a expliqué qu'il entendait demander à ces détenus, de façon anonyme, s'ils souhaitaient dans un premier temps être deux par cellule⁸⁶.

Les travaux de sécurisation de l'unité ne devraient être terminés qu'en juin 2009. La prise en charge psychiatrique des détenus dans cet intervalle de temps ne devrait pas se révéler trop problématique si l'on en croit le directeur de l'ancienne maison d'arrêt. Selon lui, l'arrivée des détenus au centre pénitentiaire sera progressive et « *d'ici à juin 2009 il devrait y avoir maximum dix HO* ». En fait, cela dépendra du rythme d'arrivée des détenus dans l'établissement pénitentiaire. Celui-ci a subi une panne électrique en décembre 2008 qui a conduit au transfert des détenus présents⁸⁷. Il n'a rouvert que le 19 janvier 2009, et il est prévu que les autres détenus soient transférés à raison de vingt par semaine.

Il semble donc que la prise en charge des HO ne devrait pas s'avérer trop problématique d'ici à l'ouverture de l'unité sécurisée. Une fois cette unité ouverte, les six lits destinés spécifiquement aux détenus nécessitant des soins psychiatriques devraient permettre de répondre correctement à leurs besoins de soins en évitant des délais d'attente trop longs. Par ailleurs, les risques de troubles de l'ordre public étant réduits par la sécurisation des locaux, on peut espérer que les durées de prise en charge seront mieux adaptées.

Après avoir vu que le nombre de lits au sein des unités sécurisées des centres hospitaliers de proximité de Mont-de-Marsan permettra d'assurer la prise en charge des hospitalisations de courte durée, il convient de s'intéresser à la capacité d'accueil de l'UHSI de Bordeaux, pour les hospitalisations de plus de quarante-huit heures.

2.1.2 La capacité de l'UHSI de répondre à l'augmentation de la population carcérale dans l'inter-région pénitentiaire

Dès 2009, la population carcérale de l'inter-région pénitentiaire va augmenter avec l'ouverture du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan, mais aussi celui de Poitiers. Au total, et en prenant en compte la fermeture simultanée de certains petits établissements pénitentiaires, il va s'agir d'environ mille détenus de plus. Il semble donc pertinent de se demander si la capacité d'accueil de l'UHSI de Bordeaux permettra de répondre aux

⁸⁶ Il convient de préciser que cela n'est possible qu'en quartier maison d'arrêt, la règle en quartier centre de détention étant d'un détenu par cellule.

⁸⁷ Les détenus alors présents provenaient exclusivement de l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan.

besoins des détenus de Mont-de-Marsan. Nous allons voir que le nombre de lits devrait être suffisant pour répondre aux besoins de l'inter-région pénitentiaire (A), même si l'équipe soignante travaille à la réduction des délais de prise en charge (B).

A) Un nombre de lits a priori suffisant

À première vue, les seize lits de l'UHSI me semblaient insuffisants pour prendre en charge de façon satisfaisante les besoins de la population pénale de l'inter-région.

En outre, le médecin responsable de l'UCSA de Gradignan m'a confié qu'aucune distinction n'était opérée selon la durée d'hospitalisation, puisque l'hôpital Pellegrin de Bordeaux constitue à la fois l'hôpital de proximité de la maison d'arrêt de Gradignan et le lieu d'accueil de l'UHSI. Il paraissait donc difficile de savoir si la répartition des lits était respectée⁸⁸ et plus particulièrement si les quatorze lits d'UHSI étaient suffisants pour prendre en charge toutes les hospitalisations de plus de quarante-huit heures.

Cependant il ressort de l'entretien mené avec l'un des médecins de l'unité que cette dernière est en mesure d'y répondre de façon adéquate, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, à l'heure actuelle, son taux d'occupation n'est pas maximal. Le nombre d'entrées est de 300 à 350 par an. Ce nombre a toutefois augmenté entre 2006, date d'ouverture de l'unité, et 2007. Mais, aux dires du médecin rencontré, les quatorze lits permettent de « *faire face à la demande de l'inter-région sans problème* ». Par ailleurs, l'unité dispose d'une « *marge de progression pour accueillir davantage de détenus* ». En effet certains mois seuls dix lits sont occupés.

Cela vient aussi du fait que les interventions sont essentiellement programmées et non urgentes. Les interventions les plus pratiquées sont en effet de la chirurgie orthopédique, maxilo-faciale ou vasculaire. Le médecin rencontré a insisté sur le fait que l'unité dispose de moyens importants et ne reçoit finalement qu'une minorité de malades, contrairement aux UCSA. Ainsi, le dépistage des hépatites et du VIH est une réelle problématique pour les UCSA, alors qu'à l'UHSI il n'y a quasiment pas d'hospitalisations dont le seul motif soit la prise en charge d'une hépatite ou du VIH.

Puisqu'il ne s'agit que rarement d'interventions urgentes, il est donc possible de planifier les hospitalisations. Pour cela, le médecin responsable de l'UHSI joue un rôle majeur d'interface entre l'administration pénitentiaire, la police et la gendarmerie. L'objectif est de réguler au mieux les demandes d'hospitalisations afin de ne programmer que les interventions nécessaires.

⁸⁸ Répartition entre les quatorze lits destinés à l'UHSI et les deux lits au titre de l'hôpital de proximité de la maison d'arrêt de Gradignan.

B) Une réflexion en cours visant à améliorer les durées de prise en charge

Même si la capacité d'accueil de l'UHSI semble permettre de répondre aux besoins de l'ensemble des détenus de l'inter-région, l'équipe médicale de l'UHSI travaille sur deux axes principaux.

Le premier axe de travail consiste à réduire les durées moyennes de séjour, afin d'assurer un plus grand roulement des places et de rendre plus flexibles les conditions d'accueil. Les séjours sont en effet plutôt longs en moyenne, jusqu'à sept semaines par exemple pour de la radiothérapie. La diminution des durées de séjour n'est pas aisée. En effet, les soins en ambulatoire des détenus sont évidemment envisageables, mais difficilement réalisables du fait des effectifs de police, de gendarmerie et de personnel pénitentiaire que cela nécessiterait en termes de transfèvements et de gardes.

Le second axe de travail a également trait au temps. Il s'agit de prendre en charge le plus tôt possible toutes les pathologies. Le médecin interrogé m'a confié que certaines affections étaient encore trop souvent traitées en retard. Une réunion mensuelle à la Préfecture, réunissant les représentants de l'hôpital, de l'administration pénitentiaire, de la police et de la gendarmerie tente de régler les difficultés liées à l'application du protocole. En effet, selon le même médecin, *« si le motif d'hospitalisation n'est pas urgent, il faut compter au moins huit jours pour que l'extraction soit réalisée. Quand il y a urgence, c'est au moins quarante-huit heures, parfois moins mais rarement »*.

Enfin, un sujet inquiète davantage le médecin rencontré : la question des détenus âgés. Du fait du vieillissement de la population pénale et de l'allongement de la durée des peines, les détenus présentent des pathologies de plus en plus lourdes. Ce point sera approfondi ultérieurement⁸⁹.

Après avoir analysé les points forts du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus montois, il convient de s'intéresser aux faiblesses de ce dispositif.

⁸⁹ Cf le 2.3.2. « Quelle prise en charge des détenus en perte d'autonomie ? »

2.2 Une insuffisance notable en matière de prévention et de prise en charge psychiatrique

Deux pans de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont insuffisamment développés dans les Landes. Il s'agit d'une part de la prévention et de l'éducation pour la santé, pourtant l'une des quatre missions des UCSA (2.2.1), et d'autre part de la prise en charge psychiatrique (2.2.2).

2.2.1 La prévention et l'éducation pour la santé : les oubliées de la prise en charge sanitaire des personnes détenues

La mission de prévention et d'éducation pour la santé passe le plus souvent après la mission de soins proprement dite. Cette situation constitue un véritable paradoxe dans la mesure où les détenus constituent à la fois un public cible idéal et une population vulnérable (A). Ce constat mesuré à l'échelle nationale se retrouve malheureusement dans les Landes (B).

A) La prévention et l'éducation pour la santé : le paradoxe d'un oubli

Il convient en premier lieu de rappeler que parmi les quatre missions dévolues aux UCSA figure la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées au sein de l'établissement pénitentiaire⁹⁰ ainsi que l'élaboration d'un programme annuel ou pluriannuel de promotion de la santé.

Selon le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues⁹¹, il s'agit à la fois de prévention primaire (hygiène, éducation pour la santé, vaccinations), secondaire (dépistages) et tertiaire (soins et éducation thérapeutique).

Toutefois, cette mission est le plus souvent occultée au profit de la mission de soin. En 2001, l'IGAS et l'IGSJ avaient souligné le caractère « *embryonnaire* » de la promotion de la santé. Elles estimaient que cela tenait au fait que, « *par culture* »⁹² les hôpitaux ne possédaient pas le savoir-faire nécessaire en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Or c'est à l'hôpital public que cette mission a été dévolue par la réforme de 1994. Face à ce constat mesuré à l'échelle nationale, l'IGAS et l'IGSJ préconisaient déjà de renforcer ce volet de la prise en charge sanitaire des détenus.

Pour expliquer cette lacune, les soignants mettent en avant le manque de moyens financiers et humains dont disposent les UCSA. Selon les médecins rencontrés, c'est pour cela qu'à défaut de pouvoir tout faire, les UCSA sont contraintes de mettre l'accent

⁹⁰ Article R. 111-14 du CSP.

⁹¹ Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de la justice, *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004.

⁹² Rapport d'évaluation IGAS / IGSJ p.74, op. cit. p.18.

sur la mission de soin. Ainsi, la responsable de l'UCSA montoise explique qu'il s'agit d'une « *voie qui reste clairement à améliorer. Or c'est une mission très chronophage et qui passe de ce fait, à tort, après la mission de soin* ».

Il convient ici de souligner **un double paradoxe**.

D'une part, le paradoxe relatif à l'insuffisance des actions de prévention et d'éducation pour la santé pourtant essentielles auprès d'une **population particulièrement vulnérable**. La DREES met ainsi l'accent sur les « *caractéristiques démographiques et sociales de la population incarcérée, qui cumule les risques de vulnérabilité* »⁹³. Les consommations à risque (alcool, drogues), le moindre recours aux soins qu'en population générale, le taux important de détenus sans couverture sociale avant leur entrée en détention, le fait que près d'un détenu sur cinq déclare ne pas avoir de domicile stable au moment de l'incarcération, tous ces facteurs se cumulent.

En outre, la détention peut être source d'aggravation de l'état de santé des détenus. Toujours selon la même étude de la DREES, « *l'incarcération elle-même génère ou augmente certains risques (isolement affectif, promiscuité, inactivité...)* ». Cela explique que les détenus ont davantage recours aux soins psychiques. Et lorsque les conditions de détention sont mauvaises, les troubles d'ordre somatique peuvent aussi être aggravés (surpopulation carcérale, humidité, chauffage insuffisant, etc).

Le second paradoxe réside dans la quasi absence d'actions de prévention et la présence d'une **population à demeure, disponible pour une sensibilisation et des actions de santé publique**. Il peut être délicat de mener des actions sur le moyen terme en maison d'arrêt, car le « turn-over » des détenus y est très élevé. Mais les détenus écroués en établissements pour peine constituent une cible idéale pour ce type d'actions. Par ailleurs, ces actions permettent de préparer le détenu à la sortie, afin d'éviter que les comportements à risque ne se reproduisent.

À titre d'exemple, selon la psychologue et chef de service de l'association La Source⁹⁴, « *rien n'est fait pour lutter contre la récidive* » des détenus toxicomanes. La préparation à la sortie est donc quasi nulle.

⁹³ Étude de 2002, op.cit. p. 12.

⁹⁴ Il s'agit d'une association montoise dont les actions s'adressent à des personnes toxicomanes. Cette association intervenait sur ce thème auprès des détenus de l'ancienne maison d'arrêt et compte poursuivre son action auprès des détenus du nouveau centre pénitentiaire.

B) Le caractère incomplet des actions prévues au niveau local

Ces insuffisances relevées, il convient toutefois de noter que des actions de prévention et d'éducation pour la santé vont être mises en place auprès des détenus du nouveau centre pénitentiaire.

Une demi-journée de présence hebdomadaire pour des entretiens individuels à destination des détenus toxicomanes sera assurée par l'association La Source. À l'époque de mon entretien avec la psychologue de l'association, il était prévu que le temps de présence soit le même qu'au sein de l'ancienne maison d'arrêt, car l'UCSA ne disposait pas de crédits supplémentaires pour mener des actions de prévention.

Par ailleurs, d'autres associations locales doivent intervenir. Comme cela était le cas auparavant, l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) interviendra sur le thème de l'alcool, dans le cadre d'un groupe d'information et de parole mensuel. D'autre part, la responsable de l'UCSA a pris contact avec AIDES, association de lutte contre le sida. L'objectif est de faire connaître aux détenus le réseau d'écoute de cette association, afin d'éviter qu'ils ne se retrouvent livrés à eux-mêmes à leur sortie de prison.

Ensuite, le personnel de l'UCSA verra quotidiennement les détenus sous traitement de substitution aux opiacés afin de leur prescrire leur traitement. Ce sera l'occasion de les sensibiliser sur ce thème. Le personnel de l'UCSA fera également le lien avec l'association La Source pour la préparation de ces détenus à la sortie.

Enfin, le directeur de l'ancienne maison d'arrêt m'a fait part de son souhait d'organiser une réunion hebdomadaire entre le personnel pénitentiaire et celui de l'UCSA afin de traiter de la question des risques suicidaires. Il était particulièrement inquiet pour les premiers mois de détention, qui sont ceux où les risques sont les plus élevés.

Il ressort de cet exposé que plusieurs actions à destination des détenus sont envisagées. Toutefois, **seule la prévention secondaire⁹⁵ est mentionnée dans le protocole** conclu entre le centre hospitalier et le centre pénitentiaire. Son article 4 prévoit que l'établissement de santé « *veille à ce que les conditions soient réunies, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour qu'une consultation de dépistage du VIH, hépatite B et C puisse dispenser des conseils de prévention personnalisés, après réalisation*

⁹⁵ La prévention secondaire peut se définir comme l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.

« systématique des sérologies et que les missions de prophylaxie de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles soient assurées ».

En outre, parmi les différentes actions que le centre pénitentiaire entend mettre en œuvre **seuls sont abordés les thèmes de la toxicomanie, du tabagisme et du suicide**. Il n'est pas question d'hygiène, ou encore de sensibilisation aux Maladies Sexuellement Transmissibles (MST).

Ainsi, les actions prévues en matière de prévention et d'éducation pour la santé paraissent parcellaires et ne s'inscrivent pas dans un programme cohérent et exhaustif de prévention et de promotion de la santé. Nous allons voir que le volet psychiatrique de la prise en charge des détenus souffre lui aussi de lacunes qui font craindre une mauvaise qualité de leur suivi psychiatrique.

2.2.2 L'UHSA : des inquiétudes quant à la qualité de la prise en charge

La construction de l'UHSA de Cadillac est en cours, pour une ouverture prévue en 2010 voire 2011. Nous avons vu précédemment que le nombre de chambres sécurisées à l'hôpital Sainte-Anne devrait permettre de prendre en charge toutes les hospitalisations pour motif psychiatrique. La question qui se pose alors est celle de savoir si la future organisation des soins psychiatriques permettra également d'offrir aux détenus une prise en charge suffisante et de qualité.

La loi du 9 septembre 2002⁹⁶ a prévu la création de dix-sept UHSA d'une capacité totale de 705 lits. Ces créations se font en deux temps. L'agglomération de Bordeaux comportera une UHSA, mais sa construction ne relèvera que de la seconde tranche de travaux. D'ici là, les hospitalisations pour motif psychiatrique continueront d'être prises en charge en milieu hospitalier pour les hospitalisations d'office et dans les SMPR pour les autres types d'hospitalisations⁹⁷ ou de consultations spécialisées.

À terme, la création des UHSA entraînera la suppression de l'hospitalisation à temps complet au sein des SMPR. L'organisation de la prise en charge des détenus pour motif psychiatrique sera donc simplifiée. **En ambulatoire**, les soins seront assurés par les UCSA ou les SMPR dans les établissements dotés d'un SMPR. **Les hospitalisations** se dérouleront toutes au sein des UHSA.

⁹⁶ Op. cit. p. 1.

⁹⁷ Hospitalisations libres ou à la demande d'un tiers (HDT).

Les UHSA seront constituées de deux ou trois unités de vingt lits chacune, soit une capacité d'accueil de quarante à soixante lits pour l'inter-région pénitentiaire concernée. Leur objectif est d'assurer aux détenus une qualité de soins psychiatriques équivalente à ceux dispensés en population générale.

L'UHSA de Cadillac ne comportera que **quarante lits pour l'inter-région pénitentiaire**. Étant donné que la population carcérale de l'inter-région était en 2003⁹⁸ de 4867 détenus, et qu'environ un détenu sur deux souffre de troubles psychiques à son entrée en prison⁹⁹, le nombre de lits semble insuffisant. Cette inquiétude est partagée par les différentes personnes interrogées. Ainsi, selon le directeur de l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan « *il y aura toujours des HO ici une fois l'UHSA ouverte, car quarante places seront insuffisantes* ». Le médecin responsable de l'UCSA de la maison d'arrêt de Gradignan partage cette crainte et estime que « *quarante places risquent d'être insuffisantes ou de conduire à des prises en charge incomplètes ou inadaptées* ».

En effet, **les délais de prise en charge risquent d'être trop longs**. Le problème se pose plus particulièrement pour les HO, lorsque la crise est la plus aiguë. Si les quarante lits sont déjà occupés, il risque d'y avoir un délai d'attente important. De plus cela nécessitera, pour chaque hospitalisation, le transfèrement du détenu, avec les effectifs correspondants de police et de gendarmerie pour en assurer l'escorte. Or il est rare que ces effectifs soient disponibles immédiatement.

Ces différents facteurs risquent de se traduire par une inadaptation de la prise en charge psychiatrique des détenus, par un recours inadéquat aux Unités pour Malades Difficiles (UMD), voire aux chambres d'isolement. Ce sont des phénomènes que l'on observe parfois à l'heure actuelle, et que la création des UHSA risque de ne pas régler.

De même, **les durées de prise en charge risquent d'être trop courtes**. Les pathologies psychiatriques nécessitent une prise en charge souvent longue, or pour répondre à l'ensemble des besoins de l'inter-région pénitentiaire, le « turn-over » devra être important, ce qui ne sera sans doute pas envisageable avec quarante lits. Selon le directeur de l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan, « *ce qui risque de se passer c'est que les détenus seront hospitalisés à l'UHSA le mercredi pour en ressortir le vendredi, ce n'est pas de la prise en charge ! Puisque deux mois après, ils iront de nouveau mal et devront y retourner...* »

⁹⁸ Je me fonde là encore sur les données de l'OIP 2003, seule source m'ayant permis de connaître le nombre de détenus et les taux d'occupation pour l'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest. L'administration pénitentiaire publie des chiffres mensuels, toutes inter-régions confondues.

Face à ces inquiétudes, les autorités départementales espèrent qu'à l'ouverture de l'UHSA, et malgré le transfert des crédits alloués à l'hôpital Sainte-Anne, les hospitalisations d'office pourront toujours être réalisées à Mont-de-Marsan. Cela permettrait au moins de prendre en charge rapidement les détenus dont l'état de santé nécessite une intervention urgente.

Après ce tour d'horizon des points forts et des faiblesses du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus montois, il convient de s'attacher aux incertitudes qui demeurent quant à l'adéquation de certains volets de l'offre de soins.

2.3 La persistance de certaines incertitudes

Même si le centre pénitentiaire a ouvert ses portes aux premiers détenus en décembre 2008, un certain nombre d'incertitudes demeurent. Il s'agit en premier lieu de la question de l'ajustement des moyens de fonctionnements de l'UCSA au nombre réel de détenus présents dans l'établissement (2.3.1). En second lieu, nous aborderons la question des détenus en perte d'autonomie : les détenus âgés et handicapés (2.3.2).

2.3.1 Les incertitudes relatives aux moyens de fonctionnement de l'UCSA

Nous allons analyser ici l'adéquation des moyens de fonctionnement de l'UCSA avec le nombre de détenus présents dans le centre pénitentiaire : adéquation des effectifs de l'UCSA (A) et adéquation des crédits alloués à l'unité (B).

A) La question de l'adéquation des effectifs de l'UCSA

L'annexe D du guide méthodologique fixe les ETP en personnels en fonction du type d'établissement pénitentiaire au sein duquel est implantée l'UCSA et de la catégorie de personnel concerné¹⁰⁰. Le nombre d'ETP a été revu à la hausse par rapport à l'ancien guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994.

Cette évolution a suivi en ce point les préconisations de la mission conjointe IGAS/IGSJ qui s'était interrogée sur « *le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA* »¹⁰¹. Selon elle, les besoins étaient largement méconnus à l'époque où ils ont été définis par le guide méthodologique annexé à la circulaire de 1994. Or depuis cette date, elle avait pu constater une réelle augmentation desdits besoins, liée en particulier au vieillissement de la population pénale ainsi qu'au mauvais état de santé bucco-dentaire des détenus.

⁹⁹ Etude de 2005, op. cit. p.12.

¹⁰⁰ Op. cit. p.34.

¹⁰¹ Rapport IGAS/IGSJ p.25, op. cit. p. 18.

L'annexe II du protocole signé entre le centre hospitalier de Mont-de-Marsan et la direction interrégionale de l'administration pénitentiaire fixe la composition de l'équipe hospitalière exprimée en équivalent temps plein.

Le tableau ci-dessous permet de comparer les effectifs de l'UCSA de Mont-de-Marsan par rapport à ceux que prévoit le guide méthodologique précité.

Effectifs médicaux en ETP	UCSA Mont-de-Marsan	Guide méthodologique ¹⁰²
Effectifs médicaux	Effectifs médicaux	Effectifs médicaux
Médecin généraliste	1,7	1,14
Chirurgien dentiste	1	0,92
Psychiatre	1,5	1,425
Effectifs non médicaux	Effectifs non médicaux	Effectifs non médicaux
Pharmacien	0,25	0,25
Manipulateur en électroradiologie	0,5	0,39 (ce chiffre comprend les ETP de médecins spécialistes, de masseurs kinésithérapeutes et de manipulateurs en électroradiologie)
Préparateur en pharmacie	1	7,6 (le guide fixe un nombre d'ETP global pour le temps d'IDE, d'AS et de préparateur en pharmacie)
Aide soignant (AS)	1	
Infirmier (IDE)	8	
Cadre infirmier	1	
Psychologue	4	4,27
Secrétariat médical	1,5	1,11
Agent des services hospitaliers (ASH)	1	Non spécifié

On constate que les effectifs médicaux de l'UCSA sont supérieurs au nombre d'ETP prévus par le guide méthodologique. Toutefois, en ce qui concerne les effectifs non médicaux, **le temps de spécialiste et de masseur kinésithérapeute est insuffisant**. En effet, l'UCSA n'a que 0,5 ETP de manipulateur en électroradiologie, ce qui est supérieur aux ETP fixés par la circulaire, mais elle ne dispose d'aucun temps de médecin spécialiste ni de kinésithérapeute.

¹⁰² L'annexe D du guide méthodologique fixe des ETP pour une maison d'arrêt de 600 places et pour un établissement pour peine de 600 places. J'ai rapporté ces chiffres à la capacité d'accueil du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan : 330 places en maison d'arrêt (cela comprend les 30 places du quartier arrivants) et 360 places de centre de détention.

La responsable de l'UCSA de Mont-de-Marsan m'avait confié, lors de notre dernier entretien en octobre 2008, qu'il manquait encore :

- un temps d'ophtalmologue. Il n'y en a pas en effet au centre hospitalier et « *les libéraux ne souhaitent pas intervenir au centre pénitentiaire* ». La solution envisagée était de faire appel à un ophtalmologue libéral, qui interviendrait à raison d'une vacation par mois au sein de l'UCSA. C'est ce que prévoit le protocole.
- du temps de kinésithérapeute. Selon la responsable interrogée : « *il est difficile d'évaluer le temps nécessaire de kinésithérapeute. Cela varie beaucoup d'une UCSA à l'autre* ». De ce fait, il est prévu d'étudier les besoins puis de faire appel à un kinésithérapeute de l'hôpital et/ou si nécessaire à un kinésithérapeute libéral.

On peut donc espérer qu'une solution sera rapidement trouvée au problème des effectifs de spécialistes manquants.

B) La question de l'ajustement des crédits de fonctionnement

Les crédits UCSA correspondent aux soins somatiques et aux soins psychiatriques. Les premiers font l'objet d'une Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF), les seconds relèvent des Missions d'Intérêt Général (MIG). La notification pour 2008 comportait 648 000 euros en MIG et 195 580 euros en DAF, ce qui correspond exactement à ce qui avait été demandé par le préfet à la DHOS pour six mois de fonctionnement de l'UCSA.

Ainsi, si ces crédits sont reconduits en année pleine en 2009, on peut estimer que l'UCSA disposera des moyens nécessaires pour assurer une prise en charge sanitaire suffisante des détenus. En effet, en 2008 il n'y avait qu'une petite centaine de détenus présents au centre pénitentiaire. Cela n'était donc pas pertinent pour évaluer l'adéquation des moyens aux besoins.

Cependant, une autre question se pose. Le centre pénitentiaire a une capacité d'accueil théorique de 690 places, et a la faculté dès son ouverture d'étendre sa capacité d'accueil de 20%. Étant donné l'ampleur de la surpopulation carcérale en France, les acteurs locaux s'attendent à ce que l'administration pénitentiaire use rapidement de cette possibilité. Cela conduirait alors le centre pénitentiaire à accueillir quelques 830 détenus¹⁰³.

¹⁰³ Il n'est possible d'accueillir plus de détenus qu'en quartiers maison d'arrêt. Le calcul est le suivant : $690 \text{ places} \times 20 \% = 690 + 138 \text{ places} = 828 \text{ places}$, ce qui, reporté sur le quartier maison d'arrêt, donne un chiffre total de $300 + 138 = 438 \text{ places}$.

Cela conduit donc à émettre une seconde hypothèse quant à la capacité d'accueil réelle de l'établissement pénitentiaire. La question qui se pose est de **savoir si les crédits de fonctionnement de l'UCSA seront revus à la hausse dans l'hypothèse où le taux d'occupation du centre pénitentiaire serait supérieur à sa capacité d'accueil théorique**. Dans ce cas, les effectifs du personnel médical et non médical de l'UCSA devraient être accrus, en particulier en ce qui concerne les ETP de médecin généraliste, de psychiatre, de dentiste, de psychologue et d'infirmier. Mais la réponse à cette question ne pourra être connue que lorsque la capacité d'accueil de l'établissement sera dépassée, et il n'est pas encore possible de savoir dans quelle mesure le centre pénitentiaire accueillera davantage de détenus.

En plus de la question de l'adéquation des moyens alloués à l'UCSA, celle relative à la prise en charge des détenus en perte d'autonomie soulève un certain nombre d'interrogations.

2.3.2 Quelle prise en charge des détenus en perte d'autonomie ?

Après avoir précisé quelques données récentes permettant de quantifier le phénomène du vieillissement de la population pénale (A), j'analyserai ce qui est prévu pour la prise en charge des détenus âgés montois (B).

A) La mesure du phénomène

Le futur centre pénitentiaire va héberger des catégories de détenus que n'accueillait pas l'ancienne maison d'arrêt. Il s'agit des détenus âgés et des détenus handicapés.

Dès 2001, l'IGAS et l'IGSJ soulevaient le problème du **vieillissement de la population carcérale**¹⁰⁴. Selon la mission, ce phénomène provient de deux facteurs : le vieillissement de la population des entrants et l'effet de l'allongement des peines. L'effet de l'allongement des peines est particulièrement remarquable en ce qui concerne les personnes condamnées pour des infractions à caractère sexuel. Elles représentaient en 2000 près de 50 % des détenus âgés de plus de 50 ans, contre 21% dix ans plus tôt. La cause en est l'augmentation des délais de prescriptions pour ce type de crimes et délits. La mission soulignait le fait que les détenus âgés constituent une population particulièrement vulnérable car elle cumule les facteurs de risque.

¹⁰⁴ Rapport IGAS/IGSJ « 1.1.1. Les caractéristiques de la population pénale : l'importance du vieillissement », op. cit. p.18.

Une étude récente¹⁰⁵ menée auprès de tous les détenus âgés de plus de 65 ans du centre de détention du Muret (inter-région pénitentiaire de Toulouse), d'une capacité d'accueil similaire au centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan, apporte quelques précisions. Au total, l'échantillon représentait trente-trois patients suivis par l'UCSA. L'âge moyen était de 71,3 ans, le détenu le plus âgé avait 80 ans. Ces patients recevaient en moyenne cinq à six médicaments par jour en guise de traitement de fond. Leur répartition sur la grille AGGIR¹⁰⁶ était la suivante : deux GIR 4, dix GIR 5 et vingt-et-un GIR 6. Selon les auteurs : « *le type même de structure qu'est un centre de détention explique l'absence de GIR 1, 2 ou 3 parmi la population de cette étude* ».

Ces détenus nécessitent donc des soins plus importants que les autres. En effet, selon le responsable de l'UCSA de Mont-de-Marsan, cette population « *souffre de maladies chroniques, telles que le diabète ou des maladies cardiaques, nécessitant un suivi important et des visites fréquentes au centre hospitalier afin de réaliser des bilans* ».

Concernant les détenus handicapés, cette même étude révèle que le handicap est plus fréquent en prison qu'en population générale : « *la proportion de personnes ayant au moins une incapacité est 1,7 fois plus élevée en prison pour un adulte âgé de plus de 50 ans* ».

Selon le rapport IGAS/IGSJ¹⁰⁷, il existe trois facteurs expliquant la présence en détention de personnes en situation de handicap :

- Le handicap peut apparaître en même temps que l'acte qui les a conduit en prison (par exemple, une blessure grave lors d'une agression) ;
- Il peut s'agir de personnes qui souffraient d'un handicap qui ne les a pas empêchées de commettre l'acte pour lequel elles ont été incarcérées ;
- Enfin, le handicap peut apparaître en détention. Par exemple, suite à un accident vasculaire cérébral. Ce dernier cas est de plus en plus fréquent du fait du vieillissement de la population pénale.

B) La prise en charge locale des détenus en perte d'autonomie

Au centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan, **un petit nombre de cellules ont été conçues pour accueillir les détenus en perte d'autonomie** (détenus âgés et handicapés). Le volet dépendance ne sera pas pris en charge par l'UCSA, puisqu'il relève

¹⁰⁵ GRILL S., GERARD S., TELMON G., septembre 2007, « La personne âgée en prison : un phénomène ignoré » in *La revue de gériatrie*, tome 32, n°7, pp.489-490.

¹⁰⁶ AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources. Grille nationale permettant d'évaluer l'autonomie et de définir les besoins d'une personne dans l'accomplissement des gestes quotidiens. Un indicateur appelé GIR (Groupe Iso-Ressources) est défini pour chaque personne et la situe par rapport à son degré d'autonomie : d'autonomie à dépendant (GIR 6 à GIR 1). Cette grille sert également de référence pour attribution de l'APA.

de la compétence du Conseil général. Des conventions doivent être conclues avec des auxiliaires de vie pour l'aide à certains gestes de la vie quotidienne.

Mais, selon le médecin de l'UCSA, il sera sans doute difficile de trouver des personnes acceptant de se rendre en prison pour apporter cette aide. Les difficultés avancées par les intervenants extérieurs sont souvent les mêmes : entrer dans le centre pénitentiaire, passer tous les sas de sécurité, puis en ressortir est très chronophage. De plus, « *les auxiliaires de vie ont déjà beaucoup de travail à l'extérieur et ne souhaitent pas toujours intervenir au sein des prisons* ». Dans un premier temps, pour pallier ces difficultés éventuelles, l'aide soignant de l'UCSA pourra se charger de cette aide aux gestes quotidiens.

Il convient ensuite d'aborder la question de **l'hospitalisation des détenus âgés**, qui nécessite souvent des durées de prise en charge plus longues. À ce titre, le médecin de l'UHSI de Bordeaux m'avait parlé des UHSI de Fresnes et Marseille. Il m'avait dit qu'elles possédaient des lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) à vocation nationale, mais n'avait pas été en mesure de me préciser le nombre de ces lits ni si ces unités étaient opérationnelles. J'ai donc contacté les UHSI de Fresnes et de Marseille. En effet, ces unités pouvaient constituer une réponse adaptée aux besoins des détenus âgés, puisque les durées de séjour en SSR y sont plus longues.

Une unité de douze lits de SSR a été construite à l'UHSI de Marseille, ayant vocation à accueillir les détenus hospitalisés dans les UHSI de Lyon, Bordeaux, Toulouse et Marseille. Cependant, par manque de personnel pénitentiaire, l'unité n'a pas pu ouvrir. De ce fait, la responsable de l'UHSI de Marseille m'a expliqué que six lits de SSR avaient été ciblés parmi leurs trente-trois lits de court séjour, mais que cela était insuffisant pour répondre aux besoins des détenus dépendant des quatre directions interrégionales pénitentiaires. En outre, il convient de préciser que ces lits ne concernent que les soins de suite, à l'exception de la rééducation fonctionnelle lourde, qui relève de l'Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF).

L'EPSNF devrait disposer d'un service qui ne sera opérationnel qu'en 2012. Il s'agira d'un service de vingt lits de rééducation fonctionnelle, ayant une vocation nationale.

Après ce tour d'horizon des forces et faiblesses du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus de Mont-de-Marsan, il convient de s'intéresser à ce qui pourrait être fait pour améliorer la qualité de cette offre de soins.

¹⁰⁷ Rapport IGAS/GSJ, p.113, op. cit. p.18.

3 Plan d'action et pistes d'amélioration

Cette dernière partie exposera un certain nombre d'actions concrètes qui peuvent être entreprises afin d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan (3.1). Ensuite, je souhaite proposer d'autres pistes d'amélioration s'articulant autour de la notion de prise en charge globale des personnes détenues (3.2). Il s'agira enfin de préciser le rôle concret que peut jouer l'IASS dans un système dont seul un pan peut relever de sa compétence (3.3).

3.1 Plan d'action pour améliorer la qualité des soins aux détenus du centre pénitentiaire

Dans cette première partie je souhaite mettre l'accent sur trois volets de la prise en charge sanitaire des détenus du centre pénitentiaire montois. Ces thèmes s'articulent autour du soin. À ce titre, il est indispensable de renforcer la mission de prévention et d'éducation pour la santé, premier pallier du soin (3.1.1). Nous étudierons ensuite les axes d'amélioration de la prise en charge psychiatrique des détenus (3.1.2), puis de la prise en charge des détenus âgés (3.3.3).

3.1.1 Renforcer la mission de prévention et d'éducation pour la santé

Comme nous l'avons vu précédemment, la mission de prévention et d'éducation pour la santé est largement relayée à l'arrière-plan de la prise en charge sanitaire des détenus. Il est cependant essentiel que cette mission soit repensée, en particulier en matière de prévention primaire (A) et tertiaire (B) qui sont les deux volets de la prévention les moins développés localement.

A) Améliorer la prévention primaire

La prévention primaire vise à réduire le risque, la survenue ou les conséquences de l'apparition d'un problème de santé. L'un des facteurs expliquant les lacunes dans ce domaine réside dans le manque de moyens dédiés à cette mission. En effet, elle est financée soit sur des crédits alloués aux Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, soit sur les crédits de l'UCSA.

Concernant les crédits SPIP, il convient de préciser que l'une de leurs missions consiste en le développement et la coordination d'un réseau de partenaires institutionnels, associatifs et privés pour donner aux détenus des opportunités d'insertion en les orientant vers les dispositifs de droit commun, parmi lesquels l'accès à l'éducation pour la santé. Le SPIP de Mont-de-Marsan a élaboré un programme d'actions d'éducation à la santé au bénéfice des détenus du centre pénitentiaire. Dans ce cadre, plusieurs promoteurs

landais ont déposé des dossiers de demandes de subvention, qui s'articulent autour des actions suivantes : atelier santé, sevrage tabagique, prévention des addictions (La Source), différentes actions autour de l'alcool (ANPAA) et prévention des maladies infectieuses. Le total des sommes nécessaires à la réalisation de ces actions est de 21 664 euros.

Concernant les crédits UCSA, la responsable de l'association La Source m'avait confié que l'UCSA ne bénéficierait pas de crédits supplémentaires pour cette mission, par rapport à l'UCSA de l'ancienne maison d'arrêt. Comme la procédure de financement est en cours, à l'heure où je rends ce mémoire je n'ai pas encore d'éléments précis sur les montants des crédits qui vont être alloués à l'UCSA pour l'exercice de sa mission de promotion de la santé.

Dans l'hypothèse où l'UCSA ne disposerait pas des moyens nécessaires pour mener à bien cette mission, on pourrait envisager un financement dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Celui-ci prévoit, en Aquitaine, un volet éducation pour la santé, mis en œuvre par le Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé (SREPS). Les publics concernés par ce schéma sont : *« tous les publics mais plus particulièrement les jeunes, les personnes âgées, les personnes porteuses d'un handicap, en situation d'exclusion et celles dont les difficultés, de toutes origines, font obstacle à un comportement favorable à leur état de santé et les patients atteints de maladies chroniques »*¹⁰⁸.

Les détenus correspondent donc à cette définition. Deux actions prioritairement visées par l'appel à projets 2009 pourraient plus particulièrement répondre aux besoins des détenus. Il s'agit des actions « violences et mal-être psychique » (prévention des conduites à risque, notamment du suicide) et « promotion d'une meilleure hygiène de vie » (promotion de la vaccination...).

La DDASS des Landes espère que le Ministère de la Justice débloquera des crédits conséquents pour mener à bien les actions de prévention à destination des détenus. Si tel n'était pas le cas, il apparaît évident que toutes les actions ne pourraient être financées. En outre, le risque serait d'obérer le niveau financier du GRSP concernant d'autres publics que les détenus.

¹⁰⁸ Site internet du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) Aquitaine : <http://www.grsp-aquitaine.fr>.

B) Encadrer les mesures de prévention tertiaire

La prévention tertiaire vise à éviter les rechutes et complications liées à la maladie et à favoriser la réadaptation médico-psycho-sociale. En ce sens, le médecin responsable de l'UCSA doit, en collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire, et en accord avec la DDASS et la DRASS, déterminer les « *thèmes prioritaires de prévention et d'éducation pour la santé, selon les problèmes de santé révélés par les examens médicaux d'entrée et les données épidémiologiques fournies à cette occasion* »¹⁰⁹.

À ce titre, la DDASS des Landes peut apporter une véritable contribution en matière de santé publique. Cela permettrait aussi de pallier le fait, relevé par la mission conjointe IGAS/IGSJ, que les hôpitaux n'ont pas toujours la « *culture* » nécessaire en matière de promotion de la santé. L'IASS et le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) de la DDASS pourraient ainsi jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre de ce programme de prévention et d'éducation pour la santé, à la fois en termes d'impulsion et de recherche de financements. Il conviendrait également qu'ils veillent à la bonne mise en œuvre de ce programme, en s'assurant régulièrement que les actions qui y sont inscrites sont bien réalisées. Dans le cas contraire, il conviendrait que l'IASS et le MISP se mettent en relation avec le médecin responsable de l'UCSA pour rechercher les causes des blocages et trouver ensemble les solutions pour y remédier.

Comme dans le champ de la prévention, des actions concrètes peuvent être entreprises dans le champ de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues.

3.1.2 Améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus

Nous l'avons vu, la prise en charge des troubles d'ordre psychique en UHSA risque d'être inadaptée. Pour pallier ce risque, certains acteurs locaux m'ont fait part de leur souhait que les hospitalisations d'office des détenus continuent d'être prises en charge par l'EPSM Sainte-Anne. Depuis la loi du 9 septembre 2002¹¹⁰ il est prévu que le régime des hospitalisations à la demande d'un tiers soit appliqué aux détenus. Or les deux régimes d'hospitalisation seront pris en charge par les UHSA.

¹⁰⁹ CHAUVIN I., *La santé en prison. Les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*, p. 67.

¹¹⁰ Op. cit. p. 1.

Cet aspect de la réforme est très important, puisqu'il va de fait conduire à une réduction du nombre de HO au profit des HDT. Il paraît donc raisonnable d'envisager que les HO continuent d'être réalisées à Mont-de-Marsan une fois l'UHSA de Cadillac ouverte. De plus, le nombre des HO va aussi diminuer du fait que c'est essentiellement les premiers mois suivant l'entrée en détention qu'il est élevé. Or le centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan aura fonctionné environ deux ans avant que l'UHSA de Cadillac ne soit opérationnelle. Cela correspondra donc à une période de diminution du nombre de HO.

Cette proposition de conserver les HO à Mont-de-Marsan me semble également réalisable du fait que l'unité sécurisée à l'hôpital Sainte-Anne sera opérationnelle. Comme aucune garde policière n'est prévue lorsqu'un détenu est hospitalisé sous le régime de l'HO, il est essentiel que les unités où elles ont lieu soient sécurisées, ce qui sera le cas à l'hôpital Sainte-Anne.

Les deux avantages majeurs de cette proposition sont de diminuer les délais d'attente et de réduire les difficultés liées aux extractions.

Les délais d'attente seraient réduits du fait de la disponibilité de six lits réservés au traitement des HO des détenus montois. Cela éviterait ainsi que des solutions de fortune ne doivent être trouvées dans l'attente qu'un lit se libère à l'UHSA (placement du détenu en UMD ou en cellule d'isolement par exemple). En outre, les durées de prise en charge pourraient être plus longues si cela s'avérait nécessaire.

Les difficultés liées aux extractions, c'est-à-dire à l'absence de disponibilité immédiate des forces de police et de gendarmerie pour procéder au transfèrement des détenus concernés, seraient également moins importantes grâce à la proximité géographique de l'hôpital Sainte-Anne par rapport à l'UHSA de Cadillac.

Il existe néanmoins un obstacle principal à une telle proposition. La loi du 9 septembre 2002 a créé les UHSA et dispose dans son article 48 que toutes les hospitalisations de détenus atteints de troubles mentaux seront réalisées au sein d'UHSA. Seule une loi peut donc déroger à cette disposition législative.

Mais on pourrait envisager de demander à la DHOS, à titre expérimental, l'autorisation de procéder au traitement des HO au centre hospitalier de Mont-de-Marsan. Dans ce cadre, la DHOS pourrait financer les effectifs médicaux et paramédicaux nécessaires au fonctionnement de l'unité sécurisée, pour la durée de l'expérimentation. En outre, une telle démarche entre parfaitement dans le champ de compétences d'un IASS lorsqu'un problème local en termes de manque de lits se pose.

Après avoir développé des propositions en vue d'améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus montois, il convient en dernier lieu de s'intéresser aux axes d'amélioration relatifs aux détenus âgés.

3.1.3 Penser la prise en charge des détenus âgés

La prise de conscience relative au phénomène du vieillissement de la population pénale est récente. Il convient donc de mener une réflexion sur la façon la plus adéquate de prendre en charge ces détenus. En ce qui concerne les consultations, les détenus âgés ont accès à l'UCSA comme les autres détenus. Mais deux volets de leur prise en charge ne paraissent pas adaptés aux problèmes de santé qu'ils peuvent présenter : l'aide aux gestes quotidiens (A) et les hospitalisations de plus de quarante-huit heures (B).

A) L'aide aux gestes de la vie quotidienne

Concernant l'aide aux gestes de la vie quotidienne, on pourrait envisager de conclure des conventions avec des associations d'aide à domicile. Nous avons vu précédemment qu'il n'était pas toujours aisé de trouver des auxiliaires de vie sociale qui acceptent de travailler en prison (car c'est un lieu particulier et qu'elles sont déjà beaucoup sollicitées en milieu libre). L'une des solutions pourrait donc être de **favoriser l'accès à la prison pour les associations d'aide à domicile**. Cela rejoindrait en outre l'une des préconisations émises par la mission conjointe IGAS/IGSJ¹¹¹.

L'aide aux gestes quotidiens peut également être améliorée grâce à l'APA. Versée par les Conseils généraux, rien ne s'oppose en principe à ce qu'une personne détenue âgée de plus de soixante ans en bénéficie. Le montant de l'APA doit permettre de rémunérer une tierce personne chargée d'apporter son aide au détenu âgé. Cependant, contrairement au milieu libre, les détenus concernés ne peuvent pas choisir le prestataire de service. Le directeur du centre pénitentiaire désigne en effet le service d'aide à domicile chargé d'intervenir. L'APA est alors directement versée à ce service. Un meilleur accès à l'APA pourrait donc garantir une meilleure prise en charge des détenus âgés en matière d'aide aux gestes de la vie quotidienne.

À ce titre, il conviendrait que l'IASS prenne un premier contact avec l'assistante de service social de secteur afin de mettre au point un protocole visant à permettre au plus grand nombre de détenus âgés dépendants de pouvoir bénéficier cette aide financière.

Le protocole pourrait prévoir que l'infirmière de l'UCSA soit chargée de recenser les détenus de plus de soixante ans et de mesurer leur niveau de dépendance. Elle pourrait

¹¹¹ Rapport IGAS/IGSJ pp. 145-146, op. cit. p.34.

être ensuite chargée de prendre contact avec l'assistante sociale de secteur afin que celle-ci soit en mesure d'expliquer ses droits à la personne détenue concernée.

Enfin, la demande d'ouverture de droits devra être effectuée à l'initiative du détenu avec l'aide du travailleur social. En effet, seul le détenu concerné peut faire cette demande. L'assistant de service social est cependant en mesure de se déplacer au centre pénitentiaire pour rencontrer le détenu, lui expliquer ses droits et l'aider dans l'accomplissement de ses démarches. Il serait donc intéressant d'envisager que le protocole soit également signé par la direction du centre pénitentiaire, qui s'engagerait à favoriser l'accès des travailleurs sociaux à l'établissement.

B) Les hospitalisations des détenus âgés

Concernant les hospitalisations des détenus âgés, le problème qui se pose est celui de la durée des hospitalisations, souvent plus longues que pour les autres détenus. Nous l'avons vu, les lits de SSR à vocation nationale ou interrégionale des UHSI de Fresnes et de Marseille ne sont pas encore opérationnels. Or les quatorze lits de l'UHSI de Bordeaux risquent d'être insuffisants pour garantir une prise en charge adéquate des détenus âgés, en termes de durées de séjours.

Il n'y a pas vraiment de proposition concrète à faire sur ce dernier point. Il faut espérer que les unités de SSR de Fresnes et Marseille seront rapidement opérationnelles. Or, pour l'UHSI de Marseille, le blocage tient essentiellement à des difficultés relatives à la signature du protocole. Celui-ci concerne en effet l'assistance publique des hôpitaux de Marseille, siège de l'UHSI, les forces de police et de gendarmerie de quatre régions ainsi que quatre directions pénitentiaires interrégionales¹¹². Le médecin de l'UHSI de Bordeaux m'avait confié lors de notre entretien qu'il n'avait pas été aisé de parvenir à une répartition des rôles entre les forces de police, de gendarmerie et de l'administration pénitentiaire pour la signature du protocole concernant l'ensemble de l'inter-région de Bordeaux. On conçoit donc aisément qu'en ce qui concerne le protocole à vocation interrégionale de l'UHSI de Marseille les difficultés soient plus grandes encore.

En ne tenant pas compte de la question de l'ouverture des unités précitées de SSR, si le nombre de lits de l'UHSI de Bordeaux s'avérait insuffisant, il conviendrait que la DDASS notifie régulièrement l'insuffisance du nombre de ces lits auprès de la DHOS. Une telle démarche ne conduirait certes pas à la création immédiate de lits supplémentaires en UHSI. Néanmoins, ces problèmes risquant de se généraliser dans toutes les inter-régions

¹¹² Bordeaux, Lyon, Toulouse et Marseille.

pénitentiaires, il n'est pas improbable de penser que le législateur décide de créer des structures type UHSI destinées à l'accueil des détenus âgés, comme le recommandait notamment la mission IGAS/IGSJ¹¹³. Dans une telle hypothèse, le fait que la DDASS des Landes ait fait état de ses difficultés pourrait contribuer à l'analyse quantitative des besoins en termes de lits « gériatriques ».

Les propositions que nous venons de développer - relatives au renforcement des actions de prévention, à l'amélioration de la prise en charge psychiatrique et à l'offre de soins pour les détenus âgés - doivent, pour porter leurs fruits, s'inscrire dans une réflexion autour d'une prise en charge sanitaire globale.

3.2 Agir en faveur d'une prise en charge globale des détenus

Nous développerons ici des mesures visant à faire émerger une conception globale de la prise en charge des détenus. Il ne s'agit pas d'avoir la prétention de réformer le système pénitentiaire en profondeur, car cela nécessiterait une réforme de grande ampleur, menée au niveau national par tous les acteurs intervenant au sein de l'univers pénitentiaire. Il s'agit plutôt de développer l'idée suivante : pour que la prise en charge sanitaire des personnes détenues soit complète elle ne doit pas se cantonner au seul soin mais être globale. Le juge pénal pouvant ordonner des mesures de suivi socio-judiciaire, notamment avec injonction de soins, il paraît nécessaire de se donner les moyens d'assurer l'exécution de ces mesures (3.2.1). J'aborderai ensuite le cas spécifique des détenus toxicomanes, qui constitue un bon exemple de ce qui pourrait être mis en œuvre en termes de prise en charge post-prison (3.2.2). Enfin, il est indispensable de travailler à la réduction des délais de prise en charge (3.2.3).

3.2.1 Anticiper les incidences des interventions médico-judiciaires de nature psychiatrique

Ces dernières années, différentes lois sont intervenues pour conférer au juge pénal la possibilité d'assortir son jugement d'une mesure médico-judiciaire de nature psychiatrique, visant principalement à éviter la récidive. Ces mesures recouvrent un champ très étendu¹¹⁴. Dès lors, pour que la prise en charge sanitaire des détenus soit globale, elle ne doit pas se cantonner au seul soin mais être aussi en mesure de répondre aux exigences de nature judiciaire.

¹¹³ Rapport IGAS/IGSJ, pp.145-146, pp. cit. p.34.

¹¹⁴ Partie réalisée sur la base d'une note du Procureur de la République de Mont-de-Marsan, du 15 février 2008.

Nous allons définir la nature des mesures médico-judiciaires et les personnes qu'elles concernent (A), avant de mettre en exergue les difficultés qu'elles posent en termes d'application au plan local (B).

A) Les différentes interventions médico-judiciaires

Les interventions médico-judiciaires regroupent d'une part les missions d'expertise médicale ordonnées par les juridictions d'aménagement des peines ; d'autre part les mesures de soins psychiatriques ordonnées par les juridictions de condamnation ou d'application des peines et les mesures auxquelles les détenus sont incités en cours d'exécution de leur peine. Elles ne comprennent donc pas les prises en charge médicales opérées à la seule initiative des détenus ni celles imposées dans le cadre des hospitalisations sous contrainte (HO et HDT). Les interventions médico-judiciaires concernent à la fois le milieu fermé (détenus incarcérés) et le milieu ouvert (détenus libérés). Il s'agit des missions d'expertise médicale et des mesures d'injonction de soins.

Les missions d'expertise médicale sont ordonnées par le Juge de l'Application des Peines (JAP) avant l'octroi d'une mesure d'aménagement de peine. Le médecin en charge de cette expertise doit alors rencontrer le détenu concerné et donner son avis d'expert sur la faisabilité de la mesure d'aménagement de peine.

Les missions d'expertise médicale visent les condamnés jugés pour des infractions énumérées par la loi : celles pour lesquelles la peine de suivi socio-judiciaire est encourue. Le suivi socio-judiciaire implique que le condamné devra se soumettre, immédiatement ou à sa sortie de prison, à un suivi judiciaire, social et éventuellement médical. Le condamné qui ne se conforme pas à ces obligations devra exécuter une peine de prison supplémentaire, dont la durée est fixée par le juge.

Le nombre des infractions pour lesquelles une peine de suivi socio-judiciaire peut être prononcée a augmenté récemment avec l'entrée en vigueur de plusieurs lois. Cette peine a été créée initialement par la loi du 17 juin 1998¹¹⁵ pour les délinquants sexuels. La loi du 12 décembre 2005¹¹⁶ l'a étendue à tous les crimes et délits d'atteinte volontaire à la vie. La loi du 5 mars 2007¹¹⁷ l'a quant à elle étendue aux violences commises au sein du

¹¹⁵ Loi n° 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

¹¹⁶ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

¹¹⁷ Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

couple ou contre les enfants mineurs. Enfin, la loi du 10 août 2007¹¹⁸ a étendu à tous les crimes et délits pour lesquels la peine de suivi socio-judiciaire est encourue la nécessité de recourir à une expertise médicale préalable à toute mesure d'aménagement de peine.

Les injonctions de soins en cours d'exécution de la peine ont elles aussi été renforcées récemment. Selon la loi précitée du 10 août 2007, aucune réduction de peine ou libération conditionnelle ne peut être accordée à une personne condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, et qui refuse pendant son incarcération de se soumettre au traitement proposé par le juge. Le président de la juridiction qui a prononcé une injonction de soins doit informer le condamné qu'il peut débiter un traitement en prison. S'il refuse d'entreprendre un traitement, le JAP doit le lui proposer au moins tous les six mois.

C'est à sa libération que cette mesure prend véritablement effet. Le condamné doit se rendre aux convocations d'un médecin coordonnateur dont les missions sont décrites à l'article L. 3711-1 du CSP. Le médecin coordonnateur invite le détenu concerné par la mesure à choisir un médecin traitant et transmet au JAP (ou à l'agent de probation) les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins. Il a donc un rôle d'interface entre la justice et la santé.

B) Les incidences de ces interventions

La première difficulté qui va se poser concerne les médecins psychiatres de l'UCSA qui ne pourront pas exercer la mission d'expertise médicale, en raison du principe de dissociation entre le soignant et l'expert¹¹⁹.

En second lieu, un même médecin coordonnateur ne peut pas suivre plus de vingt détenus¹²⁰. Or à l'heure actuelle il n'y a que deux médecins coordonnateurs dans le département des Landes, et celui qui est attaché au centre hospitalier de Mont-de-Marsan suit déjà quinze détenus.

Le Procureur de la République de Mont-de-Marsan a évalué le nombre de mesures médico-judiciaires, en se fondant sur une comparaison avec le centre de détention d'Uzerche, d'une capacité d'accueil de 600 condamnés. À l'aune de cette comparaison, il estime que 25 à 30% des détenus du centre pénitentiaire montois seront concernés par

¹¹⁸ Loi n° 2007-1198 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

¹¹⁹ Article R. 4127-105 du CSP.

¹²⁰ Selon l'arrêté interministériel NOR: SJSP0800469A du 24 janvier 2008, pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs.

de telles mesures. Cela le conduit à estimer le nombre d'expertises médicales entre 150 et 160 par an pour le milieu fermé. Il convient d'ajouter à ce chiffre soixante mesures médico-judiciaires pour le milieu ouvert. Il s'agit des détenus qui, une fois libérés, décideront de s'installer à Mont-de-Marsan ou dans ses environs.

Face au nombre de médecins psychiatres requis par ces différentes mesures, **il convient d'anticiper un manque éventuel de médecins**. En outre, cela relève de la DDASS qui a une triple responsabilité : elle donne son avis sur la nomination des médecins psychiatres coordonnateurs¹²¹, vérifie que le nombre de détenus suivis par chaque médecin n'est pas supérieur à vingt, et rémunère les médecins coordonnateurs¹²².

En 2007, 9 817 euros ont ainsi été versés aux médecins coordonnateurs du département. Étant donné que le nombre de ces médecins va augmenter, il s'agit d'un budget important sur le BOP 124 qu'il convient d'anticiper.

La DDASS des Landes devrait donc dans un premier temps recenser les médecins psychiatres souhaitant exercer les missions d'expertise médicale afin de les inciter à se faire connaître auprès du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Mont-de-Marsan. Cela pourrait être réalisé par le MISP.

Dans un deuxième temps, il conviendrait d'évaluer le montant de la rémunération de ces médecins (700 euros par détenu suivi et par an) afin d'être en mesure d'inscrire cette somme dans le BOP concerné.

3.2.2 L'extension de la prise en charge à l'après-prison : l'exemple des détenus toxicomanes

On estime qu'environ 20% des personnes libérées s'installent dans le département du lieu d'implantation de l'établissement pénitentiaire où elles ont été incarcérées. Il s'agit principalement de détenus sans attache familiale ou affective. Cela pose la question de leur accompagnement sanitaire à la sortie, et cette question est d'autant plus problématique pour les ex-détenus toxicomanes.

Ainsi, la psychologue et chef de service de l'association La Source m'a confié que « *personne n'a pris la mesure de l'ampleur du problème* » concernant les ex-détenus

¹²¹ La liste des médecins coordonnateurs est ensuite fixée par le Procureur de la République. C'est sur la base de cette liste que le juge de l'application des peines les nomme.

¹²² Sur le Budget Opérationnel de Programme (BOP) 124 : « conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales ».

toxicomanes. L'UCSA envisage en effet de les placer sous traitement méthadone¹²³. Cela risque de poser des difficultés importantes à la sortie pour l'accès à ce traitement substitutif. La Source est un Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), mais elle n'est pas centre méthadone. Ce n'est qu'un centre relais méthadone. La différence tient au fait qu'elle ne peut pas délivrer ce produit directement aux usagers. La psychologue m'a confié que l'association souhaiterait devenir centre méthadone.

À l'heure actuelle dans le département des Landes le seul centre méthadone se trouve au centre hospitalier de Dax, deuxième commune du département mais qui se situe à plus d'une heure de Mont-de-Marsan. Il n'y a que trois CSST dans le département (un à Dax, un à Saint-André-de-Seignanx¹²⁴ et La Source à Mont-de-Marsan). Il semblerait donc opportun qu'il y ait un centre méthadone à Mont-de-Marsan. Seuls les CSST et les centres hospitaliers peuvent être habilités à être centre méthadone. **Autoriser La Source à être centre méthadone permettrait d'assurer un suivi régulier des ex-détenus toxicomanes**, suivi qui serait bien plus approfondi que dans un centre hospitalier.

Par ailleurs, les détenus pourraient être redirigés vers un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Cependant, sortant d'un enfermement collectif, ils supportent mal l'idée d'être de nouveau pris en charge dans une structure collective. Selon la psychologue de La Source, « *l'appartement thérapeutique leur permet d'être chez eux, tout en bénéficiant d'un suivi personnalisé* ». La Source souhaiterait donc pouvoir prendre en charge les ex-détenus toxicomanes en Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

Cette association dispose à l'heure actuelle de six ACT pour les personnes toxicomanes qu'elle suit. Elle envisagerait d'en mettre deux à disposition des ex-détenus ayant un problème de toxicomanie. Il s'agirait d'une prise en charge de trois mois, renouvelables une fois. C'est-à-dire une durée de prise en charge plus courte que pour les personnes toxicomanes accueillies actuellement par la structure. L'idée est de considérer cet hébergement « *comme une transition, le temps de faire les papiers, de trouver du travail, de voir s'ils ont de la famille* ».

Préalablement à une telle prise en charge, **il faudrait préparer ces détenus à la sortie**. C'est ce que l'UCSA envisage de faire, au cas par cas, à l'occasion de la délivrance de leur traitement substitutif. Mettre ces personnes en relation avec l'association La Source

¹²³ La méthadone est un opiacé de synthèse utilisé comme traitement substitutif dans les dépendances aux opiacés.

¹²⁴ Commune située à la limite du département des Pyrénées-Atlantiques, soit encore plus loin de Mont-de-Marsan que la commune de Dax.

est indispensable pour garantir une continuité dans la prise en charge. Selon la psychologue de l'association « *il arrive trop souvent qu'un détenu toxicomane ait été transféré ou libéré sans que j'aie été mise au courant (...) On a alors l'impression d'avoir travaillé pour rien* ».

La réduction des délais de prise en charge des détenus nécessitant des soins est le troisième point que je souhaite développer. Il me semble en effet indispensable, si l'on veut avoir une vision cohérente et globale de l'offre de soins aux détenus, de réfléchir à tous les facteurs pouvant limiter la qualité de leur prise en charge.

3.2.3 Réduire les délais de prise en charge

Deux facteurs conduisent à allonger les délais de prise en charge des détenus : la complexité de la répartition des rôles entre la police et la gendarmerie d'une part (A) et l'absence de prise en compte de la notion d'urgence vitale dans le protocole national relatif aux UHSI d'autre part (B).

A) Clarifier les rôles respectifs des forces de police et de gendarmerie en matière de gardes et d'escortes

La répartition des rôles entre l'administration pénitentiaire, la police et la gendarmerie pour l'escorte et la garde des détenus à l'hôpital est complexe. Le tableau suivant résume les rôles dévolus à chacun. Il convient toutefois de préciser qu'en ce qui concerne les UHSA, je n'ai pas trouvé le texte fixant la répartition des rôles des différents acteurs. Je me suis donc fondée sur ce que les acteurs locaux m'ont fait entendre quant à cette répartition. Je me suis aussi fondée sur les propositions émises par le groupe de travail interministériel Intérieur Santé Justice. Il avait été constitué pour soumettre des propositions sur le statut des « *détenus nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, les modalités de transport, les mesures de sécurité inhérentes à la prise en charge de ces personnes et la sécurisation des visites de familles ou de proches* »¹²⁵. Ses conclusions ont été rendues en juillet 2003.

¹²⁵ Source : http://www.sante.gouv.fr/html/actu/33_050810xb.htm.

	Administration pénitentiaire	Police	Gendarmerie
Hôpital de proximité	escortes	gardes et reconduites vers l'établissement pénitentiaire	gardes
UHSI	gardes	sécurité périmétrique de l'unité et escortes en interne vers un autre service de l'hôpital	escortes aller/retour
hospitalisations actuelles pour motif psychiatrique	pas de garde	pas de garde, escortes aller/retour	
UHSA	pas de garde, sécurisation périmétrique mais pas de présence dans l'unité	pas de garde, pas d'intervention sauf prêt de main forte	

Ce tableau montre qu'il n'est pas toujours évident de savoir qui prend en charge la garde, l'escorte ou la sécurisation des unités dans lesquelles les détenus sont hospitalisés ou se rendent en consultations. Par ailleurs, il est souvent dérogé localement à cette répartition. En outre, différentes personnes interrogées m'ont confié qu'il était parfois difficile de faire respecter cette répartition des rôles, les forces de police et de gendarmerie se « renvoyant » mutuellement la responsabilité de la garde ou de l'escorte.

Toutefois, le 17 décembre 2008, le Sénat a adopté le projet de loi rattachant la gendarmerie au ministère de l'intérieur. Le projet doit être examiné par l'Assemblée Nationale début 2009. Il vise à une mutualisation des moyens matériels et humains de ces deux corps. Les gendarmes seraient donc placés sous l'autorité des préfets, comme les policiers. Le directeur de l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan m'avait confié qu'il attendait cette réforme avec impatience, car elle pourrait selon lui fluidifier les rapports entre la police et la gendarmerie. Cela devrait donc permettre de clarifier les rôles dévolus à ces deux corps et réduire ainsi les délais de prise en charge pour les détenus en attente d'une consultation ou d'une hospitalisation.

B) Prendre en compte la notion d'urgence vitale pour les extractions médicales

Le protocole national relatif aux hospitalisations en UHSI ne retient pas la notion d'urgence vitale. Si le motif est considéré comme non urgent, l'hospitalisation doit intervenir dans les huit jours ; s'il y a urgence, l'hospitalisation doit avoir lieu dans les quarante-huit heures.

Le fait que la notion d'urgence vitale ne soit pas prise en compte est problématique. À titre d'exemple, cela a pu poser problème à l'ancienne maison d'arrêt de Mont-de-Marsan. L'UHSI de Bordeaux était en mesure de recevoir un détenu pour une intervention chirurgicale très urgente. La responsable de l'UCSA a fait son possible pour que le transfèrement du détenu ait lieu en moins de quarante-huit heures. Cependant, la gendarmerie n'a pas tenu compte de la notion d'urgence vitale que cette situation présentait. Au final, c'est le directeur de la maison d'arrêt qui a pris la décision de procéder à son extraction, sans escorte de gendarmerie, sous la seule responsabilité du personnel pénitentiaire, ce qui était totalement contraire au protocole.

L'absence de prise en compte de la notion d'urgence vitale dans le protocole national relatif aux hospitalisations en UHSI est donc réellement problématique. Il est question qu'il soit revu afin d'intégrer cette notion, ce qui devrait permettre de réduire les délais de prise en charge des détenus.

Afin d'améliorer le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues, il faudrait donc agir sur ses différents volets et favoriser l'émergence d'une vision globale du dispositif. Dans ce cadre, il convient d'aborder le rôle que l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale pourrait jouer.

3.3 Le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Au sein du système pénitentiaire, le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale est ambigu. Il se trouve à première vue au sein d'un système complexe et strictement encadré par l'administration pénitentiaire (3.3.1). Et pourtant il est au carrefour de plusieurs dispositifs pour lesquels il dispose d'une réelle marge d'action. On peut même aller plus loin et affirmer que l'IASS a une place à prendre au sein de ce dispositif afin de lui conférer la cohérence qui lui manque parfois sur le plan sanitaire (3.3.2).

3.3.1 Un rôle en apparence limité

Dans ce dispositif complexe où l'administration pénitentiaire occupe une place prépondérante, l'administration sanitaire et sociale n'intervient qu'à la marge. De plus, traditionnellement, le MISP joue un rôle majeur dans ce dispositif. On peut donc se demander quelle place un IASS pourrait avoir.

Tout d'abord, l'inspecteur a un **rôle de planification** dans le domaine de l'offre de soins sur un territoire donné. À ce titre, et même dans un système encadré par l'administration pénitentiaire, il doit analyser l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins de la

population concernée. C'est alors à lui d'évaluer ce qui pourrait être mis en œuvre afin d'améliorer le dispositif existant à destination des personnes détenues.

Ce rôle de planification en matière de prise en charge sanitaire des détenus concerne à la fois le champ médico-social (problématique des détenus handicapés et âgés ou des détenus toxicomanes), social (accompagnement à la réinsertion, accès aux droits sociaux) et sanitaire (hospitalisations d'ordre somatique et psychiatrique, prévention). Cela requiert alors que l'inspecteur ait une vision globale des différents dispositifs du champ sanitaire, social et médico-social, afin de déterminer ceux qui peuvent concerner le public spécifique des détenus.

Pour assurer une bonne coordination des trois champs sanitaire, social et médico-social, il est indispensable que l'IASS **travaille en partenariat** avec les services de la Préfecture, les centres hospitaliers du département, le Conseil général, ou encore les associations, ce qui constitue une caractéristique importante de son métier.

En outre, les actions de prévention et d'éducation pour la santé constituent un pan de la prise en charge des détenus dans lequel la DDASS a un important rôle à jouer. Nous avons vu en effet que l'UCSA devait, en partenariat avec la DDASS et la direction de l'établissement pénitentiaire, élaborer un programme annuel ou pluriannuel de promotion de la santé. À ce titre, l'inspecteur peut apporter sa contribution à l'élaboration et au suivi du programme. Enfin, l'IASS est instructeur des appels à projet dans le cadre du GRSP. Cette fonction peut lui permettre d'agir de façon concrète afin que des actions locales en faveur des personnes détenues soient financées.

3.3.2 Une place à prendre dans le dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues

En particulier du fait de son émergence récente, **le dispositif de prise en charge sanitaire des détenus manque parfois encore de cohérence**. La nécessité de renforcer le travail en partenariat entre tous les acteurs a ainsi été soulevée par plusieurs rapports d'évaluation du dispositif. Ainsi, la mission conjointe IGAS/IGSJ relevait une coopération « *défaillante* »¹²⁶ entre les acteurs : rapports entre les acteurs intervenant au sein de la prison (soignants et surveillants) et rapports avec les acteurs extérieurs à la prison (Conseil général, organismes de sécurité sociale avec lesquels la mise en relation est parfois trop tardive pour l'accompagnement à la sortie des détenus souffrant de

¹²⁶ Rapport IGAS/IGSJ, chapitre 2, 2.2. « *Une coopération défailante entre les acteurs* », op. cit. p.34.

pathologies lourdes). La mission mettait également l'accent sur le problème de la limitation des gardes et escortes ou encore sur la nécessité de définir une politique de santé publique. Ces différentes limites tendent à montrer que ce dispositif manquait encore de cohérence au début des années 2000. Tel semble être encore le cas aujourd'hui, au vu des recherches effectuées et des personnes rencontrées.

La faille principale de la réforme de 1994 est sans aucun doute de n'avoir pas créé suffisamment de lien entre les divers volets de cette prise en charge, de ne pas l'avoir conçue comme un dispositif global, allant de la prévention jusqu'à l'accompagnement à la sortie de prison. Je pense donc que, **dans ce cadre qui reste à perfectionner, l'IASS pourrait donner de la cohérence à ce dispositif**. Il s'agirait pour l'inspecteur de s'attacher à faire travailler ensemble tous les partenaires concernés et de donner du lien entre toutes les actions entreprises.

Toutefois, l'inspecteur ne pourrait agir seul. Je pense qu'**un binôme IASS/MISP serait particulièrement pertinent dans ce domaine**. À la DDASS des Landes, l'arrivée récente d'un MISP après quelques années de vacance du poste pourrait contribuer à dynamiser l'existence de ce binôme. Il y aurait deux avantages majeurs à mettre en place un tel binôme. Tout d'abord, ces deux professionnels pourraient, chacun dans leur domaine, apporter leurs connaissances et créer des partenariats concrets entre les champs sanitaire, social et médico-social. Ensuite, eu égard à la charge de travail à laquelle l'un comme l'autre doivent faire face, il me semble opportun de répartir entre eux la nouvelle charge que représente l'implantation du centre pénitentiaire.

Il n'est cependant pas aisé de coordonner des actions entrant dans les champs du social, du médico-social et de la santé, du fait de la persistance de cloisonnements majeurs. De même, le travail en partenariats entre les acteurs de ces divers domaines de compétences n'est pas aisé à mettre en œuvre. Pourtant, **un travail en commun plus approfondi est nécessaire pour assurer une prise en charge sanitaire globale des personnes détenues**, dont nous avons vu qu'elle est une garantie fondamentale de la qualité des soins délivrés à cette population.

La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), englobant notamment le champ de l'assurance maladie, de la santé et du médico-social, devrait permettre à l'IASS d'avoir un meilleur accès aux dispositifs existants dans ces divers domaines. Ce cadre rénové de l'action de l'État peut permettre à l'inspecteur d'occuper une place centrale de coordination du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues, en vue d'en améliorer la qualité.

Conclusion

Je souhaite en guise de conclusion reprendre une réflexion que j'ai trouvée dans plusieurs ouvrages relatifs à la prise en charge psychiatrique des personnes détenues, et qui peut être étendue à toutes les catégories de détenus malades.

Notre société actuelle met l'accent sur la nécessité de la « réparation » : dès lors qu'il y a atteinte à la loi, la personne responsable doit réparer son acte, qu'importe son âge, son état de santé physique ou mental. Cette situation résulte de la responsabilité de tous.

Elle relève en premier lieu d'une confusion des rôles entre experts et magistrats. Parmi les premiers, certains considèrent que le fait pour un malade de se confronter à la loi participe de sa prise en charge et ils sont, à ce titre, réticents à déclarer pénalement irresponsables les individus incriminés. En se positionnant ainsi ils jugent à la place des magistrats. Quant aux juges, certains prennent en compte dans le prononcé de la peine les « *vertus thérapeutiques* »¹²⁷ d'un procès pour les victimes et se positionnent ainsi en qualité d'expert.

Cette situation relève en deuxième lieu de la responsabilité des victimes pour qui, souvent, le processus de deuil ne peut être entamé que s'il y a prononcé d'une peine proportionnelle à l'atteinte commise. La société dans son ensemble accrédite cette thèse, en particulier lors de procès criminels très médiatisés, en jugeant du bien-fondé de la durée de la peine prononcée eu égard à la gravité du crime commis.

Ces divers facteurs s'inscrivent dans le processus de judiciarisation de notre société, qui peut se définir comme le processus au cours duquel « *un traitement juridique ou judiciaire se substitue à un autre mode de régulation sociale* »¹²⁸. Ce processus influe sur l'augmentation de la population pénale et l'allongement des durées de détention.

Dans ce contexte de pénalisation de notre société, il convient de ne pas perdre de vue les fondements mêmes de l'enfermement. Ce dernier vise à punir un individu mais également, et cela est au moins aussi important, à éviter qu'il ne récidive. Pour ce faire, **l'une des missions de la prison est la réinsertion des personnes détenues, qui ne peut être envisagée sans un accès à l'éducation, aux droits sociaux et à des soins de qualité.**

¹²⁷ CANETTI C., in *Prison-Asile ? La problématique des détenus souffrant de troubles psychiques*, pp.18 à 22.

¹²⁸ JEAN J-P., « La judiciarisation des questions de société », *Après-demain*, n° 398, oct-nov 1997, p. 21.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Lois :

Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. Journal officiel, n°56 du 7 mars 2007, 4297.

Loi n° 2007-1198 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Journal officiel, n°185 du 11 août 2007, 13466.

Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales. Journal officiel, n° 289 du 13 décembre 2005, 19152.

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Journal officiel du 10 septembre 2002, 14934.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, 4118.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Journal officiel, n° 172 du 28 juillet 1999, 11229.

Loi n° 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Journal officiel, n°139 du 18 juin 1998, 9255.

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Journal officiel, n° 15 du 19 janvier 1994, 960.

Décrets :

Décret n° 2002-663 du 30 avril 2002 modifiant le code de procédure pénale et portant création des centres pour peines aménagées. Journal officiel, n°102 du 2 mai 2002, 7952.

Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Journal officiel, n° 87 du 14 avril 1999, 5478.

Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. Journal officiel, n° 251 du 28 octobre 1994, 15350.

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Journal officiel du 19 mars 1986, 4612.

Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 modifiant le code de procédure pénale (3^{ème} partie : Décrets) en ce qui concerne la détention : détention provisoire, dossier du détenu, isolement, visites, courrier, maintien des liens familiaux, sorties et entrées, semi-liberté, transferts, sécurité et police intérieure, service social, médecine, hygiène, assistance morale et éducative, gestion des biens, commission de surveillance, conseil supérieur de

l'administration pénitentiaire, comité consultatif de la liberté conditionnelle. Journal officiel du 28 janvier 1983, 435.

Arrêtés :

Arrêté interministériel SJSP0800469A du 24 janvier 2008, pris pour l'application des articles R. 3711-8 et R. 3711-11 du code de la santé publique relatif aux médecins coordonnateurs. Journal officiel, n°0024 du 29 janvier 2008, 1703.

Arrêté MESH0022669A du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Journal officiel, n°201 du 31 août 2000, 13471.

Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Journal officiel du 3 janvier 1987, 124.

Circulaires :

Circulaire JUS/K/O6/40033C du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées. B.O. Ministère de la Justice, n° 101.

Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP/2005/27 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.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, septembre 2004, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*.

Circulaire DH/DGS/DSS/DAP n° 45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. Journal officiel, n°29 du 3 février 1995, 1859.

Circulaire DAP n° 67-16 du 30 juillet 1967 relative à la création des centres médico-psychologiques régionaux.

Ouvrages :

QUELOZ N., SENN A., BROSSARD R., 2008, *Prison – asile ? La problématique des détenus souffrant de troubles psychiatriques*, 1^e ed., Berne : Stämpfli Editions SA Berne, 260 p.

CHAMOISEAU P., 2007, *La prison vue de l'intérieur. Regards et paroles de ceux qui travaillent derrière les murs*, 1^e ed., Paris : Albin Michel, 363 p.

CHAUVIN I., 2000, *La santé en prison. Les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*, 1^e ed., Rennes : ENSP, 111 p.

DORMOY O., 1995, *Soigner et/ou punir. Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*, 1^e ed., Paris : L'Harmattan, 342 p.

Articles :

SALLES A., 19 décembre 2008, *Le Monde*, « Pour le Conseil d'Etat, la loi doit garantir les droits des prisonniers ».

MILLOT O., 10 décembre 2008, *Libération* « Les prisons françaises à nouveau stigmatisées » [en ligne] [consulté le 11 décembre 2008], disponible sur internet : <http://www.liberation.fr/societe/0101267773-les-prisons-francaises-de-nouveau-stigmatisees>.

CHABROL A., mai 2008, « La grande misère de la médecine pénitentiaire ». *Le bulletin de l'Ordre des médecins* [en ligne], pp. 8-12. [visité le 03.07.2008], disponible sur internet : <http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/IMG/pdf/dossier5-2008-2.pdf>

SALLES A., 12 décembre 2007, « Le gouvernement reconnaît les lacunes de la psychiatrie en prison », *Le Monde*, p. 15.

ALIX M., septembre 2007, « La personne âgée en prison : un phénomène ignoré », *La revue de gériatrie*, tome 32, n° 7, pp. 489-491.

GRILL S., GERARD S., TELMON N., « Évaluation gériatrique au sein d'une prison », *La revue de gériatrie*, tome 32, n° 7, pp. 493-499.

GUERIN G., septembre 2003, « La santé en prison ». *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 44, pp. 17-54.

Études :

COLDEFY M., septembre 2005, « La prise en charge de la santé mentale des détenus en 2003 », *DREES, Études et Résultats*, n° 427.

MOUQUET M-C., mars 2005, « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *DREES, Études et Résultats*, n° 386.

GUÉRIN G., septembre 2003, « La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme », *ADSP*, n° 44.

COLDEFY M., FAURE P., PRIETO N, juillet 2002, « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux », *DREES, Études et Résultats*, n° 181.

MOUQUET M-C., DUMONT M. et BONNEVIE M-C., janvier 1999, « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », *DREES, Études et Résultats*, n° 4.

Rapports :

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, « Les conditions de détention en France », 2003 ; 233 p.

HOERNI B., juillet 2001, « Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire », rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins [en ligne]. [visité le 13.08.2008], disponible sur internet : <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/medpenitentiaire.pdf>.

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES / INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES JUDICIAIRES, 2001, « Rapport d'évaluation. L'organisation des soins aux détenus » ; 146 p.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. « Santé en milieu carcéral ». Rennes : Ed. ENSP ; janvier 1993 ; 127 p.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, 26 octobre 2006, Avis n° 94, « La santé et la médecine en prison » ; 48 p.

Divers :

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE, juillet 2008, *L'administration pénitentiaire en chiffres au 1^{er} janvier 2008* [visité le 3 septembre 2008], disponible sur internet : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Chiffrescles1erjanv2008.pdf.

CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation du 18 octobre 1993 du comité des ministres concernant les aspects pénitentiaires et criminologiques du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA et les problèmes connexes de santé en prison, n° R (93)6. [visité le 3 janvier 2009], disponible sur internet : <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=577549&SecMode=1&DocId=611474&Usage=2>

Sites internet :

GROUPEMENT RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE. *L'appel à projets* [visité le 3 janvier 2009], disponible sur internet : <http://www.grsp-aguitaine.fr>.

MINISTERE DE LA JUSTICE. [visité à plusieurs reprises], disponible sur internet : <http://www.justice.gouv.fr>.

BAN PUBLIC Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe. [visité à plusieurs reprises], disponible sur internet : <http://www.prison.eu.org>.

Liste des annexes

- Annexe I :** Carte de l'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest.
- Annexe II :** Tableau comparatif des établissements de l'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest, au 1^{er} mai 2003.
- Annexe III :** Schéma de l'organisation actuelle de l'offre de soins aux personnes détenues.
- Annexe IV :** Schéma de la réforme en cours de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues.
- Annexe V :** Liste des personnes interrogées.
- Annexe VI :** Thématiques abordées lors des entretiens.
- Annexe VII :** Glossaire.

Annexe I : Carte de l'inter-région pénitentiaire du Sud-Ouest.

L'inter-région pénitentiaire du Sud Ouest comprend les régions Aquitaine (en violet), Limousin (en vert) et Poitou-Charentes (en bleu).



**Annexe II : Tableau comparatif des établissements de l'inter-région pénitentiaire
du Sud Ouest, au 1^{er} mai 2003¹²⁹.**

Etablissements pénitentiaires	Capacité d'accueil			Taux d'occupation		
	MA	CD	MC	MA	CD	MC
Agen (Lot-et-Garonne)	129			157,4		
Angoulême (Charente)	165			107,3		
Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)	65			223,1		
Bédenac (Charente Maritime)		124			100	
Bordeaux-Gradignan (Gironde)	430			169,1		
Eysses (Lot-et-Garonne)		284			96,5	
Guéret (Creuse)	24			175		
Limoges (Haute-Vienne)	76			222,4		
Mauzac (Haute-Garonne)		332			94,6	
Mont-de-Marsan (Landes)	83			121,7		
Neuvis-sur-L'Isles (Dordogne)		400			95	
Niort (Deux-Sèvres)	60			161,7		
Pau (Pyrénées-Atlantiques)	582			116,1		
Périgueux (Dordogne)	73			184,9		
Poitiers (Vienne)	702			188,2		
Rochefort-sur-Mer (Charente-Maritime)	51			176,5		
Saint-Martin-de-Ré (Charente-Maritime)			480			100,6
Saintes (Charente-Maritime)	67			165,7		
Tulle (Corrèze)	41			224,4		
Uzerche (Corrèze)		600			86,7	
Totaux	2548	1740	480	170,96	94,56	100,6

Légende :

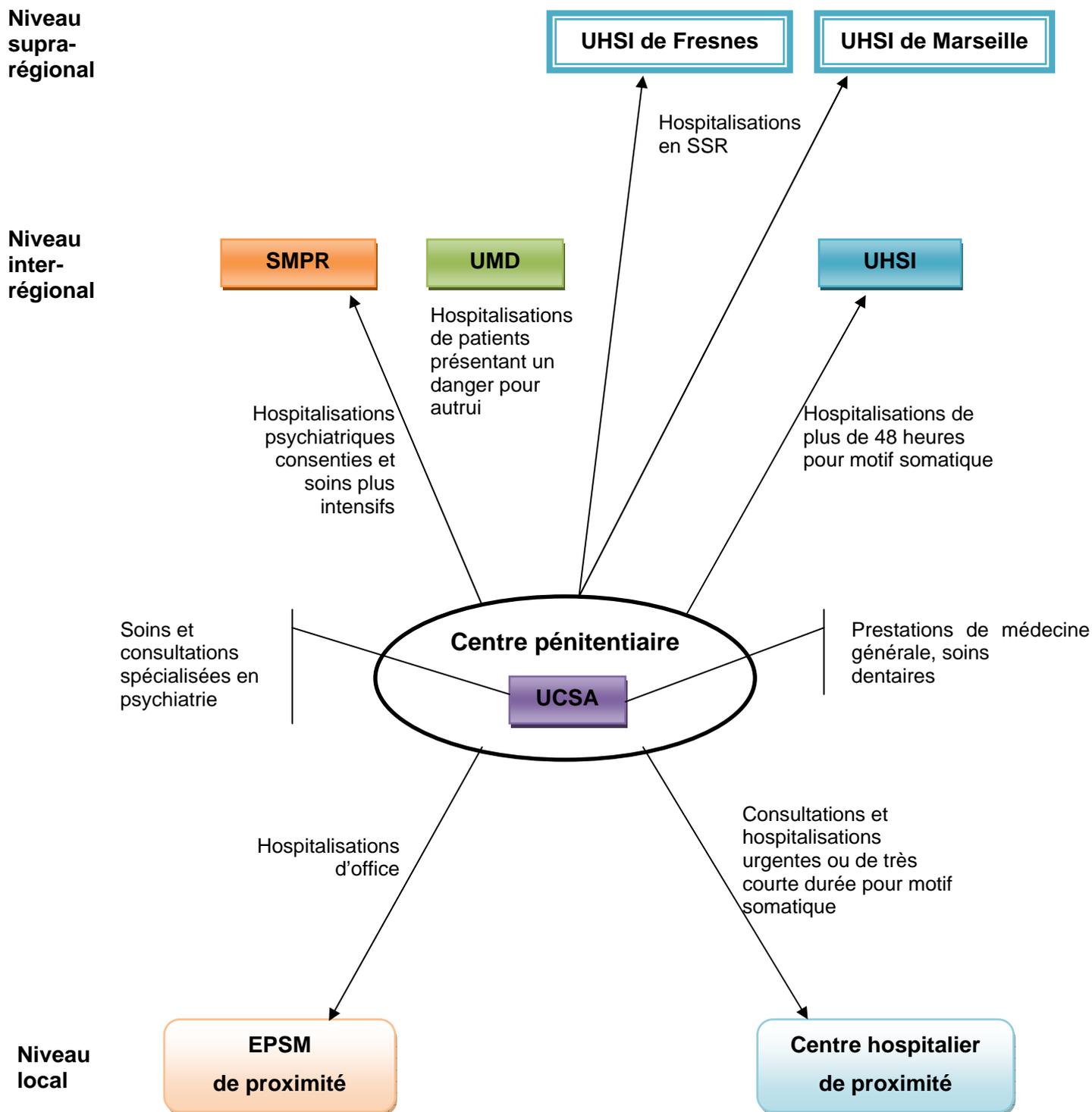
MA : maison d'arrêt ou quartier maison d'arrêt

CD : centre de détention ou quartier centre de détention

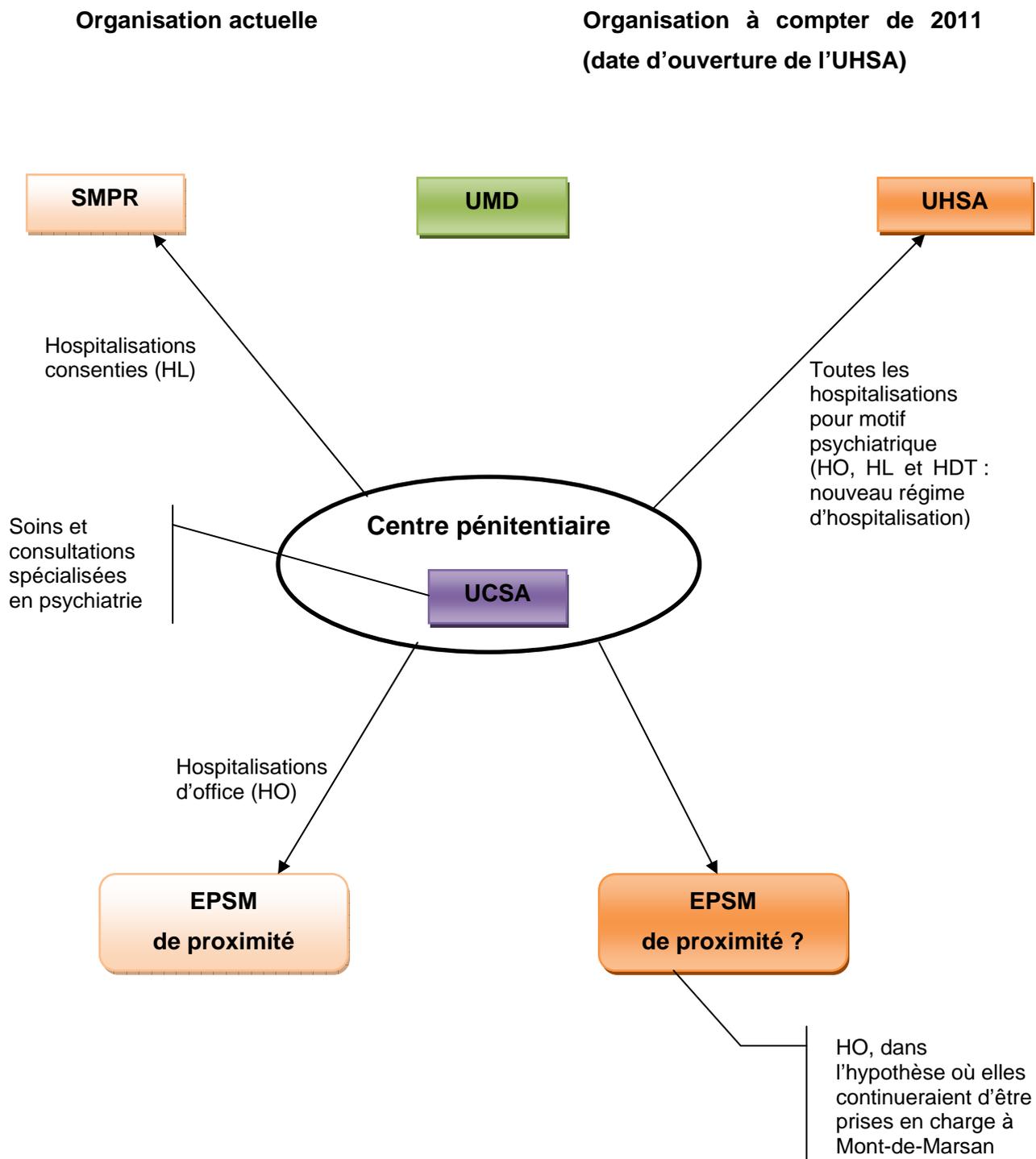
MC : maison centrale

¹²⁹ Op. cit. OIP 2003.

Annexe III : Schéma de l'organisation actuelle de l'offre de soins aux personnes détenues.



Annexe IV : Schéma de la réforme en cours de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues.



Annexe V : Liste des personnes interrogées.

Le médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire, auparavant responsable de l'UCSA de la maison d'arrêt de Mont-de-Marsan et chef du service des urgences.

Le médecin responsable de l'UCSA de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan.

Un médecin de l'UHSI de Bordeaux.

La psychologue et chef de service de l'association La Source.

Le chef de la détention du nouveau centre pénitentiaire, qui était à l'époque de l'entretien directeur de la maison d'arrêt de Mont-de-Marsan.

Contactés par téléphone, suivis d'un échange de mails : la responsable de l'UHSI de Marseille et le service de l'UHSI de Fresnes.

Annexe VI : Thématiques abordées lors des entretiens.

Étant donné que j'ai mené des entretiens semi-directifs tant avec du personnel soignant qu'avec un directeur de prison ou un responsable associatif, les questionnaires étaient à chaque fois un peu différents. Malgré cela, j'ai essayé d'aborder les mêmes thématiques auprès de toutes les personnes rencontrées, de façon à être en mesure de croiser leurs regards. Voici une liste des thèmes abordés.

- Questions liminaires : date d'ouverture de la structure de soins concernée, capacité d'accueil de la structure, rôle précis et parcours professionnel de la personne interrogée.
- Nombre de détenus reçus en moyenne par la structure concernée, pour quel type de pathologies.
- Effectifs de la structure, horaires de fonctionnement, organisation de la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture.
- Conditions de déroulement des hospitalisations pour motif somatique au centre hospitalier de proximité (au moment de l'entretien et point de vue de la personne interrogée sur l'organisation à venir avec le centre pénitentiaire).
- Conditions de déroulement des hospitalisations pour motif psychiatrique au centre hospitalier de proximité (idem).
- Conditions de déroulement des hospitalisations en UHSI (idem).
- Questions relatives aux hospitalisations en UHSA : question prospective uniquement (le nombre de lits sera-t-il suffisant, pour quelle qualité de la prise en charge).
- Relations entre les forces de police, de gendarmerie, l'administration pénitentiaire et le personnel soignant.
- La prévention et l'éducation pour la santé, notamment question du rôle laissé aux associations dans ce domaine.
- Questions finales : que pensez-vous de la prise en charge sanitaire des détenus en général ? Avez-vous des choses à ajouter ?

Annexe VII : Glossaire¹³⁰.

Centre de détention : Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées dont les perspectives de réinsertion sont jugées favorables. Le régime de détention est en principe axé vers la resocialisation.

Centre de semi-liberté : Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées admises au régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur.

Centre pénitentiaire : Établissement pénitentiaire mixte, qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale.

Centre pour peines aménagées : Établissement pénitentiaire qui reçoit des personnes condamnées à de courtes et moyennes peines, à moins d'un an de leur libération.

Condamné : Personne ayant fait l'objet d'une décision judiciaire définitive lui infligeant une peine.

Établissement pénitentiaire : Prison. Il existe cinq types d'établissements pénitentiaires selon le régime de détention et les catégories pénales : les centres de détention, les centres de semi-liberté, les maisons d'arrêt, les maisons centrales et les centres pour peines aménagées.

Établissement pour peines : Établissement pénitentiaire réservé aux personnes condamnées définitivement. Il existe trois types d'établissements pour peines : les centres de détention, les maisons centrales et les centres pour peines aménagées.

Extraction : Mouvement d'une personne détenue qui est extraite de l'établissement pénitentiaire où elle se trouve, soit pour une raison médicale comme une hospitalisation ou une consultation spécialisée, soit pour une raison judiciaire, une comparution devant le juge par exemple.

Maison centrale : Établissement pénitentiaire qui reçoit les personnes condamnées à une peine supérieure à cinq ans, les multirécidivistes, les personnes réputées dangereuses ou celles pour lesquelles les pronostics de réinsertion sociale sont jugés peu favorables. Le régime de détention est axé essentiellement sur la sécurité.

Maison d'arrêt : Établissement pénitentiaire qui ne reçoit, théoriquement, que les prévenus et les personnes condamnées dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Milieu fermé : Désigne les mesures d'incarcération et les établissements pénitentiaires, par opposition au milieu ouvert.

Milieu ouvert : Ensemble des mesures exécutées en totalité ou en partie hors des établissements pénitentiaires.

Prévenu : Personne détenue faisant l'objet de poursuites pénales et qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive en raison de l'exercice de voies de recours.

¹³⁰ Source : OIP 2003.

Quartier arrivants : Cellules prévues pour accueillir les entrants lors de leur arrivée dans l'établissement. Le code de procédure pénale prévoit que la personne détenue doit être placée seule en cellule d'attente.

Quartier disciplinaire : Quartier réservé à l'exécution d'une sanction de cellule de discipline. La personne détenue y reste seule. L'isolement est total et la personne ne sort que pour une heure de promenade par jour. La commission de discipline détermine la peine, qui peut aller jusqu'à quarante-cinq jours.

Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) : Service de psychiatrie implanté en milieu pénitentiaire à vocation régionale et comportant une unité d'hospitalisation offrant des soins diversifiés incluant l'hospitalisation volontaire.

Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) : Structure départementale dépendant de l'administration pénitentiaire, chargée du suivi des personnes condamnées incarcérées (milieu fermé) ou non (milieu ouvert), en s'assurant de la continuité des actions d'insertion engagées. Il est composé de conseillers d'insertion et de probation et d'assistants de travail social.

Unité d'Hospitalisation Sécurisée Interrégionale (UHSI) : Unité située au sein d'un centre hospitalier et destinée aux hospitalisations d'ordre somatiques de plus de quarante-huit heures des personnes incarcérées.

Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA) : Unité destinée aux hospitalisations de détenus pour motif psychiatrique. Située au sein d'un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM), elle a pour vocation de prendre en charge tous les régimes d'hospitalisations psychiatriques : hospitalisations d'office, à la demande d'un tiers et hospitalisations consenties.

Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) : Unité hospitalière implantée en milieu pénitentiaire, assurant l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, les soins dentaires et les consultations spécialisées.

Unité pour Malades Difficiles (UMD) : Unité implantée dans un EPSM, qui assure l'hospitalisation des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.