



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

2001

- LA SANTÉ EN PRISON -

*Objet complexe d'échange entre détenus,
surveillants et personnels soignants*

– Thème n° 22 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

**Animateur :
M. LECORPS Philippe**

- SOMMAIRE -

1	Introduction	3
2	La santé du détenu : un soucis politique majeur	5
2.1	Le dispositif législatif et réglementaire	5
2.1.1	Historique	5
2.1.2	Les objectifs et la mise en œuvre de la réforme de 1994 et ses effets	6
2.1.2.1	Les objectifs de la réforme	6
2.1.2.2	La mise en œuvre de la réforme : la prise en charge des détenus	7
2.2	La réponse des institutions et les moyens mis en œuvre en matière de prise en charge sanitaire des détenus	8
2.2.1	Moyens humains et matériels	8
2.2.2	Aspects financiers et budgétaires	9
2.2.3	Appréciation de la réforme à travers les institutions	10
3	La santé en prison : objet complexe d'échange entre détenus surveillants et personnels soignants	12
3.1	La confrontation de deux cultures professionnelles	12
3.1.1	La culture soignante	13
3.1.1.1	Une organisation sanitaire contraignante	13
3.1.1.2	La prise en charge psychiatrique et phénomènes d'addictions	14
3.1.2	La culture pénitentiaire	15
3.1.2.1	Etre surveillant : un métier ambigu et difficile	16
3.1.2.2	Une culture remise en cause	17
3.2	Le détenu et sa santé	17
3.2.1	Des rapports ambivalents avec le corps et la santé	17
3.2.1.1	Une population peu familiarisée avec le système de soins	17
3.2.1.2	Le corps mésestimé, substitut d'une parole impossible	18
3.2.2	Un rapport de confiance difficile à obtenir	19
3.2.3	La santé détournée	19
3.2.4	L'éducation pour la santé, un outil pour l'insertion	20
4	Conclusion	22

1 INTRODUCTION

Tout État de droit, respectueux par essence de la dignité humaine, doit permettre aux détenus d'accéder librement à des soins de qualité.

Les prisons françaises, où sont purgées les peines privatives de liberté des 51.441 détenus au 1^{er} janvier 2000 (cf. annexe 1), se caractérisent par une très grande hétérogénéité des conditions d'hébergement (109 prisons construites avant 1920, dont 23 avant 1830), tant en ce qui concerne la vétusté des bâtiments accueillis que la dimension des locaux.

Le nombre de détenus est élevé par rapport aux capacités d'incarcération : près de la moitié des maisons d'arrêt ont une densité de population supérieure à 120 %. Les programmes immobiliers engagés (1987, « programme 13 000 » et 1999) demeurent insuffisants. Les mauvaises conditions d'incarcération subsistent, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'état de santé de la population carcérale.

Avec un effectif des plus réduit (moins de 40 surveillants pour 100 détenus, le taux le plus faible d'Europe), l'administration pénitentiaire se devait de réorienter son activité sur l'essentiel de sa mission : la garde des détenus et la préparation de la sortie. Il était donc de toute première importance de mettre en place une politique de santé publique qui apporte une réponse à la hauteur des problèmes sanitaires rencontrés.

Il est à noter que les détenus, majoritairement jeunes (cf. annexe 1), présentent des problèmes de santé dès leur entrée en prison. Le plus souvent la vie en milieu pénitentiaire aggrave des pathologies peu ou mal prises en charge avant l'incarcération¹. Ainsi, un détenu sur deux déclare un problème de santé et souffre d'une maladie confirmée ou diagnostiquée par un médecin. La prévalence de certaines affections devient préoccupante (hépatites B et C, infection à VIH², pathologies traumatiques, troubles mentaux, tuberculose³, problèmes dentaires).

¹ La santé à l'entrée en prison, études et résultats n°4, DHOS/DAP, janvier 1999

² Enquête « un jour donné », Direction Générale de la Santé

³ Enquête ORS Ile-de-France/PACA, Avril 1996

Enfin, les pratiques addictives (alcool, drogues, médicaments), « *représentent actuellement un problème de plus en plus lourd en milieu pénitentiaire⁴* ». Un tiers des détenus est touché par la consommation de substances toxiques. L'usage des drogues par intraveineuse concerne près de 20% d'entre eux. Un entrant sur trois déclare une consommation régulière et prolongée de drogue au cours des douze mois précédant l'incarcération, avec une prédilection nouvelle pour la poly-consommation.

Les enjeux de santé publique liés à ces pathologies impliquent la mise en place de moyens conséquents et l'assurance d'une continuité des soins entre la prison et le milieu extérieur. Seul les services publics, et plus spécifiquement en matière sanitaire l'hôpital public, sont en mesure d'assurer cette mission.

Depuis quelques années, des améliorations notables du système de santé en milieu carcéral ont été permises par une collaboration active du ministère de la Santé et du ministère de la Justice. Ainsi, après avoir été longtemps assurés par le système pénitentiaire, les soins en prison relèvent désormais (loi du 18 janvier 1994) du régime hospitalier de droit commun. Théoriquement, les détenus ont droit à « *une qualité et une continuité des soins équivalente à ceux offerts à l'ensemble de la population* » (circulaire du 8/12/1994), voilà qui soulève le délicat problème du statut du prisonnier devenu en peu de temps un usager ordinaire du service public. A ce titre, il est en droit d'exprimer des besoins liés à son état de santé et surtout à les voir satisfaits.

Dès lors, l'accès aux soins devient alors un enjeu de pouvoir entre différents acteurs (personnels soignants/surveillants – institutions pénitentiaires/institutions sanitaires...) qui cherchent à affirmer leur identité en s'appuyant sur leur logique professionnelle propre, parfois au détriment du détenu. La réforme de 1994 a sans nul doute, lors de sa mise place, bouleversé l'ordonnancement des pouvoirs en place. Il convient de se demander si cette réorganisation des soins constitue, dans la perception que peut en avoir un détenu, un véritable progrès. Les relations entre les acteurs ne se sont-elles pas complexifiées, contribuant à créer un sentiment d'incompréhension vis à vis du détenu ?

Après un rappel des objectifs de la loi du 18 janvier 1994, nous verrons quelles ont été les réponses des institutions, comment s'est réellement organisée la prise en charge sanitaire des détenus et de quelle manière a été vécue cette transition, en prison⁵.

⁴ La prise en charge sanitaire des détenus, DHOS/DAP, 1999

⁵ La démarche méthodologique retenue pour mener à bien cette réflexion est présentée en annexe 2.

2 LA SANTE DU DETENU : UN SOUCIS POLITIQUE MAJEUR

La loi de 1994 a constitué une avancée considérable, son objectif étant d'assurer aux détenus, une qualité et une continuité de soins similaires à l'extérieur. Pourtant, le souci d'assurer une bonne santé aux détenus n'est pas récent. Il est le résultat d'une longue réflexion, d'une prise de conscience et d'un besoin urgent de santé en prison ; qui s'est traduit par une législation et un dispositif sanitaire important.

2.1 Le dispositif législatif et réglementaire

2.1.1 Historique

La réforme de 1994 a été l'aboutissement d'une recherche de partenariats notamment entre les ministères de la Santé et de la Justice. En effet, plusieurs étapes se sont succédé :

- 1984 : L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé contrôlent l'aspect sanitaire des établissements pénitentiaires.

- 1985 : l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes devient un établissement public national puis établissement public de santé national (EPSNF) en 1995

- 1986 : des services médico- psychologiques (SMPR) sont créés en milieu pénitentiaire par des hôpitaux, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. En 1996 il existait 26 SMPR.

- 1987 : des établissements pénitentiaires à gestion déléguée sont mis en place (« programme 13 000 ». Ce sont des opérateurs privés qui se sont vus confiés certaines missions, notamment la santé. Depuis la fin 2000, la santé a été ré-attribuée par les établissements publics de santé.

- 1989 : des conventions sont signées entre les établissements pénitentiaires, particulièrement confrontés au problème du VIH, et des structures hospitalières spécifiques qui assurent les consultations adéquates en prison.

- 1992 : trois conventions expérimentales sont conclues entre établissements pénitentiaires et de santé de proximité.

- 1993 : le rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) sur la santé en milieu carcéral est publié. A la suite de cette parution qui soulignée les problèmes de santé en prison, il a été décidé de transférer la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier.

2.1.2 Les objectifs et la mise en œuvre de la réforme de 1994 et ses effets

2.1.2.1 Les objectifs de la réforme

A la suite de la parution en 1993, du rapport du HCSP, qui soulignait la gravité des problèmes de santé en prison, il a été décidé de transférer la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Pour l'ensemble des personnes rencontrées lors de récents entretiens, ce transfert, bien que nécessaire et inévitable, ne s'est pas déroulé sans difficultés :

- du côté de l'hôpital, pour l'organisation de la prise en charge et notamment pour mettre en place le personnel soignant (relevant désormais entièrement de la fonction publique hospitalière)

- du côté de l'administration et des établissements pénitentiaires, qui pour certains considèrent avoir perdu leurs prérogatives et peuvent parfois se sentir critiqués sur leurs méthodes de travail.

Il faut rappeler que la prise en charge sanitaire des détenus dans les prisons à gestion de caractère privé (instituée en 1987 par le programme) avait déjà été confiée à des personnels autres que les surveillants. En effet des vacataires (médecins, infirmiers et psychologues) en nombre insuffisant assumaient l'essentiel de la mission dévolue ailleurs aux services pénitentiaires.

A la direction générale de la santé (DGS), Madame Tourette estime que ces premières interventions de personnels autres que pénitentiaires dans les prisons privées ont pu faciliter l'acceptation du futur transfert de compétences dans les prisons publiques. Cette volonté s'est alors concrétisée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application (décret n° 94-929 du 27 octobre 1994, circulaire n° 45 DH/DSS/DAP du 8 décembre 1994 et son guide méthodologique).

Il apparaît que l'objectif poursuivi par la réforme est avant tout d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. Il s'agit en outre de prendre en charge de manière globale la santé des détenus : le dispositif de soins prévu par la réforme recouvre non seulement les aspects somatiques et psychiatriques mais inclut également la dimension préventive et curative, ainsi que la préparation de relais sanitaires au terme de la période d'incarcération.

La santé doit donc devenir un moyen de réinsertion sociale des détenus. Le dispositif généralise aussi la protection sociale en affiliant tous les détenus, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale. Or, pour bon nombre de professionnels cet objectif de santé globale n'est pas encore atteint.

2.1.2.2 La mise en œuvre de la réforme : la prise en charge des détenus

Les conditions d'application de la loi sont fixées par le décret du 27 octobre 1994, complété par une circulaire et un guide méthodologique. Ce guide aborde en détails tous les aspects de la réforme : le dispositif de soins somatiques et psychiques, l'articulation entre services hospitaliers et pénitentiaires, le statut des personnels et les modalités financières de la prise en charge sanitaire.

Désormais, la loi confie la santé des détenus à des personnels hospitaliers dont la compétence dans ce domaine, est sans conteste, supérieure à celle des personnels des établissements pénitentiaires.

En ce qui concerne les dispositifs de soins la réforme de 1994 est positive, même s'il est nécessaire de distinguer dans l'évaluation des politiques mises en œuvre la prise en charge somatique de la prise en charge psychiatrique. Cette dernière n'est pas exempte de certaines faiblesses. Par ailleurs, la question se pose de savoir si les moyens financiers engagés à l'époque ont été suffisants.

➤ *La création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)*

Madame Charré, responsable à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), de la prise en charge sanitaire des détenus, définit l'UCSA comme une unité fonctionnelle d'un service de l'hôpital. En effet, chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité, chargé d'implanter une UCSA en milieu pénitentiaire. Les conditions de fonctionnement de l'UCSA sont fixées par le protocole (cf. annexe 3). Si l'établissement de santé ne peut assurer les prestations psychiatriques, un protocole complémentaire est alors établi avec un autre établissement de santé. Il semblerait cependant, aux dires des ministères ainsi que des personnels concernés dans les dits établissements, que les relations UCSA - établissements de santé - établissements pénitentiaires ne soient pas toujours à la hauteur des exigences de la réforme.

L'UCSA est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier (PH) ou d'un praticien hospitalier universitaire (PHU). Ses missions concernent :

- les soins en milieu pénitentiaire (consultations de médecine générale ; soins infirmiers - dont la distribution de médicaments ; soins dentaires ; consultations spécialisées ; permanence des soins),
- les soins en milieu hospitalier ;
- la prévention (coordination des actions préventives financées par différents acteurs, telles que le dépistage obligatoire de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles (MST), le dépistage facultatif du VIH et des hépatites, les vaccinations, le programme d'éducation à la santé) ;
- la continuité des soins (organisation du suivi médical à la sortie du détenu, en collaboration avec le service socio-éducatif de la prison).

➤ *La prise en charge psychiatrique, organisée autour de deux niveaux de soins*

Une prise en charge en ambulatoire est réalisée par l'équipe de secteur de psychiatrie générale locale, dans tous les établissements pénitentiaires ; les 26 SMPR, correspondent à des services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire par un établissement hospitalier à vocation générale ou principalement psychiatrique. Ils assurent des soins plus diversifiés (prévention, diagnostic et soins, dont l'hospitalisation avec le consentement du détenu). Les hospitalisations pour troubles mentaux, sans le consentement des détenus, sont réalisées selon la procédure de l'hospitalisation d'office, dans les établissements de santé habilités.

Parallèlement, de plus en plus d'intervenants extérieurs, associations et des professionnels, pénètrent à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire (consultation de dépistage anonyme et gratuit du VIH, accueil et soins spécialisés pour les toxicomanes, aide et soutien aux détenus).

Les apports de la réforme sont importants, bien que les insuffisances constatées constituent encore des problèmes de santé majeurs en prison.

2.2 La réponse des institutions et les moyens mis en œuvre en matière de prise en charge sanitaire des détenus

2.2.1 Moyens humains et matériels

Au premier janvier 2001, les effectifs de l'administration pénitentiaire étaient de 26.233 agents dont 20.529 personnels de surveillance, 1667 DSPIP et personnels d'insertion et de probation répartis dans 100 SPIP et 529 personnels de service social. Pour 100 détenus, on compte en moyenne 43 personnels de surveillance et 1 travailleur social.

Quant au personnel médical, il relève désormais du Ministère de la Santé et notamment de l'hôpital public qui est jumelé avec l'établissement pénitentiaire. Les temps infirmiers et des médecins généralistes ont été doublés, des temps de secrétariat médical et de médecins spécialistes ont été créés et la prise en charge médico-psychologique a été renforcée.

2.2.2 Aspects financiers et budgétaires

La mise en œuvre de la réforme fut appuyée par des moyens financiers qui ont permis, en 1994, l'amélioration de la prise en charge somatique et médico-psychologique des détenus. Cela s'est concrétisé par l'allocation d'une enveloppe nationale de 453 millions de francs, avec un supplément de 100 millions de francs en 1997-1998.

Cependant, ces moyens restent très largement insuffisants. Quant à la Direction de l'administration pénitentiaire, favorable à la réforme, elle dispose, elle aussi, de moyens bien trop faibles pour garantir le financement de la rénovation des locaux de soins et des locaux de détention. On se demande alors comment peuvent être assurées au sein des établissements pénitentiaires des conditions minimales d'hygiène nécessaires à la santé des détenus?

Le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au service public a entraîné une charge nouvelle pour les établissements de santé. Un système d'enveloppes et de sous-enveloppes régionales précisé par voie de circulaire (n°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994), a été spécifiquement affecté aux soins en milieu pénitentiaire. Celles-ci sont réparties entre les établissements de santé spécifiquement désignés. La part restante des dépenses de santé (tickets modérateurs éventuels, transports des produits et des matériels, transport des personnels hospitaliers et actions de prévention et d'éducation pour la santé) est à la charge de l'administration pénitentiaire.

Les détenus sont, pendant leur temps de détention, tous affiliés au régime général de la sécurité sociale, ainsi que leurs ayants droit. Cette affiliation court encore un an après la sortie de détention pour les détenus français, mais se termine dès la sortie pour les détenus étrangers en situation irrégulière. L'avènement de la couverture médicale universelle (CMU) a, depuis, considérablement amélioré la protection des personnes en situation de précarité. Le financement du système de protection repose sur un système de cotisations individuelles prises en charge par le ministère de la justice et versées sous forme d'enveloppe globale à l'Agence Centrale des Organismes de sécurité Sociale (ACOSS).

2.2.3 Appréciation de la réforme à travers les institutions

Selon nos interlocuteurs, la loi du 18 janvier 1994 est venue rendre ses compétences à chacun et une remise à niveau des infrastructures s'en est suivie. Il convient, après avoir détaillé le système sanitaire sous l'angle réglementaire, de voir les modalités concrètes de mise en œuvre de la réforme.

La mise en place « des outils nécessaires à la mise en œuvre de la réforme » s'est faite sur un peu plus de dix mois⁶. Ce changement correspondait à une volonté commune de voir le système évoluer. Ainsi nos différents interlocuteurs ont-ils insisté sur ce désir de collaboration des ministères de la Santé et de la Justice.

L'hôpital sortant de ses murs, a mis fin à la "médecine pénitentiaire". La désignation par le préfet de région après avis des préfets de départements, des hôpitaux intervenant en milieu pénitentiaire était basée sur une double condition de proximité et de technicité et s'est faite en concertation avec les DDASS, DRASS et la DRAP. Un protocole est signé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé qui prend en charge la santé somatique (cf. annexe 3) et s'il ne pouvait aussi répondre à la prise en charge de la santé mentale, un protocole supplémentaire était signé avec un autre établissement pouvant assurer les soins psychiatriques. Dans ce protocole figurent précisément les engagements des établissements pénitentiaire et de santé. Il est signé par le représentant de l'État dans la région et le département et reprend les conditions d'intervention des services hospitaliers ainsi que les moyens mis en œuvre. Les services de santé mis en place dans les établissements sanitaires doivent être pleinement intégrés dans l'organisation hospitalière. Ainsi les projets de santé en prison doivent être établis en concertation avec les services pénitentiaires.

Les compétences respectives sont clairement définies et la collaboration passe tant par des communications informelles et permanentes que par des réunions de travail régulières entre les deux services.

Le rôle du chef d'établissement est, selon Mme Manaud⁷, de connaître parfaitement les différents acteurs afin de les mettre en synergie. Cela aboutit à un enrichissement institutionnel et personnel mutuel.

Les personnes incarcérées ne sont privées que de leur droit d'aller et de venir sans préjudice des autres droits.

⁶ Chauvin Isabelle *la Santé en prison : enjeux d'une véritable réforme*

Toutefois, il apparaît que le détenu n'est pas exactement dans la même situation que le malade ordinaire (absence de libre choix du praticien, escorte et garde, menottes en consultation extérieure...). La santé devient alors, en prison, un objet complexe d'échanges. En effet, bien que présentée comme un droit fondamental par les instances nationales et supranationales (recommandation du Conseil de l'Europe, comité des ministres du 18 octobre 1993), la prise en charge de la santé ne permet de faire abstraction de l'aspect sécuritaire propre à la prison. Les deux administrations doivent alors apprendre à connaître et à respecter les missions et contraintes de l'autre.

Au niveau du parc pénitentiaire français, des améliorations pourraient être introduites car il souffre d'une vétusté certaine. De nombreux bâtiments ne sont pas suffisamment entretenus et présentent une conformité aléatoire aux normes techniques et sanitaires. On constate aussi une disparité des moyens entre les établissements, et entre les cellules elles-mêmes. Les conditions de détention, la promiscuité et enfin l'accès inégal aux produits de toilette et d'entretien sont peu favorables à un bon niveau d'hygiène. Aussi, la DRAP de Rennes a-t-elle organisé la distribution générale et gratuite de tels produits dans les établissements pénitentiaires de son ressort. Ainsi, dans une optique de promotion de l'hygiène dans les prisons, un programme de cloisonnement des cabinets de toilette a aussi été mis en place sur la France entière, et devrait s'achever fin 2003. Il semble en effet que la solution passe par l'effectivité de l'encellulement individuel, prévu par la réglementation.

Le handicap des personnes vieillissantes, dépendantes physiquement, n'est pas non plus pris en considération en prison, même si, en pratique, dans le choix du personnel surveillant et l'aménagement des loisirs cela peut être pris en compte. Malgré tout, les locaux ne sont pas adaptés et les surveillants ne sont pas formés à ce type de prise en charge. Pourtant, cette population tend à croître dans les établissements pénitentiaires, du fait de l'allongement de la durée des peines prononcées (en 20 ans, la population carcérale de plus de 60 ans a été quintuplée). C'est pourquoi la DRAP de Rennes a souhaité financer l'aménagement de trois cellules à Caen ainsi que la dispensation de soins de nursing par des aides soignants libéraux (les conseils généraux refusant de verser la Prestation Spécifique Dépendance aux détenus pouvant y prétendre).

Enfin, s'agissant des interventions de partenaires extérieurs au sein de la prison, certains de nos interlocuteurs ont insisté sur la nécessité de privilégier les professionnels et non les bénévoles. Ces intervenants extérieurs constituent un lien d'une importance considérable pour les détenus, comme le montre l'exemple de Saint-Brieuc.

⁷ directrice du centre de détention pour femmes de Rennes

Les détenus peuvent alors percevoir comment peut être poursuivie leur prise en charge notamment sanitaire à l'extérieur et se projeter dans l'avenir. Cette projection sur l'avenir peut alors constituer une évolution remarquable et expliquer l'intérêt porté par les politiques et les citoyens aux conditions de vie en prison.

3 LA SANTE EN PRISON : OBJET COMPLEXE D'ECHANGE ENTRE DETENUS SURVEILLANTS ET PERSONNELS SOIGNANTS

La réforme de 1994 a réorganisé radicalement les soins en prison. Son application a mis en évidence l'écart entre un dispositif de réforme « sur le papier » et un dispositif de réforme « à l'épreuve du terrain » Elle réactive des systèmes d'opposition entre des missions sécuritaires et répressives des personnels pénitentiaires et des missions plus « humanitaires » des soignants qui agissent auprès des personnes incarcérées. En matière de santé en prison, la complexité des échanges entre détenus, soignants, surveillants est liée d'une part aux cultures des professionnels en présence : soignants, personnels pénitentiaires et d'autre part au statut particulier de la personne prise en charge : le détenu.

3.1 La confrontation de deux cultures professionnelles

C'est dans une atmosphère faite de conflits et de violences que les UCSA se déploient. Les surveillants habitués à délivrer les médicaments, utilisés à l'occasion comme instruments punitifs ordinaires, durent se dessaisir d'une fonction soignante largement usurpée.

De surcroît, les UCSA engagent une opération de requalification de locaux anciens, avec une dotation financière des plus réduites. En lieu et place des anciennes infirmeries, devenues au fil du temps des espaces totalement intégrés à l'ordre pénitentiaire, s'installent des centres de soins dont le caractère extraterritorial demeure encore contesté. Le système de santé en prison qui jusqu'alors faisait partie du dispositif d'exercice de la contrainte devient hétérogène à l'univers carcéral.

3.1.1 La culture soignante

3.1.1.1 Une organisation sanitaire contraignante

Pour les infirmières, il s'agit d'organiser les soins en fonction des contraintes de l'univers carcéral, de réguler la charge de travail et pour les surveillants de maintenir l'ordre carcéral.

L'organisation pénitentiaire influe sur l'emploi du temps des services médicaux. La vie carcérale est découpée en promenades, ateliers, parloirs.. Ce sont autant de séquences qui bloquent la circulation dans les établissements et retardent l'accès des détenus convoqués à l'UCSA. Les appels supplémentaires ne devraient se cantonner qu'à la gestion de l'urgence.

Or, les prestations de soins offertes par les UCSA sont saisies par les détenus comme des opportunités de relations sociales. L'invocation de douleurs dentaires, de maux de dos traduisent souvent la somatisation des souffrances provoquées par l'incarcération : premiers jours d'entrée en prison, oppression de l'enfermement, promiscuité et cohabitation en cellule insupportables, attente de procès, de jugement....

Dans un premier temps, les UCSA imposent leur espace propre, un territoire dont l'acception "physique" est déterminante. Les infirmières limitent "l'intrusion" des surveillants dans les nouveaux locaux, veillant à ce que le secret médical et soignant soit préservé, en ne délivrant aucune information sur la pathologie des détenus.

La capacité à prendre en charge le détenu est aussi liée pour les soignants à la possibilité de soigner cette personne quel que soit le crime ou le délit commis. En ce qui concerne l'information relative à la nature du crime ou du délit, il ne semble pas y avoir de conduite à tenir universelle. Selon les établissements les soignants demandent à avoir accès ou non à cette information. Le détenu, peut lui aussi donner celle ci par les récits qu'il fait : *« parfois les détenus ne nous épargnent pas les détails horribles »*. La non-discrimination dans les soins est un principe de base de la pratique soignante. Cela demande parfois aux professionnels de santé de pouvoir « passer la main » à un collègue plus à même de gérer la prise en charge d'un détenu.

Les surveillants, de leur côté, doivent s'acclimater à cette distance nécessaire. Les comportements des soignants envers les détenus, notamment le vouvoiement et l'usage du "monsieur", les choquent d'autant plus qu'ils ont le sentiment d'être mis à l'écart.

Ces marques de respect tendent à être perçues, au moins dans les premiers mois de la réforme, comme une agression professionnelle, un effacement de la frontière morale entre les détenus et eux. Redoutant une trop grande proximité avec les détenus, les surveillants expriment des craintes irrationnelles (VIH, hépatite...) : « *Les surveillants sont très angoissés par les risques infectieux...Un fascicule donnant des informations sur le risque infectieux a été élaboré par l'administration pénitentiaire centrale et distribué aux surveillants.* »⁸ Ces propos, recueillis auprès d'un directeur de la maison d'arrêt de Nanterre, démontrent la nécessité d'engager une politique d'éducation et de prévention qui engage les détenus comme les surveillants.

Aujourd'hui, les personnels soignants ont semble-t-il construit un espace d'intervention indépendant. Néanmoins, une lutte permanente s'est engagée avec les surveillants pour le contrôle de l'accès des détenus au statut de patients.

Ce sont les infirmières qui sont confrontées de plein fouet à la souffrance, qu'elle soit somatique ou psychique. A leurs activités traditionnelles, s'ajoutent les consultations infirmières, spécificité du travail infirmier en prison. A cet égard, il semble souhaitable d'alléger le travail soignant : « *il est aberrant qu'une seule demande de préservatif ou d'aspirine nécessite une visite à l'infirmerie* » (Christian Sueur, psychiatre au SMPR de Fleury-Mérogis). Pourtant les recommandations ministérielles indiquent assez le sens de l'évolution en cours : « *La relation entre le détenu et le service médical doit être fondée sur la confiance d'où la nécessité de l'indépendance entre l'administration pénitentiaire et la santé* »⁹. Les infirmières reçoivent les détenus qui ont écrit pour obtenir un rendez-vous. Elles sélectionnent et orientent les demandes. Tout en usant de stratagèmes et de techniques de « ralentissement »¹⁰ de la demande de soins (qui tient lieu de parole et d'échange) elles doivent réguler leur travail, en collaboration avec le SMPR, celui-ci étant perçu par beaucoup de détenus comme réservé aux « fous »

3.1.1.2 La prise en charge psychiatrique et phénomènes d'addictions

Selon l'enquête de la DREES¹¹, près d'un entrant sur cinq disait suivre un traitement par médicaments psychotropes, essentiellement des anxiolytiques ou des hypnotiques.

⁸ Entretien avec M. Jauniaux, directeur-adjoint de la Maison d'Arrêt de Nanterre

⁹ Circulaire du 8 décembre 1994

¹⁰ Claude Lucas, *Suerte. La réclusion volontaire*, Paris, Plon coll. « Terre humaine poche » 1995, p 433.

¹¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

La population pénitentiaire est encore plus « déprimée » que la moyenne, ce qui contribue à expliquer pour partie, un taux de suicide beaucoup plus élevé.

La prise en charge des détenus souffrant d'affections psychiatriques est l'objet d'un grand débat : « leur situation n'est pas évidente car le milieu psychiatrique les rejette ». Ils se retrouvent alors en prison alors que l'administration pénitentiaire est dépourvue, se sent démunie.

Lors de la réforme du Code pénal sur la responsabilité pénale, il a paru opportun de ne pas nier totalement la responsabilité de la personne impliquée dans une infraction pénale. Depuis, très peu de non lieu sont prononcés. Du coup la prise en charge à l'AP n'est pas adaptée. »¹²

La capacité à prendre en charge le détenu est liée à la maturation professionnelle des soignants. Un surveillant chef de SMPR interrogé pointait la nécessité d'affecter dans les unités de soins des prisons des personnels expérimentés, capable de la mise à distance nécessaire à la prise en charge des détenus. La démarche d'affectation en UCSA ou SMPR doit être volontaire : il est bien évidemment hors de question de mettre en poste un soignant qui ne l'aurait pas demandé.

Il faut également noter l'importance croissante des phénomènes de toxicomanie et d'alcoolisme en prison¹³. Comme le faisait remarquer le rapport de la commission sénatoriale (Sénateurs Hyst et Cabanel) : « *Un détenu qui souhaite continuer à boire et à se droguer en prison peut le faire. Il lui suffira de disposer d'argent et de s'insérer dans un trafic* ». La question d'une prise en charge globale de la toxicomanie et plus généralement des addictions avec l'ensemble des intervenants (éducateurs, surveillants, soignants) reste posée.

3.1.2 La culture pénitentiaire

La réforme de 1994 a réactivé les contradictions des métiers pénitentiaires dont celui de surveillant. En effet, être surveillant est un métier ambigu et difficile dont la culture a été remise en cause par la réforme.

¹² M. Marc Durand, Directeur du SPIP de St Briec

¹³ 30% environ sont toxicomanes et 30% aussi ont des problèmes d'alcool

3.1.2.1 Etre surveillant : un métier ambigu et difficile

En vertu de la loi de 1987, le surveillant doit assurer l'entretien du détenu, lui porter secours en cas de maladie et veiller au maintien de l'ordre. Ces finalités professionnelles s'avèrent alors en totale contradiction entre elles et pour 59,1% des surveillants la mission de réinsertion relève davantage de l'utopie. En effet, on leur demande d'insérer là où toutes les institutions ont échoué, et ce dans un monde clos où règne une multitude de règles strictes qui vont à l'encontre d'une coopération entre le surveillant et le détenu.

Par ailleurs, les surveillants pour la plupart considèrent que faute de temps suffisant et de formation adaptée, il est impossible d'assurer des missions de réinsertion, la sécurité devant primer. Les provocations, les insultes sont le lot quotidien des surveillants auxquelles les jeunes, plus vulnérables, ont du mal à s'habituer. Ils dénoncent le manque de temps, de moyens et le décalage entre la théorie enseignée et la réalité.

Le Code de procédure pénale prévoit que dès son arrivée (dans les 24 heures si possible), le détenu entrant rencontre un médecin, un membre du personnel de direction et un membre du personnel des services socio-éducatifs. Par la suite, tout au long de son séjour en détention, le personnel pénitentiaire restera le premier interlocuteur pour toutes les demandes de soins ou en matière de santé émanant des détenus. Alors qu'une large part de son activité reste administrative - recueil des demandes écrites de consultations médicales, prises de rendez-vous, orientation des détenus, enregistrement des passages à l'UCSA - une autre, beaucoup plus complexe, fait appel à des compétences paramédicales qui ne sont pas enseignées à l'ENAP (apprécier les bien-fondé et degré d'urgence d'une demande de soins, évaluer la gravité d'une souffrance somatique mais aussi psychique, identifier une détresse même en l'absence de demande).

A cela se surajoutent des contraintes sécuritaires multiples qui, à toutes les étapes de la prise en charge médicale, peuvent s'opposer à la rapidité d'une intervention, à la dignité de la personne, à la responsabilisation des patients et au secret médical. Ainsi par exemple, la réglementation pénitentiaire exige que ce soit un surveillant gradé qui dispose des clés des cellules et les ouvre en cas d'urgence nocturne, ce qui souvent amène dans certaines situations (pendaison, automutilation) des interventions trop tardives. Quand des expériences de distribution unique d'un traitement de plusieurs jours sont tentées, les surveillants n'y sont *a priori* pas favorables. Ils y voient des risques d'absorption massive de médicaments ou de trafics entre détenus. Enfin, si un détenu a un cancer, le secret médical peut être transgressé dans le but d'obtenir un bénéfice pour le patient ou une amélioration de peine.

Le souci d'humanisation des prisons avec des exigences plus fortes en matière sécuritaire constitue donc une double pression pour les surveillants (plus de travail, de contrôles) et les renvoie aux tâches de garde et de surveillance, ce qui tend à disqualifier leurs pratiques et remettre en cause la culture pénitentiaire.

3.1.2.2 Une culture remise en cause

Les surveillants renvoient à l'extérieur une image négative et dévalorisée souvent traduite par le qualificatif de « matons » dont ils sont affublés. Certes, les changements introduits par la loi de janvier 1994 ont dans l'ensemble été ressentis par le personnel pénitentiaire (encadrement, surveillants) comme une réelle amélioration, un soulagement parfois. Les surveillants n'ont ainsi plus en charge la distribution des médicaments (fioles) au cours de laquelle des erreurs de distribution pouvaient survenir. De même, des réponses adaptées, au moins sur le plan somatique, sont apportées par l'équipe médicale, ce qui est perçu positivement, notamment pour la prise en charge des détenus toxicomanes (soins dentaires, traitement de substitution, vaccination anti-hépatite B).

Par contre, les surveillants ne contrôlent plus de visu la prise des traitements par les détenus. Bien que les surveillants soient incités à « la réinsertion », l'humanisation du traitement des détenus est largement déléguée à des catégories professionnelles extérieures à l'administration pénitentiaire, ce qui perturbe le bon fonctionnement de l'établissement et fausse les règles du jeu (les relations ne se font plus à deux mais à trois : surveillant – détenu – personnel extérieur).

3.2 Le détenu et sa santé

3.2.1 Des rapports ambivalents avec le corps et la santé

3.2.1.1 Une population peu familiarisée avec le système de soins

Avant leur entrée en prison, les détenus n'avaient globalement que peu de recours au système de santé. En effet, la population carcérale est majoritairement masculine, jeune et issue des milieux les plus défavorisés. De plus, son niveau d'instruction scolaire et professionnelle est faible. Ces caractéristiques ont des conséquences sur le rapport des détenus à leur santé : hormis les cas d'urgence et les pathologies graves et aiguës, ils n'ont que peu de recours aux soins et moins encore à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Le médecin-chef d'une UCSA évoque ainsi le dépistage chez un détenu d'une maladie génétique qui aurait dû être diagnostiquée et traitée dès l'enfance et n'avait jamais fait l'objet d'une prise en charge avant l'incarcération.

L'emprisonnement, et notamment la visite obligatoire d'entrée prévue par le Code de la Santé publique, peut être l'occasion d'une première rencontre avec des professionnels de santé. Lors des consultations initiales, le détenu refuse parfois l'examen clinique ou la prise de sang, actes auxquels il n'est pas accoutumé.

Il faut parfois créer progressivement un lien de confiance entre le médecin et le patient avant que cet examen ne devienne possible, au bout de la troisième ou de la quatrième consultation. En effet, le chemin est long et difficile entre les attitudes consistant à apprendre des risques et à apprendre soin de soi.

3.2.1.2 Le corps mésestimé, substitut d'une parole impossible

Le mode de vie et les habitudes antérieures à l'entrée en prison sont le plus souvent néfastes au développement de la santé : conditions de vie précaires, parfois absence de logement mais aussi nutrition insuffisante et déséquilibrée, comportements à risques, pratiques addictives... Le docteur Barlet évoque la double fragilité des détenus, physique et psychologique, et leur « *mésestime d'un corps considéré comme instrument sans valeur d'une vie au jour le jour et qui se confirme dans la maladresse à communiquer par la parole au-delà de la révolte ou de la plainte [...] dans un réseau de liens affectifs mal tissés, incertains, mêlant dépendance et agressivité dans une vulnérabilité croissante* ».

La prison, qui bannit les repères temporels, la sexualité, les liens affectifs et familiaux, réduit les détenus à « *une existence biologique qui ne se manifeste plus que dans le langage d'un corps souffrant, déshabité par la parole* ». Dans ce contexte, la demande de soin doit être interprétée comme « ultime moyen de se faire reconnaître un droit à l'existence, un droit d'être homme plus qu'un droit de l'homme ».

Le recours aux professionnels de santé en prison représente souvent la recherche d'un ancrage relationnel, d'une relation dénuée des ambiguïtés du rapport détenu-surveillant. L'espace dédié à la santé est neutre, le détenu qui a consulté une première fois sait qu'il y bénéficie de la dignité inhérente au statut de « patient » : Au sein de l'UCSA, le détenu n'est pas stigmatisé par l'acte qui a entraîné son emprisonnement, quelle que soit la nature de ce dernier. En principe, les personnels soignants hospitaliers n'ont pas connaissance du motif de l'incarcération. Il relève de leur éthique médicale et soignante de ne pas interroger le

détenu sur ce point. Cette question peut toutefois être évoquée par le praticien avec le détenu, dans le cadre d'une longue peine, lorsque la date de la libération se fait proche et que la préparation de la réinsertion est en cours. Cependant, compte tenu de la violence des relations inter-personnelles au sein du monde carcéral, le détenu n'est pas toujours conscient des garanties déontologiques dont les soignants lui assurent le respect, ni de leur indépendance institutionnelle par rapport à l'institution pénitentiaire.

3.2.2 Un rapport de confiance difficile à obtenir

Le détenu peut craindre la prise en charge sanitaire et notamment le non respect du secret médical. En effet, dès lors qu'un surveillant ou un autre détenu a connaissance d'une pathologie concernant un patient, des pressions peuvent s'exercer à l'encontre du malade. Ce problème est plus aigu encore en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles. Les préjugés à l'égard des malades, par exemple du SIDA, peuvent engendrer une mise à l'écart par les autres détenus, sans aucun fondement de risque réel de transmission.

L'IGAS a dénoncé cette situation : *« des conflits de toutes natures surgissent [...] et dépassent le cadre géographique de l'infirmerie. Combien de pressions ont-elles pu être exercées sur des détenus par d'autres dès lors que certains avaient connaissance de telle ou telle pathologie qui aurait dû rester cachée [...]. Combien de surveillants ne se sont-ils pas servis volontairement ou non de leur connaissance du dossier médical d'un détenu pour pouvoir asseoir leur autorité et ce d'autant plus qu'elle pouvait passer pour être faible ».* (Rapport sur le fonctionnement des infirmeries en prison, IGAS, 1992).

3.2.3 La santé détournée

Au-delà de la réticence face à la santé, le détenu peut s'en emparer afin de contribuer aux trafics divers qui se déroulent au sein même de la prison. Avant 1994, l'administration pénitentiaire avait mis en place un système de distribution des médicaments fondé sur l'utilisation de fioles dans le but de prévenir le développement du stockage et du trafic. Ce système n'était absolument pas satisfaisant : d'une part, le risque d'erreur dans les dosages était élevé, en raison de l'absence de préparateurs en pharmacie, d'autre part, le risque d'échange des fioles était dangereux. En outre, une telle préparation était susceptible d'affecter l'efficacité des principes actifs.

Depuis 1994, les médicaments sont distribués par les soignants, souvent pour une semaine. Ce mode de dispensation est cohérent avec la volonté de permettre au détenu de devenir acteur de sa propre santé. Là encore, le détenu bénéficie d'un mode d'échanges relationnel caractéristique du patient adulte et non du détenu surveillé. Or, les phénomènes d'accumulation et de trafic de médicaments, qui n'avaient jamais réellement cessé en prison malgré tous les efforts de l'administration pénitentiaire, sont favorisés par cette autonomie conférée au détenu-patient. A cet égard, il semble que les ingestions médicamenteuses volontaires ou non n'aient pas augmenté depuis la réforme du système de distribution.

A l'inverse, les modalités de « détournement » du médicament se multiplient : des cachets sont réduits en poudre pour être inhalés ou associés à du tabac.

3.2.4 L'éducation pour la santé, un outil pour l'insertion

La mission d'insertion des établissements pénitentiaires se trouve souvent reléguée au second plan derrière des impératifs de sécurité. « *L'administration pénitentiaire participe à la sécurité publique, elle favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées sous l'autorité judiciaire¹⁴* ».

Il est impératif pour les différents intervenants de prendre en compte l'état de santé du détenu, tant sur le plan somatique que mental avant de travailler sur l'insertion et la réinsertion. L'éducation pour la santé repose sur la qualité du partenariat entre les équipes sanitaires, les personnels pénitentiaires (surveillants, direction) et les intervenants extérieurs. La réinsertion est « *l'action d'insérer de nouveau, de réintroduire quelqu'un dans un groupe social* » Différents freins interviennent et agissent sur les possibilités d'éducation et par voie de conséquence sur la réinsertion du détenu.

Des obstacles liés aux régimes et à la durée de détention - La durée de la détention est un facteur à prendre en compte. Les actions d'éducation n'ont pas la même portée en maison d'arrêt (courtes peines) ou en centre de détention. En maison d'arrêt, les actions d'éducation auprès d'un détenu qui purge une courte peine se limitent souvent à s'assurer à la sortie de la possibilité d'un suivi médical ou social. En centre de détention, où l'objectif de sortie est à plus long terme, les actions peuvent se planifier et se construire dans le temps. Les moyens utilisés (participation des détenus, réalisation de brochures, de plaquettes...) trouvent toute leur place, alors qu'ils peuvent être inopérants voire non envisageables en maison d'arrêt.

¹⁴ Loi du 22 juin 1987.

Des obstacles liés à l'histoire du détenu - L'objectif en matière de prévention et d'éducation est de mettre en place un projet global associant les personnes détenues et l'ensemble du personnel afin que chacun se sente concerné et s'implique dans le cadre d'une véritable promotion de la santé en milieu carcéral. La santé doit être perçue comme une ressource pour assumer la détention mais aussi et surtout la réinsertion et non comme un simple remède à la douleur.

Les obstacles à la participation des personnes détenues sont liés à la fois à l'histoire de vie de la personne (pratiques d'hygiène, suivi médical) et aux possibilités proposées par les établissements (accès aux douches, mise à disposition de produits d'hygiène, entretien des locaux, suivi individualisé des personnes incarcérées). Comment éviter que la violence entre codétenus ne s'exprime lors du passage à la douche (racket, règlement de compte, trafics...) ?

Des freins liés à l'emprisonnement - La détention entraîne chez le détenu la perte d'anticipation et concourt à le « désocialiser ». Ce sont autant d'éléments qui sont contraires à la notion de responsabilisation et de valorisation nécessaires en matière d'éducation pour la santé. L'article D. 460 du Code de procédure pénale rappelle que « *le service pénitentiaire d'insertion et de probation a pour mission d'anticiper les effets désocialisants de l'emprisonnement sur les détenus* ». En prison, aucune démarche volontaire n'est demandée et rien n'est imposé, si ce n'est l'obéissance aux règles. Les détenus peuvent refuser les activités ou la promenade.

Il existe une grande disparité entre les établissements. Différentes actions d'éducation pour la santé sont régulièrement menées en matière d'hygiène, d'alimentation, d'activités culturelles et sportives... qui permettent aux détenus de se réapproprier leur santé, de s'interroger sur leur comportement, de se responsabiliser. L'évaluation des actions d'éducation menées reste encore à développer. Il est difficile pour les professionnels de réaliser un bilan de ces actions à la sortie de prison.

4 CONCLUSION

La santé apparaît bien comme un objet complexe d'échanges notamment entre soignants et surveillants. Même si des difficultés persistent dans certains établissements pénitentiaires, la collaboration est indispensable afin que le détenu devienne acteur de sa propre santé à sa sortie de prison.

Une réinsertion réussie suppose que tous les aspects sociaux de la vie pénitentiaire (formation, insertion, liens familiaux...) soient envisagés. Les actions engagées ne peuvent être limitées au seul champ de la santé. Les personnels pénitentiaires doivent s'impliquer effectivement dans la mission d'insertion. La réforme récente des SPIP va d'ailleurs dans ce sens.

Des formations communes (soignants; surveillants, intervenants extérieurs) devraient être organisées plus régulièrement. En effet, elles sont un lieu d'échanges et de compréhension des pratiques professionnelles et des contraintes de chacun.

D'ores et déjà il est possible de répondre à diverses préoccupations à caractère urgent comme la prise en charge des pathologies aiguës. En outre, il nous incombe, en tant que professionnels, de proposer des solutions afin d'assurer la prise en charge des personnes dépendantes en prison, de faciliter l'intervention de services spécialisés extérieurs à la prisons (soins à domicile), de prendre en compte les difficultés liées à l'allongement de la durée des peines.

- GLOSSAIRE -

ACOSS	Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
CD	Centre de Détention
CDAG	Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPP	Code de Procédure Pénale
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DDASS	Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des Soins
DRAP	Direction Régionale de l'Administration Pénitentiaire
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSPIP	Directeurs des Services de Prévention, d'Insertion et de Probation
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
ENAP	Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire
EPSNF	Etablissement Public de Santé National de Fresnes
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MA	Maison D'Arrêt
MISP	Médecin Inspecteur en Santé Publique
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PH	Praticien Hospitalier
PHU	Praticien Hospitalier Universitaire
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SMPR	Services Médico-Psychologiques Régionaux
SPIP	Service de Prévention, d'Insertion et de Probation
UCSA	Unité de Consultations et de Soins ambulatoires
UHSI	Unité d'Hospitalisation et de soins Infirmiers
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

- BIBLIOGRAPHIE -

1) Textes législatifs et réglementaires :

- Code de Procédure Pénale (partie réglementaire) articles D348-1 à D399
- Code de la Sécurité Sociale articles L381-30 à L 381-30-6
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
- Décret n° 93-704 du 27 mars 1993 relatif aux soins dispensés aux détenus en milieu hospitalier par les établissements publics de santé
- 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 des détenus et à la situation des personnels infirmiers de services déconcentrés de l'administration pénitentiaire
- Décret n°99-276 du 13 avril 1999 portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation
- Arrêtés du 7 juin 1999 et du 11 août 1999 portant création de SPIP, J.O. du 3/07/1999 et du 21/08/1999.
- Circulaire n° 45 DH/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique
- Ministère des Affaires sociales et de la Ville - Ministère de la Justice.
- Extrait du guide méthodologique de la circulaire d'application du décret du 27 octobre 1994
- Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées
- Orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, Mission interministérielle de Lutte contre le Drogue et la Toxicomanie, 9 août 2001

2) Articles et publications :

- Chemin A. Surveillant, métier ambigu : Trouver la bonne distance avec les détenus, *Le Monde*, 24 septembre 1997
- Prison : quand les malades mentaux souffrent derrière les barreaux. *Hebdomadaire Impact Médecin*, 17 mars 2000, n°484
- Elguiz F. Le rôle du service pénitentiaire d'insertion et de probation. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 5 novembre 1999, n°2140
- Darbéda P. Éthique et organisation sanitaire en milieu pénitentiaire : La recommandation R(98) 7 du Conseil de l'Europe, *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, juillet 2000, n°2, pp. 257-272.

- Les prisons : la honte de la république. *Partage*, août/septembre 2000, n° spécial 143
- Santé et milieu carcéral. *Les dossiers de la santé de l'homme*, CFES, février 1995, n°315
- La santé en prison, un enjeu de santé publique. *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier/mars 1997, n°1
- Santé et prisons en France : Inventaire des évolutions en cours. *Prescrire*, juillet/août 1998, tome 18, n°186
- Où en est la réforme du système de soins en prison ? *Prescrire*, novembre 1999, tome 19, n°200
- Santé en milieu pénitentiaire : Le droit aux mêmes soins pour tous. *Acteurs*, mars 2000, n° 43
- L'évolution du soin en prison. *Forensic*, septembre 2000, n° spécial (loi du 18 janvier 1994)
- Benguigui G. Les surveillants mal aimés. *Regards sur l'Actualité*, mai 2000, n° 261, pp.21-41
- Gorce I. L'administration pénitentiaire. *Regards sur l'Actualité*, mai 2000, n° 261, pp.3-19
- Soins de santé aux détenus (suite). *Prescrire*, septembre 2001, tome 21, n° 20
- Dossier spécial Prisons THS. *La revue des addictions*, mars 2001, volume III, n°9
- Lechien M.H. L'impensé d'une réforme pénitentiaire, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, mars 2001
- L'intervention de psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. *Annales Médico-psychologiques*, juin 2000, volume 158, n°6, pp.445-459
- Le droit à la santé dans les prisons. *Contact Santé*, mars 2000, n°147
- Marchetti A.M. La France incarcérée, *Etudes*, septembre 2001
- L'éducation à la santé un nouvel outil pour l'insertion. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, juin 2001, n°2217

3) Rapports et ouvrages :

- Rapport du Sénat n°449 de la Commission d'Enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, février 2000
- Rapport de l'Assemblée Nationale n°2521 fait au nom de la commission d'enquête sur la situation des prisons françaises, 28 juin 2000
- Rapport de la mission santé justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral (rapport conjoint Direction de l'Administration Pénitentiaire et Direction Générale de la Santé), décembre 2000

- Rapport conjoint Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sociales, sur l'organisation des soins aux détenus, juin 2000
- Favard J. *Les Prisons*, Dominos Flammarion, 1994, 112 p.
- Marchetti A.M., *La Prison dans la cité*, 1996, Desclée de Bronwer, Paris, 320 p.
- Marchetti A.M. *Perpétuités, le temps infini des longues peines*, Terre Humaine, 2001
- Vasseur V. *Médecin-chef à la prison de la Santé*, Recherche Midi Editeur, Paris, 201 p.
- Chauvin I. *La santé en prison : enjeux d'une véritable réforme*, ESF éditeur, Issy-les-Moulineaux, janvier 2000, 111 p.
- Rapport sous la Direction de Professeur M.Gentilini. *Problèmes sanitaires dans les prisons maladies infectieuses, toxicomanies, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant et après l'incarcération*, Médecine Sciences Flammarion, octobre 1997, 206 p.
- Rostaing C. *La relation carcérale, identités et rapports sociaux dans les prisons pour femmes*, PUF, 1997
- Observatoire international des prisons. *Le nouveau Guide du Prisonnier*. Ed. de l'Atelier, mai 2001, 496 p.
- L'univers pénitentiaire *Regards sur l'Actualité*, La documentation Française, n° 261, mai 2001
- Ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire. *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire*, mai 2001
- Ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire. *Rapport annuel d'activité 1999*
- Observatoire international des prisons, *Prisons : Un état des lieux*, Ed. l'Esprit frappeur, 2000
- Christophe Lambert, *Derrière les Barreaux*, Ed. Michalon, Paris, 1999
- Observatoire international des prisons, *Sexualités et violences en prison*, Aleas Editeur, Lyon, 1996
- Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite en France effectuée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradant (CPT), Strasbourg, 19 juillet 2001
- Mercier C. *Secret médical et Contraintes carcérales*, mémoire de sous-directeur, ENAP, 1994

4) Vidéo :

- Emission « Envoyé spécial » sur les Unités pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier de Villejuif diffusée sur France-2 le 4 octobre 2001

5) Sites internet :

- www.justice.gouv.fr
- www.médecine-pénitentiaire.com
- www.sénat.fr
- www.cpt.coe.int (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants)

- LISTE DES ANNEXES -

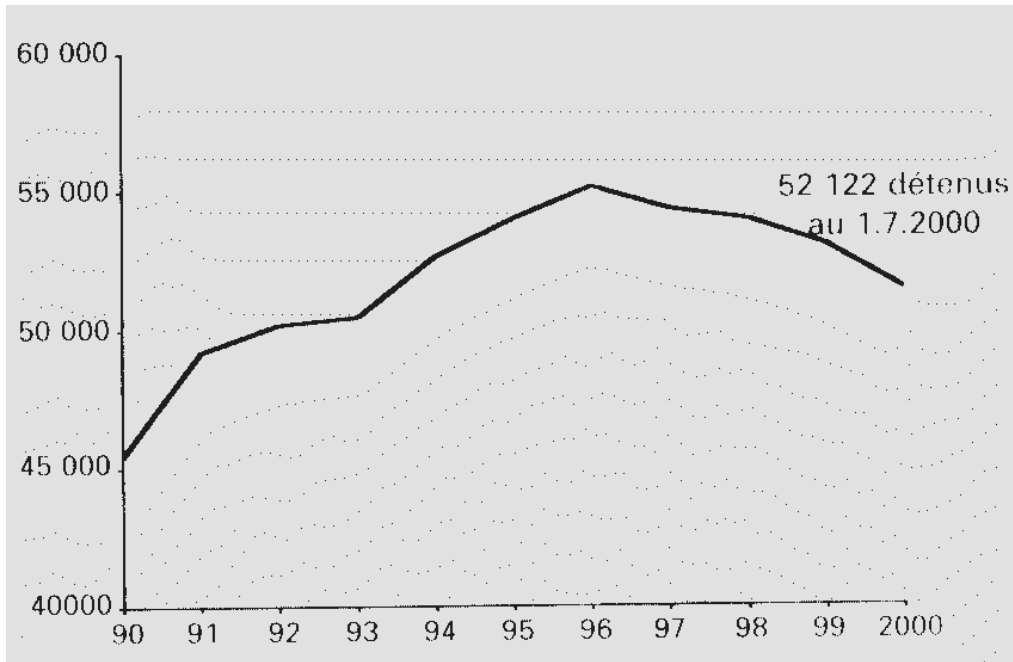
Annexe 1 : Évolution du nombre total de détenus (1999-2000)
Pourcentage de détenus par classe d'âge

Annexe 2 : Principes méthodologiques et guide d'entretiens

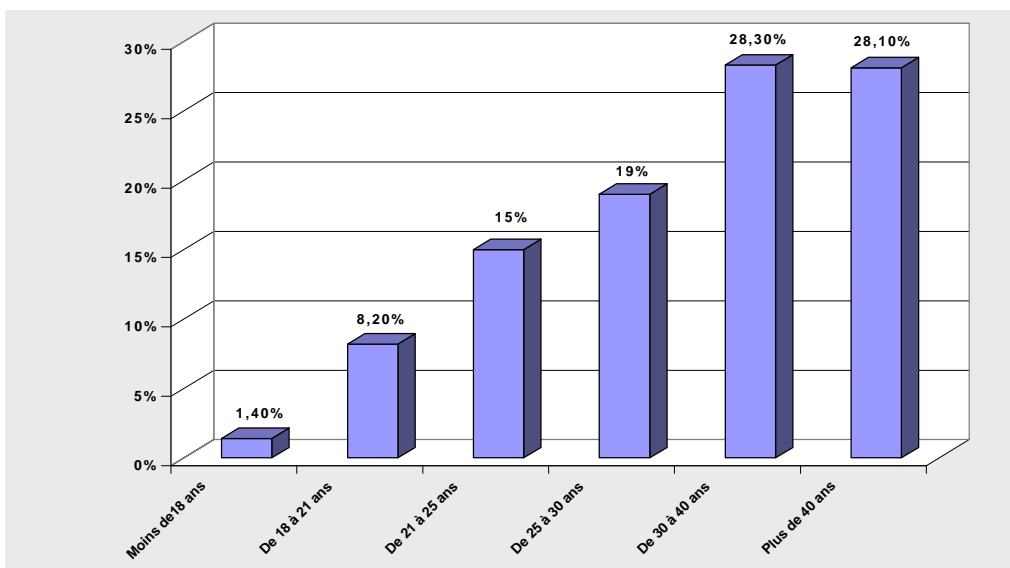
Annexe 3 : Modèle de protocole entre un établissement pénitentiaire et un établissement de santé

ANNEXE 1

Évolution du nombre total de détenus (1999-2000)
(métropole et outre-mer, au 1^{er} juillet)



Pourcentage de détenus par classe d'âge



ANNEXE 2

PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES

Le présent rapport est l'aboutissement de trois semaines de travail collectif au cours desquelles deux étapes peuvent être distinguées.

DISCUSSION SUR LA PROBLEMATIQUE.

Le thème proposé au groupe est :

« la santé en prison, objet complexe d'échanges entre détenus, surveillants et personnels soignants ».

Après échanges et analyses sur le sujet, le groupe a décidé de retenir la problématique proposée. Le thème de la santé ne permettait pas de limiter les recherches à une population cible ou encore à une région ou établissement pénitentiaire bien déterminés.

Pour autant le groupe a conduit sa réflexion autour de trois axes :

La reconnaissance du droit à la santé pour le détenu

Un accès à la santé difficile du fait du statut particulier de « détenu »

Une multiplicité d'acteurs avec des logiques professionnelles différentes et une représentation de la santé divergente.

Le groupe a donc choisi de centrer ses recherches autour du jeu des acteurs et de mettre en évidence les différentes représentations de la santé du détenu comme un des facteurs de complexification des relations détenus – surveillants et personnels soignants.

La lecture d'ouvrages et d'articles afférents à ce problème, fut une étape préalable du groupe pour se familiariser au contexte et permettre une meilleure compréhension du sujet. Et par là même, qui nous a permis d'établir un guide d'entretien afin de mener à bien nos entretiens.

RECUEIL DES INFORMATIONS .

Nos investigations nous ont conduit à rencontrer des professionnels intervenant directement ou indirectement sur ce thème.

⇒ Le milieu administratif :

Mme CHARRE – sous direction « organisation du système de soins » DHOS.

Mme TOURETTE – sous direction de la santé et de la société – DGS.

Mme PATUREAU – MISP – sous direction de la santé et de la société – DGS.

Mme PONDAVEN – Unité de l'action sanitaire – DRAP de Rennes.

Mme DE GALARD – MISP – DAP.

⇒ Le milieu institutionnel :

M. JAUNIAUX – directeur adjoint de la maison d'arrêt de Hauts de Seine.

Mme SAMPEUR – directrice adjointe du centre de détention de Nantes.

Mme MANAUD – directrice du centre de détention pour femmes de Rennes.

M. DURAND – directeur du SPIP de Saint – Briec.

M. COUDRAY – conseiller d'insertion et de probation à la maison d'arrêt de Saint – Malo

M. ROBERT – médecin chef de l'UCSA de Nantes.

M. TURBIAUX –cadre infirmier supérieur SMPR de Bois D'Arcy

Mme SAMPEUR directrice adjointe et M.JAGAU premier surveillant et orientateur lors de la visite du Centre pénitentiaire de Nantes (centre de détention et UCSA)

M.ZAPATA – premier surveillant à la maison d'arrêt de Nanterre

⇒ Le milieu associatif :

Mme COEROLI - permanente à l'association nationale des Visiteurs de Prisons.

Mme CHANTERAIN - chargée de projet au CODESS de Rennes.

Le guide d'entretien (ci dessous) élaboré par l'ensemble du groupe a permis aux personnes interrogées de s'exprimer sur les points suivants :

La santé

La réforme de 1994 et ses enjeux

L'environnement et l'hygiène

L'insertion

Les relations interprofessionnelles.

Les questions de ce guide n'étant pas exhaustives, il était loisible de pouvoir les modifier selon la fonction de la personne interrogée. Le but de ces entretiens étant avant tout de dégager son opinion – sa représentation - son rôle ; et de souligner la nature de ses relations avec les autres acteurs.

Les entretiens ont donné lieu à la rédaction de compte rendus diffusés à l'ensemble du groupe et fait l'objet de discussions permettant l'exploitation des témoignages recueillis. Ces derniers ont été mis en parallèle avec des éléments de lecture (ouvrages, rapports, articles...) pour l'élaboration du présent rapport.

LES LIMITES

Elles résident dans le manque de temps pour effectuer une recherche exhaustive. La constitution du groupe dont les membres proviennent d'horizons différents a nécessité un temps de partage et de mise en commun des représentations que chacun pouvait avoir du sujet.

Les entretiens effectués, les visites d'établissements, l'implication des différents acteurs rencontrés ne reflètent qu'une partie du problème posé. Le temps imparti ne nous a pas permis d'effectuer des études comparatives entre établissements et régions. Ces difficultés ont été compensées par les documents bibliographiques dont le nombre est conséquent sur le sujet.

GUIDE D'ENTRETIENS – LA SANTE EN PRISON

5 DEFINITION DE LA SANTE / POSITIONNEMENT DE L'INTERLOCUTEUR

A votre avis, de quoi parle-t-on, lorsqu'on parle de santé ?

Selon vous, de quoi parle-t-on lorsqu'on parle de santé en prison ?

En quoi ces questions vous concernent-elles ?

Quel est votre rôle précisément ?

Globalement, que pensez-vous de la santé des détenus ?

6 LA LOI DE 1994

Il y a eu des changements dans l'organisation (loi de 1994). Les concevez-vous comme une amélioration (pour votre profession, pour les détenus) ?

Comment décririez-vous ces changements ?

Pour vous, cela a-t-il modifié votre rapport aux détenus ?

7 LA SANTE EN PRISON

Quel est pour vous le problème de santé le plus important en prison ?

Comment est organisée la prise en charge sanitaire des détenus ?

Quelles sont les procédures applicables (cheminement du détenu / patient...) ?

Faire décrire les éléments suivants :

- circulations dans la journée
- découpage du temps
- gestion du linge
- sport
- « cantines »
- nutrition : qui définit les équilibres et les menus ?
- prise en compte des demandes de soins (par quel moyen, par l'intermédiaire de qui ?)
- salle d'attente
- consentement du détenu aux soins
- information du personnel hospitalier sur le « pourquoi » de la peine d'emprisonnement ?
- rapport aux médicaments
- extractions
- organisation des consultations (démarche, délais...)

Quel est le suivi des patients (dossier médical...) ?

Quels sont les intervenants extérieurs appelés en urgence ? Viennent-ils « facilement » ?

On entend dire qu'il faudrait faire de la prévention et même de l'éducation pour la santé, selon vous quel est le contenu de ces termes ? Quelles actions cela supposerait ? Est-ce utile ?

Quelle place pour la psychiatrie en prison ?

Faut-il séparer soins obligatoires et ordre public ?

Où et comment prendre en charge les détenus souffrant d'affections psychiatriques ?

10 à 15% des détenus souffrent d'affections psychiatriques. Ont-ils leur place en prison ?

Quelle est la prégnance des phénomènes de toxicomanie en prison ?

8 ENVIRONNEMENT / HYGIENE

D'après-vous, l'architecture constitue-t-elle un obstacle au développement de la santé en prison ?

9 INSERTION

Comment vous représentez-vous la possibilité et le contenu de la réinsertion ?

La réinsertion : à quel moment est-elle envisagée ? Comment (actions concrètes) ? Avec quels moyens ? Sont-ils réellement mis en œuvre ?

Cela vous concerne-t-il ? Quels sont les autres acteurs ?

L'expression, les souhaits des détenus sont-ils pris en compte, ou bien applique-t-on des programmes « standards » ?

Quel « type de détenu » fait l'objet d'un travail de réinsertion prioritaire ?

Quelle est la place de la santé dans la réinsertion et l'organisation du suivi médical après la sortie de prison ?

Quelle évaluation pour les actions de réinsertion ?

10 INSTITUTIONS / RELATIONS ENTRE LES ACTEURS

Quelles sont les collaborations entre les ministères, les hôpitaux et les prisons.. ?

Quels sont les blocages ? Quels sont les systèmes qui fonctionnent bien ?

Quelles sont les relations interprofessionnelles sur le terrain, quel est le rôle des hiérarchies ?

Pour les surveillants, notamment : comment concevez-vous votre fonction, votre métier ?

Comment les surveillants s'organisent-ils ?

A quoi « sert » la santé pour le directeur de la prison ?

Quelles sont les relations UCSA – hôpital ?

ANNEXE 3

MODELE DE PROTOCOLE ENTRE UN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE ET UN ETABLISSEMENT DE SANTE POUR LA DISPENSATION DES SOINS ET LA COORDINATION DES ACTIONS DE PREVENTION EN MILIEU PENITENTIAIRE

Protocole

Entre:

- le préfet de la région
- le préfet du département
- l'établissement de santé représenté par
- le directeur régional des services pénitentiaires
- l'établissement pénitentiaire de représenté par

Article 1er

L'établissement de santé assure les missions sanitaires
(à compléter par l'une des dispositions suivantes)

- 1°) Prévues par les articles R 711-7 et suivants du code de la santé publique ;
- 2°) Prévues par les articles R 711-7 et suivants du code de la santé publique, à l'exclusion des prestations psychiatriques ; (pour le cas où sera conclu un protocole complémentaire).

Article 2

L'établissement de santé est chargé de dispenser au sein de l'établissement pénitentiaire les soins détenus. Dans ce cadre, il lui revient d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, des consultations spécialisées et de mettre en une permanence de soins. Pour ce faire, il crée une unité de consultation et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire, dont les modalités d'organisation et de fonctionnement en accord avec le chef de l'établissement pénitentiaire, sont décrites en **annexe 1**.

L'établissement de santé assure la fourniture des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé.

L'établissement de santé effectue ou fait effectuer les examens de laboratoire et de radiologie mentionnés à l'article R 711.13 du code de la santé publique.

Article 3

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées dans l'établissement de santé. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toutes dispositions pour que ces consultations soient réalisées dans un autre établissement de santé.

L'établissement pénitentiaire prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

Article 4

L'établissement de santé coordonne, en accord avec l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé. A ce titre, il veille à ce que les conditions soient réunies, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour que :

- la consultation de dépistage anonyme et gratuit du virus de l'immunodéficience humaine puisse dispenser les prestations de conseil de prévention personnalisée et de dépistage volontaire de l'infection par le VIH. Une convention fixant les modalités de la consultation sera signée à cet effet

- les services du conseil général puissent assurer les missions de prophylaxie de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles et de protection de la mère et de l'enfant qui leur ont été dévolues dans le cadre de la loi du 22 juillet 1983. Une conventions prévoyant 1es modalités d'intervention des services du conseil général et, notamment la mise en place du radio dépistage des entrants, sera signée à cet effet.

Enfin l'établissement de santé élabore le programme de prévention et d'éducation pour la santé prévu par l'article R 711-14 du code de la santé publique et définit les objectifs annuels ou pluriannuels en liaison avec la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et la direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Ce programme fait état des conventions et accords passés pour sa réalisation avec les différents partenaires concernés.

Article 5

L'établissement de santé remplit, lors de la visite obligatoire d'entrée une fiche épidémiologique pour chaque détenu. L'exemplaire nominatif de ce recueil reste au dossier médical du détenu comme bilan d'entrée.

Le traitement anonyme des données de ces fiches et la communication des résultats épidémiologiques seront réalisés conformément aux modalités définies par l'arrêté pris en application du 1° de l'article R 711-13 du code de la santé publique.

Article 6

Le suivi médical après l'incarcération est préparé par l'équipe hospitalière en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

Article 7

Les interventions mentionnées aux articles 2 à 6 sont assurées par une équipe hospitalière sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier.

La composition de l'équipe hospitalière est définie en **annexe II**.

L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

Article 8

Les membres de l'équipe hospitalière intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation par l'administration pénitentiaire conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de fonctionnement en vigueur dans l'établissement auxquelles ils doivent se conformer. L'administration pénitentiaire y assure leur sécurité.

Le personnel pénitentiaire est informé des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de fonctionnement de l'unité de consultations et de soins ambulatoires. Il concourt à ce fonctionnement dans le cadre de ses missions propres.

Les personnels de surveillance sont affectés par le chef de l'établissement pénitentiaire au maintien de l'ordre et à la sécurité de l'unité de consultation et de soins ambulatoires, après avis du praticien responsable de l'unité. Ce dernier peut proposer le remplacement de tout agent de l'unité si ce remplacement lui paraît nécessaire à l'intérêt du service.

Article 9

Les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, aménagés et mis à disposition l'administration pénitentiaire, sont décrits en annexe III.

L'administration pénitentiaire assure l'entretien et la sécurité de ces locaux.

L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux destinés à recevoir l'unité de consultation et de soins ambulatoires soient mis en conformité avec les missions de l'établissement de santé selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe III.

Article 10

Les équipements nécessaires à l'activité de l'équipe hospitalière sont décrits en annexe IV.

L'établissement de santé pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux mentionnés à l'article 9 et en assure l'entretien.

Article 11

Le dossier médical des détenus de l'établissement pénitentiaire est placé sous la responsabilité exclusive de l'établissement de santé. Les conditions de gestion et d'archivage des dossiers sont définies en annexe V.

Article 12

L'établissement de santé met en œuvre le système d'information prévu par l'article R 711-16 du code de la santé publique. L'établissement de santé présente un rapport d'activité annuel incluant la présentation des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Ce rapport est transmis aux signataires du protocole ainsi qu'à la commission de surveillance de l'établissement pénitentiaire. Il est également adressé aux instances délibératives et consultatives concernées de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire.

Article 13

L'établissement de santé assure le traitement, le ramassage et le transport des déchets hospitaliers. Les déchets ménagers ou assimilables restent à la charge de l'administration pénitentiaire.

Article 14

L'établissement de santé assure le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques.

L'établissement de santé peut faire ponctuellement appel à du personnel hospitalier pour intervenir dans l'unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire. Ce personnel lorsqu'il se déplace pour les besoins du service peut prétendre à la prise en charge de ses frais de transports dans les conditions prévues à l'article R 711.15 du code de la santé publique.

Article 15

Pour l'application du 10° de l'article R 711-16 du code de la santé publique est constitué un comité de coordination composé de..... (*) Il se réunit tous les..... (*périodicité à préciser*) et à l'occasion de la remise du rapport annuel d'activités.

() En cas de protocole complémentaire, signaler les représentants du CHS.*

Article 16

Dès l'élaboration de son projet de budget, l'établissement de santé transmet à l'établissement pénitentiaire un état annuel prévisionnel des dépenses et des recettes afférentes aux différentes missions et actions qu'il doit assurer en application du présent protocole. Cet état prévisionnel est arrêté par le directeur de l'établissement de santé et le chef de l'établissement pénitentiaire, au plus tard le 1er janvier de l'année considérée, sous réserve de sa prise en compte dans le cadre du budget approuvé de l'établissement de santé.

Il est établi sur la base des coûts prévisionnels correspondant aux dépenses relatives à l'exécution des missions qui lui ont été confiées.

Il inclut les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé prises en charge par l'administration pénitentiaire ainsi que les frais de transport des biens et des personnes prévus à l'article R. 711-15 du code de la santé publique.

S'il apparaît, en cours de gestion, un écart important entre les prévisions de dépenses actualisées et les dépenses initialement prévues, le directeur de l'établissement de santé et le chef de l'établissement pénitentiaire s'engagent à analyser les causes de l'écart, à prendre toutes mesures utiles pour y remédier et à procéder au besoin à la révision de l'état prévisionnel.

Dès la clôture de l'exercice, l'établissement de santé établit et transmet à l'établissement pénitentiaire un état annuel définitif des dépenses et des recettes constatées. Cet état est complété d'une estimation des recettes afférentes aux soins externes et à l'hospitalisation des détenus, que ces prestations aient eu lieu dans l'établissement de santé signataire ou dans un autre établissement de santé.

L'état annuel prévisionnel et l'état annuel définitif sont, dès qu'ils sont établis, transmis par l'Établissement de santé au représentant de l'Etat dans le département.

Article 17

Pour le remboursement de la part des dépenses de soins assurés en milieu carcéral restant à la charge de l'administration pénitentiaire, l'établissement adresse avant le 30 de chaque mois au chef de l'établissement pénitentiaire, l'avis des sommes à payer concernant le mois précédent, accompagné de l'état des prestations délivrées aux détenus pendant la période considérée,

Cet état précise, pour chaque détenu pris en charge, les nom, prénom, numéro de matricule, numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR), le risque (maladie, maternité, accident du travail) auquel la prestation se rattache, la cotation des actes dispensés, le coût des produits pharmaceutiques prescrits pour la période considérée, leur valorisation, le taux de pris(,- cri charge et le montant des frais restant à la charge de l'administration pénitentiaire.

Le mandatement par l'administration pénitentiaire des sommes ainsi définies ainsi que des de transport mentionnés à l'article 14 doit intervenir au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de l'émission du titre de recette.

Le-, dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, sans préjudice des actions prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, sont mises en recouvrement par l'établissement et réglées par l'administration pénitentiaire dans les conditions définies en annexe VI.

Article 18

Les prestations psychiatriques et les moyens mis en œuvre pour leur réalisation sont décrits en annexe VII. Les membres de l'équipe psychiatrique sont soumis aux dispositions des 1er et dernier alinéas de l'article 8 et sont représentés au comité de coordination prévu à l'article 15. Les prestations délivrées font l'objet d'un rapport annuel d'activité, incluant notamment une évaluation de leur coût. Ce rapport est joint au rapport mentionné à l'article 12. *[En l'absence de protocole complémentaire concernant la psychiatrie].*

Article 19

Le présent protocole est applicable à compter du..... Les annexes au protocole sont actualisées en tant que de besoin, après accord de l'ensemble des signataires.