



École nationale
d'administration
pénitentiaire



La santé en milieu carcéral

APERÇUS HISTORIQUES SUR LA SANTÉ EN PRISON
du 19^{ème} siècle à nos jours



MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

La santé en milieu carcéral

APERÇUS HISTORIQUES SUR LA SANTÉ EN PRISON
du 19^{ème} siècle à nos jours

INTRODUCTION

La reconnaissance du droit à la santé du détenu est liée aux progrès des droits de l'homme depuis la Seconde Guerre mondiale.

Auparavant, le devoir d'assurer des soins médicaux aux détenus revenait aux seules autorités pénitentiaires. Cependant, l'apparition du médecin dans la prison au 19^{ème} siècle améliore sensiblement la situation sanitaire des établissements.

Après 1945, sous l'influence des instances internationales, de la coopération entre ministères de la justice et de la santé et dans un souci de réinsertion sociale du détenu, l'attention progressive et croissante pour la santé en milieu carcéral débouche sur la loi du **18 janvier 1994**. L'accent est mis sur la citoyenneté à part entière du détenu qui, même incarcéré, est un citoyen qui conserve ses droits essentiels, notamment celui de l'accès à la santé.



Maison d'arrêt de Fresnes : prise de sang, Henri Manuel, 1930 - Fonds Énap - CRHCP



Carte de sécurité sociale vers 1990

C'est le **service public hospitalier** qui assure désormais les soins dispensés dans les établissements pénitentiaires. Toute personne détenue est obligatoirement affiliée aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale, à compter de sa date d'incarcération.

Récemment, la **loi pénitentiaire du 24 novembre 2009** a réaffirmé le principe selon lequel la personne détenue, comme tout patient, bénéficie du droit au secret médical (art. 45).

La **prise en charge de la santé des personnels pénitentiaires** est également le fruit d'une longue histoire qui mêle prévention et soin. Au près de la médecine du travail née en 1946 et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) apparus en 1982, interviennent aujourd'hui d'autres acteurs spécialisés pour aider les personnels en difficulté ou améliorer les conditions de travail.



Établissement pénitentiaire pour mineurs de Porcheville, 2009 - MJ/DICOM/C. Montagné



Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009



Dossier personnel du détenu Gensous (AD 47_936W18, n°1285) - Archives départementales du Lot-et-Garonne, M. Vigué

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

Les services de santé dans les établissements pénitentiaires

De 1807 à 1945



Maison d'arrêt de Fresnes : équipe médicale, Henri Manuel, 1930 - Fonds Énap - CRHCP

La volonté d'établir des services de santé au sein des établissements pénitentiaires apparaît dès la mise en place des maisons centrales et des prisons départementales. **Dès 1807**, une circulaire affirme la nécessité d'établir une infirmerie dans chaque prison. Cette entrée de la médecine en prison est confortée par les courants philanthropique et hygiéniste du début du 19^e siècle, qui voient dans l'amélioration du régime de détention, une condition nécessaire à l'amendement des détenus et donc à l'efficacité du système pénitentiaire.



Maison centrale de Clairvaux : infirmerie, Henri Manuel, 1931 - Fonds Énap - CRHCP



Maison d'arrêt de Fresnes : pharmacie et pharmacien, Henri Manuel, 1930 - Fonds Énap - CRHCP

DANS LES MAISONS CENTRALES

Le règlement du 5 octobre 1831 et la circulaire du 5 juin 1860 détaillent les attributions du médecin, du chirurgien et du pharmacien, ainsi que l'organisation du service de santé en maison centrale. L'équipe médicale est complétée par un gardien infirmier en chef et des détenus, employés comme infirmiers, chargés de la tenue des écritures médicales et pharmaceutiques ou aidant au service de la cuisine et du laboratoire.

Dans les établissements situés hors des villes, médecin et pharmacien sont des employés internes, tenus de résider dans l'établissement. Ils sont désignés et contrôlés par l'administration pénitentiaire. Dans les villes, les médecins peuvent être externes, mais ils sont tenus, indépendamment des visites ordinaires, de se rendre dans la prison toutes les fois qu'ils en sont requis par le directeur.

Tout au long du 19^e siècle, on insiste notamment sur l'importance qu'il y a à soumettre chaque nouvel arrivant à une visite médicale.



Soins dentaires à la prison de la Petite Roquette, Henri Manuel, vers 1930 - ENPJJ - Roubaix

La santé en milieu carcéral

APERÇUS HISTORIQUES SUR LA SANTÉ EN PRISON
du 19^{ème} siècle à nos jours

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

De 1807 à 1945



Maison d'arrêt de Fresnes : personne détenue convalescente à l'infirmerie, Henri Manuel, 1930 - Fonds Énap - CRHCP

DANS LES PRISONS DÉPARTEMENTALES

Malgré une volonté affirmée de doter les prisons départementales de services de santé, la réalité disparate des situations locales rend leur création et leur existence beaucoup plus difficiles que dans les maisons centrales.

En 1875, la loi sur l'emprisonnement individuel relance les réflexions sur la réforme à apporter aux services médicaux des prisons départementales. On investit les médecins d'un rôle plus important dans la vérification des conditions hygiéniques, dans le suivi mental et physique de chaque individu et dans l'évaluation des conséquences de la vie cellulaire sur la santé globale du détenu.



Établissement d'Hospitalisation Public National de Fresnes
Source : Inventaire général, ADAGP, C. Décamps, 1995

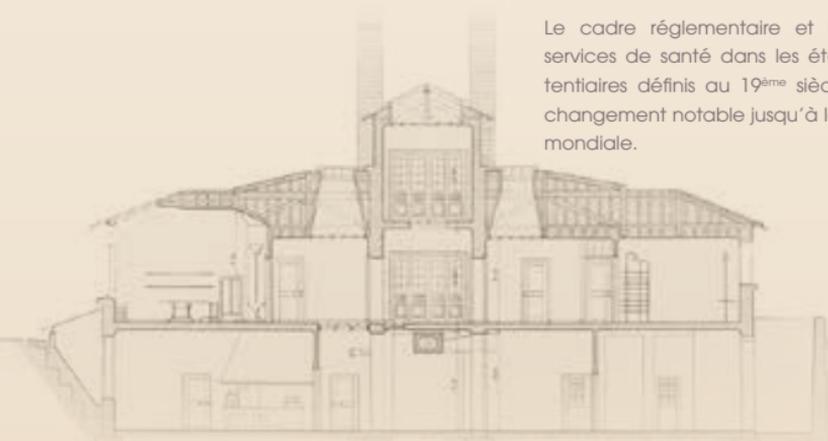


Maison d'arrêt d'Agen (C. Guengard - 2008)

A LA FIN DU 19^{ème} SIÈCLE APPARAÎSENT DES STRUCTURES MÉDICALES IMPORTANTES :

- En 1888-1889, le service médical de la maison d'arrêt et de correction de **Saint-Lazare** (Paris) est réorganisé pour créer une infirmerie spéciale et une clinique pour le traitement des maladies vénériennes, indépendamment du service normal de santé.
- En 1898, est créée à **Fresnes** l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, qui doit accueillir les détenus ayant à subir des interventions graves. Cet hôpital-prison comprend 130 chambres-cellules.

Le cadre réglementaire et l'organisation des services de santé dans les établissements pénitentiaires définis au 19^{ème} siècle perdurent sans changement notable jusqu'à la Seconde Guerre mondiale.



Plan de l'infirmerie centrale de Fresnes, vers 1898 - Fonds Énap - CRHCP

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

Les services de santé dans les établissements pénitentiaires

Au lendemain de la Libération, la grande réforme pénitentiaire voulue par **Paul Amor**, directeur de l'administration pénitentiaire, se traduit dans le domaine sanitaire par quelques expériences, plus que par une vraie révolution.

Peu valorisé, sous-doté et soumis à la hiérarchie pénitentiaire, l'exercice de la médecine en milieu carcéral n'attire que peu les professionnels. Pour tenter d'améliorer la situation, on crée en 1960 un poste de médecin inspecteur au sein de la Direction de l'administration pénitentiaire, occupé par le Dr Georges Fully. Sous son influence, la question de la santé des détenus prend de l'importance et conduit notamment à la reconnaissance **d'une médecine pénitentiaire** à part entière.

1945-1994



Paul Amor

LES ANNÉES 1980 MARQUENT UN TOURNANT ESSENTIEL.

En 1984, les missions de contrôle sanitaire passent de l'administration pénitentiaire à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) : **pour la première fois**, des personnels indépendants de l'administration pénitentiaire sont chargés du contrôle de l'hygiène et de l'organisation des soins.

A la fin des années 1980, l'irruption du sida dans les prisons place l'administration pénitentiaire devant de nouveaux problèmes : en 1989, des conventions sont signées entre les établissements confrontés au VIH et les Centres d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine (CISIH). Ces CISIH, dépendants des hôpitaux publics qui les financent, interviennent en détention pour assurer des consultations VIH. **C'est la première manifestation d'une autonomie du secteur somatique.**

En 1993, le Haut Comité de la Santé Publique publie un rapport très sévère sur la santé en milieu carcéral : il met en évidence l'insuffisance et le manque d'adaptation des réponses que peut apporter l'administration pénitentiaire aux problèmes sanitaires que présentent les détenus (sida, tuberculose, toxicomanie, hépatites, infections sexuellement transmissibles). A la suite de ce rapport, il est décidé de transférer la prise en charge sanitaire des personnes détenues au service public hospitalier. Cette réforme est concrétisée par **la loi du 18 janvier 1994.**



Dessins extraits de « La journée d'un surveillant », documentation pédagogique, École d'administration pénitentiaire, vers 1970 - Fonds Énap - CRHCP



Hôpital de Fresnes vers 1980 - MJ/DICOM

La santé en milieu carcéral

APERÇUS HISTORIQUES SUR LA SANTÉ EN PRISON
du 19^{ème} siècle à nos jours

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

La prise en charge médicale depuis la réforme de 1994



La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale confie l'organisation des soins en milieu pénitentiaire au service public hospitalier. Elle intègre le détenu dans le système général de santé en le faisant bénéficier d'une couverture sociale (affiliation au régime général de la Sécurité sociale) et en lui permettant d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre. Cette réforme apporte également des moyens humains supplémentaires en renforçant les équipes et contribue au développement des moyens techniques. Enfin, l'accès de l'institution hospitalière en milieu carcéral permet la mise en place de protocoles, notamment dans le domaine de la sécurité, du suivi et de la confidentialité des soins.

Centre national d'évaluation de Fresnes - 2010 - MJ /Dicom/C. Montagné

LES UNITÉS DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA)

Chaque établissement pénitentiaire est lié par un protocole à un établissement de santé de proximité, chargé d'implanter une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) en milieu pénitentiaire. Les personnels de l'UCSA sont des professionnels appartenant à cet établissement de santé.

Les missions de l'UCSA s'articulent autour de quatre actions :

- Les soins en milieu pénitentiaire : consultations, bilans de santé à l'arrivée, soins infirmiers, distribution des médicaments, soins dentaires, radiologie conventionnelle, consultations spécialisées.
- Les soins en milieu hospitalier : l'UCSA organise l'accueil et la prise en charge hospitalière (hospitalisations, consultations, examens spécialisés).
- La prévention : l'UCSA coordonne notamment : le dépistage de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles, le dépistage du VIH et des hépatites, les vaccinations, le programme d'éducation à la santé.
- La continuité des soins : l'UCSA organise le suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

La prise en charge sanitaire dans les UCSA est assez similaire à celle de la pratique de la médecine gé-

nérale. Des spécificités liées à la détention existent néanmoins, notamment la conciliation nécessaire mais parfois problématique des enjeux de sécurité avec les principes de confidentialité et de dignité humaine.

Avec la création des UCSA les recours à l'hospitalisation se sont multipliés. Les représentants de l'administration pénitentiaire et des forces de l'ordre ont alors mis en avant les multiples difficultés liées à l'organisation des extractions médicales.

L'année 2000 a donc été marquée par la mise en place d'un schéma national de prise en charge médicale des détenus, reposant sur une architecture à **trois niveaux** :

- l'UCSA**, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour les soins médicaux et infirmiers de médecine générale,
- les chambres sécurisées** installées dans l'établissement de santé auquel est rattachée l'UCSA : pour les hospitalisations d'urgence et de courte durée (48h maximum)
- 8 Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)** : pour les hospitalisations de plus de 48h.

La circulaire du 30 octobre 2012 introduit une nouvelle dénomination : les « **unités sanitaires** », regroupant UCSA et SMPR.



Maison d'arrêt de Fontenay-le-Comte -
Thierry Delmarre, Xavier Rideau - 2012
(photo réalisée dans le cadre du concours photos organisé
par l'Énap : « Une école à votre image »)

Centre pénitentiaire de Meaux-Chauconin,
2006 - MJ/DICOM/C. Montagné

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

LES UNITÉS HOSPITALIÈRES SÉCURISÉES INTERRÉGIONALES (UHSI)

La création des UHSI a été officialisée par un arrêté interministériel signé le **24 août 2000**. Ce sont des structures sécurisées installées au sein d'établissements de santé. Elles accueillent des personnes adressées par les UCSA des établissements pénitentiaires de la zone pour des **hospitalisations d'une durée supérieure à 48h**. Ce sont des structures hospitalières à part entière, où les soins aux détenus sont dispensés dans les mêmes conditions que dans les autres unités d'hospitalisation des CHU dans lesquels elles sont implantées. Néanmoins, les activités quotidiennes des soignants s'effectuent dans un cadre aux contraintes sécuritaires fortes : environnement sécurisé (barreaux aux fenêtres, portes verrouillées, contrôle aux entrées et aux sorties), ouverture des portes des chambres par des agents pénitentiaires, etc.



UHSI de Paris, extrait d'« Étapes », n°159, 2009 -
Direction de l'administration pénitentiaire



UHSI de Paris, service formation des prisons de Fresnes



UHSI de Paris, extrait d'« Étapes », n°159, 2009 -
Direction de l'administration pénitentiaire

Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

- Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des CSL)
- 26 SMPR
- 8 UHSI en fonctionnement
- 9 UHSA en fonctionnement



LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

19^{ème} siècle - 1945

La prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

LES PREMIÈRES EXPÉRIENCES

Tout au long du 19^{ème} siècle, règlements et débats posent la question de la prise en charge des condamnés présentant des troubles mentaux. Au début du siècle, on observe une certaine porosité entre prisons et hospices : les prisons accueillent parfois des aliénés non condamnés qu'aucune autre institution ne veut prendre en charge ; l'administration pénitentiaire transfère, elle, dans les hospices, des condamnés aliénés. L'article 24 de la loi de 1838 sur les aliénés vient mettre un terme au premier mouvement. Il stipule, en effet, que « dans aucun cas les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison. ».

Dans les années 1860, les débats s'amplifient sur la question du traitement de ces détenus particuliers, et notamment sur la possibilité de créer des structures spécifiques pour les accueillir (inspirées du modèle anglais).

Les expériences de **Gaillon** et **Villejuif** illustrent deux courants parallèles de la prise en charge spécifique des malades mentaux dangereux comme des délinquants malades mentaux :

- ▲ L'ébauche de services hospitaliers « de sûreté »,
- ▲ La création d'établissements pénitentiaires spécifiques.

Cependant, dans l'immense majorité des établissements pénitentiaires, la prise en charge des détenus présentant des troubles mentaux reste minimale. Hormis le transfert à l'asile, la seule réponse



Maison centrale de Montpellier : personne détenue vêtue d'une camisole de force, Henri Manuel, 1930 - Fonds Énap - CRHCP

consiste souvent dans leur isolement ponctuel, en cas de crise (installation d'une ou plusieurs cellules capitonnées).

En 1905, la circulaire **Chaumié**, en introduisant dans l'article 64 du Code pénal le concept d'attribution de la responsabilité, rend possible la condamnation et donc l'emprisonnement des délinquants présentant des troubles mentaux. Elle légitime ainsi une prise en charge psychiatrique dans les établissements pénitentiaires.

MAISON CENTRALE DE GAILLON

PLAN DU QUARTIER DES ALIÉNÉS



Plan de la maison centrale de Gaillon (Eure), 1895 - Fonds Énap - CRHCP

En 1876, l'ouverture du « quartier des condamnés aliénés et épileptiques » au sein de la maison centrale de Gaillon (Eure) répond au double objectif de mieux traiter les malades tout en évitant les évasions des condamnés. Il s'agit d'y transférer les détenus qui troublent la discipline dans les autres maisons centrales. Quand leur état le permet, les détenus y sont astreints au travail comme dans les autres maisons centrales. La maison centrale de Gaillon ferme en 1901, mais le quartier spécial reste en activité jusqu'en 1906.

En 1910, à l'instigation du Dr Henri Colin, dernier médecin en chef de Gaillon, est créé un « quartier de sûreté » au sein de l'asile d'aliénés de Villejuif (Val-de-Marne). Ce service accueille les aliénés dangereux et les criminels internés dans les asiles de la Seine. Contrairement au quartier spécial de Gaillon, il ne s'agit plus ici d'une prison, mais d'un service médical de sûreté, précurseur des Unités pour malades difficiles (UMD).

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

1947-1967



Maison d'arrêt de Fresnes : cellule capitonnée, Henri Manuel, 1930 - Fonds Énap - CRHCP



Deux experts psychiatriques, Jean Dublino et Georges Heuyer, croquis de Donga, vers 1950 - Fonds Énap - CRHCP

LE TEMPS DES « ANNEXES PSYCHIATRIQUES »

La réforme Amor (1945) prévoit la création d'annexes psychiatriques dans chaque maison d'arrêt : « Elles ont pour but d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des délinquants mentalement anormaux qui se trouvent dans les établissements pénitentiaires ».

Sur les 24 annexes prévues, 14 seront effectivement mises en service, la première à Rennes, dès 1947, puis à Toulouse et à Lille. Mais, faute de moyens et de personnels, ces structures ne consistent souvent que dans l'organisation de visites d'un médecin psychiatre, qui ne dispose que rarement d'un cabinet et de quelques cellules réservées aux individus qu'il place en observation prolongée. A peine créées, ces annexes disparaissent peu à peu. Certaines renaîtront quelques années plus tard et deviendront Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR).

Dans le même mouvement, sont ouvertes plusieurs structures dédiées aux longues peines, notamment le Centre d'observation spécialisé pour détenus psychopathes (1950) de **Château-Thierry** (Aisne), dirigé par le Dr Jean Dublino. Il a vocation à regrouper « les détenus en cours de peine signalés par les établissements pénitentiaires pour des troubles du comportement, du caractère avec ou sans manifestations psychopathiques, détenus qui se sont montrés réfractaires à la vie communautaire et au traitement proposé » (En 1985, ce centre prendra le nom de « Maison centrale sanitaire »).

Durant cette période, sont également créées de nouvelles Unités pour malades difficiles : **Montfavet** (Vaucluse) en 1947, **Sarreguemines** (Moselle) en 1957, **Cadillac** (Gironde) en 1963. Quelques années plus tard seront aussi créés les centres de réadaptation pour psychopathes d'**Eysses** (Lot-et-Garonne) et d'**Haguenau** (Bas-Rhin), remplacé par la Maison centrale sanitaire de **Metz** (Moselle) en 1986.



Château-Thierry (extrait du film « L'avis de Château » d'Eric Falconetti - Film produit par l'Énap en lien avec la DAP)

La santé en milieu carcéral

LA SANTÉ ET LES PERSONNES DÉTENUES

1967-1986

DES CMPR AUX SMPR

La circulaire du 30 septembre 1967 substitue aux annexes psychiatriques des **Centres médico-psychologiques régionaux**. L'objectif reste le dépistage des troubles mentaux, mais on incite davantage à un travail thérapeutique. Le personnel médical reste sous l'autorité du chef de l'établissement pénitentiaire. Au quotidien, cette subordination se concrétise par la présence de surveillants pendant les consultations, ou par des demandes de prescription de soins de la part des chefs d'établissement. Les premiers CMPR ouvrent à Bordeaux, Lille, Marseille, La Santé (Paris).

En 1973, en dehors de tout contexte réglementaire, le Dr J. Mérot, psychiatre des hôpitaux, crée le **Centre médico-psychologique de la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (Essonne)**. C'est le premier service de psychiatrie doté de personnel soignant sous tutelle du Ministère de la santé. Cette grande nouveauté amorce le basculement dans le secteur psychiatrique. Une concertation Santé/Justice débouche sur la circulaire interministérielle du 28 mars 1977 organisant le fonctionnement des 17 CMPR : ce sont désormais les départements qui financent le personnel, l'administration pénitentiaire ne gérant plus que le matériel et le fonctionnement. Cette circulaire consacre l'indépendance technique de l'équipe médicale du CMPR.



En 1986 est créé le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, chargé de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée. Les CMPR deviennent alors **Services médico-psychologiques régionaux (SMPR)**, rattachés à un établissement hospitalier. Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement. Le psychiatre répond dorénavant à une demande de soins formulée par la personne incarcérée, le directeur de l'établissement pénitentiaire, l'autorité judiciaire compétente, ou lors d'un signalement par toute personne connaissant la personne incarcérée.

La loi du 18 janvier 1994 confirme la création de SMPR supplémentaires et le renforcement de leurs moyens et la circulaire du 8 décembre 1994 crée les **antennes de SMPR** : elles permettent l'intervention de membres de l'équipe SMPR dans des établissements pour peine proches qui ne sont pas desservis par le secteur de psychiatrie générale local.

OUVERTURE DE LA PREMIÈRE UNITÉ D'HOSPITALISATION SPÉCIALEMENT AMÉNAGÉE (UHSA)

La loi du 9 septembre 2002 pose le principe des hospitalisations psychiatriques des détenus, avec ou sans leur consentement, dans des unités hospitalières spécialement aménagées. Les **UHSA** sont des établissements de santé, des unités hospitalières à part entière, situées à proximité du centre hospitalier qui les accueille, liées à un établissement pénitentiaire (avec mise sous écrou) dans le cadre d'une convention locale de fonctionnement. L'administration pénitentiaire y exerce une mission de garde et de sécurité. La prise en charge thérapeutique se fait dans 2 ou 3 unités de soins de 20 lits, avec un personnel soignant assurant une présence permanente. **La première UHSA a été ouverte le 18 mai 2010 à Lyon.** Le déploiement des UHSA devrait avoir pour conséquence la suppression à terme de l'hospitalisation à temps complet dans les SMPR.

2010

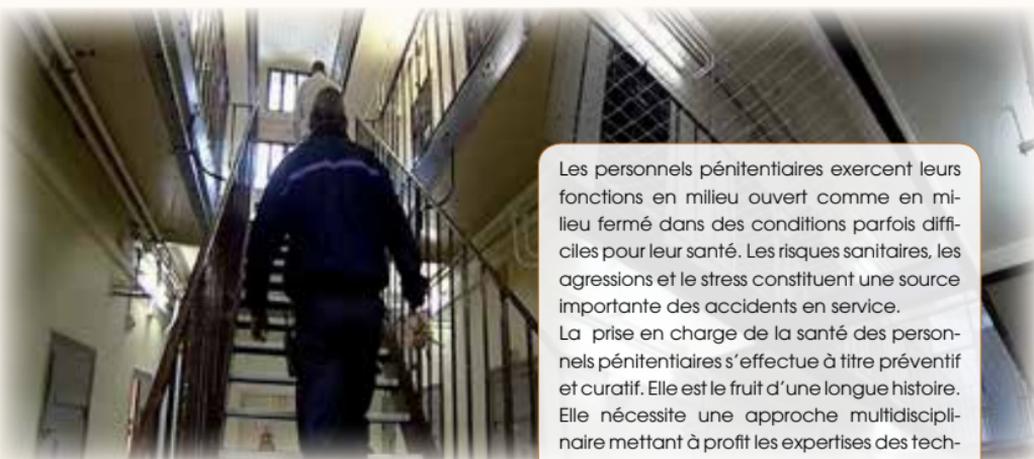


UHSA Nancy - Photo : Robert Castro, architecte de l'UHSA - 2012



Extrait du film « De l'école au terrain. Quel surveillant serez-vous ? » d'Eric Falconetti - Énap, Copsi Video Production

LA SANTÉ ET LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE



Extrait du film « L'avis de Château » d'Eric Falconetti
- Film produit par l'Énap en lien avec la DAP

Les personnels pénitentiaires exercent leurs fonctions en milieu ouvert comme en milieu fermé dans des conditions parfois difficiles pour leur santé. Les risques sanitaires, les agressions et le stress constituent une source importante des accidents en service.

La prise en charge de la santé des personnels pénitentiaires s'effectue à titre préventif et curatif. Elle est le fruit d'une longue histoire. Elle nécessite une approche multidisciplinaire mettant à profit les expertises des techniciens, des médecins, des psychologues et des ergonomes.

La médecine du travail

La médecine du travail est une spécialité médicale consacrée à la prévention des risques d'accidents et des maladies liées à l'activité professionnelle. Les bases de l'organisation actuelle de la médecine du travail ont été posées par la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail. Le décret du 28 mai 1982 instaure la médecine de prévention dans l'administration publique. Le modèle existant dans le secteur privé est alors appliqué dans la fonction publique. Ce décret définit les règles générales et laisse à chaque ministère le soin de l'organisation des modalités d'application.

En 1985, le ministère de la Justice met en place des services de médecine préventive. La compétence de ces services est départementale et commune aux services judiciaires, à la protection judiciaire de la jeunesse et à l'administration pénitentiaire.

LES ACTEURS

Le médecin de prévention

Les premiers médecins de prévention au sein du ministère de la Justice sont apparus à la fin des années 1980. Leur rôle consiste à prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur activité professionnelle mais aussi à définir leur aptitude au poste de travail.

Les psychologues

Le recrutement des psychologues en directions régionales, (appelée aujourd'hui directions interrégionales) a débuté en 1987 à Toulouse et en 1992 à Marseille, Paris et Lyon. Il se généralise à toutes les directions régionales en 1994.

Les psychologues proposent aux personnels pénitentiaires qui le désirent, lorsqu'ils vivent des moments professionnels et personnels difficiles, un soutien psychologique, sous forme d'entretiens, dans un lieu d'écoute neutre. La consultation est gratuite et strictement confidentielle.

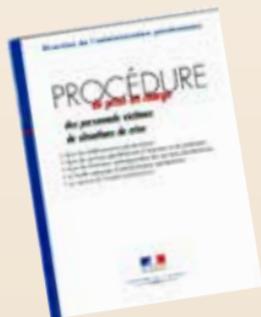
Le 1er juin 2013 a été lancé le dispositif téléphonique « **Allô écoute personnels pénitentiaires** » (08 00 00 69 39), permettant aux agents en situation de détresse de trouver à tout moment un soutien immédiat.



Affiche de prévention, vers 1970 EHESP (Rennes)



Direction de l'administration pénitentiaire - 2012



Direction de l'administration pénitentiaire - 2008



La santé en milieu carcéral

APERÇUS HISTORIQUES SUR LA SANTÉ EN PRISON
du 19^{ème} siècle à nos jours

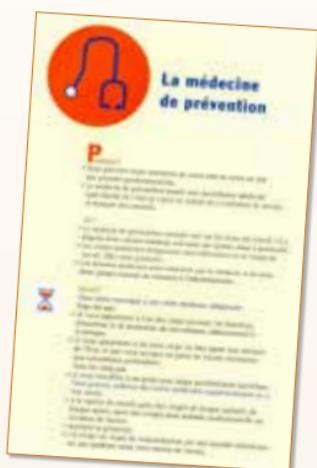
LA SANTÉ ET LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE

L'assistant de prévention

Le décret du 9 mai 1995 crée au sein du ministère de la Justice, les agents chargés de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité (ACMO), appelés aujourd'hui assistants de prévention. En 1998, les ACMO sont nommés par les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Ils sont chargés de :

- la prévention des dangers susceptibles de compromettre la santé et la sécurité des agents dans le cadre des actions de prévention arrêtées par le chef de service,
- l'amélioration des méthodes et du milieu du travail en adaptant les conditions de travail en fonction de l'aptitude physique des agents,
- la sensibilisation, l'information et la formation des personnels,
- la rédaction et la mise à jour du document unique qui recense tous les risques professionnels,
- la tenue des registres de santé et de sécurité au travail.



Direction de l'administration pénitentiaire- 1998

Le correspondant local « handicap »

La fonction de correspondant « handicap » existe au sein du ministère de la Justice depuis 2001. Il a pour rôle :

- de solliciter et coordonner les acteurs pertinents pour l'intégration et le maintien dans l'emploi de l'agent,
- d'assister, conseiller et impulser la politique de recrutement et d'insertion des travailleurs handicapés, en lien avec le responsable des ressources humaines.



Direction de l'administration pénitentiaire - 2011

L'ergonome

En 2007, la direction de l'administration pénitentiaire s'est dotée d'un chargé de mission ergonomie. L'ergonomie vise à transformer les situations de travail dans le double objectif de veiller à la santé des personnels et à l'efficacité du travail. Cette discipline cherche ainsi à trouver le meilleur équilibre entre les ressources psycho-physiologiques des personnels et les contraintes professionnelles.



Centre pour peines aménagées (CPA) de Metz, 2009 - MJ/DICOM/C. Montagné



Pôle médico-psycho-social de l'Énap
Photo : Michel Paillet (Énap)

Le pôle médico-psycho-social de l'École nationale d'administration pénitentiaire

Le pôle médico-psycho-social a été créé début 2008. Constitué d'une équipe de quatre personnes (un médecin, une psychologue, une assistante sociale et une secrétaire), il permet une prise en charge du personnel permanent et des élèves de l'école.

Les membres du pôle médico-psycho-social participent aux actions de l'École en matière de prévention de risques psycho-sociaux, d'addictions et de prévention routière. Par ailleurs, le pôle joue un rôle pivot sur la problématique des travailleurs handicapés.



Centre de détention de Joux-La-Ville, 1990
Fonds Énap - CRHCP

LA SANTÉ ET LE PERSONNEL PÉNITENTIAIRE

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est une instance de concertation chargée de contribuer à la protection de la santé physique et mentale ainsi que de la sécurité des agents dans leur travail. Il participe à l'amélioration des conditions de travail et veille à la mise en œuvre des prescriptions du code du travail relatives à la santé et la sécurité. A ce titre, il est notamment consulté sur tout projet d'aménagement important modifiant les conditions de santé, de sécurité ou les conditions de travail. L'origine des CHSCT se retrouve dans la création des délégués « mineurs » inscrite dans la loi du **8 juillet 1890**. C'est le premier texte qui fait référence à une représentation du personnel orientée sur la sécurité.



Mineurs de fond vers 1945 - Musée des Beaux-Arts d'Arras



Ministère de la Justice -
MJL / Dicom / C. Montagné

Ministère de la Justice
- 2013

Le CHSCT au sein du ministère de la Justice et de l'administration pénitentiaire.

Les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) sont créés dans la fonction publique en 1982 et deviennent l'organisme pivot. Suite à la loi du **5 juillet 2010** relative à la rénovation du dialogue social et à l'arrêté du **8 août 2011**, les comités d'hygiène et de sécurité sont transformés en comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

L'assistant de service social du personnel au sein du CHSCT.

L'assistant de service social du personnel peut participer, en qualité d'expert, avec voix consultative au CHSCT. Il est informé des réorganisations, des dysfonctionnements et des risques liés à l'environnement du travail. Il participe, en liaison avec le médecin de prévention, aux groupes de travail proposés, et met à la disposition de ces instances sa connaissance particulière des services et le cas échéant des risques professionnels.



Centre de détention de Villenauxe-la-Grande - Photographies : Frédéric Jung, Eric Mangin, Olivier Denis