

# L'UNITÉ HOSPITALIÈRE SÉCURISÉE INTERRÉGIONALE (UHSI) DE TOULOUSE

Fonctionnement général,  
vécu de l'hospitalisation  
et collaborations professionnelles

Hélène Bazex

Ont participé à la relecture de ce numéro

**Pierrette PONCELA et Philippe POTTIER**

COMITE DE LECTURE DOSSIERS THEMATIQUES DU CIRAP

Monsieur **Patrice BONHOMME**,  
Directeur des services pénitentiaires, DISP TOULOUSE

Madame **Antoinette CHAUVENET**,  
Directrice de recherche CNRS, CEMS-EHESS

Madame **Sabine CHENE**,  
Chargée de Projet

Monsieur **Philippe COMBESSIE**,  
Professeur des universités, faculté Paris X Nanterre,  
Chercheur au GRASS

Monsieur **François DIEU**,  
Maître de conférences, université Toulouse 1

Madame **Nathalie NOEL**,  
DSPIP du Haut-Rhin

Monsieur **Philip MILBURN**,  
Professeur des Universités, Versailles Saint Quentin en Yvelines

Monsieur **Yves MONTROYA**  
Maître de conférences, Université Victor Segalen - Bordeaux 2

Monsieur **Yves PERRIER**,  
DSPIP, SPIP de la Loire

Monsieur **Guillaume PINEY**  
DSPIP des Bouches du Rhône

Madame **Linda PIWOWARCZYK**  
Capitaine, responsable de formation au CP de Fresnes

Madame **Pierrette PONCELA**,  
Professeur des universités, université Paris X Nanterre

Monsieur **Philippe POTTIER**,  
DSPIP, adjoint au sous-directeur PMJ (DAP)

Monsieur **Jean REDON**,  
Premier surveillant, formateur, responsable de l'unité Ressources  
Pédagogiques, ENAP

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Avant-propos</b>   | <b>5</b>  |
| <i>Dossier : L'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Toulouse</i>   |           |
| <i>Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles</i>   |           |
| <b>Introduction</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Première partie : Le contexte de la mise en place des UHSI</b>   | <b>13</b> |
| LA SANTÉ DES DÉTENUS  | 13        |
| Une population particulièrement vulnérable  | 13        |
| La "qualité de vie" des détenus   | 14        |
| La santé mentale des détenus  | 16        |
| La toxicomanie  | 17        |
| Les maladies infectieuses   | 18        |
| La consommation de soins des détenus  | 18        |
| LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE L'AMÉLIORATION DES SOINS EN MILIEU CARCÉRAL  | 19        |
| LES ASPECTS LÉGISLATIFS FRANÇAIS DES SOINS EN MILIEU CARCÉRAL   | 20        |
| LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'ORGANISATION ANTÉRIEURE DES HOSPITALISATIONS SOMATIQUES   | 22        |
| L'ORGANISATION ACTUELLE DE L'HOSPITALISATION SOMATIQUE DES DÉTENUS  | 24        |
| Les hospitalisations d'urgence ou de très courte durée  | 24        |
| Les hospitalisations programmées de très courte durée   | 25        |
| Les hospitalisations dans Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)  | 25        |
| <b>Deuxième Partie : Résultats</b>  | <b>29</b> |
| ASPECTS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS DE L'UHSI DE TOULOUSE   | 30        |
| L'implantation de l'UHSI de Toulouse  | 30        |
| <i>Historique de l'implantation de l'UHSI de Toulouse</i>   | 30        |
| <i>La formation commune des futurs agents de l'UHSI</i>   | 31        |
| <i>La formation à l'armement des personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI dans le cadre du remplacement des personnels de Police</i> | 31        |
| <i>La mise en place de partenariats intra hospitaliers</i>  | 32        |
| <i>La mise en place de partenariats extra hospitaliers</i>  | 32        |
| L'activité de l'UHSI de Toulouse sur l'année 2007   | 33        |
| <i>Bilan de fonctionnement du 1er janvier au 31 décembre 2007</i>   | 33        |
| L'organisation du service   | 35        |
| <i>L'organisation pénitentiaire</i>   | 35        |
| <i>L'organisation médicale</i>  | 36        |
| <i>Les difficultés dans le fonctionnement de l'UHSI</i>   | 36        |
| Le parcours de l'hospitalisation des détenus : l'exemple de l'hospitalisation de détenu incarcéré en centre de détention                | 37        |
| <i>Les procédures liées à l'hospitalisation à l'UHSI de Toulouse</i>  | 37        |
| <i>L'entrée du détenu dans le parcours de soin en milieu carcéral</i>   | 38        |
| <i>L'entrée du détenu à l'UHSI</i>  | 40        |
| <i>La sortie du détenu de l'UHSI</i>  | 40        |

|  |           |
|--|-----------|
| LES ASPECTS CLINIQUES : LE VÉCU DE L'HOSPITALISATION EXPRIMÉ PAR LES DÉTENUS                                       | 41        |
| Les thématiques spécifiques du vécu de l'hospitalisation exprimé par les détenus                                   | 41        |
| L'état psychique des détenus au moment de leur hospitalisation à l'UHSI  | 44        |
| <i>Les participants</i>  | 44        |
| <i>Résultats des questionnaires "Hospital Anxiety Depression Scale"</i>  | 44        |
| L'interprétation des résultats obtenus concernant le vécu de l'hospitalisation                                     | 45        |
| LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LA COLLABORATION ENTRE LES PERSONNELS PÉNITENTIAIRES ET SANITAIRES À L'UHSI      | 48        |
| Apports théoriques sur les pratiques professionnelles des soignants qui exercent en milieu carcéral                | 48        |
| Résultats des analyses thématiques   | 50        |
| Apports théoriques sur les pratiques professionnelles des personnels pénitentiaires à l'UHSI                       | 56        |
| <i>La spécificité des pratiques de garde et de sécurité à l'UHSI de Toulouse</i>                                   | 57        |
| <i>Les escortes assurées par le personnel pénitentiaire et la prescription des transports sanitaires</i>           | 58        |
| <i>Les paramètres psychologiques et professionnels des surveillants</i>  | 59        |
| Résultats des analyses thématiques   | 60        |
| L'interprétation des résultats obtenus concernant les personnels soignants et pénitentiaires de l'UHSI de Toulouse | 63        |
| <b>Conclusion générale</b>   | <b>69</b> |
| <b>Rappel des principales préconisations</b>   | <b>73</b> |
| <b>Bibliographie</b>   | <b>75</b> |
| <b>Lectures</b>  | <b>79</b> |
| <b>Remerciements</b>   | <b>81</b> |
| Annexe   | 83        |

# Avant-propos

## **Pourquoi une recherche sur le dispositif UHSI ?**

Avec l'adoption de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, les modalités de la prise en charge sanitaire des détenus ont été considérablement modifiées. En confiant la prise en charge des aspects somatiques et psychiatriques des détenus au service public hospitalier (aussi bien pour le soin que pour la prévention), tous les établissements pénitentiaires sont dorénavant rattachés par convention à un centre hospitalier. L'objectif de cette réforme était d'améliorer l'accès aux soins des personnes détenues, qui devaient pouvoir prétendre à des soins équivalents à ceux proposés à la population générale.

Pour concrétiser cette ambition, des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), implantées en milieu carcéral, ont été créées par décret du 27 octobre 1994. Le cadre de leurs missions, défini par ce texte, est de dispenser des soins aux personnes détenues ne nécessitant ni hospitalisation, ni consultation en milieu hospitalier. Mais dans le cas contraire, une extraction ou une hospitalisation du détenu dont l'état de santé le justifie doit être proposée par l'UCSA.

Si l'élévation de la qualité des soins destinés aux détenus est unanimement soulignée, l'augmentation du recours à l'hospitalisation constatée depuis la réforme soulève cependant de nombreux problèmes de sécurité liés à l'organisation des extractions médicales, à la garde des détenus et aux risques d'évasion. C'est ce dernier aspect qui a conduit, par arrêté du 24 août 2000, à la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées, prolongement de la nouvelle organisation des soins dédiés.

L'intérêt de conduire une recherche sur ce nouveau dispositif de prise en charge sanitaire des détenus est double pour l'École nationale d'administration pénitentiaire. Tout d'abord, son laboratoire de recherche, le CIRAP, consacre une part importante de ses travaux à l'accompagnement et l'analyse de la mise en place de nouveaux dispositifs de prise en charge des détenus, en analysant plus particulièrement les zones de progression mais aussi de tension et de conflictualité qu'ils font émerger. Ensuite, la formation des personnels nécessite une réactualisation continue des contenus pédagogiques afin de les adapter au nouveau contexte d'exercice professionnel. La production des savoirs scientifiques dans ce domaine enrichit donc utilement la

formation des personnels, mais aussi la réflexion de notre administration sur les liens entre différents corps professionnels et les nouvelles fonctions qu'un dispositif comme l'UHSI leur prescrit. Il en est ainsi, à titre d'exemples, de la répartition des missions de sécurité entre les forces de l'ordre et le personnel pénitentiaire, ou du secret professionnel « partagé » entre celui-ci et le personnel soignant.

Dans ce cadre, la recherche exploratoire menée par Hélène Bazex sur le site de Toulouse entend dresser un premier bilan du fonctionnement d'une UHSI en prenant pour thématique générale les niveaux d'élaboration chez les acteurs – surveillants, soignants, détenus – de ses aspects structurels, organisationnels et cliniques. L'éventail des problèmes traités est large puisqu'il s'agit tout à la fois de préciser les enjeux et le contexte de création de ces structures bien particulières ; de faire état de leur fonctionnement intra- et inter-institutionnel ; d'analyser la complexité du système des relations nouées entre les professionnels ; d'éclairer le vécu de l'hospitalisation des détenus et la place de celle-ci dans le parcours de soin ; de proposer enfin des pistes de réflexion et des préconisations sur la base des problématiques révélées au fur et à mesure de la recherche.

L'originalité de la démarche ne réside pas seulement dans le choix d'étudier un nouveau dispositif qui, de par sa structure même, implique un sensible renouvellement

des collaborations menées jusqu'ici entre les champs sanitaire et pénitentiaire. C'est bien d'un point de vue de chercheur spécialisé en psychologie qu'est interrogé ce nouvel espace institutionnel. Le regard se déplace alors, pas à pas, de l'analyse des dimensions structurelle et organisationnelle à celle du positionnement des intervenants pris entre professionnalité et subjectivité. Partant de l'hypothèse qu'une pratique professionnelle ne se déploie qu'au point de jonction d'un cadre institutionnel et de son appropriation subjective, l'auteur procède au repérage clinique des mécanismes de défense à l'oeuvre chez les professionnels exerçant à l'UHSI afin de saisir les potentialités et conflitualités inhérentes à leurs pratiques. Dépassant le seul constat d'une collaboration parfois difficile, toujours à négocier, entre soin et sécurité, Hélène Bazex montre précisément comment soignants et surveillants sont contraints de redéfinir leurs places respectives aux limites des missions et des rôles de chacun, de même que de réinterroger leurs rapports singuliers aux cultures et idéologies professionnelles par lesquelles ils légitiment leurs actions.

L'attention portée par ailleurs au discours des détenus sur l'hospitalisation permet de prendre une mesure de la cohérence et de la qualité de celle-ci dans le cadre du parcours de soin – c'est-à-dire d'éprouver localement les orientations présidant à la création des UHSI. L'étude clinique des aménagements défensifs chez les détenus ouvre quant à elle à une compréhension des

éléments de psychopathologie liés au contexte carcéral et des difficultés afférentes rencontrées par les professionnels dans la prise en charge de cette population. Est enfin clairement mise en évidence la manière avec laquelle la place accordée au bénéficiaire au sein du dispositif devient comme telle un objet d'appropriation professionnelle : tour à tour appréhendé comme « patient-détenu » et « détenu-patient », celui-ci fait figure d'espace de conflictualité entre des logiques professionnelles qui, a minima, ne l'investissent pas sous le même mode. Et en un jeu de miroir, le bénéficiaire lui-même investit de façon clivée les relations aux personnels soignant et pénitentiaire.

Menée sur un seul établissement, cette recherche à visée exploratoire n'a pas pour ambition – l'auteur nous l'indique d'emblée – de produire des résultats généralisables à l'ensemble des UHSI. L'enjeu réside dans l'élaboration d'une méthodologie de recherche puis le tracé d'axes d'analyse qui méritent maintenant d'être confrontés à d'autres terrains ; d'autant que les premiers résultats se révèlent pour le moins féconds. Dans la suite de ce premier acte, la recherche sera donc étendue à d'autres sites et notamment ceux où, à la différence de l'expérience toulousaine, restent à ce jour confiées aux forces de l'ordre les missions de garde du périmètre extérieur et des escortes. Sur la base des premiers éléments ici dégagés et dans une visée davantage comparative, il s'agira donc de poursuivre et

d'approfondir la réflexion engagée sur le fonctionnement de ces services hospitaliers réservés aux publics détenus, les modalités de collaboration et de conflictualisation de leurs acteurs, le vécu de l'hospitalisation et le sens que lui donnent les détenus au regard de leur parcours carcéral.

**Paul MBANZOULOU**

*Responsable du département recherche  
et du CIRAP/ENAP*

**Fabien GOURIOU**

*Enseignant-chercheur au CIRAP/ENAP*





## Introduction

Ce dossier thématique est le résultat d'une proposition de recherche sur les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales faite par le Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire (CIRAP, Ecole nationale d'administration pénitentiaire) à la Direction de l'administration pénitentiaire. Les activités de recherche du CIRAP visent en effet, l'accompagnement et l'analyse de la mise en place de nouveaux dispositifs de prise en charge des détenus, en s'intéressant plus particulièrement aux évolutions des pratiques professionnelles et à leur ancrage dans le contexte pénitentiaire.

L'ouverture des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales a suscité un intérêt spécifique auprès d'un enseignant - chercheur qui a proposé d'effectuer une étude visant le repérage du niveau d'élaboration par ses acteurs (personnels pénitentiaires, personnels soignants et détenus) de ses aspects structurels, organisationnels et cliniques et d'une éventuelle spécificité des pratiques (l'incidence du transfert de la responsabilité des transferts et des escortes aux personnels de l'administration pénitentiaire).

Des recherches préalables ont mis en évidence le caractère parfois contradictoire des enjeux de la prise en charge sanitaire de la population carcérale : par exemple, la collaboration entre les administrations de la

santé et pénitentiaire trouve au sein de ce nouveau dispositif une réactualisation dont il apparaît pertinent de repérer les évolutions. Les questions relatives au secret professionnel constituent l'une des thématiques qui accompagnent ces évolutions.

Au-delà de la finalité principale de ce dossier thématique visant la description du positionnement subjectif et professionnel des acteurs de l'UHSI, des perspectives plus générales pourront en être dégagées en contribuant à la réflexion sur la complexité de la prise en charge des détenus, qui s'explique par la collaboration pluridisciplinaire qu'elle implique et par les problématiques individuelles et sociales que présentent fréquemment les personnes incarcérées.

A l'heure de la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) et de la promulgation de la loi sur la rétention de sûreté, l'analyse de l'UHSI montre qu'au-delà des principes fondateurs questionnés par ces nouveaux dispositifs (égalité, qualité et continuité des soins, modalités de surveillance et de sécurité des soins...), les équipes, les personnels et les détenus sont traversés par des mécanismes individuels, collectifs et institutionnels repérables. Les acteurs de ces dispositifs se doivent d'assimiler ces éléments contextuels parfois contradictoires dans leur pratique au regard

de leur mission, de leur formation et de leur expérience subjective.

Ce dossier constitue la première étape exploratoire de l'étude sur les UHSI. Nous allons nous intéresser à la création et au fonctionnement de l'UHSI de Toulouse pour les comparer dans une recherche ultérieure, au fonctionnement d'une autre UHSI organisée selon une répartition traditionnelle des missions de garde et de sécurité. L'UHSI de Toulouse a en effet été un des deux sites pilotes avec l'UHSI de Marseille à expérimenter l'attribution des missions de sécurité afférentes à la périmétrie extérieure de l'unité et aux escortes des détenus aux personnels pénitentiaires. Ces missions étaient, avant le 1er avril 2007 dévolues aux forces de l'ordre.

Il s'agit d'une recherche qualitative et exploratoire dont les objectifs sont multiples :

- tracer la généalogie de la création des UHSI ;
- comprendre comment les différents acteurs de l'UHSI (personnels pénitentiaires, personnels soignants et détenus) vivent et rendent compte de leur expérience en qualité de professionnel ou de patient - détenu ;
- décrire les relations institutionnelles.

Dans un premier temps nous présentons l'état de santé de la population carcérale au regard des dernières avancées de la littérature internationale puis, les éléments législatifs et historiques qui ont encadré la création des UHSI. Nous décrivons ensuite le fonctionnement actuel de l'hospitalisation des détenus. La présentation du contexte qui

a accompagné la mise en place des UHSI nous permet de proposer une série de questionnements dont la problématique centrale s'articule autour de la manière dont les acteurs (professionnels et détenus hospitalisés) de l'UHSI élaborent les différents aspects de la prise en charge qui y est effectuée.

Afin de répondre à ces questionnements, la méthodologie utilisée est basée sur la passation d'entretiens et de questionnaires auprès des différents acteurs qui participent au fonctionnement de l'UHSI (professionnels et détenus hospitalisés). Elle nous permet de saisir les thématiques principales dont ils rendent compte dans le cadre de leur pratique (aussi bien au niveau de la collaboration professionnelle que des relations développées avec le détenu hospitalisé) et de l'hospitalisation (vécu de l'hospitalisation et du parcours de soin par les détenus).

Les résultats issus de ces analyses thématiques nous permettent d'éclairer les positionnements subjectifs et professionnels des acteurs de l'UHSI à l'égard des aspects structurels, organisationnels et cliniques. Ils sont d'ailleurs présentés selon ces trois axes :

- Au niveau des aspects structurels et organisationnels, nous décrivons dans un premier temps l'historique de l'implantation de l'UHSI de Toulouse au sein de l'établissement hospitalier de rattachement, son activité pendant l'année 2007 ainsi que l'organisation des équipes pénitentiaires et médicales qui sont présentes.

- Au niveau des aspects cliniques, nous mettons en perspective les besoins de santé des détenus tels qu'ils sont décrits par la littérature scientifique avec le vécu de l'hospitalisation de 11 détenus interrogés sur leur parcours de soin depuis leur prise en charge dans leur établissement pénitentiaire d'origine à leur séjour à l'UHSI. L'état psychologique des détenus pendant leur hospitalisation à l'UHSI est évalué par la présence d'éventuels symptômes anxieux et dépressifs.
- Ensuite, les pratiques professionnelles des agents de l'UHSI (soignants et pénitentiaires) sont analysées au regard de documents officiels et d'une revue de la littérature scientifique concernant les aspects professionnels de la prise en charge sanitaire de la population carcérale. Ces éléments théoriques sont confrontés aux thématiques principales qui se sont dégagées des entretiens menés avec 12 personnels soignants et 12 personnels pénitentiaires de l'UHSI de Toulouse.

Une dernière partie de ce dossier thématique s'attache à mettre en perspective les conclusions de ces analyses avec des préconisations visant l'amélioration de la prise en charge sanitaire et hospitalière des détenus.



## La santé des détenus

Dès 1993, le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la santé en milieu carcéral avait mis en évidence l'insuffisance et le manque d'adaptation des réponses que pouvait apporter l'administration pénitentiaire aux problèmes sanitaires que présentent les détenus.

Malgré l'âge relativement jeune de la population carcérale (environ 32 ans), elle présente en effet significativement plus de problèmes de santé que la population générale. Ce rapport mettait en évidence :

- une prévalence du VIH dix fois supérieure en milieu carcéral que celle de la population générale,
- une proportion de détenus atteints par la tuberculose trois fois plus importante que celle de la population générale,
- une forte proportion de détenus toxicomanes,
- une importante proportion de détenus atteints des hépatites B et C et d'infections sexuellement transmissibles.

### Une population particulièrement vulnérable

La population carcérale se caractérise par un état de santé significativement plus mauvais que celui de la population générale. Elle est constituée de personnes dites « vulnérables » qui demandent donc une prise en charge spécifique.

## Première partie Le contexte de la mise en place des UHSI

Comme le souligne Dominique Lhuillier<sup>1</sup>, la prison concentre des populations

essentiellement marginalisées présentant des tableaux cliniques très lourds :

- La pénalisation de la toxicomanie a entraîné une arrivée massive de toxicomanes en prison. Cette population présentant, de surcroît des complications liées à la consommation de drogues (qualité de vie, sida...).
- Prévalence importante de maladies transmissibles
- Pathologies dermatologiques, digestives, cardio-vasculaires, pulmonaires et traumatiques.
- Fréquence importante de troubles de la santé mentale.

Selon la littérature deux facteurs de risque sont retenus :

- La personne cumule des facteurs de risque sanitaires (toxicomanie, précarité, et accès aux soins défavorables avant l'incarcération).
- L'incarcération provoque l'aggravation ou la réactivation de certaines affections. On observe une prévalence non négligeable de troubles psychosomatiques dus à l'expérience de la détention.

Une étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques<sup>2</sup> (DREES) en 2003 et publiée

<sup>1</sup> Lhuillier D. Santé et soins en prison : perspectives psycho-sociologiques. INSERM U 444. 2003

<sup>2</sup> Mouquet MC, la santé des personnes entrées en prison en 2003, études et résultats. DREES. N°386 mars 2005

en 2005 décrit un état de santé jugé « bon » à l'examen clinique d'entrée pour huit nouveaux détenus sur dix. Mais, plus précisément, l'auteur explique que la moitié des entrants nécessitent des soins buccodentaires non urgents, qu'environ 6% des entrants bénéficient d'une prise en charge médico-sociale indiquant la présence de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles. Les maladies chroniques impliquent la continuation du traitement en prison et concernent le plus souvent l'asthme (plus fréquent qu'en population générale), les maladies cardio-vasculaires (moins fréquent qu'en population générale), et l'épilepsie.

Nos interrogations nous ont encouragé à rechercher dans la littérature scientifique des études concernant « la qualité de vie » des détenus en France.

Cette notion est couramment utilisée en médecine pour évoquer la perception subjective d'un individu de sa santé globale. Ce terme recouvre le plus souvent l'investigation de la perception des symptômes (douleur, fatigue), de l'état physique (mobilité, sommeil, restriction des activités), de l'état psychologique (l'estime de soi, sentiments négatifs ou positif), du statut social (relation personnelle, participation à la vie communautaire), de l'environnement (finances, loisir).

Si la population carcérale est spécifique en raison de sa vulnérabilité, l'hospitalisation somatique de ces personnes pourrait revêtir des ajustements nécessaires en termes de soins, de traitement et de prévention. Que

savons-nous alors sur le statut de santé ou la qualité de vie des détenus des prisons françaises ?

## **La « qualité de vie » des détenus**

Nous n'avons trouvé que quatre articles traitant de la qualité de vie des détenus des prisons françaises. Le premier concerne l'effet de l'incarcération chez les détenus sur la perception de leur santé<sup>3</sup>, le deuxième traite des troubles psychiatriques en terme de prévalence chez une population d'arrivants<sup>4</sup>, le troisième porte sur l'évaluation du statut de santé et les caractéristiques générales des détenus<sup>5</sup> et le quatrième<sup>6</sup> analyse les facteurs démographiques, socioéconomiques et le statut de santé d'hommes arrivant en prison.

Toutes ces études vont dans le sens d'un besoin de recueil de données épidémiologiques sur la santé mentale et somatique des détenus en France. Néanmoins, elles mettent en évidence la présence de symptômes psychiatriques pour 32 à 40% des détenus et une consommation de drogue pour un tiers des arrivants. Pour ces derniers, 70% n'avaient jamais eu aucun soin sous quelque

<sup>3</sup> Blanc A, Lauwers V, Telmon N, Rougé D. The effect of incarceration on prisoners' perception of their health. *J Community Health*. 2001 oct;26(5):367-81

<sup>4</sup> Prieto N, Faure P. The mental health of new prisoners or of those monitored in french prisons with SMPR. *Encephale*. 2004 nov-dec;30(6):525-31

<sup>5</sup> Duhamel A, Archer E, Devos P, Nuttens MC, Beuscart R. A prototype of an information system for assessing the health status of prison inmates. *Stud Health Technol Inform*. 1999;68:37-41

<sup>6</sup> Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, Devos P, Beuscart R, Archer E. Social and health status of arrivals in a French prison : a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2001 Jun;49(3):229-39

forme que ce soit avant leur arrivée en prison.

Les recherches internationales sur la « qualité de vie » des détenus des prisons étrangères ne sont pas nombreuses non plus et ont toutes été effectuées sur des populations de détenus qui présentent des troubles psychiatriques. Certains ont montré que le support social est un paramètre positif pour la qualité de vie à la libération pour les détenus souffrant de troubles mentaux<sup>7</sup>, d'autres ont montré que la santé est plus mauvaise chez les détenus souffrant de troubles mentaux que chez des patients d'hôpitaux psychiatriques à moyenne ou haute sécurité<sup>8</sup>.

En ce qui concerne la « qualité de vie » des femmes détenues, les données disponibles sont encore plus alarmantes : cinq études internationales s'attachent à décrire l'état de santé des femmes détenues (trois études anglaises, une étude irlandaise et une étude américaine). En revanche, aucune étude portant sur des échantillons français n'a été trouvée dans la littérature scientifique.

Ces recherches montrent que l'état de santé des femmes incarcérées est, non seulement plus mauvais que celui des femmes en milieu libre à statut socioéconomique équivalent<sup>9</sup>, mais qu'il est aussi plus mauvais que celui des

hommes incarcérés<sup>10</sup>. Deux tiers des femmes détenues présentent un trouble psychiatrique et la moitié est traitée par neuroleptiques<sup>11</sup>. On a aussi montré<sup>12</sup> que les femmes américaines incarcérées sont davantage exposées aux maladies sexuellement transmissibles, en raison d'une utilisation rare du préservatif pour 80% d'entre elles. 49% seraient d'ailleurs atteintes d'une maladie sexuellement transmissible. La prévalence de grossesses non désirées chez les femmes détenues est aussi très importante (83% des cas).

Notons aussi que la population carcérale vieillit et demande des soins spécifiques relatifs aux maladies chroniques et au handicap.

Les recherches scientifiques disponibles (nationales et internationales) mettent en évidence que la santé des détenus est plus dégradée que celle de la population générale. De plus, elles insistent sur la nécessité de disposer de données épidémiologiques sur l'état de santé des détenus afin d'adapter la prise en charge aux besoins spécifiques de cette population.

Si la littérature n'est pas encore trop riche en publications portant sur l'évaluation de la santé globale des détenus des prisons françaises, elle propose le développement

<sup>7</sup> Joacoby J, Kozie-Peak B. The benefits of social support for mentally ill offenders : prison to community transitions

<sup>8</sup> Walker J, Gudjonsson G. The lancashire quality of life profile : data and experiences with 58 detained mentally disordered offenders.

<sup>9</sup> Plugge E, Fitzpatrick R. Assessing the health of women in prison : a study from the UK. *Health Care Women Int.* 2005 Jan;26(1):62-8

<sup>10</sup> Mooney M, Hannon F, Barry M, Friel S, Kelleher C. Perceived quality of life and mental health status of irish female prisoners. *Ir Med J.* 2002 Sep;95(8):241-3

<sup>11</sup> White C. Strategy needed for mental health of women prisoners. *BMJ* 2002;324:868

<sup>12</sup> Clarke J et al. Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women. *American Journal of public health.* 2006, vol 96,5, 834-839

de connaissances et de réflexions sur des thématiques de santé précises. Les points suivants, loin de produire un compte rendu exhaustif de la question, permettent de baser notre raisonnement sur les connaissances actuelles des troubles et des difficultés sanitaires les plus fréquemment rencontrés dans la population carcérale.

### **La santé mentale des détenus**

Les dernières recherches sur la santé mentale des détenus insistent non seulement sur la diminution importante de la qualité de vie des détenus en raison d'une importante prévalence de troubles psychiatriques et de la personnalité<sup>13</sup>, mais aussi sur la spécificité de la problématique psychique de la population pénale<sup>14</sup> peu encline à formuler une demande d'aide psychothérapeutique. La santé mentale affecterait la santé somatique des détenus et plus généralement le rapport qu'ils entretiennent avec leur état de santé. La présentation de connaissances relatives à la santé mentale des détenus s'inscrit dans une volonté de décrire de manière globale l'état de santé des détenus dont les aspects somatiques et psychiatriques sont étroitement liés.

Les malades mentaux seraient de plus en plus nombreux dans les prisons. Selon une étude de la Direction de la Recherche, de

Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques<sup>15</sup> les entrants en détention dans les établissements disposant d'un SMPR, sont majoritairement des hommes (94%) relativement jeunes (31 ans en moyenne), célibataires (76%, contre 47 en population générale), 12% sont sans domicile fixe et 54% n'avaient pas d'activité professionnelle lors de leur entrée en détention. Concernant les troubles psychiatriques ils ont été repérés chez 55% des entrants.

Chez les hommes, les troubles anxieux sont fortement représentés (55% des entrants présentant au moins un trouble psychiatrique), suivis par les troubles addictifs (54% ont des tendances addictives et/ou une consommation d'alcool), puis par des troubles psychosomatiques (42% présentent des troubles du sommeil et/ou de l'alimentation). 42% des détenus présentent des troubles de conduite (impulsivité, tendance au passage à l'acte, colère, conduite antisociale, excitation psychomotrice...).

Chez les femmes qui entrent en détention, la répartition des troubles est différente : elles présentent plus de troubles que les hommes (59% vs 54%) et chez elles, les troubles anxio-dépressifs sont majoritaires (67%).

La prévalence des troubles psychiatriques augmenterait avec la durée de la condamnation, l'existence d'antécédents judiciaires et l'âge. D'ailleurs, un entrant sur cinq avait déjà été suivi par le secteur de la psychiatrie :

<sup>13</sup> Duburg, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., Falissard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport final, Etude pour le Ministère de la santé et le Ministère de la justice. Décembre 2004

<sup>14</sup> Houssier F. Clinique de la souffrance en milieu judiciaire : plaidoyer pour un cadre élargi. *Pratiques Psychologiques* 2007, 13, 415-423

<sup>15</sup> Coldefy M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR. *Études et résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. N° 181, juillet 2002



33% des détenus présentant un trouble psychiatrique a déjà été suivi et 11% avait déjà été hospitalisé.

Les détenus suivis par les SMPR présentent des caractéristiques socioéconomiques semblables à celles des entrants en prison.

La prévalence des troubles psychiatriques ici présentée est plus faible que celle mise en évidence dans les recherches internationales<sup>16</sup>, lesquelles montrent que parmi 23000 prisonniers (américains et européens), entre 3 et 7% des hommes présentent un trouble psychotique, 10% une dépression majeure, et 67% des troubles de la personnalité, dont 47% une personnalité antisociale (dix fois plus que dans la population générale). De 0 à 4% des femmes incarcérées présentent des troubles psychotiques, 12% une dépression majeure et 42% des troubles de la personnalité, dont 21% une personnalité antisociale.

## La toxicomanie

L'incarcération de personnes toxicomanes a fortement augmenté depuis les trois dernières décennies. En effet, selon la littérature, environ 40% des détenus consomment au moins deux substances psychoactives<sup>17</sup>. De plus, les toxicomanes détenus connaissent à leur libération une surmortalité particulièrement élevée<sup>18</sup>. Cette surmortalité a été

observée en France chez des détenus sortants, âgés de moins de 55 ans au cours de la première année suivant leur libération<sup>19</sup>. Une étude réalisée auprès d'un échantillon carcéral français a mis en évidence que 80% des détenus sont fumeurs<sup>20</sup>. D'autres données (DREES, 2005), confirment ces statistiques : près de 4 entrants sur 5 fument du tabac régulièrement, un peu plus de 3 entrants sur 10 déclarent une consommation abusive d'alcool, et un tiers déclare une utilisation prolongée ou régulière de drogue illicite au cours de l'année écoulée.

Une enquête menée par l'OFDT sur les addictions en milieu carcéral<sup>21</sup> a néanmoins montré que le dépistage des addictions à l'entrée des prisons n'est pas encore systématisé. 60% des établissements utilisent des outils spécifiques de repérage des situations d'abus ou de dépendance (grille mini-grade) mais l'offre de soins reste à améliorer : les prises en charge des dépendances tabagiques, par exemple, relèvent encore trop d'initiatives locales. Les auteurs encouragent donc l'idée d'une amélioration de la continuité des soins par une mobilisation des administrations centrales pour une coordination des soins plus pérenne. L'incitation aux

<sup>16</sup> Fazel Seena, Danesh J. Serious disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. The lancet, vol 359, feb 16, 2002

<sup>17</sup> F Sahajian, Lamothe P, Fabry J. Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison. Revue de Santé Publique, 2004, 18, 2 :223-234

<sup>18</sup> Seaman SR, Brettle RP, Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. BMJ 1998;316:426-428

<sup>19</sup> Prudhomme J, Verger P, Rotily M. Fresnes mortalité des sortants. Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des Unités pour Sortants.

<sup>20</sup> Blanc A., Telmon N., Rouge D. 2003. Types of addictive behaviour in prisoners in the Toulouse region. Journal de médecine légale et de droit médical. 46,2 :83-91

<sup>21</sup> I. Obradovic. Addiction en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Tendances, n°41 Janvier 2005

bonnes pratiques de substitution pourrait s'effectuer au travers d'un plan de formations communes aux acteurs pénitentiaires, sanitaires et sociaux. Des études<sup>22</sup>, sur des populations carcérales européennes, ont pourtant mis en évidence que les traitements par substitution, malgré le nombre encore insuffisant des établissements qui l'appliquent, sont efficaces non seulement pour réduire la consommation de drogue dans les institutions pénales mais aussi pour limiter les comportements addictifs à risque. Ceci à la condition que la dose de méthadone prescrite soit supérieure à 60 mg et que le traitement se poursuive pendant toute la durée de la détention.

## Les maladies infectieuses

Un rapport de la mission santé justice<sup>23</sup> fait état que des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des personnes infectées par le virus du VIH ont été développées dans les établissements pénitentiaires.

Si les personnes atteintes par le VIH sont aujourd'hui moins nombreuses en prison que dans les années 90, on pense à une recrudescence importante des maladies infectieuses comme l'hépatite B et C. Des auteurs français ont d'ailleurs montré qu'on ne connaissait pas la prévalence de l'hépatite

C en prison<sup>24</sup>. Afin d'y remédier, une enquête postale a été réalisée auprès de 172 UCSA françaises. Sur les réponses obtenues (taux de réponse à 51%), les résultats montrent que 6% de détenus sont atteints de l'hépatite C, que le dépistage se fait beaucoup plus couramment en 2003 qu'en 2000 et que le nombre de malades traités a augmenté de manière significative (164 en 2000 et 297 en 2003).

L'enquête menée par la DREES publiée en 2005<sup>25</sup>, rapporte que la part des nouveaux détenus déclarant une sérologie positive pour le VIH, l'hépatite B ou C s'élève à 4,2% contre 6,2% en 1997. L'auteur signale que ces données restent fragiles du fait qu'elles reposent essentiellement sur la déclaration des entrants.

## La consommation de soins des détenus

Une recherche a attiré particulièrement notre attention, de par la mise en évidence de l'utilisation des services de santé par des détenus belges<sup>26</sup> dont nous n'avons pas trouvé l'équivalent chez des détenus français. 513 patients et 3328 médecins généralistes ont été interrogés, et ont permis d'analyser 3655 « raisons » de consultation.

<sup>22</sup> Stallwitz A, Stöver H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *International Journal of Drug Policy*. 2007, doi:10.1016.

<sup>23</sup> Stankoff S, Dhérot J. Rapport de la mission santé justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Décembre 2000

<sup>24</sup> Remy AJ. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : enquête comparative entre 2003 et 2004. *La presse médicale* 2006, 53,9 :0755-4982.

<sup>25</sup> Mouquet MC. La santé des personnes entrées en prison en 2003, études et résultats. DREES. N°386 mars 2005

<sup>26</sup> Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners : epidemiological description and possible explanations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:651-655

Les détenus consultent le médecin généraliste 17 fois dans l'année, ce qui est 3,8 fois plus que la population générale avec les mêmes caractéristiques démographiques. La raison la plus fréquente de consultation concerne les procédures administratives (22%), psychologiques (pour 13%, dont un état anxieux à 71%), respiratoires (13%), digestives (12,5%), musculaires (12%), et dermatologiques (8%).

Selon les auteurs, l'explication la plus probable d'une telle consommation de soins en prison est le statut de santé (beaucoup de similitude entre l'état de santé à l'entrée en prison et les raisons de consultation pendant l'incarcération), le manque d'accès à l'information sur la santé, les règles carcérales (beaucoup de procédures administratives) et les problèmes de santé mentale liés aux conditions de vie en prison. Une observation de Dominique Lhuillier<sup>27</sup> modère légèrement cette recherche en expliquant que l'usage de soins par les détenus peut encore subir des inégalités puisque les conditions de détention dépendent des ressources financières, sociales et culturelles du détenu.

De son côté, les résultats de l'étude de la DREES mettent en évidence qu'environ la moitié des entrants ont bénéficié d'une prescription d'un examen biologique (47%) et 23% d'une consultation spécialisée (gynécologie 23%, ophtalmologie 1,6%, ORL 0,7%, dermatologie 1,1%, hépato-gastro-

enterologie 1,5%, cardiologie 1,1%, pneumologie 0,5%)

Les recherches que nous venons de présenter sur la santé des détenus les caractérisent comme des personnes vulnérables auprès desquelles les personnels soignants doivent développer un cadre de soin et relationnel adapté à la complexité de leur état de santé. Nous allons maintenant présenter l'historique et le contexte de la création des UHSI qui montrent que les détenus, du fait de leur statut pénal, sont aussi caractérisés comme des personnes potentiellement dangereuses nécessitant une surveillance proportionnée à leur dangerosité. L'organisation de l'hospitalisation des détenus a dû être réfléchi en fonction d'une amélioration de la qualité des soins adaptée à la complexité de leur état sanitaire, tout en tenant compte des aspects sécuritaires nécessaires à leur garde.

## Le contexte international de l'amélioration des soins en milieu carcéral

Les règles pénitentiaires européennes<sup>28</sup> ont précisé les modalités à suivre relatives à la protection de la santé de tous les détenus dont l'autorité pénitentiaire à la garde (l'organisation des soins, le personnel médical et soignant, les devoirs du médecin, l'administration des soins de santé, la prise en

<sup>27</sup> Lhuillier D. Santé et soins en prison : perspectives psycho-sociologiques. INSERM U 444. 2003

<sup>28</sup> Les règles pénitentiaires européennes, DAP, SCRI, 2006, 103 p.

charge de la santé mentale et des questions éthiques). Elles incitent ainsi à l'amélioration de la qualité des soins prodigués à la population carcérale.

On observe aussi dans la littérature scientifique internationale la même volonté d'améliorer la qualité des soins aux détenus. 28 pays européens ont ainsi travaillé à promouvoir la santé dans les prisons dont l'une des initiatives majeures a été de rompre avec l'isolement dont pouvait faire l'objet les services sanitaires dans les prisons et de les amener vers une collaboration active avec les services de santé publique des pays.

Par exemple, l'organisation de la santé carcérale en Angleterre et en Ecosse a fait récemment l'objet de modifications. Dans cette perspective, les pratiques sanitaires ont été améliorées malgré des difficultés dans le recrutement du personnel (manque de possibilité d'évolution pour le personnel). L'évaluation des besoins de santé a aussi été beaucoup plus largement développée<sup>29</sup>. Et même s'il reste encore à développer l'opérationnalisation de certaines recommandations sur le terrain<sup>30</sup>, des référentiels de la pratique de soins et le recueil des paramètres de santé des détenus ont subi une nette amélioration dans le cadre d'initiatives locales et nationales<sup>31</sup>.

<sup>29</sup> Hayton P, Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. *Am J Public Health*. 2006 oct;96(10):1730-3

<sup>30</sup> Gatherer A, Moller L, Hayton P. The world health organization European health in prisons project after 10 years : persistent barriers and achievement. *Am J Public Health*. 2005 Oct;95(10):1696-700

<sup>31</sup> Condon L, Hek G, Harris F. Public health, health promotion and the health of people in prison. *Community pract*. 2006 jan;79(1):19-22

## Les aspects législatifs français des soins en milieu carcéral

En France, la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale ont considérablement modifié les modalités de la prise en charge sanitaire des détenus. Désormais, la prise en charge des aspects somatiques et psychiatriques des détenus, aussi bien dans les dimensions de soin que dans la prévention, est confiée au service public hospitalier. Tous les établissements pénitentiaires sont dorénavant rattachés par convention à un centre hospitalier. Cette loi intègre ainsi les détenus au système de santé de droit commun.

Jusqu'alors, l'administration pénitentiaire assurait la prise en charge sanitaire des détenus en leur octroyant un droit minimum aux soins qui excluait les consultations, les opérations ou les appareillages ne présentant pas de caractère d'urgence. Les détenus perdaient à partir de leur incarcération le bénéfice de la sécurité sociale. Le dispositif prévoyait qu'une infirmière était présente à l'intérieur de la prison, à laquelle était attaché un personnel médical ou infirmier vacataire, recruté par le ministère de la Justice. En 1993, le budget de cette prise en charge s'élevait à 52 millions d'euros.

A partir des années 80, une réflexion a été menée par le ministère de la Justice dont l'objectif était d'améliorer l'accès aux soins

des personnes détenues. En effet, selon la loi, la peine d’incarcération doit uniquement constituer une entrave à la liberté d’aller et de venir. Le droit à la santé, au même titre que le droit à la formation et au travail, devait pouvoir s’exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires au sein desquels, les détenus devaient pouvoir prétendre à des soins équivalents à ceux proposés à la population générale.

C’est sur le modèle de la prise en charge de la santé mentale des détenus que la réforme de 1994 s’est bâtie. En effet, depuis 1986, les Services médico psychologiques régionaux avaient déjà permis l’implantation d’équipes hospitalières au sein d’un certain nombre d’établissements pénitentiaires.

Depuis 1984, le contrôle de l’action sanitaire en milieu carcéral était réalisé par l’inspection générale des affaires sociales et les services déconcentrés du ministère de la santé. Mais c’est sur la base de trois expérimentations du recours aux services hospitaliers (Laon, Châteauroux et Saint-Quentin Fallavier) menées en 1992 ainsi que sur celles de conventions avec les centres d’information et de soins pour la prise en charge des malades atteints du SIDA, que la pertinence du transfert des responsabilités de la prise en charge sanitaire des détenus aux services publics hospitaliers a été définitivement validée.

L’augmentation du nombre de pathologies infectieuses et particulièrement complexes (toxicomanie, hépatites B et C, VIH, toxicomanie) en détention a encouragé l’administration pénitentiaire, sous l’impulsion d’un

rapport élaboré en 1993<sup>32</sup> par le Haut Comité de la santé publique, à « *rechercher et à proposer les modalités d’un dispositif de prise en charge sanitaire des détenus adapté aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique* ».

Les préconisations de ce rapport allaient poser des objectifs en référence à des valeurs partagées :

- la protection de la personne détenue comme de celle de ses proches ;
- la lutte contre l’exclusion, notamment en matière d’accès aux soins et d’insertion en permettant aux détenus de bénéficier d’une couverture sociale et de soins de même qualité que ceux prodigués à la population générale.

La démarche dite de « santé publique » est ainsi caractérisée par une double approche, à la fois individuelle et collective. En effet, elle vise aussi bien la satisfaction des besoins de santé individuels que la préservation de la santé de la population générale.

L’application d’une démarche de santé publique à l’égard du soin aux détenus allait entraîner des modifications importantes dans les aspects organisationnels et même cliniques de la prise en charge sanitaire des détenus :

Depuis 1994 et à compter de leur date d’incarcération, les détenus sont affiliés obligatoirement au régime général de la sécurité sociale et acquièrent la qualité

<sup>32</sup> Haut Comité de Santé Publique. 1993 Rapport sur l’amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. 1993

« d'assurés sociaux ». Les détenus ainsi que leurs ayants droits bénéficient alors des prestations des assurances maladies ou maternité.

Les personnels de santé exerçant auprès des détenus voient aussi leur statut changer, de fonctionnaire de l'administration pénitentiaire à celui de personnel détaché de la fonction publique hospitalière.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires ont été créées<sup>33</sup> pour optimiser la prise en charge somatique des personnes incarcérées. Implantées dans le milieu carcéral, leurs missions sont d'assurer les soins, les actions de prévention et d'éducation pour la santé, le suivi sanitaire et l'aide à la réinsertion des détenus à la sortie de prison. Elles dispensent des soins aux personnes détenues dont l'état de santé ne nécessite ni une hospitalisation, ni une consultation en milieu hospitalier. En revanche, il revient à l'UCSA de proposer l'hospitalisation d'un détenu dont l'état de santé le nécessite.

## Les dysfonctionnements dans l'organisation antérieure des hospitalisations somatiques

Avant la mise en place des UHSI, l'hospitalisation des détenus avait été critiquée aussi

bien par les représentants des personnels pénitentiaires et des forces de l'ordre que par les associations des professionnels de santé.

Les aspects sécuritaires, tout d'abord, avaient été jugés défaillants, le risque d'évasion avait été considéré comme important lors des transferts des détenus dans les hôpitaux de rattachement.

Au niveau des aspects sanitaires, ensuite, les problèmes d'organisation ainsi que les contraintes inhérentes au milieu carcéral nuisaient à la qualité de la prise en charge sanitaire des détenus. La cour européenne des droits de l'homme a ainsi été saisie à différentes reprises<sup>34, 35, 36, 37, 38</sup> concernant des situations dans lesquelles des détenus n'auraient pas pu bénéficier de leur droit à la santé. Le droit conventionnel ne contient en effet pas de disposition spécifique relative aux personnes privées de liberté, et *a fortiori* aux personnes malades, privées de liberté. Par conséquent, l'article 3 de la Convention Européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales sert de référence aux droits aux soins des personnes détenues et pose comme principe que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines et des traitements inhumains ou dégradants ». Cet article

<sup>33</sup> Décret n°94-629 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire

<sup>34</sup> Affaire Matencio c. France, 15 janvier 2004, requête n°58749/00

<sup>35</sup> Affaire Gelfmann c. France, 14 décembre 2004, requête n° 25875/03

<sup>36</sup> Affaire Rivièrè c. France, 11 juillet 2006, requête n° 33834/03

<sup>37</sup> Affaire Vincent c. France, 24 octobre 2006, requête n° 33834/03

<sup>38</sup> Affaire Hénaf c. France, 27 novembre 2003, requête n° 65436/01

impose donc à l'Etat de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine. Les modalités de l'exécution de la mesure ne doivent pas soumettre le détenu à une détresse, à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérente à la détention. Le manque de soins médicaux appropriés, et plus généralement, la détention d'une personne malade dans des conditions inadéquates, peut en principe, constituer un traitement contraire à l'article 3.

En 2002, la cour européenne des droits de l'homme a ainsi été saisie au sujet d'un détenu<sup>39</sup> dont l'état de santé avait été considéré par les médecins comme inconciliable avec la détention. Ce détenu avait de surcroît, subi des conditions de transfert et de consultation en milieu hospitalier inadéquates au regard de l'article 3 de la Convention Européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le port de menottes par le requérant a été jugé au regard « du risque de fuite, de blessure ou de dommage ». La Cour a retenu l'état de santé du requérant, le fait qu'il s'agit d'une hospitalisation, l'inconfort du déroulement de la séance de chimiothérapie et la faiblesse physique de l'intéressé pour considérer que le port des menottes était disproportionné au regard des nécessités de sécurité. La Cour a en effet noté

l'absence d'antécédents et de références faisant sérieusement craindre un risque important de fuite ou de violence. La Cour avait jugé que les autorités nationales n'avaient pas assuré une prise en charge de l'état de santé du requérant lui permettant d'éviter des traitements contraires à l'article 3 de la Convention.

Avec la création des UCSA, l'amélioration de la prise en charge somatique des détenus a eu pour conséquence un recours croissant aux hospitalisations. Entre 1997 et 2000, l'ensemble des extractions vers l'hôpital général a augmenté de 31%<sup>40</sup>. Plus précisément, les hospitalisations pour soins d'urgence ont augmenté de 54%, les consultations hospitalières et les hospitalisations de jour de 23% et les hospitalisations programmées de 10%. Dans ce cadre, l'hospitalisation des détenus a fait l'objet d'une réflexion mettant en perspective les besoins de santé des détenus avec les aspects sécuritaires et organisationnels qu'elle nécessite<sup>41</sup>.

Selon le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ14, l'augmentation du recours à l'hospitalisation devait être considérée comme le signe de l'élévation de la qualité des soins destinés aux détenus. Cependant, cette évolution avait été critiquée par les représentants de l'administration pénitentiaire et par les forces de l'ordre qui mettaient en avant les « multiples difficultés liées à l'organisation des

<sup>39</sup> Affaire Mouisel c. France. Arrêt Strasbourg, 14 novembre 2002. Requête n° 67263/01

<sup>40</sup> L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. IGAS, IGSJ. Juin 2001

<sup>41</sup> La documentation française : rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées. 1995

extractions médicales ». Les risques d'évasion avaient été considérés comme importants lors des extractions vers l'hôpital.

Afin de diminuer les problèmes liés à l'extraction, à la garde des détenus hospitalisés dans des hôpitaux de rattachement et de proposer aux détenus des soins de même qualité que ceux destinés à la population générale, l'organisation de l'hospitalisation des détenus a été modifiée : les Unité Hospitalières Sécurisées Interrégionales<sup>42</sup> ont été créées et réparties selon un nouveau schéma national comprenant 8 inter régions.

## L'organisation actuelle de l'hospitalisation somatique des détenus

L'établissement hospitalier dit « de rattachement », établit un protocole avec le ou les chefs d'établissement pénitentiaire concernés et les forces de l'ordre afin de déterminer, en fonction notamment de la topographie des lieux, les mesures à prendre permettant d'accueillir les personnes détenues dans des conditions de sécurité optimales. Le contenu de ces protocoles est fixé par arrêté ministériel. Il est présenté dans une partie suivante de ce rapport.

Lorsque les examens ou les soins ne peuvent pas être délivrés en milieu carcéral, il est de la charge de l'établissement de santé signataire du protocole de collaboration avec

l'établissement pénitentiaire, d'organiser la prise en charge sanitaire de la personne détenue, qu'il s'agisse d'une consultation, d'un examen spécialisé ou d'une hospitalisation.

Il existe trois types d'hospitalisation en rapport avec une affectation somatique (Articles R. 711-19-2° du CSP et D. 391 a) et b) du CPP) :

### Les hospitalisations d'urgence ou de très courte durée

Les personnes détenues nécessitant une hospitalisation urgente ou de très courte durée sont accueillies par l'établissement de santé signataire du protocole au service des urgences. La notion d'urgence renvoie à des situations où le pronostic vital de la personne détenue est engagé ou aux cas qui nécessitent des actes diagnostiques ou thérapeutiques immédiats. L'alerte peut bien évidemment être donnée par la personne détenue elle-même, mais aussi par le personnel de surveillance. La décision d'hospitalisation d'une personne détenue est de la responsabilité du médecin du service d'accueil et de traitement des urgences, si possible après concertation avec le médecin de l'UCSA. La durée de l'hospitalisation consécutive à l'hospitalisation d'urgence n'est pas limitée dans le temps. Cependant, il est recommandé d'organiser un transfert vers une UHSI lorsque la durée de l'hospitalisation se prolonge, si le médecin responsable de la prise en charge du détenu et le médecin de l'UHSI estiment compatible l'état de santé de la personne détenue avec les offres de soin

<sup>42</sup> Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, JO du 31 août 2000



de l'UHSI et s'il reste des chambres disponibles à l'UHSI.

### **Les hospitalisations programmées de très courte durée**

Ces hospitalisations correspondent à un délai inférieur à 48 heures.

Cependant, lorsque le temps de trajet vers l'UHSI la plus proche est important, le Préfet du département peut, de manière très ponctuelle, donner son accord en vue d'une prolongation de la durée du séjour dans l'hôpital de rattachement.

Il reste du ressort du médecin de l'UCSA de trouver l'établissement adapté (doté d'un plateau technique correspondant aux besoins de santé de la personne détenue). La responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe au praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle est hospitalisée la personne détenue.

Dans le cas d'un délai inférieur à 48 heures, la personne détenue sera hospitalisée dans une chambre sécurisée comme le préconise la note du 17 mai 2001 du ministère de l'intérieur ; à moins que son état de santé ne nécessite qu'il soit hospitalisé dans un service spécialisé non doté de chambre sécurisée.

La mise en place des chambres sécurisées répond à un cahier des charges spécifique (note du 17 mai 2001, ministère de l'intérieur). Leur implantation est prévue au sein des services actifs de l'hôpital, le plus près possible du plateau technique et de préférence à l'étage. Il est aussi stipulé qu'aucun

détail ne doit permettre l'identification de ces chambres par rapport aux chambres traditionnelles. Leur aspect extérieur doit ainsi être banalisé.

### **Les hospitalisations dans les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)**

Lorsque l'hospitalisation d'un détenu excède 48 heures, il est transféré en règle générale dans l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale dont dépend son établissement. La création des UHSI a été encadrée par l'arrêté interministériel du 24 août 2000. L'objectif de ces unités est d'améliorer la conciliation des éléments sanitaires et sécuritaires inhérents à l'hospitalisation des détenus. Les UHSI sont implantées dans les centres hospitaliers régionaux de Bordeaux, Lille, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille et Lyon. L'établissement public de santé régional de Fresnes constitue le huitième pôle d'hospitalisation interrégional des détenus hospitalisés en complémentarité avec l'UHSI de Paris implanté au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière de l'assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette dernière, en plus de sa vocation régionale, à une vocation nationale de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.

Pour chaque UHSI, un protocole détermine l'effectif nécessaire en termes de ressources humaines. Celui attribué par l'administration pénitentiaire pour assurer la garde des détenus au sein de l'unité, et celui attribué par les forces de police pour assurer la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de

son accès. Ce même protocole détermine le principe d'un effectif de police ou de gendarmerie « proportionnel aux besoins du moment » par rapport aux escortes (aller retour de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé, escorte à l'intérieur de l'établissement de santé quand les détenus doivent accéder à un autre service de l'hôpital).

En annexe de l'Arrêté du 24 août 2000 un cahier des charges détaille l'implantation générale de l'unité, ses fonctionnalités générales et les spécifications techniques de l'équipement médical et mobilier. Trois schémas illustrent respectivement, l'unité de soin, la zone d'entrée et de contrôle ainsi que la programmation détaillée de la zone d'hospitalisation.

Concernant l'implantation des UHSI, sa proximité avec un plateau technique et les services actifs de l'hôpital est obligatoire. De même, l'Arrêté préconise une situation en étage et en extrémité du bâtiment, et une limitation des vis-à-vis construits (bâtiments, pylônes) ou naturels (butte, colline) proches. Les cours de promenades ne sont pas prévues dans les UHSI.

Concernant la fonctionnalité générale, les UHSI comprennent une unité de soin classique qui est le lieu d'hébergement des détenus et de la réalisation des soins, dont les circulations internes sont sous la responsabilité pénitentiaire. Les UHSI comprennent aussi un accès unique dont le contrôle est assuré par les forces de police ou de gendarmerie. Le périmètre extérieur de l'UHSI est renforcé au niveau de sa sécurité visant l'empêche-

ment de toutes tentatives d'évasion, d'intrusion ou de communication avec l'extérieur. La sécurité dans les UHSI se décline selon quatre axes :

- La prévention des évasions des détenus hospitalisés à l'UHSI ;
- La protection des détenus d'une éventuelle agression extérieure ;
- La prévention de toute entrée en force dans l'unité provenant de l'extérieur ;
- La surveillance et la prévention de toute tentative d'agression d'un détenu à l'encontre du personnel (soignant ou de garde) et toute tentative « d'autodestruction ».

La sécurité du périmètre extérieur de l'UHSI, du transfert des détenus entre l'établissement pénitentiaire d'origine et l'UHSI, et entre l'UHSI et les services de l'hôpital, a fait l'objet d'un débat concernant la mise en place d'une nouvelle répartition des missions entre l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre. Conformément aux principes de la LOPSI du 29 août 2002, les forces de l'ordre se devaient de recentrer leurs missions en se désengageant de la mission de transfert des détenus depuis leur établissement d'affectation jusqu'à l'UHSI dont ils dépendent. A l'issue d'une réunion interministérielle en date du 13 novembre 2006, le cabinet du premier ministre a décidé de transférer à l'administration pénitentiaire les missions relatives à l'escorte et à la garde des détenus hospitalisés dans des établissements de santé ou dans les UHSI. Les UHSI de Toulouse et de Marseille ont été les deux premières à expérimenter ce transfert de missions.

Aujourd'hui, l'ouverture des UHSI de Paris et de Rennes réactualise la question de la responsabilité des escortes et des gardes statiques, mais se heurte surtout au besoin de définition des modalités et des mesures pratiques permettant à la direction de l'administration pénitentiaire d'envisager les ressources nécessaires à la réalisation de ces nouvelles missions d'escorte et de garde. Il apparaît que l'arbitrage effectué en 2006 nécessitait d'être accompagné de perspectives pratiques que les deux rapports réalisés à ce sujet n'avaient pas complètement fournies (Rapports dits « Fougier » en 1995 et « Belluteau » en 2004). Les conclusions du « rapport Fougier » tout d'abord, confirmant l'intérêt du transfert de ces missions, insistait davantage sur son coût budgétaire. Et le rapport « Belluteau », ensuite, a permis un chiffrage détaillé du coût des mesures décidées, mais uniquement dans la zone de la direction régionale des services pénitentiaire de Strasbourg. Un dernier rapport<sup>43</sup> portant sur l'évaluation des coûts budgétaires induits par l'octroi des missions relatives à la prise en charge des gardes et des escortes médicales (effectifs et coûts afférents) par l'administration pénitentiaire préconise entre autre :

- la confirmation de la pertinence du transfert des missions de la police et de la gendarmerie dans les UHSI à l'administration pénitentiaire sur une période de trois ans ;

<sup>43</sup> Mission d'audit de modernisation, sur « le transfert à l'administration pénitentiaire de la mission de garde et d'escorte des détenus hospitalisés », avril 2007

- l'accélération de la réalisation du programme de création de chambres sécurisées dans les hôpitaux de proximité ;
- la densification de la prise en charge sanitaire des détenus à l'UCSA ;
- l'amélioration du pilotage du système des transfèvements dans le cadre d'un partenariat renforcé entre l'administration de la santé et l'administration pénitentiaire, notamment par les mesure suivantes :

- créer des comités de suivi aux niveaux national, régional et local ;
- renforcer le rôle des DRSP (aujourd'hui DI) dans la gestion des emplois et des crédits ;
- créer un emploi de médecin conseil auprès du DRSP, chargé notamment de la régulation des extractions.

La création des UHSI s'accompagne donc d'enjeux différents liés à l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins aux détenus, à l'effectivité de la collaboration entre les administrations de la santé et pénitentiaire et à l'attribution de responsabilités nouvelles à l'administration pénitentiaire en matière d'escortes et de gardes dans le cadre de consultations médicales hospitalières.

Afin de mieux saisir les composantes de ces points d'amélioration visés par la création des UHSI, nous avons réalisé des recherches bibliographiques concernant les modalités de l'exercice professionnel pénitentiaire et soignant dans le cadre du soin aux détenus et plus particulièrement dans le cadre de l'hospitalisation. Nous envisageons en effet que ces éléments rendus disponibles permettraient de préciser les pratiques profession-

nelles à l'UHSI ainsi que les conséquences du transfert de la responsabilité de la périmétrie extérieure et des escortes des détenus aux personnels pénitentiaires.

La création des UHSI constitue une continuité dans l'amélioration de la qualité

des soins apportés aux détenus impulsée par la loi de 1994. Elle vise aussi l'amélioration des aspects sécuritaires relatifs aux transferts des détenus qui nécessitent une hospitalisation. Le nouveau schéma d'hospitalisation doit donc tenir compte de différentes logiques (sociales, judiciaires, sanitaires et de sécurité) et l'implantation d'unités sécurisées dans les CHRU devrait permettre d'associer différents objectifs (de qualité des soins, sécuritaires...). Selon le législateur, la réussite de la réforme de 1994 « est subordonnée au plein engagement des services publics hospitaliers et pénitentiaires, à l'adhésion de l'ensemble des personnels à cette nouvelle conception de la prise en charge des détenus, à la mobilisation et à la collaboration des services déconcentrés et à l'appui des services centraux. L'ensemble des partenaires concernés doit pleinement contribuer à cette mission de service public ».

La création des UHSI réactualise cette réflexion déjà existante sur la collaboration entre les personnels pénitentiaires et les personnels médicaux. Et cette collaboration est d'autant plus importante qu'elle concerne les acteurs de la prise en charge de la population carcérale - population particulièrement vulnérable - dont on ne connaît pas encore suffisamment ni l'état de santé ni leur vécu de l'hospitalisation.

La nouveauté du dispositif nous entraîne à mener un questionnement exploratoire en

## Deuxième partie Résultats

nous interrogeant sur la façon dont les professionnels de l'UHSI élaborent les

différents aspects de cette unité tant aux niveaux structurels (aspects relatifs aux décisions institutionnelles), organisationnels (aspects relatifs à l'organisation et aux pratiques professionnelles) que cliniques (aspects relatifs aux bénéficiaires du dispositif). L'UHSI est-elle caractérisée par une évolution des pratiques professionnelles ou par des pratiques spécifiques ? Comment s'articule la prise en charge pénitentiaire et sanitaire des détenus hospitalisés à l'UHSI ?

L'explicitation du positionnement des détenus hospitalisés à l'UHSI nous apparaît aussi pertinente car ils bénéficient d'une prise en charge inédite présentée comme une amélioration de la qualité et de la continuité des soins qui leur sont proposés. Comment les détenus envisagent-ils leur hospitalisation à l'UHSI ?

Dans un premier temps, nous allons décrire les différentes étapes qui ont jalonné l'implantation de l'UHSI de Toulouse dans le CHRU de Rangueil. Nous exposerons ensuite son organisation d'un point de vue pénitentiaire et médical ainsi que les différentes modalités de son activité pendant l'année 2007.

La qualité des soins visée par la création des UHSI ne peut être soutenue sans une exploration des connaissances relatives aux caractéristiques sanitaires des détenus. La revue de

la littérature que nous avons réalisée (partie I) au sujet de la vulnérabilité de cette population et de la complexité de son profil sanitaire permet de comprendre la nécessaire adaptation que ce dispositif doit mener pour répondre à la variété des expressions pathologiques aussi bien somatiques que psychiatriques. Nous nous attacherons donc à comprendre le vécu de l'hospitalisation et du parcours de soin emprunté par les détenus hospitalisés à l'UHSI de Toulouse, en rendant compte des résultats des entretiens réalisés avec les détenus et des questionnaires concernant l'exploration d'éventuels symptômes anxieux et/ou dépressifs au moment de l'hospitalisation.

L'amélioration de la sécurité des hospitalisations sera analysée à partir de documents officiels qui traitent de la sécurité des hospitalisations et des responsabilités des personnels soignants et pénitentiaires dans l'application et le respect des règles de sécurité. Nous n'avons trouvé aucun document qui propose une analyse de l'articulation des aspects sécuritaires du fonctionnement de l'UHSI à la conduite de ses missions de soin. Les préconisations repérées et présentées proposent certes un cadre en termes de responsabilités et de tâches à réaliser pour chaque corps professionnel. Mais nous n'avons trouvé aucun document traitant de la définition et de l'articulation des pratiques spécifiques pénitentiaires et soignantes à l'UHSI. Nous présenterons donc dans un troisième temps les résultats des entretiens menés avec les personnels pénitentiaires et

soignants de l'UHSI de Toulouse dont les thématiques principales seront analysées au regard des connaissances actuellement disponibles sur ce sujet.

## Aspects structurels et organisationnels de l'UHSI de Toulouse

### L'implantation de l'UHSI de Toulouse

#### Historique de l'implantation de l'UHSI de Toulouse

Différentes étapes ont structuré la mise en place de l'UHSI de Toulouse dont l'ouverture a été effective en décembre 2006.

D'un point de vue pénitentiaire, la première étape de mai 2005 à mars 2007, a été encadrée par un comité de pilotage régional et a permis l'ouverture de l'UHSI ainsi que la coordination des différents acteurs qui la constituent : l'administration pénitentiaire (chargée de la sécurité intérieure de l'UHSI), l'administration hospitalière (chargée des soins), la Police Nationale (chargée la sécurité extérieure) et la Gendarmerie (chargée de la sécurité des extractions).

La deuxième étape a été encadrée par l'Etat Major de Sécurité (EMS 4) et a débuté en mars 2007. A partir de cette date, la sécurité extérieure et intérieure, ainsi que les extractions ont été placées sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire.

D'un point de vue hospitalier, l'UHSI de Toulouse va être soumis à changement de sa tarification. En effet, jusqu'à décembre 2008,

les UHSI étaient financées par des crédits dits « MIGAC » indépendants des types d'actes médicaux effectués et non liés à l'activité. Celle-ci bénéficiait d'une dotation fixe. Ainsi, l'UHSI a été dotée de manière optimale pour son ouverture. Un changement est en cours à l'heure où nous rédigeons ce rapport concernant l'application d'un autre mode de financement appelé la T2A. Une meilleure transparence des crédits MIGAC a été souhaitée par une déduction de ces crédits en fonction des recettes tarifaires. Ce nouveau mode de financement mixte (MIGAC + T2A) risque de modifier le fonctionnement de l'UHSI qui devra gérer une contrainte supplémentaire liée à la durée moyenne de séjour (DMS). Cette tarification implique en effet la nécessité de tenir compte du temps de séjour des patients à l'hôpital. Une réflexion a ainsi été menée lors de la rencontre entre les acteurs médicaux des UHSI à Bordeaux, le 19 janvier 2009, sur les éléments qui rallongent les durées moyennes de séjour (ce qui est délétère en termes économiques si l'on se base sur les calculs des DMS au niveau national sur les tarifs T2A). Une analyse a montré qu'un des facteurs impliqués dans l'allongement de la durée de séjour est la disponibilité des escortes pénitentiaires, et n'est donc pas fonction de la gestion directe du service hospitalier. Par exemple, des détenus ont été obligés de prolonger leur séjour à l'UHSI en raison du manque d'escorte alors que les médecins avaient autorisé leur retour en établissement pénitentiaire.

Une réflexion est en cours pour anticiper les conséquences possibles de cette nouvelle tarification sur le fonctionnement et les contraintes de l'UHSI.

### **La formation commune des futurs agents de l'UHSI**

Il est à noter que les personnels soignants et pénitentiaires ont suivi, avant leur affectation à l'UHSI, une formation de trois semaines organisée par la Direction Interrégionale, dont certains modules ont été donnés en commun aux différents personnels. De plus, les agents pénitentiaires ont effectué une journée d'observation dans un hôpital et les personnels soignants ont pu visiter des établissements pénitentiaires. L'objectif de ces sessions de formation était de favoriser la cohésion d'équipe par une meilleure connaissance et compréhension de la pratique de l'autre corps de métier. Les personnels soignants ont été à ce titre sensibilisés aux différentes règles de sécurité qui régissent le fonctionnement des établissements pénitentiaires et de la prise en charge des détenus.

### **La formation à l'armement des personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI dans le cadre du remplacement des personnels de la Police**

Les personnels pénitentiaires affectés à l'UHSI en avril 2007 ont pu bénéficier d'une formation d'une semaine à l'École Nationale d'Administration Pénitentiaire, afin d'apprendre le principe de la légitime défense et le maniement des armes attri-

buées. Ainsi, les agents de l'UHSI ont reçu une formation d'une après-midi par arme (trois après-midi) associée à une mise en situation ; le reste de la semaine ayant été consacré à l'explication théorique des techniques d'intervention et des règles de sécurité régissant la possession d'armes.

Selon les responsables de cette formation rencontrés à l'ENAP, les agents n'ont pu, en si peu de temps, que réaliser des apprentissages minimes au regard des besoins en formation qu'implique l'obtention de ces nouvelles missions.

### **La mise en place de partenariats intra hospitaliers**

Un médecin praticien hospitalier a été nommé à partir d'avril 2006 afin de mettre en place les éléments organisationnels de l'UHSI. Elle avait auparavant travaillé à l'UCSA des prisons de Seysses et de Muret et assurait des consultations en dermatologie. Elle a ensuite passé sa capacité de médecine en milieu pénitentiaire.

Elle n'a signalé aucune difficulté particulière concernant l'implantation de l'UHSI dans le Centre Hospitalier de Ranguéil. Le praticien hospitalier et la cadre infirmier de l'UHSI ont consacré beaucoup de temps à la mise en place de partenariats avec les autres services de l'hôpital de Ranguéil afin de faciliter l'accès aux soins pour les détenus et l'organisation des escortes.

Par exemple, tous les chefs de blocs chirurgicaux de Ranguéil ont été rencontrés pour fluidifier l'organisation des interventions chirurgicales et des examens complémen-

taires qui ne pouvaient pas être effectués à l'UHSI. Elle a également demandé que les patients de l'UHSI soient pris en rendez-vous à la première consultation du matin (à 8H30), afin d'éviter que le temps de sortie du détenu ne soit trop long et que la salle d'attente du service soit occupée par l'escorte.

### **La mise en place de partenariats extra hospitaliers**

Concernant les partenariats, la responsable médicale a aussi systématisé lors de l'ouverture de l'UHSI des rencontres avec le SPIP de Toulouse dans le but de coordonner la prise en charge sanitaire des détenus avec leur contexte social. Les membres du SPIP de Seysses passent deux fois par semaine afin de rencontrer les patients et l'équipe soignante.

L'équipe médicale a aussi souhaité que les relations entre les établissements pénitentiaires de l'inter-région et l'UHSI fassent l'objet d'une certaine fluidité étant donné la diversité des contraintes à la fois pénitentiaires et hospitalières inhérentes à la prise en charge du détenu. Ces relations sont facilitées par la présence de professionnels médicaux qui, dans le cadre de leur activité, se déplacent régulièrement dans les différents établissements qui jalonnent le parcours de l'hospitalisation des détenus. Par exemple, les médecins de l'UHSI effectuent des consultations dans les établissements pénitentiaires de la région toulousaine. Ils connaissent ainsi le fonctionnement et les règles de ces



établissements, et peuvent interagir régulièrement avec les médecins des UCSA.

### L'activité de l'UHSI de Toulouse sur l'année 2007

En 2007, sur les 326 hospitalisations réalisées, 236 ont été programmées et 90 relevaient de

situations d'urgence. En 2008, sur les 313 hospitalisations réalisées (en nov. 2008, moment de la rédaction de ce rapport), 223 ont été programmées et 31 relevaient d'une situation d'urgence.

### Nombre de détenus hospitalisés (2007 - 2008) répartis selon leurs établissements d'origine

| Etablissements pénitentiaires d'origine |                          |      |         |        |             |      |            |       |           |       |       |           |       |            |        |         |        |       |
|---|--------------------------|------|---------|--------|-------------|------|------------|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|------------|--------|---------|--------|-------|
| Années                                  | Durée d'hospit. en jours | Albi | Béziers | Cahors | Carcassonne | Foix | Lannemezan | Mende | Montauban | Muret | Nîmes | Perpignan | Rodez | St Sulpice | Tarbes | Seysses | v.l.m. | TOTAL |
| 2007                                    | 8.8                      | 7    | 2       | 4      | 4           | 7    | 9          | 1     | 5         | 132   | 5     | 21        | 1     | 2          | 1      | 117     | 8      | 326   |
| 2008                                    | 7.3                      | 6    | 7       | 3      | 5           | 8    | 14         | 3     | 10        | 98    | 7     | 21        | 4     | 3          | 3      | 109     | 12     | 313   |

Nous repérons que la majorité des détenus hospitalisés à l'UHSI de Toulouse proviennent des établissements pénitentiaires proches (Seysses et Muret) d'un point de vue géographique. Très peu de détenus provenant d'établissements pénitentiaires éloignés de l'UHSI y sont hospitalisés (Mande, Nîmes, Tarbes...). Il aurait été pertinent d'adresser des questionnaires aux directeurs et aux

médecins responsables des UCSA de ces établissements ; ceci aurait permis d'appréhender leur connaissance du fonctionnement de l'UHSI ainsi que son degré de coordination effective avec l'UCSA.

### Bilan de fonctionnement du 1er janvier au 31 décembre 2007

### Nombre d'hospitalisations (entrées, sorties) Total : 323

| JAN | FEV | MARS | AVRIL | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|-----|-----|------|-------|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| 16  | 24  | 30   | 19    | 29  | 26   | 26   | 37   | 31   | 39  | 27  | 17  |

## Admissions de moins de 48 heures

**Total : 37**

|           | Nombre d'entrées | Nombre de journées | Nombre moyen de malades par jour | Taux d'occupation |
|-----------|------------------|--------------------|----------------------------------|-------------------|
| Janvier   | 16               | 127                | 4                                | 25 %              |
| Février   | 24               | 248                | 9                                | 56 %              |
| Mars      | 21               | 217                | 7                                | 44 %              |
| Avril     | 19               | 187                | 6                                | 38 %              |
| Mai       | 29               | 254                | 8                                | 50 %              |
| Juin      | 26               | 275                | 7                                | 49 %              |
| Juillet   | 26               | 170                | 7                                | 34 %              |
| Août      | 37               | 257                | 9                                | 49 %              |
| Septembre | 31               | 196                | 7                                | 48 %              |
| Octobre   | 39               | 306                | 10                               | 59 %              |
| Novembre  | 27               | 326                | 11                               |                   |
| Décembre  | 17               | 201                | 7                                |                   |

Nous repérons que le taux de fréquentation de cette unité a été relativement faible. Il s'étend de 25% à 59%.

Types d'admission :

- entrées programmées des établissements pénitentiaires : 229
- entrée post-urgences : 54
- relais autres services du CHU (réa - SI) : 33
- relais autres services hors CHU (Centres Hospitaliers régionaux) : 12

## Durée moyenne de séjour sur l'année 2007

| JAN | FEV | MARS | AVRIL | MAI | JUIN | JUIL | AOUT | SEPT | OCT | NOV | DEC |
|-----|-----|------|-------|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| 7   | 10  | 9    | 8     | 9   | 8    | 7    | 8    | 6    | 7   | 6   | 9   |

La durée du séjour s'étend de deux jours à deux mois et demi. La moyenne annuelle de la durée moyenne de séjour est de 9 jours. Il arrive qu'il soit prolongé en raison de la révélation d'autres pathologies jusque là

inconnues. L'âge moyen des patients est de 50 ans, les motifs d'hospitalisation les plus courants sont les pathologies cardiovasculaires sur le plan médical et la pathologie orthopédique sur le plan chirurgical.

**Spécialités médicales  
du 11 décembre 2006 au 31 décembre 2007  
Médical : 60 % - Chirurgical : 40 %**

|                             |                  |              |          |        |                              |     |                            |             |             |          |             |
|-----------------------------|------------------|--------------|----------|--------|------------------------------|-----|----------------------------|-------------|-------------|----------|-------------|
| Cancérologie<br>Hématologie | Cardiovasculaire | Diabétologie | Digestif | Divers | Neurologie<br>Neurochirurgie | ORL | Orthopédie<br>Rhumatologie | Pneumologie | Tuberculose | Urologie | Psychiatrie |
| 20                          | 65               | 7            | 37       | 39     | 17                           | 13  | 58                         | 18          | 2           | 36       | 11          |

## L'organisation du service

### L'organisation pénitentiaire

Au niveau administratif et pénitentiaire, l'UHSI de Toulouse dépend de la Maison d'Arrêt de Seysses. Tous les agents pénitentiaires de l'UHSI viennent donc de cet établissement, sauf le responsable pénitentiaire, qui travaillait jusqu'alors dans un centre de détention. Ce dernier bénéficie d'une équipe d'encadrement composée d'une adjointe et de six 1<sup>er</sup> surveillants. Les entretiens avec le responsable pénitentiaire ont mis en évidence l'influence de la taille de la structure sur la dynamique d'équipe. Selon lui, la cohésion d'équipe est plus importante à l'UHSI que dans les grands établissements pénitentiaires. On assisterait aussi à une évolution de la pratique des surveillants : à l'ouverture de

l'UHSI, le niveau de la sécurité soutenu par les agents pénitentiaires était plus strict, et « *peut-être même plus qu'en maison d'arrêt* ». Puis, sous la pression de l'équipe soignante, certaines règles se sont adoucies (le nombre autorisé d'ouverture simultanée des portes des chambres). Depuis, le responsable pénitentiaire tente de concilier les exigences sécuritaires aux impératifs de l'organisation sanitaire et oeuvre, avec le premier surveillant, à maintenir une collaboration effective et harmonieuse avec les personnels soignants.

Tous les surveillants qui travaillent à l'UHSI ont été volontaires et viennent de la maison d'arrêt de Seysses. Il y a eu beaucoup de demande pour travailler à l'UHSI lors de la première phase de recrutement (avant le départ de la police) à l'ouverture du service.

Lors de la deuxième phase de recrutement, il y a eu beaucoup moins de demandes en raison du port d'arme. Les entretiens avec les responsables pénitentiaires ont en effet montré que les personnels pénitentiaires ont été peu motivés par l'attribution d'une arme.

### **L'organisation médicale**

Les personnels de l'UHSI sont placés sous la responsabilité du chef de service de médecine légale de l'Hôpital de Ranguel. Ce service accueille aussi la spécialité de la médecine pénitentiaire. La gestion de l'UHSI par le service de médecine légale a ainsi permis de faciliter les relations entre les responsables pénitentiaires et médicaux, ces derniers étant déjà aguerris au contexte carcéral et à la collaboration avec des équipes pénitentiaires. Certaines UHSI sont en effet placées sous la responsabilité du chef de service des urgences, dont les liens avec le milieu carcéral sont moins réguliers. L'équipe soignante de l'UHSI de Toulouse est composée de personnels permanents :

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| ▶ médecins PH                         | 2.5 ETP  |
| ▶ cadre de santé                      | 1 ETP    |
| ▶ secrétaires médicales               | 1.5 ETP  |
| ▶ IDE (infirmière)                    | 16 ETP   |
| ▶ AS (aides soignantes)               | 13 ETP   |
| ▶ Assistant                           |          |
| des Services Hospitaliers             | 5 ETP    |
| <i>et de prestataires spécialisés</i> |          |
| ▶ Kinésithérapeute                    | 0.5 ETP  |
| ▶ Manip radio                         | 0.25 ETP |
| ▶ Pharmacie                           | 0.25 ETP |
| ▶ Diététicienne                       | 0.25 ETP |

Tous les personnels soignants ont été volontaires pour travailler à l'UHSI. Néanmoins, aucun n'avait auparavant travaillé dans une unité de soin en milieu carcéral. Seule la cadre de santé, responsable de l'équipe paramédicale, avait eu des expériences significatives de soins auprès de personnes faisant l'objet de mesures judiciaires (médecine légale, CRA).

16 infirmières sont présentes à tour de rôle sur des tranches de huit heures. Quatre infirmières sont présentes en permanence. Une infirmière est chargée de faire la liaison à chaque changement d'équipe. Une infirmière est chargée de la programmation des hospitalisations (prise de rendez-vous avec les services hospitaliers extra UHSI...). Concernant les escortes, ce sont les aides soignantes qui effectuent le brancardage des détenus.

Dans l'objectif de fluidifier les relations entre l'équipe soignante et l'équipe pénitentiaire de l'UHSI, des réunions de coordination entre les deux équipes sont prévues tous les jeudis et permettent d'évoquer des questions d'organisation et de trouver un consensus sur la manière optimale d'articuler les différents objectifs sécuritaires et sanitaires.

### **Les difficultés dans le fonctionnement de l'UHSI**

D'après le praticien hospitalier responsable de l'UHSI, les contraintes sécuritaires sont très présentes dans le fonctionnement de l'UHSI et l'organisation des hospitalisations est ainsi soumise à des exigences multiples et complexes à articuler : la plupart des actes

(escortes, soins, prise de rendez-vous pour une consultation extérieure à l'UHSI) doivent être anticipés selon les contraintes suivantes :

- Les UCSA ne peuvent pas faire plus de deux extractions par jour. Il faut donc faire coïncider cette exigence avec la disponibilité des chirurgiens de l'hôpital dans le cas d'une consultation ou d'une intervention à réaliser et qui sorte des compétences de l'UHSI.

- A l'UHSI, on ne peut ouvrir que deux portes de chambres en même temps et il n'est possible de procéder qu'à deux escortes simultanément en permanence de 7 heures à 19 heures.

Toute action ou initiative doit être réfléchie selon ces règles et donc anticipée jusqu'à faire coïncider ces différents paramètres.

Selon le responsable pénitentiaire de l'UHSI, la majorité des problèmes se concentrent autour de l'ouverture des portes, surtout lorsque il y a plus de 10 détenus hospitalisés dont certains cas peuvent être complexes aussi bien dans la gestion sécuritaire que sanitaire. On repère alors des difficultés d'organisation pour l'équipe soignante qui se heurte à l'ouverture autorisée réduite du nombre de portes.

L'équipe soignante rencontre aussi des difficultés dans l'organisation de l'hospitalisation des détenus particulièrement signalés (DPS). Ces détenus impliquent en effet une mobilisation de moyens sécuritaires supplémentaires et un renforcement de la surveillance des soins et des escortes par une équipe ERIS. L'hospitalisation de ces détenus alourdit d'autant plus le fonctionnement de l'UHSI.

L'équipe soignante la perçoit comme une situation qui génère des contraintes supplémentaires susceptibles d'entraver la qualité et la déontologie des soins qui pourront être réalisés auprès de ce détenu.

Alors que des parloirs avocats et familles avaient été prévus dans le fonctionnement de l'UHSI, très peu ont été réalisés en raison de l'éloignement des familles par rapport à l'UHSI de Toulouse et du séjour généralement court qui ne permet pas d'en organiser. La possibilité d'organiser des rencontres entre le médecin responsable de l'UHSI et les familles des détenus hospitalisés a aussi été intégrée dans le fonctionnement de l'UHSI. Au moment de nos investigations (janvier 2008), une seule famille d'un détenu avait été reçue par le médecin responsable de l'UHSI.

### **Le parcours de l'hospitalisation des détenus : l'exemple de l'hospitalisation de détenu incarcéré en centre de détention**

#### **Les procédures liées à l'hospitalisation à l'UHSI de Toulouse**

L'UHSI est un service de médecine polyvalente qui assure des soins médicaux et/ou chirurgicaux en pré et post opératoire. Deux types d'hospitalisation sont possibles à l'UHSI :

- Celles qui proviennent des urgences. Dans ce cas, le service des urgences contacte par téléphone le responsable médical de l'UHSI qui reçoit le dossier patient identique à celui qui est utilisé dans les autres services hospitaliers.

• Celles qui proviennent des établissements pénitentiaires et des UCSA. Pour ce cas, l'équipe de l'UHSI a élaboré avec l'UCSA une fiche permettant de formaliser les différentes étapes relatives à la demande de l'hospitalisation d'un détenu : la fiche A, appelée « demande d'hospitalisation en UHSI » a été prévue pour que les UCSA formalise les demandes d'hospitalisation et l'adresse par fax à l'UHSI. Ensuite, le responsable médical répond en utilisant autre fiche (fiche B) sur la base des renseignements apportés ; elle peut accepter l'hospitalisation, la mettre en attente (ex : matériel médical nécessaire en cours de livraison) ou la refuser (l'hospitalisation du détenu demande des éléments dont l'UHSI ne dispose pas : ex : chambre blindée pour le soin des cancers de la thyroïde, ou elle concerne un problème psychiatrique pur). Une fiche de liaison avait aussi été élaborée afin d'informer l'administration pénitentiaire des hospitalisations à réaliser (fiche B'). Cette fiche a été conçue spécialement pour la collaboration avec l'établissement pénitentiaire. Les informations concernant le patient qui font l'objet du secret médical y sont absentes et seules figurent les informations nécessaires à l'organisation de l'administration pénitentiaire. Finalement, cette fiche a été informatisée pour une circulation plus rapide des informations entre l'administration pénitentiaire et l'UHSI.

La responsable de l'UHSI a souhaité développer le recueil de données concernant la sortie des patients (fiche C). Ces données lui permettront d'analyser la pertinence de l'hospitalisation, l'écart entre les

diagnostics posés à l'arrivée et à la sortie du patient.

De son côté, le médecin responsable de l'UCSA de Muret explique avoir beaucoup travaillé en équipe afin de clarifier et de structurer le plus possible le parcours de l'hospitalisation. A l'ouverture de l'UHSI des problèmes d'organisation sont en effet très vite apparus. Il a été nécessaire d'ajuster l'organisation de l'hospitalisation. Dans ce sens plusieurs principes ont été posés par les responsables médicaux de l'UCSA et de l'UHSI :

- l'égalité des soins doit être visée ;
- beaucoup de personnels sont impliqués dans le parcours de l'hospitalisation et,
- il est nécessaire de mettre en place une procédure standardisée et claire.

Voici le parcours de l'hospitalisation du détenu, telle qu'il a été élaboré entre l'UCSA du centre de détention de Muret et l'UHSI de Toulouse.

### **L'entrée du détenu dans le parcours de soin en milieu carcéral**

Lorsque le détenu est incarcéré à Muret, il fait l'objet d'une consultation médicale avec l'un des médecins présents de l'U.C.S.A. Comme le montre le tableau en annexe, le suivi de la santé du détenu est assuré par un médecin attitré. S'il le souhaite, il peut demander à changer de médecin traitant, puisque l'équipe médicale est constituée de quatre médecins, trois hommes et une femme. L'entretien a d'ailleurs montré qu'une « distribution » informelle des détenus s'effectuait selon le genre du médecin en

raison de l'attitude parfois agressive, voire dangereuse, de certains détenus à l'égard des femmes.

Les détenus obtiennent une consultation avec le médecin généraliste qui, pour une proportion non négligeable, peut impliquer la nécessité de réaliser des examens complémentaires par une consultation avec un médecin spécialiste. Le spécialiste extérieur, qui se rend au centre de détention, reçoit le détenu en consultation, au terme de laquelle il peut faire état au médecin généraliste de la nécessité d'effectuer un acte médical (examen exploratoire, par exemple) qui relève de la nécessité d'une hospitalisation.

C'est au généraliste de centraliser les informations relatives au détenu ainsi que les différents actes de soin, et de procéder à une synthèse. Afin d'optimiser l'organisation de l'hospitalisation et d'économiser le nombre d'escortes, le médecin traitant tente de regrouper différents soins ou examens nécessaires sur une même sortie. Si la consultation avec le spécialiste a, par exemple, mis en évidence la nécessité d'une intervention chirurgicale et que le détenu doit faire l'objet d'un suivi annuel (comme c'est le cas dans certaines pathologies cardiaques), le médecin traitant va demander à l'UHSI d'organiser l'hospitalisation du détenu en regroupant l'opération prévue avec la réalisation des examens nécessaires au suivi annuel.

Les premières hospitalisations à l'UHSI de Toulouse ont parfois été entravées par des refus exprimés par des détenus à leur arrivée à l'UHSI. Afin d'éviter aux équipes pénitentiaires et soignantes de préparer une hospitalisation inutilement, une procédure d'information cadrée du patient a été impulsée par l'équipe de l'U.C.S.A. :

- Le médecin traitant ayant connaissance des éléments de santé relatifs au détenu, l'informe de la nécessité de procéder à une hospitalisation à l'UHSI.
- Cette hospitalisation s'accompagne de conditions qui font l'objet d'une description très détaillée et standardisée par le médecin (interdiction de fumer, absence de cours de promenade...)
- Puis, 15 jours avant l'hospitalisation du détenu, celui-ci est convoqué par le médecin traitant qui s'assure de sa compréhension des informations médicales le concernant, de son accord pour l'hospitalisation et de sa disponibilité. Cette pré visite permet aussi d'éviter des discussions ultérieures à l'arrivée du détenu à l'UHSI et d'annuler l'hospitalisation dans des délais raisonnables.
- Pour finir, le médecin reçoit le détenu ½ d'heure avant le départ de l'escorte à l'UHSI, en présence des personnels pénitentiaires de l'escorte et de l'infirmière de l'UCSA. Ce dernier entretien avec le détenu permet de confirmer son accord pour l'hospitalisation ainsi que sa compréhension des règles de fonctionnement de l'UHSI.

## **L'entrée du détenu à l'UHSI**

Lorsqu'un détenu est amené par l'escorte, il est démenotté et placé dans sa chambre. Un surveillant réalise une fouille intégrale. Puis, une trousse arrivant est remise au détenu qui contient une paire de claquette, un pyjama et une trousse d'hygiène. Le premier surveillant effectue alors l'empreinte et les procédures relatives au changement d'écrou si le détenu provient d'un autre établissement pénitentiaire que la Maison d'Arrêt dont dépend l'UHSI.

Une audience arrivant est alors organisée dans la chambre du détenu le jour de son arrivée. Cet entretien a pour objectif d'apporter les informations nécessaires au détenu et de procéder au dépistage d'éventuels troubles du comportement et d'un risque suicidaire.

On rappelle alors que même si l'UHSI est dans un hôpital, le détenu conserve néanmoins son statut judiciaire puisque l'administration pénitentiaire est présente. L'équipe pénitentiaire lui explique aussi qu'il doit rester dans sa chambre pendant toute la durée du séjour et que sa sortie de l'UHSI relève de la décision du médecin responsable. Au cours de cet entretien, on informe le détenu qu'il pourra faire l'objet d'une escorte par des personnels pénitentiaires armés. Il lui est aussi rappelé l'absence de cours de promenade, l'interdiction de fumer, mais la mise à disposition de patchs si besoin. On l'informe aussi que la chambre est équipée d'une télévision gratuite et d'une salle de bain, et de la possibilité d'emprunter des livres. Dans le cadre

de cet entretien, on rappelle aussi la disponibilité de l'équipe soignante que le détenu peut solliciter en cas de nécessité, et que les Conseillers d'Insertion et Probation se rendent à l'UHSI le mardi et le vendredi. Ils peuvent ainsi avertir la famille de son hospitalisation et éventuellement organiser un parloir.

Dans le cadre du dépistage des troubles du comportement et du risque suicidaire, on demande au détenu s'il s'agit de sa première incarcération en accordant une attention particulière à son vécu psychologique. Si à cette occasion, le détenu fait état de difficultés dans le cadre de son incarcération, des dispositions liées à son observation sont alors prises. Si le détenu rapporte un vécu dépressif ou anxieux, l'équipe pénitentiaire prévient aussitôt l'équipe soignante.

## **La sortie du détenu de l'UHSI**

Au niveau de la procédure de sortie, l'équipe pénitentiaire informe le détenu une ou deux heures avant sa sortie. L'équipe pénitentiaire lui donne ses affaires personnelles et réalise une fouille intégrale. Lors de l'arrivée de l'escorte, l'équipe pénitentiaire procède à l'empreinte et le détenu peut alors sortir de l'UHSI escorté.



## Les aspects cliniques : le vécu de l'hospitalisation exprimé par les détenus

Nos recherches ont montré que la perception des détenus à l'égard de l'offre de soin en milieu carcéral n'a que très rarement été renseignée. Ainsi, il nous paraît pertinent de saisir leur opinion à l'égard de leur parcours de soin. Comment est perçu l'UHSI par les détenus qui y sont hospitalisés ? Perçoivent-ils ce dispositif comme une amélioration de la prise en charge ? Cette amélioration permet-elle de limiter les symptômes anxieux et dépressifs souvent repérés chez les détenus ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé des entretiens avec 11 détenus hospitalisés à l'UHSI afin de connaître leurs parcours de soin et leur vécu de l'hospitalisation par le repérage leurs modalités défensives, notamment dans le cadre des relations développées avec les surveillants pénitentiaires et les personnels soignants de l'UHSI. Le niveau d'anxiété et de dépression (HAD) de 34 détenus inclus consécutivement dans le cadre de l'hospitalisation à l'UHSI (entre septembre et décembre 2008) a aussi été évalué.

Les détenus interrogés sont en moyenne assez âgés (Moyenne = 53 ans). Les durées de détention effectuées sont très hétérogènes et varient de 1 à 14 ans.

La moitié des détenus interrogés (n = 5) viennent de maison d'arrêt et les autres de Centres de détention (essentiellement

Muret). Notre échantillon est constitué principalement d'hommes.

## Les thématiques spécifiques du vécu de l'hospitalisation exprimé par les détenus

### Leur parcours d'hospitalisation

Les problèmes reportés par 4 détenus interviewés concernent le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous à l'UCSA de leur établissement. Pour des raisons différentes, ils reprochent essentiellement aux personnels de surveillance de ne pas prendre en considération leur plainte relative à leur état de santé. Pour les 7 autres détenus, leur suivi semble se dérouler sans problème majeur, la plupart appréciant d'être pris en charge par des médecins qu'ils estiment qualifiés. Les relations médecin/malade dans l'établissement de provenance sont décrites de manière satisfaisante.

### Les motivations à l'hospitalisation

Certains détenus ont exprimé une motivation appuyée pour se faire hospitaliser malgré les contraintes dont ils étaient informés. La principale motivation concerne l'insertion sociale et professionnelle à la sortie de prison. *« J'ai travaillé dehors comme préparateur de commande, mais...à chaque fois ça fait trop mal et ça me donnait une sciatique... alors j'étais obligé d'arrêter à chaque fois et j'étais obligé de voler parce que j'ai des enfants et quand les enfants quand même, faut les gâter tout ça...voilà... »*

Ces détenus (n= 3) estiment que leur santé fait partie de leur processus d'insertion et pensent qu'ainsi soignés, ils trouveront plus facilement un emploi. *« ...Bon, alors pourquoi*

*je me suis fais opéré avant ma sortie, ben, tout simplement parce que bon, je risque de me retrouver seul, hein...à l'extérieur, peut-être avec un peu de chance vu que j'ai 57 ans, j'aurai peut-être un emploi, mais ça, on en sait rien...mais si déjà il faut que je m'arrête pendant un mois pour des problèmes de varices...c'est pas très intéressant, surtout que je suis magasinier... »*

#### Les expériences antérieures d'hospitalisation pendant l'incarcération

Sur les 11 détenus interrogés, 8 avaient fait l'objet d'une hospitalisation pendant leur incarcération dans un hôpital de rattachement hors UHSI.

Pour ceux qui se sont fait hospitaliser, trois conservent un souvenir satisfaisant de ce séjour en considérant les conditions liées à la liberté de mouvement. Ils racontent qu'ils étaient autorisés à sortir avec l'escorte policière, ce qui constituait un point positif. En revanche, les autres détenus expliquent la difficulté d'être hospitalisé dans un hôpital de rattachement non sécurisé en raison du menottage constant aux barreaux du lit et de leur dépendance à l'escorte policière pour tous les gestes nécessitant de sortir du lit (toilettes).

Concernant leur perception des soins, aucun détenu n'a critiqué les soins prodigués, un seul a vécu des conflits ouverts entre les personnels soignants et les personnels pénitentiaires.

#### Le vécu de l'hospitalisation à l'UHSI

Sur les onze détenus interrogés, sept apprécient la qualité des soins, ainsi que les relations développées avec les personnels soignants. Les qualificatifs : « *gentilles et compétentes* » sont souvent revenus dans le discours des détenus, qui estiment que leur problème de santé sont pris en considération. Ils estiment aussi que « *les personnels soignants ne leur font pas sentir qu'ils sont détenus* », mais ce point sera développé dans la partie suivante. Si les détenus rendent compte d'une satisfaction importante à l'égard des soins qui leur sont proposés, ils regrettent néanmoins que les conditions sécuritaires soient si importantes, en comparaison à ce qu'ils connaissent en détention, et même ceux qui proviennent de maison d'arrêt où les conditions sécuritaires se rapprocheraient théoriquement de celle de l'UHSI. 10 détenus déplorent ces conditions d'hospitalisation qui les isolent, les rendent inactifs, déposés de leurs biens et de leurs habitudes : « *quand on vient de C, on se dit qu'on fait sa petite vie, qu'on va travailler, qu'on est bien, quoi, on est tout seul, tranquille, on s'occupe pendant le temps qui passe et quand on revient ici, (à l'UHSI), ça fait un choc* ».

La procédure d'entrée est décrite par la majorité des détenus interrogés comme surprenante, en raison de la confiscation de leurs effets personnels. Une trousse et un pyjama leur sont fournis et tout autre objet personnel doit être consigné au coffre : « *c'est 24 heures d'enfer, tout est interdit, même la brosse à cheveux* »...

Les sentiments d'isolement et d'enfermement sont fortement ressentis par tous les détenus « *C'est bien, mais le problème c'est qu'il n'y a personne. Il y a la télé et le lit... On est trop seul* ». Ils regrettent beaucoup l'impossibilité de sortir de leur chambre, l'opacité des fenêtres, l'absence de cantine, le changement d'écrou, l'absence d'information : « *On a l'impression d'être au mitard, aucune possibilité de sortir, c'est l'enfermement total* ».

Certains ressentent ces conditions de manière négative dans le sens où les repères qu'ils s'étaient construits en détention sont bouleversés. La plupart effectuent une activité professionnelle en prison et pour ceux qui sont incarcérés à Muret, les conditions sécuritaires apparaissent comme disproportionnées au regard de leurs habitudes et de leur dangerosité subjective « *l'enfermement...l'enfermement, on est tout le temps enfermé, y'a pas de promenade, y'a rien...* »

Pour certains, on pourrait même poser l'hypothèse d'une reviviscence du choc carcéral, tant ils ressentent difficilement la présence des contraintes que nous avons décrites, et la rupture d'avec des habitudes qui constituent autant de repères relationnels et identitaires (activité professionnelles, sportives, occupationnelles) « *Ben, j'ai attrapé un staphylocoque doré et je devais me faire opérer depuis l'année dernière et...heu...l'année dernière je suis venu et je suis resté trois ou quatre jours parce que c'était trop dur pour moi, j'arrivais pas à rester ici sans fumer....et j'ai demandé à repartir, parce qu'on peut pas fumer ici, et...bon, après, cette année c'était trop grave il fallait absolument me faire opérer et heu...voilà,*

*je suis venu et là j'ai bien résisté au tabac avec les patchs, j'ai...j'ai...je suis arrivé à m'adapter, ça a été dur, mais j'y suis arrivé...* »

#### Les relations avec le personnel médical

Les personnels soignants font l'objet d'un investissement très positif. Une série d'adjectifs valorisants qualifient les infirmières, les aides soignantes et les médecins sans aucune distinction. Les détenus interrogés apprécient les soignants pour leur « *compétence* », leur « *gentillesse* » et leur qualité relationnelle (« *à l'écoute, polis, respectueux...* ») :

Les détenus hospitalisés sont unanimes sur les qualités relationnelles attribuées aux soignants. Un seul détenu critique le manque de disponibilité des infirmières et des aides soignantes. Une minorité pense que les personnels médicaux sont « *bafoués* » par la présence des personnels pénitentiaires.

L'hypothèse d'une alliance inconsciente entre les détenus hospitalisés et les personnels soignants pourrait être posée : « *Et puis avec les médecins, on peut vraiment discuter, ils font pression pour que ça s'arrange.* »

#### Les relations avec les surveillants

Les relations avec les surveillants sont perçues avec beaucoup moins d'homogénéité. Cinq détenus sur les onze interrogés rendent compte de la diminution relationnelle en comparaison avec ce qu'ils connaissent dans leur établissement d'origine « *Ici, c'est un numéro ici. On peut peut-être un peu discuter quand il m'amène dans un autre service, mais c'est très rare...* ». La diminution des relations avec les surveillants s'exprime de façon différente. Soit selon la qualité relationnelle : « *c'est moins chaleureux qu'à Muret* » pour trois détenus, soit

en termes d'absence : « *les surveillants, on les voit pas* », soit en termes de mépris : « *avec leurs gilets et leurs flingues, c'est des cow-boys et moi je suis pas un terroriste, et je pense que quand ils doivent en avoir un vrai devant lui, ça doit pas être pareil* ».

Certains détenus voient dans la limitation des relations avec les personnels pénitentiaires, le fait qu'ils « *n'interfèrent pas dans la relation avec le médical* », même si une minorité considère cependant que le personnel médical est gêné par la présence des personnels pénitentiaires.

Souvent l'évocation de la relation avec les surveillants réactive le vécu carcéral : « *Alors que les surveillants, ils prennent des décisions qui ne tiennent pas debout. On se sent humilié. C'est comme les parloirs, s'il y a un retard de vingt minutes, ça tombe sur les détenus. Je me suis beaucoup étonné qu'on m'ait enlevé le bonnet à mon arrivée ici. J'ai hâte de retourner à Villeneuve* ».

### **L'état psychique des détenus au moment de leur hospitalisation à l'UHSI.**

Nous avons mesuré l'anxiété et de la dépression sur un échantillon de 34 détenus inclus consécutivement au cours de l'hospitalisation à l'UHSI de Toulouse entre mars et juillet 2008.

### **Les participants**

34 détenus hospitalisés à l'UHSI de Toulouse ont rempli le questionnaire HADS, qui permet de rendre compte du niveau d'anxiété et de dépression que présentent les individus en situation de soin. Les détenus interrogés sont en moyenne âgés de 50 ans et la moyenne des séjours effectuée est de 14 jours. Sur de si petits échantillons, la médiane donne un aperçu plus juste et s'élève à 9 jours. Ces caractéristiques (âge, durée de séjour à l'UHSI, proportion de détenus provenant de maison d'arrêt, de centre de détention et de maison centrale) sont identiques à celles des détenus hospitalisés à l'UHSI de Toulouse sur l'année 2007.

### **Résultats des questionnaires « Hospital Anxiety Depression Scale »**

Les détenus ont renseigné un niveau de symptomatologie anxieuse et dépressive important puisque 17 détenus sur 34 obtiennent un score global supérieur à 13 (n = 9) ou supérieur à 19 (n = 8) (min=0, max=21). Au niveau de l'échelle de dépression, 2 détenus obtiennent des scores compris entre 8 et 10 traduisant la présence de troubles dépressifs modérés. Au niveau de l'échelle d'anxiété, 4 détenus obtiennent des scores compris entre 8 et 10 (troubles anxieux modérés) et 5 des scores supérieurs à 10 (troubles anxieux sévères). Selon les résultats de cette échelle, 8 détenus présenteraient un épisode dépressif majeur et 9 un trouble de l'adaptation ou une dépression mineure.

## **L'interprétation des résultats obtenus concernant le vécu de l'hospitalisation**

Le discours des détenus hospitalisés à l'UHSI interrogés est marqué par une homogénéité très importante. De manière générale on notera un discours très factuel, descriptif, qui dénote une attitude de retrait des détenus à l'égard de ce dispositif de manière générale. Le résultat le plus frappant est l'importante proportion avec laquelle les détenus hospitalisés idéalisent les soignants de l'UHSI. Ce mécanisme de l'idéalisation consiste à attribuer à autrui des qualités exagérées afin de protéger sa propre estime de soi, en réduisant la culpabilité d'éprouver de l'agressivité envers l'autre (les soignants).

On a aussi repéré que les détenus interrogés faisaient preuve d'une grande réserve dans leur propos et essentiellement à l'égard de leurs relations aux surveillants, qui sont davantage dévalorisés.

La thématique du vécu de l'hospitalisation a aussi généré une certaine réserve de la part des détenus. Afin de gérer l'angoisse et l'anxiété liée à l'hospitalisation, ils mettent à l'écart leurs émotions et leurs affects. Ce mécanisme de « mise à l'écart » a été mobilisé par les détenus sous sa forme plus pathologique dans le sens où ils opèrent une séparation artificielle entre des pensées qui sont pourtant reliées. Il s'agit ici d'un vide émotionnel pour lequel il existe un risque que l'affect réprimé ne se manifeste de façon irrationnelle et imprévisible. Au niveau des conditions de l'hospitalisation, nous avons en effet perçu la recrudescence d'une certaine

agressivité qui met en évidence à la fois la difficulté à vivre l'isolement et l'enfermement associés à l'hospitalisation à l'UHSI et l'échec d'une tentative d'adaptation à ce dispositif. Le vécu de l'hospitalisation est fortement marqué par la rigueur des règles de sécurité à l'UHSI et relié à leurs conditions de détention dans leur établissement d'origine.

Comme nous venons de le signaler, l'idéalisation dont font l'objet les soignants est principalement liée au maintien d'un dialogue avec les détenus qui se sentent ainsi respectés et moins isolés. Leurs représentations des soins et du personnel soignant sont très positives, au point qu'il arrive qu'une alliance se crée dans le discours des détenus, entre les soignants et eux-mêmes par rapport au vécu des règles de sécurité. On perçoit aussi la limitation des relations et le faible investissement avec lequel les détenus envisagent la présence des surveillants de l'UHSI.

Le parcours de soin et les conditions de cette hospitalisation sont donc vécus de manière spécifique au travers d'une distance déclarée avec les surveillants pénitentiaires et d'une idéalisation des aspects sanitaires et relationnels apportés par le personnel soignant. Les détenus hospitalisés interrogés rendent compte d'une appréhension relativement utilitaire et clivée de ce dispositif en opposant une importante qualité des soins à une exagération des règles sécuritaires en comparaison à celles qu'ils connaissent en détention.

Quant aux résultats du HAD, ils démontrent un niveau d'anxiété et de dépression équivalent à celui que l'on retrouve dans la littérature actuelle<sup>44</sup>. Une étude épidémiologique réalisée en 2004 auprès de 998 personnes (798 hommes et 100 femmes, âge moyen : 38-39 ans), montre que les troubles anxieux (56% des hommes détenus en présentent au moins un) et les troubles de l'humeur (47% des hommes) sont très fréquents.

Le croisement des résultats portant sur le vécu de l'hospitalisation d'une part, et sur l'état psychique des détenus au moment de l'hospitalisation d'autre part, nous encourage à penser que les détenus de l'UHSI que nous avons rencontrés ont développé un fonctionnement spécifique : Ils expriment en effet très rarement leurs émotions lors des entretiens au profit d'un discours centré sur leurs difficultés liées à l'incarcération et sur les stratégies qu'ils utilisent pour y faire face. L'évocation des relations avec les personnels pénitentiaires de l'UHSI réactive souvent des souvenirs liés à des conflits qu'ils ont pu avoir avec des surveillants lors de leur parcours carcéral. Si très peu de détenus ont fait état d'affects dépressifs ou de manifestations anxieuses lors des entretiens, les questionnaires révèlent qu'une proportion importante de détenus (plus de la moitié) présente des troubles anxieux et/ou dépressifs.

Nous notons donc l'importance de croiser les méthodes d'investigation destinées à saisir

l'état psychique des détenus. Certains facteurs, que nous allons présenter, s'interposent en effet à l'expression de leur vie émotionnelle.

La littérature<sup>45</sup> nous apprend deux éléments permettant d'éclairer ces résultats :

Tout d'abord, la population carcérale malgré sa confrontation à la frustration liée à la situation de privation de liberté, évolue dans un contexte « *où la méfiance et une certaine violence sont habituelles et où la loi du silence à l'égard des autres est une règle de prudence à laquelle tous estiment nécessaire de se plier tout autant qu'ils s'efforcent de cacher leurs émotions afin de paraître forts et de se faire respecter* ».

Ensuite, ces mêmes auteurs ont constaté que cette loi du silence vis-à-vis des autres s'appliquait aussi à eux-mêmes. Leur questionnement quant à ce constat les a encouragés à s'interroger sur les causes de cette non expression des émotions. « L'alexithymie » a pour but de se protéger contre des dangers liés aux relations interindividuelles carcérales ou contre ceux liés à leur vécu intime. Les détenus s'interdiraient donc de penser afin de ne pas se laisser envahir par leurs émotions. Ainsi, lorsque le détenu est amené à s'exprimer auprès d'un soignant par exemple, il doit « *passer outre sa méfiance, mais aussi vaincre sa réticence à mettre des mots sur ses émotions* ».

<sup>44</sup> Rouillon, F. Duburcq A., Fagnani F., Falissard B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Rapport définitif, 2004

<sup>45</sup> Maisondieu, J., Tarrieu, C., Razafimamonjy, J., Arnault, M. 2008. Alexithymie, dépression et incarcération prolongée. Annales médico psychologiques, 166, 664-668

De la même façon que nous avons pu l'observer, ces auteurs ont noté trois paramètres fortement liés à l'alexithymie dans le cadre de leur expérience clinique auprès des détenus, qui permettent de comprendre l'écart entre leur discours factuel et relativement stéréotypé lors des entretiens d'un côté et le report de symptômes dépressifs ou anxieux par le biais du questionnaire de l'autre :

- difficulté à identifier et à verbaliser les états émotionnels,
- réduction de la vie fantasmatique,
- mode de pensée et discours tournés vers des aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs.

Il apparaît nécessaire de porter ces résultats à la connaissance des soignants qui oeuvrent en milieu carcéral. Ils expliquent en effet, les constats posés par la littérature et par les personnels de notre étude concernant la rareté de la demande d'aide observée chez les détenus et les revendications par rapport à des besoins quotidiens et davantage matériels. Certains ont en effet pu remarquer cette spécificité psychique chez la population carcérale<sup>46</sup> « *pour qui la demande d'aide (psychologique) n'est pas au premier plan* ». Cet auteur explique parfaitement bien pourquoi les détenus interrogés apprécient tant la relation que les soignants développent avec eux, sans l'avoir pourtant sollicité explicitement : « *Il apparaît que ces patients n'attendent pas tant de nous une interpré-*

*tation, aussi éclairante soit-elle, mais davantage une relation qui fasse lien et qui littéralement les tient, les soutient et les contient* ».

Ces résultats encouragent aussi l'idée de préserver avec le détenu une relation médecin-malade confidentielle pour réduire l'incidence du fonctionnement carcéral sur leur capacité déjà entravée à exprimer une demande d'aide ou une vulnérabilité psychique et/ou médicale.

Néanmoins, la plupart des détenus ont pu exprimer une certaine inquiétude concernant la continuité de leur prise en charge sanitaire et de leurs besoins de santé à leur libération. L'accès aux soins est souvent questionné par les détenus pour qui la libération approche. (Cette observation avait d'ailleurs été déjà repérée chez des détenus incarcérés dans des prisons américaines<sup>47</sup>). Et l'implication des soignants dans la compréhension et l'accompagnement de cette inquiétude, les rapproche d'autant plus des détenus.

Concernant leur vécu des conditions d'hospitalisation, nous avons fait l'hypothèse que pour certains, la dureté des règles sécuritaires de l'UHSI réactive le choc carcéral. Ils se sentent en effet isolés et dépossédés car dépouillés de leurs repères acquis en détention, privés de leurs affaires personnelles, immobilisés dans leur chambre et interdits de promenade. Les détenus perçoivent avec beaucoup de circonspection et d'ironie la dotation des surveillants en armes et en

<sup>46</sup> Houssier F. Clinique de la souffrance en milieu judiciaire : plaidoyer pour un cadre élargi. *Pratiques Psychologiques* 2007, 13, 415-423

<sup>47</sup> Loeb, S., Steffensmeier D., Myco P. In their own words : older male prisoners' health beliefs and concerns for the futur. *Geriatric Nursing*, 2007 volume 28, n°5:319-329

matériel de protection (gilet pare-balle) au regard de leur propre évaluation de leur dangerosité et des conditions qu'ils connaissent en établissement pénitentiaire (maison d'arrêt ou centre de détention). Alors qu'ils accèdent à une qualité de soin à hauteur de la complexité de leur état sanitaire physique, les détenus sont rappelés, plus que jamais à l'UHSI, à un statut de personne dangereuse, qu'ils expliquent ressentir beaucoup moins en détention classique et ce, quel que soit leur établissement d'origine (maison d'arrêt ou centre de détention).

Les éléments relatifs au vécu des détenus hospitalisés ayant été développés, nous allons maintenant concentrer nos interrogations sur les pratiques professionnelles des agents de l'UHSI, sur leur collaboration et sur la relation qu'ils entretiennent avec les détenus hospitalisés. Quelle est l'opinion des personnels de l'UHSI sur leurs missions, leurs rôles, le degré de collaboration avec l'autre corps de métier et la relation avec le détenu hospitalisé ? Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent ?

## Les pratiques professionnelles et la collaboration entre les personnels pénitentiaires et sanitaires à l'UHSI

L'articulation entre les pratiques de soin et les exigences sécuritaires a souvent fait l'objet de débats aussi bien dans la communauté scientifique qu'entre les représentants des associations de professionnels. Les médias

ont aussi relayé cette réflexion sur la délicate articulation des pratiques de soin et de sécurité. Afin d'encadrer cette réflexion nécessaire à l'étude des UHSI, nous avons analysé différents documents législatifs et scientifiques dans l'objectif de repérer l'éventuelle spécificité des pratiques professionnelles sanitaires et pénitentiaires à l'UHSI et la manière dont la collaboration entre les différents corps de métier avait été réfléchie, voire actualisée dans le cadre de la création de ce dispositif.

Nous nous sommes intéressée aux professions de surveillant pénitentiaire et à celles d'infirmier et d'aide soignant qui prennent une part très représentative dans l'activité quotidienne du fonctionnement de l'UHSI.

### **Apports théoriques sur les pratiques professionnelles des soignants qui exercent en milieu carcéral**

Le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier encadre les dimensions générales du rôle de soignant.

Dans un contexte traditionnel, il dispense les soins, administre les médicaments et participe à l'amélioration de la qualité de soin, à la prise en charge de la personne, à l'élaboration du projet de soins infirmiers, au rapport annuel d'activité de soin. Plusieurs dimensions essentielles sont constitutives du métier d'infirmier : les dimensions préventives, éducatives, curatives et relationnelles. Cette dernière dimension est considérée comme essentielle, car la relation soignant/soigné



constitue un préalable à la relation thérapeutique en permettant l'échange de confiance nécessaire à l'évocation des problèmes de santé et à leur gestion.

Dans le cadre pénitentiaire et plus particulièrement celui de l'UCSA, le personnel infirmier assure plusieurs missions :

- il met en place les moyens relevant de sa compétence pour améliorer l'organisation des soins, faciliter leur évolution et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- il veille au respect des règles d'hygiène dans les pratiques de soins à l'égard des personnes ayant accès à l'UCSA et dans l'entretien des locaux ;
- il participe à la formation de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes détenues et à l'organisation des soins dans le cadre de l'UCSA et,
- il contribue à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet de sortie, en articulation avec les services pénitentiaires concourant à la réinsertion des personnes détenues.

Les personnels sanitaires doivent se conformer aux dispositions du code de procédure pénale et à celles du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. Rappelons que des mesures de sécurité s'appliquent aux personnels sanitaires, comme par exemple la vérification de leur identité à l'entrée, leur passage obligatoire sous le portique de détection, l'attente aux divers postes de contrôle et aux grilles, la régulation de leurs mouvements (promenade, parloirs...) et le contrôle de la récupé-

ration du matériel médical utilisé pour le soin des détenus.

Nous n'avons trouvé aucun document explicitant les compétences spécifiques des personnels médicaux et paramédicaux affectés aux UHSL. Néanmoins, la littérature professionnelle renseigne sur les principales modalités du rôle des soignants exerçant en prison. Une publication réalisée par l'équipe infirmière de l'UCSA de la maison d'arrêt de Nantes<sup>48</sup> décline l'exercice infirmier en milieu pénitentiaire et notamment dans les UCSA. Depuis la loi de 1994 et le transfert des missions de soin aux personnels hospitaliers, l'adaptation de la pratique soignante à la population carcérale a impliqué « la découverte d'une population en grande souffrance physique et morale » et nécessite une articulation des soins somatiques et psychiatriques afin d'améliorer la qualité des soins aux détenus.

La pratique infirmière auprès des détenus revêt des aspects spécifiques : en tout premier lieu, il apparaît nécessaire que le soignant ait acquis de bonnes aptitudes techniques afin de pouvoir répondre à des demandes très variées sur le plan somatique. Puis, le soignant doit pouvoir à la fois assurer le suivi de certains patients « à risque », les soins prescrits par le médecin, et aussi répondre à des demandes ponctuelles d'accès aux soins formulées par les détenus eux-mêmes.

<sup>48</sup> Picherie E. Le rôle des infirmiers dans les prisons. ADSP, 44, septembre 2003

L'arrivée de l'U.C.S.A. a aussi modifié le mode de préparation et de distribution des médicaments qui jusqu'en 1994 relevait de la responsabilité des personnels de surveillance. Désormais, l'infirmière prépare le pilulier de façon journalière et peut en assurer la distribution. Cet article<sup>49</sup> souligne aussi l'importance de la connaissance que doit avoir le soignant en termes de gestes d'urgence.

L'infirmière tient également un rôle important tout au long de l'incarcération du détenu de par la qualité de la relation qu'elle mettra en place : aussi bien dans l'accueil des détenus arrivants, que lors de la délivrance des produits de substitution, l'infirmière développe une relation de confiance avec la personne détenue lui permettant de dépister, le cas échéant, des besoins de santé supplémentaires. La relation d'aide individuelle permet aussi de limiter les traitements médicamenteux, de sensibiliser la personne détenue à son état de santé et de lui apporter des informations nécessaires à la gestion optimale de son état de santé.

De même cet article<sup>50</sup> insiste beaucoup sur l'importance de la relation entre l'infirmière et la personne détenue. Il est d'ailleurs préconisé que le soignant « n'accueille jamais un individu en tant que détenu, mais en tant qu'être humain avec son vécu et ses difficultés ».

Dans la littérature scientifique, de nombreuses difficultés sont décrites lors de

l'articulation des pratiques de soin avec les exigences sécuritaires inhérentes au milieu carcéral. Les ajustements subjectifs et professionnels sont envisagés comme une suite de négociations entre des acteurs différents aux intérêts divergents<sup>51</sup>. Des publications internationales nous apprennent aussi que les aspects sécuritaires et la spécificité des patients provoquent une augmentation du stress chez les personnels soignants<sup>52</sup>, et limitent leurs relations avec les patients détenus<sup>53</sup>.

Lorsque l'on compare le vécu des surveillants et des soignants qui travaillent dans le même établissement carcéral, on repère que leur niveau de stress est similaire. Cependant, ils souffriraient différemment des aspects organisationnels<sup>54</sup>. Par exemple, les soignants percevraient un manque de reconnaissance et un risque de violence plus importants que les surveillants.

## Résultats des analyses thématiques

Douze soignants ont été interrogés et aucun n'avait auparavant eu d'expérience significative dans le milieu carcéral (dans les UCSA, par exemple). On repère un écart d'âge important au sein de cette équipe

<sup>51</sup> Bessin, M., Lechien, MH. Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison. Ronéo, EHESS, Paris, 2000.

<sup>52</sup> Flanagan, NA. Testing relationship between job stress and satisfaction in correctional nurses. *Nurs Res* 2006,55,5 : 316-27

<sup>53</sup> Weiskopf, CS. Nurses' experience of caring for inmates patients. *J. Adv. Nurs.*, 2005,49,4, 36-43

<sup>54</sup> Devaud, C., Wasem, L., Peer, L., Waney, J. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison : comparaison entre soignants et surveillants. *Arch. Mal. Prof.*, 2005, 66, 2 131-139

<sup>49</sup> op cit. p. 70

<sup>50</sup> idem

(minimum : 30 ans et maximum : 53 ans) et une hétérogénéité par rapport à l'ancienneté (entre 1 et 27 ans).

### **Pour les soignants, l'UHSI est un lieu de réparation et de frustration.**

#### Les pratiques professionnelles

De manière générale, le personnel soignant considère que le fait de travailler à l'UHSI est une expérience professionnelle positive. La pluridisciplinarité apparaît comme un moteur essentiel des pratiques de soin à l'UHSI (6 sur 12). Pluridisciplinarité que l'on retrouve au sein de l'équipe soignante et rendue nécessaire par les missions de soins diverses de l'UHSI et par la collaboration avec le personnel pénitentiaire. Le principe d'égalité des soins est aussi central dans la pratique des personnels interrogés : « *Moi, je suis désolée, je suis en blanc, quoi, et quand je suis en blanc, je suis professionnelle, et j'ai choisi de soigner quelle que soit la personne en face, quoi, sinon, je change de métier* ».

La question des pratiques professionnelles révèle en majorité l'utilisation de mécanismes adaptés. L'affiliation (la capacité de demander de l'aide à autrui) et la sublimation (mobilisation de l'énergie vers des activités socialement valorisées) sont mobilisées au travers des notions de pluridisciplinarité et de création d'un service. La satisfaction professionnelle est repérable dans le discours des infirmières qui trouvent un intérêt intellectuel dans la pratique de leur métier à l'UHSI (l'utilisation du mécanisme de l'intellectualisation se rapporte à la tentative

de maîtriser ses pulsions en les rattachant à des idées avec lesquelles on peut consciemment jouer). Ce constat est d'autant plus renforcé par le récit d'expériences antérieures marquées par un épuisement professionnel dû à une cadence importante et à l'intensité des relations qu'elles entretenaient avec les patients.

Du côté des aides soignantes, la pratique du brancardage lors des extractions pour amener les détenus hospitalisés dans d'autres services, les oblige à mobiliser des mécanismes visant la défense contre l'angoisse. Celle-ci reste cependant contenue par l'utilisation de mécanismes très adaptés (humour, affiliation) ou adaptés.

#### L'organisation de l'hospitalisation

Le fonctionnement de l'UHSI demande cependant une organisation concertée et structurée. La pluralité des intervenants demande une coopération en amont de l'hospitalisation du détenu et le respect d'une procédure complexe. Son organisation devra prendre en compte plusieurs paramètres, à la fois sécuritaires (nombre d'extractions limité par semaine, nombre d'ouvertures de portes de chambres limité à deux simultanément) et médicaux (prise de rendez-vous pour d'éventuels examens complémentaires, organisation des escortes pour l'accès au plateau technique).

Si le fonctionnement de l'UHSI est complexe, il est rendu possible par le nombre peu important de détenus hospitalisés (5 sur 12). D'ailleurs il est très rare que les 16 lits soient occupés simultanément et les soignants se déclarent inquiets des raisons de l'irrégularité

du nombre d'hospitalisations et de l'importante proportion des refus de soin par les détenus (8 sur 12). Certaines rendent compte d'un sentiment d'ennui.

Lorsque cette thématique a été développée, les mécanismes de défense mobilisés (isolation des affects, déplacement, agression passive) appauvrissent l'élaboration. Le lien quasi systématique qu'opéraient les soignants avec le refus de soin nous encourage à penser que l'organisation de l'hospitalisation est entravée par la représentation négative qu'ils ont des règles de sécurité, considérées comme une des causes principales du refus de soin chez les détenus hospitalisés.

#### La perte d'autonomie

La majorité du personnel soignant déclare avoir assimilé les règles de sécurité liées au fonctionnement de l'UHSI (9 sur 12). « *Ça n'empêche pas le côté sécuritaire, moi, je m'y plie, à partir du moment où c'est...pas toujours logique d'ailleurs, mais je m'y plie* ». La formation conjointe suivie avant de travailler à l'UHSI, en présence des personnels pénitentiaires, leur a permis d'intégrer les règles importantes : la non divulgation d'informations sur le parcours de soin et d'éléments personnels au patient, la vigilance quant au matériel médical apporté dans les chambres des patients, l'ouverture des portes par les surveillants, les mesures de sécurité à l'entrée de l'UHSI.

Cependant, l'équipe soignante ressent la présence de certaines règles comme une perte d'autonomie. Habitée à une plus grande marge de manoeuvre profession-

nelle dans les services traditionnels, l'ouverture des portes des chambres par les surveillants et leur présence derrière la porte pendant les soins est vécue avec une certaine frustration. Certains le ressentent comme une pression qu'ils tentent de gérer en restant le moins possible dans la chambre. La pratique soignante est affectée par le regroupement des soins et se trouve limitée pour la moitié du personnel soignant interrogé.

On repère de manière générale une certaine frustration de subir les règles de sécurité. Frustration d'autant plus importante que les soignants n'évoquent que très rarement les risques potentiels liés aux soins des personnes détenues et qu'ils s'identifient aux détenus dans le vécu des règles de sécurité. Le déplacement des « mauvais éléments » liés à l'hospitalisation des détenus sur le conflit avec les personnels pénitentiaires permet de garantir aux soignants une position réparatrice et « bonne » dans le sens de la considération des détenus hospitalisés comme des « patients comme les autres ».

#### La frustration relative au désir de réparation d'une population vulnérable

La plupart des soignants (11 sur 12) repèrent d'importantes limitations dans les relations qu'ils entretiennent avec les détenus hospitalisés, dues aux contraintes sécuritaires : « *Il faut toujours, heu...faire intervenir le surveillant, donc on essaye de regrouper tous les soins, pour faire le moins d'interventions, de rentrer le moins possible dans les chambres ... C'est vrai qu'au début, c'était un peu difficile et puis après on s'y fait très bien, d'avoir toujours un intervenant pour*

*nous ouvrir la porte, c'est ce qui est le plus difficile à ... s'habituer... faire attention à tout ce qu'on rentre dans les chambres, les pansements et tout le matériel, faut rien laisser, rien oublier, enfin... faire attention à tout ça... faire attention à ce qu'on dit... ».*

La limitation des relations avec les détenus nuit au sentiment de satisfaction professionnelle dans la mesure où l'aspect relationnel est prépondérant dans le métier de soignant : *« Ca réduit le relationnel, en plus ce sont des patients qui sont difficiles d'approche dans la mesure où ce sont des gens un peu, qui ne parlent pas aussi facilement, qui sont un peu repliés sur eux-mêmes (...) Ca me manque, ça me manque, parce que dans ma fonction d'aide soignant (...) Je pensais qu'on allait avoir beaucoup plus de contacts ».*

Mais cet aspect est celui qui a mobilisé, dans le discours des soignants, le plus de mécanismes les moins adaptés. Les détenus font alternativement l'objet de dévalorisation et d'idéalisation. Nous constatons aussi que les soignants se placent dans une certaine omnipotence (valorisation importante de soi-même) par rapport aux soins qu'ils apportent en comparaison au traitement dégradant que constitue l'incarcération pour les détenus.

#### Le recours à l'idéologie du soin comme rempart à l'intrusion sécuritaire

Les détenus peuvent être « mauvais », selon leur délit (pédophilie), leur attitude (manipulatrice, mielleuse et peu demandeuse) ou leur physique (« impressionnant »). Ils peuvent être aussi « bons » de par leur présence à l'UHSI (et non à la prison). Alors que les

soignants interrogés s'attendaient à être confrontés à des individus s'apparentant à l'image du « mauvais garçon », ils se disent même *« très surprise par les réactions des patients qui sont très respectueux, sûrement qu'il y avait une espèce d'idée où on se représente le prisonnier comme un mauvais garçon (rires)... »*. Cette politesse des détenus à l'égard du personnel soignant s'accompagne aussi d'une attitude perçue comme beaucoup moins demandeuse (6 sur 12) que celles auxquelles les soignants étaient habitués dans les services non sécurisés : *« après ils sont pas très, très demandeurs, je crois que si on va pas au devant, ils vont se le garder... »*. Pour 3 des soignants interrogés, cette attitude peu demandeuse est à relier au fonctionnement auquel les détenus se sont habitués en prison.

Les détenus hospitalisés sont investis selon l'aspect « patient » et non par rapport au fait qu'ils font l'objet d'une mesure judiciaire. Le déni de l'aspect judiciaire est rationalisé par le principe d'égalité et la qualité des soins. Les personnels condensent leur conflit sur des territoires symboliques (appellation des détenus hospitalisés : « patients – détenus », des cellules : « les chambres ») en revendiquant leur identité professionnelle qui semble se sentir menacée par la pratique pénitentiaire : *« En étant vraiment en colère de toutes ces restrictions qu'ils mettent parce que je trouve qu'ils sont allés trop loin, quoi. Je suis en colère quand un patient me dit que c'est pire que la prison. Je le vis très mal. Je le vis très mal ».*

## Les relations avec les personnels pénitentiaires

Concernant les relations avec le personnel pénitentiaire, 8 soignants sur 12 déclarent qu'elles sont positives, surtout avec la première équipe avec qui la formation avait été donnée en commun. Les relations semblent plus conflictuelles avec la deuxième équipe arrivée en avril pour remplacer la Police : « *On avait pas du tout ressenti de problème avec la première équipe, alors que là, on a l'impression, nous aussi d'être méprisés par certaines personnes, on se demande pour quelles raisons ils sont là* ».

Certains (6 sur 12) pensent que ces difficultés relationnelles sont dues à la conception de la relation qu'ils entretiennent avec les détenus et se sentent jugés par le personnel pénitentiaire : « *Je suis sûr qu'ils pensent qu'on tombe un peu dans le... l'affectif, le cocooning, parce que le métier de soignant c'est ça, (...) eux, ils sont plus durs, dans leurs expressions, dans leur façon de parler (...) c'est deux métiers complètement différents, on le sent... des fois ils ont tendance à se moquer de vous* ». La présence des personnels pénitentiaires derrière la porte pendant les soins encourage cette impression et justifie dans le discours des soignants le fait que les relations avec les détenus soient limitées (7 sur 12). Certains (6 sur 12) évoquent une conception différente de l'appartenance institutionnelle et de la culture professionnelle de l'UHSI « *On a deux visions de l'UHSI différentes (...) Eux, c'est une prison et nous, c'est un hôpital, c'est pas toujours évident d'arriver à concilier que c'est un patient détenu (...). On va voir un détenu qui va engager la conversation qui va*

*avoir un sourire et quand on va sortir, on va s'entendre dire : il te sourit parce que c'est un délinquant sexuel et que tu lui plais, il veut te manipuler* ». D'autres (4 sur 12), rendent compte des différences de missions professionnelles : « *Nous, on répond à des besoins, à des services, eux, c'est plus on ferme, on ouvre la porte, on est plus dur avec eux* ». Les relations avec le personnel pénitentiaire ont été évoquées en termes de rapports de force (3 soignants) et d'incompréhension (3 soignants).

Le cadre de la collaboration avec les personnels pénitentiaires reste assez peu développé (4 sur 12). Lorsque c'est le cas, les soignants font état d'un sentiment de confiance à leur égard au niveau de la sécurité dont ils ont la responsabilité : « *Je leur fais totalement confiance à partir du moment où ils me disent : bon, là ça va être un peu différent que d'habitude. Bon, là je suis les directives, c'est leur job, ils sont là pour nous aussi* ».

Les relations avec les Conseillers d'Insertion et de Probation (les travailleurs sociaux pénitentiaires) sont considérées comme très limitées (n=8). Les soignants déplorent ce manque de communication, et souhaitent (2 sur 8) davantage de dialogue afin de coordonner la prise en charge du détenu hospitalisé. D'autres dévalorisent leur attitude envers les détenus hospitalisés (2 sur 8) : « *le CIP va voir le médecin plutôt que nous, on ne sait pas ce qu'ils font, on trouve qu'ils ne travaillent pas assez vite, mais je pense qu'ils font leur travail* ».

La question du secret professionnel a été évoquée par huit soignants. La moitié défend l'idée d'un partage minimum des informations faisant pourtant l'objet du

secret professionnel. Un échange sur des informations pertinentes doit être permis afin de faciliter la gestion de l'hospitalisation et de réduire les risques, qu'ils soient sanitaires (maladies contagieuses) ou sécuritaires : « *Des fois on est au courant des délits qu'ils ont commis et des fois, on ne l'est pas. Mais, ça ne change pas grand-chose, hein (...) mais c'est certain, on va éviter certaines paroles, certains trucs par rapport à ce qu'ils ont fait, on va faire attention à ce que l'on dit* ». Ce positionnement consensuel au sein de l'équipe permet de développer un esprit de collaboration avec les personnels pénitentiaires vers une représentation partagée des détenus et des missions de l'UHSI : « *Donc, on voit que le côté médical les intéresse aussi un peu plus, il faut pas les interdire aussi de s'intéresser au médical, justement si on veut pouvoir leur dire qu'ils ne sont pas que détenus* ».

La relation avec le personnel pénitentiaire s'évoque en termes de différence, de conflit, ou d'incompréhension. Les mécanismes de défense mobilisés renseignent sur la difficulté que les soignants rencontrent à mettre en place une collaboration sereine avec les surveillants. La question de cette relation semble étroitement liée à celle des règles de sécurité à l'UHSI. Ainsi, on peut repérer une confusion entre la relation avec le personnel pénitentiaire et le vécu des règles de sécurité. Des mécanismes comme la projection (localisation sur l'autre d'idées, de pensées que l'individu ne veut pas s'attribuer) et la rationalisation (justification erronée de motivations liées à une action ou à une pensée) situent sur les personnels

pénitentiaires les mauvais aspects liés à l'enfermement et à l'incarcération. Nous assistons à un glissement des représentations : personnel pénitentiaire = règles de sécurité = prison = mauvais objet, qui encourage les soignants, victimes des règles de sécurité, à s'identifier davantage aux détenus hospitalisés. Leur positionnement professionnel semble se rigidifier dans sa confrontation aux contraintes sécuritaires de l'UHSI. Le mécanisme de l'affiliation n'est que très peu mobilisé pour cet aspect. Ainsi, les soignants s'attribuent des aspects idéalisés qui s'enracinent dans leur idéologie professionnelle: donner des soins de même qualité que ceux prodigués dans le milieu libre. Pour certains soignants, la présence des surveillants réactive une angoisse liée à la frustration que des mécanismes adaptatifs parviennent à réguler. Mais, pour d'autres (6 sur 12), cette surveillance représente une menace d'intrusion de représentations dangereuses au sein de l'institution. Des mécanismes visant le refus de la réalité (niveau de désaveu) ou sa distorsion (les surveillants sont dévalorisés) sont alors mobilisés. L'émergence de l'agressivité, par le repérage d'une fréquence importante des mécanismes de l'agression passive (expression indirecte de l'agressivité) traduit la difficulté avec laquelle les soignants envisagent la collaboration avec le personnel pénitentiaire.

## **Apports théoriques sur les pratiques professionnelles des personnels pénitentiaires à l'UHSI**

Ces pratiques sont décrites dans le guide des Pratiques de Références Opérationnelles : « La surveillance d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale ». Selon ce document, la présence des agents pénitentiaires dans les UHSI répond à plusieurs objectifs. Celui de faciliter l'accès aux soins des personnes détenues, de garantir la sécurité des personnes et des locaux de l'UHSI et de prévenir les évasions.

Après avoir présenté les textes de référence encadrant les pratiques pénitentiaires de manière générale mais aussi de manière spécifique au fonctionnement d'une UHSI, deux rubriques sont dédiées « aux raisons d'être du poste » et aux règles déontologiques qui encadrent ces pratiques. Ces règles déontologiques insistent sur les principes du respect du secret médical, sur celui de l'adaptation de la sécurité des personnels hospitaliers au respect du principe d'intimité de la consultation, de collaboration avec les autres professionnels et d'adaptation de leurs pratiques au regard de l'état de santé du détenu.

Les différentes tâches professionnelles ainsi que les règles d'action sont ensuite présentées, selon le parcours de soin du détenu, de son entrée à l'UHSI jusqu'à sa sortie (fouille, gestion des effets personnels du détenu, remise des produits d'hygiène et du pyjama, fermeture à clé de la porte de la chambre, octroi d'un droit de cantine dès leur arrivée à

l'UHSI, dont la livraison s'effectue entre 48 et 72 heures.).

L'agent pénitentiaire assure systématiquement les fouilles du détenu à son entrée et à sa sortie de l'unité ainsi qu'à l'issue des parloirs ou d'une visite dans la chambre. Des fouilles supplémentaires peuvent être aussi réalisées si l'officier l'estime nécessaire. Les contrôles réguliers doivent être réalisés aux niveaux des locaux (les locaux sanitaires ne pouvant être contrôlés que selon une procédure spécifique), des effectifs de détenus et des zones périphériques.

La sécurisation des soins s'effectue de jour comme de nuit. Lors des soins, l'agent doit se tenir à proximité de la porte qui doit être fermée avec le pêne non enclenché pour permettre une intervention en urgence. L'agent doit aussi s'assurer que le personnel médical remporte le matériel utilisé pendant les soins.

L'agent pénitentiaire assure aussi la surveillance pendant la distribution des plateaux et est chargé de l'ouverture et de la fermeture des portes, de la vérification du ramassage des couverts et d'un dernier contrôle des plateaux repas. Cette surveillance est aussi l'occasion d'informer la hiérarchie en cas de grève de la faim d'un détenu.

Pour finir, il revient au personnel pénitentiaire d'organiser les parloirs et leur surveillance lors de la visite des proches du détenu. Le courrier fait l'objet du contrôle habituel par le vaguemestre de l'établissement de rattachement.



## **La spécificité des pratiques de garde et de sécurité à l'UHSI de Toulouse**

Jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2007, la police exerçait les missions de sécurité du périmètre extérieur et des escortes sur les plateaux techniques. Les UHSI de Toulouse et de Marseille ont été choisies afin d'expérimenter le transfert des missions de sécurité du périmètre extérieur, de l'entrée et des escortes aux personnels pénitentiaires. Une note du 20 février 2007 décline les modalités d'armement des agents affectés dans les UHSI ainsi que la reprise des missions dévolues à la Police.

La dotation en armement est prévue de façon différenciée selon le contexte. Pour ce qui concerne les escortes vers les plateaux techniques et leur surveillance, la circulaire prévoit la dotation d'un armement létal (un SIG SAUER avec un étui à rétention par agent), non létal (un taser par escorte et un bâton télescopique par agent), des moyens de contraintes (une paire de menottes par agent, des entraves et des liens plastiques) et des moyens de protection (gilet pare-balle et gants anti-coupures). Les équipes pénitentiaires affectées aux UHSI devaient aussi être équipées de Tasers mais ce projet a été abandonné.

Pour ce qui concerne la dotation en armement pour la défense des locaux et de la périmétrie de l'UHSI, il a été prévu des armements létaux (SIG SAUER et fusil anti-émeute) et des moyens de protection (des gilets pare-balle).

Une autre note du 16 mars 2007 définit les conditions de stockage des armes dans les

UHSI ainsi que l'autorisation de port d'arme destinée aux personnels pénitentiaires. Elle encadre aussi le cadre légal lié à l'utilisation de l'armement et à l'usage de la force par les personnels pénitentiaires dans les UHSI en additif à la circulaire JUSE 984004 du 1<sup>er</sup> juillet 1998. Les circonstances dans lesquelles les personnels pénitentiaires peuvent porter les armes sont les suivantes :

- assurer la défense des UHSI en cas d'agression extérieure armée,
- escorter les détenus sur les plateaux techniques de l'hôpital,
- escorter les détenus sur les plateaux techniques des établissements de santé de rattachement du centre hospitalier dans lequel se situe l'UHSI.

Il est aussi rappelé que le port d'arme sur la voie publique à l'occasion des transferts entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé ou la zone de soin, est interdit, à moins d'un ordre spécifique provenant du préfet ou du procureur de la république.

Les conditions de l'usage des armes par le personnel pénitentiaire sont soumises au régime de la légitime défense tel qu'il est défini aux articles 122-5 et suivants du Code Pénal et exposé au paragraphe I de la partie II de la circulaire du 1<sup>er</sup> juillet 1998.

Les ERIS peuvent aussi, à titre transitoire, être amenées à intervenir afin de renforcer le dispositif lors de la présence de détenus dangereux à l'UHSI. Elles seront principalement chargées de la surveillance de la périmétrie, des gardes et des escortes de ces détenus.

## **Les escortes assurées par le personnel pénitentiaire et la prescription des transports sanitaires**

Lorsque le détenu nécessite de subir un acte médical hors de l'UHSI, il est escorté par le personnel de surveillance vers un autre service de l'hôpital. Les autorités sanitaires et pénitentiaires doivent se concerter afin d'organiser le déplacement d'une personne détenue à l'intérieur de l'hôpital. Les circuits doivent être réfléchis et adaptés de manière à réduire le temps d'attente des personnes détenues. Conformément à l'article D. 397 du CPP, les modalités de surveillance doivent préserver la confidentialité des soins ainsi que la dignité des personnes.

Les escortes des détenus pendant les consultations médicales ont fait l'objet d'une refonte dans la circulaire du 18 novembre 2004.

Cette dernière encadre la procédure à suivre et ce, aux différentes étapes de l'escorte en rappelant les principes de la loi du 4 janvier 1993 (article 803 du code de procédure pénale) selon lesquels nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves à l'exception de trois situations : si la personne représente un danger pour autrui, pour elle-même ou s'il y a risque de fuite.

Si on se retrouve en présence de l'une de ces trois situations, cette circulaire prévoit trois niveaux de surveillance selon la dangerosité de la personne détenue et les risques d'évasion :

- 1er niveau : la consultation peut s'effectuer hors de la présence du personnel

pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte ;

- 2ème niveau : la consultation se déroule sous la surveillance du personnel pénitentiaire mais sans moyens de contrainte

- 3ème niveau : la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec des moyens de contraintes.

Cependant, le Conseil d'Etat (CE 15 octobre 2007, req. 281131) rappelle que la surveillance constante d'une personne pendant la consultation médicale, doit s'effectuer sans qu'il soit porté atteinte à la confidentialité de l'entretien médical.

Le personnel pénitentiaire doit donc définir les modalités de contrainte en conciliant sécurité et confidentialité de la consultation avec le personnel soignant. Il revient au chef d'escorte d'organiser la sécurité du transfert du détenu (article D294) (fouille et niveau de menottage) et au chef d'établissement de décider du niveau des moyens de contrainte au regard de la dangerosité du détenu (longueur de la peine, régime de détention, reliquat de peine, incidents disciplinaires récents, degré de gravité...), des risques d'évasion et de son état de santé.

Les conditions sanitaires du transport des personnes détenues sont aussi réfléchies et prescrites par le médecin de l'UCSA, ou en cas d'urgence par un autre médecin. Le mode de transport en position assis ou couché ainsi que le type de transport (soit un véhicule médicalisé, ambulance, véhicule sanitaire léger ou véhicule pénitentiaire) devront être précisés.

La définition des pratiques des agents pénitentiaires affectés à l'UHSI est donc décrite de façon opérationnelle par la présentation des tâches relatives à la surveillance des soins et plus largement au séjour du détenu à l'UHSI. Cependant, si leur adaptation au contexte de la consultation médicale fait l'objet de préconisations générales, il manque des développements opérationnels qui aideraient aussi bien les personnels pénitentiaires que les soignants dans la prise de décision relative à l'articulation des modalités de surveillance à la situation médicale et sanitaire du détenu.

Nous avons donc orienté nos recherches bibliographiques en vue de trouver des éléments permettant de décrire les pratiques professionnelles d'agents pénitentiaires dans un cadre de soin.

### **Les paramètres psychologiques et professionnels des surveillants pénitentiaires**

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature scientifique de publication relative à la profession des personnels pénitentiaires oeuvrant dans une structure de soin.

Des éclairages importants sont cependant définis au niveau de la pratique des surveillants dans le milieu carcéral dans la comparaison de leur vécu professionnel avec celui des infirmières travaillant dans le même établissement<sup>55</sup>.

D'un point de vue sociologique, les surveillants pénitentiaires subissent de contradic-

tions de plus en plus importantes entre l'augmentation des contraintes sécuritaires et la défense des droits des détenus<sup>56</sup>. D'un point de vue psychologique, des auteurs ont mis en évidence une relation entre l'épuisement professionnel et une estime de soi faible<sup>57</sup> chez les agents pénitentiaires. On repère aussi l'influence des relations de pouvoir entretenues avec les détenus sur leur image négative véhiculée dans l'institution carcérale<sup>58</sup>. Certains encouragent le développement d'études sur l'épuisement professionnel et sur les sources d'insatisfaction professionnelle<sup>59</sup>.

Même si le guide des Pratiques de Référence Opérationnelle introduit la nécessité d'articuler les pratiques de surveillance à l'état de santé du détenu, on observe un glissement de la définition des pratiques professionnelles à celles des tâches professionnelles qui ne suffisent pas à elles seules à donner des orientations nécessaires au positionnement professionnel des agents affectés à l'UHSI. Ce manque de précision quant aux pratiques professionnelles spécifiques à l'UHSI est-il volontaire et suffisant, de manière à laisser aux différents acteurs de sa mise en place,

<sup>55</sup> Chauvenet, A., Benguigui, G.; Orlic, F. Les surveillants de prison : le prix de la sécurité. *Revue française de sociologie*, 1993, 34,3, 345-366

<sup>57</sup> Masclet, G., Mineures, S. Relations entre burn-out et estime de soi chez les surveillants pénitentiaires. *L'Encéphale*, 1999, 25, 5, 450-460

<sup>58</sup> Auzouit, L., Abdellaoui, S. Stratégies identitaires et structuration des relations de pouvoir en milieu carcéral. *Revue de psychologie du travail et des organisations*, 2008, 14,2, 139-153

<sup>59</sup> Laurel, M. Epuisement professionnel : Concept et critique du processus de Burnout. Intérêt d'une recherche exploratoire en milieu carcéral. *L'Encéphale*, 2001, 27,3, 223-227

<sup>56</sup> op cit. p. 21, n°14

une marge de manoeuvre adaptée aux spécificités locales ?

Le transfert des missions d'escortes et de garde à l'administration pénitentiaire, n'a semble-t-il pas fait l'objet de réflexion spécifique et opérationnelle sur les compétences nécessaires à la conduite de ces missions, sur les besoins de formation et sur les conséquences au niveau de la pratique des surveillants pénitentiaires. Cette évolution constitue pourtant un enjeu majeur pour la profession des surveillants pénitentiaires qui ne sont traditionnellement pas armés dans le cadre de l'exercice de leurs missions, à l'exception du poste au mirador. Les résultats des entretiens avec les surveillants de l'UHSI vont nous permettre de comprendre comment ils envisagent leur pratique professionnelle dans ce contexte inédit, aussi bien dans l'articulation de leurs missions avec celles des soignants que dans la conduite de nouvelles missions expérimentalement transmises aux personnels pénitentiaires.

## Résultats des analyses thématiques

Plus de la moitié des douze surveillants interrogés ont déjà eu des fonctions de garde dans des unités de soins pour détenus. Chez les surveillants pénitentiaires, nous observons un écart d'âge plus réduit (minimum : 29 ans et maximum : 43 ans) ainsi qu'une plus grande homogénéité au niveau de leur ancienneté (entre 6 et 19 ans) en comparaison avec l'échantillon de soignants interrogés.

## Pour les surveillants, l'UHSI est un lieu de maîtrise et de satisfaction

### La réduction du stress professionnel

L'UHSI constitue une réelle attractivité pour le personnel pénitentiaire au niveau des conditions de travail. Ils expriment leur satisfaction dans la diminution significative du rapport de force avec les détenus, due en partie au ratio surveillants/détenus nettement amélioré par rapport à celui observé en maison d'arrêt, par exemple : « *Il arrive un moment où la population pénale, c'est de plus en plus dur... quand on arrive à l'UHSI, c'est le calme complet.* »

De plus, la médiation qu'opère le personnel médical par rapport aux besoins des détenus limite la sollicitation du personnel pénitentiaire dans des tâches relatives à la gestion de la détention. Le rythme de travail de douze heures continues semble, pour la plupart, avoir amélioré leur quotidien et leur disponibilité pour leur vie personnelle. Le calme et la propreté de la structure sont aussi appréciés.

### L'attractivité des nouvelles missions dévolues au personnel pénitentiaire

Selon la majorité des personnels pénitentiaires interrogés, les pratiques professionnelles à l'UHSI sont considérées comme beaucoup plus variées que celles habituellement réalisées en détention. Les personnels notent ensuite des différences marquées entre les missions intérieures à l'UHSI, essentiellement dédiées à la sécurité pendant les soins et celles extérieures à l'UHSI, orientées sur des pratiques nouvelles (escortes et port

d'arme), considérées comme intéressantes et marquant une évolution pour les personnels de l'administration pénitentiaire.

A l'intérieur de l'UHSI, les personnels pénitentiaires doivent surveiller et prévenir toute tentative d'autodestruction et d'agression d'un détenu à l'encontre du personnel. Cependant, l'application des règles de sécurité est confrontée au principe d'intimité et de confidentialité de la consultation. Les surveillants sont chargés de surveiller le déroulement des soins. Ils détiennent les clés des chambres où sont hospitalisés les détenus et conservent ainsi une partie du pouvoir de décision pour l'accès des personnels soignants au patient. Par contre, une fois la chambre ouverte, elle devient le territoire des soignants qui prennent parfois l'initiative de la refermer et de baisser le rideau afin de respecter la confidentialité et l'intimité de la consultation. Dès lors, la surveillance ne peut plus s'effectuer de manière permanente et les personnels pénitentiaires redoutent un délai trop important d'intervention en cas d'agression d'un détenu sur le personnel soignant. Ces changements ont bouleversé le positionnement professionnel des surveillants à l'UHSI qui expriment une certaine inquiétude quant à l'entrave à la surveillance que constitue le principe de confidentialité de la consultation : « *Comment surveiller sans voir ni entendre ?* »

En revanche, à l'extérieur de l'UHSI, les missions (escortes vers les plateaux techniques) sont considérées comme beaucoup plus attractives : « *Y'a certaines fonctions, comme les ERIS qui ont valorisé la profession, c'est*

*important... Moi, j'essaye de faire tout autre chose que la courserie* ». La première difficulté liée à l'escorte a été de gérer la collaboration avec les personnels soignants du CHU, hors UHSI, qui n'étaient préparés ni à recevoir le personnel pénitentiaire dans leur service, ni aux mesures de sécurité afférentes aux escortes. Ce manque de connaissance a généré des conflits avec des personnels soignants qui refusaient de soigner un patient menotté ou entravé, parfois sous la présence des personnels pénitentiaires. Les entretiens mettent aussi en évidence un manque de repères précis quant à l'application des règles de sécurité dans le cadre de l'escorte. Mais l'élaboration de protocoles visant l'amélioration de cette pratique est favorablement accueillie par les surveillants interviewés.

La deuxième difficulté est liée au port d'armes létales pendant les escortes. Le port de l'arme ainsi que les conditions de son utilisation dépendent du principe de légitime défense. Or, les entretiens ont mis en évidence le décalage entre un temps nécessairement long à l'intégration de réflexes adéquats au principe de légitime défense, et le temps très court de formation dont ils ont bénéficié. Ce manque de formation (tir et technique d'intervention) entraîne un malaise que les personnels interrogés se refusent pourtant à exprimer tant ils voient dans cette nouvelle mission l'opportunité d'une reconnaissance professionnelle, déjà mise à mal dans leur relation avec les soignants : « *Non, non !!!... ah, non ! Ça, ça ne m'a jamais inquiété... mais... manipuler tout ça,*

*c'est vachement important... c'est pas que ça m'inquiète, ça ne m'inquiète pas outre mesure, mais je veux dire, la formation... c'est bien, ça rassure ».*

Pour la plupart des surveillants interrogés, ces missions constituent une valorisation au regard de leurs missions traditionnelles par un rapprochement avec celles habituellement dévolues aux forces de l'ordre, malgré l'évocation implicite de certaines difficultés (communication avec les médecins responsables des services, manque de formation à la légitime défense et aux techniques d'intervention). Certains y voient même un intérêt dans le suivi de la sécurité d'un détenu tout au long de son parcours de soin. Cet aspect a suscité la mobilisation de mécanismes de niveau adaptatif et de compromis (anticipation, recours à autrui, évitement).

#### La collaboration avec les personnels soignants

Les relations avec les personnels soignants sont envisagées selon leur capacité à « intégrer » les aspects sécuritaires liés à l'hospitalisation des détenus. Plus de la moitié des surveillants regrettent la naïveté des soignants dans leurs relations avec les détenus hospitalisés, mais certains développent une relative empathie à leur égard en comprenant que la mise en place de contraintes nouvelles implique un temps d'adaptation nécessaire. De manière générale, les surveillants sont favorables au partage d'informations pertinentes concernant le détenu hospitalisé afin de fluidifier la collaboration avec les personnels soignants et de les sensibiliser à la dangerosité de la

population carcérale. Beaucoup relèvent aussi une tension entre les deux hiérarchies, médicale et pénitentiaire.

Cet aspect a encouragé la mobilisation de mécanismes moins adaptés que ceux relatifs à la pratique professionnelle. On a pu repérer des mécanismes du type de l'agression passive ou même de retrait par rapport aux relations avec les soignants, à côté de mécanismes de niveaux défensifs adaptatifs et de compromis.

#### La limitation dans la relation avec le détenu hospitalisé

Les relations entre les surveillants et les détenus sont très limitées à l'UHSI contrairement à l'ampleur des demandes auxquelles ils ont à répondre dans le milieu carcéral traditionnel : en effet, les mouvements des détenus à l'intérieur de l'UHSI sont excessivement réduits. L'absence de cours de promenade, la dotation de salle d'eau dans les chambres, la rareté des parloirs et l'isolement complet des détenus amenuisent considérablement les interactions avec les détenus. *« Avec les détenus, aucune relation, sauf à l'entrée et à la sortie ».* Les besoins que les personnels pénitentiaires avaient l'habitude de gérer en détention sont déplacés sur les besoins de santé auxquels les personnels soignants répondent désormais. De plus, les détenus hospitalisés sont beaucoup plus calmes qu'en détention. Ceci renforce implicitement la gestion relationnelle des détenus par le personnel soignant qui utilise des méthodes différentes. Les surveillants notent que le respect du patient est désormais privilégié au dépend d'une vigilance continue à

maintenir à l'égard du détenu « *Je ne vais pas non plus l'appeler « Monsieur » !!* ».

La relation avec le détenu a provoqué la mobilisation de mécanismes de niveau du désaveu, comme la rationalisation et la projection, au sein d'un discours majoritairement factuel.

### **L'interprétation des résultats obtenus concernant les personnels soignants et pénitentiaires de l'UHSI de Toulouse**

Concernant les aspects organisationnels professionnels, les surveillants communiquent sans détour leurs sentiments et pensées d'une façon qui n'est ni agressive, ni manipulatrice et recherchent de l'aide et du soutien d'autrui. Les soignants utilisent majoritairement la capacité à anticiper et à imaginer l'avenir en expérimentant ses propres réactions et en prévoyant les conséquences, les réponses et les solutions possibles. Ils gèrent leur agressivité en la dérivant vers une activité socialement valorisée.

Mais, on repère aussi que concernant les relations qu'ils développent avec les détenus hospitalisés, les soignants et les surveillants utilisent des mécanismes visant le maintien hors du champ de la conscience des facteurs d'anxiété, des impulsions et des idées.

Plus précisément, les soignants dénie (refus de la perception de la réalité) les aspects judiciaires des détenus hospitalisés, alors que les surveillants rationalisent (justification logique mais artificielle qui camoufle les vrais

motifs de certains jugements) les conditions d'hospitalisation et l'isolement dont font l'objet les détenus hospitalisés. On repère ensuite que les soignants s'attribuent des qualités importantes et peut-être même exagérées (omnipotence), lorsqu'ils évoquent leurs relations avec les détenus hospitalisés et ce, dans le but de réguler l'estime de soi.

Comme l'avait déjà repéré la littérature, la limitation des relations avec les détenus<sup>60</sup> génère une frustration chez les soignants, alimente le conflit avec les surveillants et « provoque un repli sur l'originare de leur identité professionnelle »<sup>61</sup>. Or on sait que l'aspect relationnel dans la pratique médicale et paramédicale basée sur la confiance et la confidentialité, est un principe fondateur de leur pratique : « La reconnaissance de l'implication profonde et du don de soi chez les soignants est indispensable à leur investissement. Et ce qu'ils ressentent doit pouvoir être exprimé dans un lieu du fonctionnement institutionnel<sup>62</sup> ».

Nous avons pu montrer que la pratique des soignants souffrait d'un clivage dans l'articulation difficile des objectifs considérés comme opposés (santé et sécurité) alors qu'ils constituent le socle institutionnel de l'UHSI. La réalisation des soins se fait au prix d'un clivage potentiellement nuisible à la

<sup>60</sup> Flanagan, NA. Testing relationship between job stress and satisfaction in correctional nurses. *Nurs Res* 2006,55,5 : 316-27

<sup>61</sup> Pinel, JP. Enseigner et éduquer en institution spécialisée: approche clinique des liens d'équipe. 2001. *Connexions*, 75/2001

<sup>62</sup> Boubil, M, Mangenot, B. Le contre-transfert de l'équipe soignante infirmière en psychiatrie dans l'hospitalisation temps plein est-il un instrument thérapeutique ? *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 2004, 52, 320-329

qualité des soins d'une part, et à la sécurité des professionnels d'autre part.

Des efforts ont été entrepris pour réduire l'ambivalence des pratiques professionnelles (formation commune, recrutement d'un personnel soignant « non militant »...) et la gestion par les équipes des informations qui font l'objet du secret professionnel, et notamment, du secret médical, est une illustration de la résolution réussie d'un des enjeux fondamentaux du fonctionnement d'une UHSI.

Nous avons cependant repéré la difficulté qu'éprouvent les soignants à construire une représentation globale et cohérente de l'UHSI. Les éléments analysés nous encouragent en effet à penser qu'ils opèrent une régression défensive à l'évocation de la relation au détenu. Si les aspects structurels et organisationnels (pratiques professionnelles) font l'objet de stratégies adaptées, les dimensions cliniques (relation avec le détenu et vécu de l'hospitalisation par le détenu) favorisent chez les soignants l'utilisation de mécanismes moins adaptés, comme l'omnipotence. Ce mécanisme, qui permet de s'appropriier les objets représentationnels jugés positifs et de projeter sur l'extérieur des objets menaçants ou dangereux, maintient l'équipe dans une certaine toute puissance : le détenu ne peut pas être envisagé selon les aspects judiciaires qui pourtant modifient son statut au sein de l'institution hospitalière. Pour les soignants interrogés, il s'agit d'un patient qui doit être traité de la même façon qu'un individu lambda. Les propos d'une soignante

illustrent ce constat : « *C'est que je veux pas qu'un patient se sente prisonnier devant moi* ».

Comme le souligne Pinel<sup>63</sup>, les clivages sont alimentés par la pathologie des personnes accueillies par l'institution, et se fixent dans la formation d'alliances inconscientes. En effet, lors des entretiens les soignants manifestaient une empathie importante à l'égard des détenus hospitalisés, notamment par rapport au vécu des règles de sécurité et reportaient sur les personnels pénitentiaires l'agressivité générée par les frustrations liées aux contraintes sécuritaires.

Il ne suffit donc pas de créer un dispositif pour améliorer la fluidité des rapports entre des missions sécuritaires et sanitaires. Il apparaît nécessaire d'opérer un accompagnement des professionnels confrontés à une population vulnérable et potentiellement dangereuse vers une appropriation créatrice de leurs missions. L'exemple du conflit sur l'appellation des détenus hospitalisés nous paraît symptomatique : le terme « patient - détenu » met en évidence le clivage que subit le bénéficiaire du dispositif selon des considérations institutionnelles ou professionnelles. Tour à tour, « *détenu - patient* » puis « *patient - détenu* », ce n'est plus la personne qui fait l'institution, mais bien l'institution qui façonne la personne.

Ces résultats permettent de mieux comprendre les sources inconscientes des entraves à la coopération « *qui prennent la forme d'antagonismes radicaux lorsque la psycho-*

---

<sup>63</sup> op cit.



*pathologie des liens prévaut* »<sup>64</sup>. L'UHSI fonctionnerait de la même façon que certaines institutions qui réunissent des professionnels de formation différente, dont la mission commune est de prodiguer une prise en charge pluridisciplinaire. Jean-Pierre Pinel<sup>65</sup>, au travers de son analyse des liens institutionnels du secteur de l'enfance inadaptée, décrit des processus psychiques identiques à ceux que nous avons pu mettre en évidence : « *Les incompatibilités, la rupture des alliances interprofessionnelles s'associent à un repli des praticiens sur l'originaire de leur identifications et de leur identité professionnelle (...). Cet originaire brut, non élaboré, s'associe à une perte du sens de la tâche commune* ».

Il paraît nécessaire de proposer un accompagnement psychologique à l'équipe soignante. L'expérience de suivis psychologiques d'équipes soignantes hospitalières est connue pour améliorer la définition et la dynamique des pratiques<sup>66</sup>. Cet accompagnement débiterait par une formation à la psychopathologie qui donnerait la possibilité aux soignants de libérer et d'élaborer leurs affects relatifs à la prise en charge de cette population. Ces affects pourraient être alors appréhendés comme un matériau inhérent à leur pratique et reliés à la problématique des détenus hospitalisés. Ce travail faciliterait ainsi la construction d'une pratique professionnelle basée sur une meilleure appropriation de la spécificité du soin auprès de

personnes détenues. Sous la forme d'un groupe d'analyse de la pratique, l'accompagnement psychologique viserait ensuite l'amélioration de la collaboration avec l'équipe pénitentiaire par un échange autour des représentations des détenus hospitalisés et des missions de l'UHSI. La création d'un espace dédié à des groupes composés de personnels soignants et pénitentiaires améliorerait la reconnaissance mutuelle de la différence des identités professionnelles et de leurs particularités.

Chez les surveillants interrogés, on observe un désinvestissement à l'égard des patients détenus et un surinvestissement des pratiques sécuritaires. Ce qui creuse d'autant plus le clivage entre les pratiques sécuritaires et de soin. Comment interpréter que les surveillants désinvestissent la relation avec le détenu au profit d'un surinvestissement de nouvelles pratiques sécuritaires (port d'armes, escorte) ?

La littérature scientifique<sup>67</sup> a décrit un épuisement émotionnel sévère, une dépersonnalisation importante et un accomplissement professionnel faible chez les surveillants pénitentiaires en comparaison avec une population contrôle. Des différences significatives de la mesure de l'épuisement professionnel selon l'établissement ont aussi été mises en évidence. L'épuisement professionnel le plus sévère a été repéré chez les surveillants affectés en maison centrale, puis

<sup>64</sup> op cit, p. 84

<sup>65</sup> idem

<sup>66</sup> Brient, P. Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unité de psychiatrie générale : bilan d'une expérience. *Pratiques Psychologique* 2007 ; 13 : 459-464

<sup>67</sup> Boudoukha, A.H., Groux, W., Hautekeete, M. L'épuisement professionnel chez les surveillants de prison : effet de la relation avec les détenus sur l'expression d'un stress chronique. 32<sup>ème</sup> journées scientifiques de thérapie comportementale et cognitive. 2006

en maison d'arrêt et en centre de détention. Pour les auteurs cités, « le traitement psychologique de la dangerosité probable de la population pénale et de sa difficulté à accepter les contraintes, génère chez les surveillants de prison en détention un malaise plus important »<sup>68</sup>. L'expérience professionnelle antérieure des surveillants pénitentiaires de notre échantillon (13.6 ans en moyenne) aurait peut-être généré un épuisement professionnel, qu'ils parviendraient aujourd'hui à résoudre dans leur mutation à l'UHSI, dont le fonctionnement est connu pour être plus calme qu'en détention. En effet, les surveillants étaient tous volontaires pour venir travailler à l'UHSI et connaissaient les particularités générales des missions pénitentiaires à l'UHSI, « théoriquement moins éprouvantes » que celles habituellement réalisées en coursive.

On peut donc souligner une satisfaction générale des surveillants affectés à l'UHSI de par l'amélioration de leurs conditions de travail et la diminution du stress qu'ils connaissaient habituellement en détention. Leurs pratiques professionnelles évoluent vers de nouvelles missions sécuritaires jugées plus valorisantes.

Cependant, cette évolution de leurs pratiques s'accompagne aussi d'une limitation de l'aspect relationnel avec les détenus hospitalisés. Ce constat nous interroge dans la mesure où le taux d'occupation de l'UHSI (de 25 à 59% en 2007) leur laisserait parfois le temps d'investir cet aspect. Mais d'un côté,

les personnels pénitentiaires ont peu d'occasions qui leur permettraient d'installer une relation avec les détenus hospitalisés, comme cela peut être le cas dans les établissements pénitentiaires traditionnels. Les mouvements à l'intérieur de l'UHSI sont très réduits et la majorité des demandes formulées par les détenus s'adressent au personnel soignant. La dimension relationnelle avec le détenu hospitalisé est ainsi occupée par les personnels soignants. Ces derniers peuvent parfois être considérés par certains surveillants comme étant hors du cadre de leur pratique soignante en raison de l'empathie avec laquelle ils abordent les détenus hospitalisés. De plus, l'implantation de l'UHSI dans un hôpital public renforce la place de l'idéologie soignante dans son fonctionnement.

Ces aspects favorisent-ils un déséquilibre dans l'articulation des pratiques sanitaires avec les pratiques sécuritaires ou constituent-ils un contrepoids nécessaire aux exigences sécuritaires pénitentiaires en vue de la défense du droit à la santé des détenus ?

Nous repérons que les personnels pénitentiaires et soignants peinent à être ensemble sur un objectif général commun. Ils ne partagent en effet que très rarement des représentations communes, comme par exemple à l'égard du détenu hospitalisé. Au point que les surveillants auraient tendance à se rétracter sur des positionnements professionnels sécuritaires archétypaux (« *Je ne veux pas faire du social* ») en désinvestissant le contact avec le détenu. Les personnels soignants s'emparent alors des aspects qu'ils jugent essentiels aussi bien pour la continuité

<sup>68</sup> Boudoukha, A.H., Groux, W., Hautekeete, M. op cit.

et la qualité des soins que pour la réinsertion des détenus (volonté exprimée de la part des infirmières interrogées d'être associées aux rencontres avec le SPIP, par exemple).

Les moyens matériels et sécuritaires semblent avoir été développés au dépend d'une réflexion institutionnelle sur les besoins de formation nécessaires à l'exercice des nouvelles missions. N'y a-t-il pas un risque pour le métier de surveillant qui perd, d'une part l'occasion de développer un savoir-faire relatif à la gestion relationnelle des détenus dans un nouveau contexte, et qui d'autre part n'accède pas à l'apprentissage de compétences nécessaires et spécialisées à l'évolution sécuritaire de ce métier ?

Considérée par les surveillants interrogés comme une valorisation pour leur métier, cette évolution sécuritaire des pratiques est précisément ce qui les éloigne d'une élaboration commune de représentations et d'objectifs partagés avec les soignants de l'UHSI.

Au regard de ces constats, il apparaît tout d'abord nécessaire que les surveillants réinvestissent l'aspect relationnel avec le détenu hospitalisé au travers de missions d'accompagnement pénitentiaire dans la mise en place d'activité occupationnelle collective pour les détenus dont l'état de santé le permet. Des séances de groupes d'éducation thérapeutique destinées aux détenus de l'UHSI, animées conjointement par des soignants et des personnels pénitentiaires, leur permettraient d'évoquer leurs difficultés spécifiques à mener un parcours de soin adapté dont le cadre carcéral ne

favorise pas toujours la cohérence. Le regard croisé d'une infirmière et d'un surveillant permettrait peut-être de développer les connaissances (sanitaires et relatives à l'offre de soins en milieu carcéral) et les stratégies optimales dont les détenus ont besoin en vue d'une meilleure gestion de leur(s) pathologie(s), adaptée à leur contexte.

Ensuite, le croisement des pratiques pourrait être facilité par la mise en place de projets communs concernant le détenu hospitalisé (la communication entre l'UHSI, l'UCSA et l'établissement d'origine, la mise en place de groupes d'analyse de la pratique...). Les soignants pourraient ainsi s'emparer de l'aspect sécuritaire de leur pratique de soin. D'un autre côté, les besoins en termes de formation continue pour les surveillants affectés en UHSI relèvent de l'urgence : exerçant leur mission d'escorte dans un lieu public, leur déficit d'entraînement quant à la gestion armée d'une tentative d'évasion, d'exfiltration ou d'agression, peut non seulement provoquer des dommages collatéraux mais risque aussi d'entraîner des réponses disproportionnées. Les enseignements théoriques (cadre légal de l'utilisation des armes), les exercices et les mises en situation (sur le modèle de ce qui se pratique aujourd'hui à l'ENAP), restent nécessaires pour l'appropriation de ces nouvelles missions.

Pour conclure sur ce point, nous ne pourrions que préconiser la mise en place de groupes d'analyse de la pratique « soignants / surveillants » centrés sur les représentations qu'ils entretiennent à l'égard des détenus hospitalisés. Afin de limiter les effets de clivage que

nous avons décrits, il serait peut-être bénéfique d'encourager les équipes pluridisciplinaires d'unités de soins sécurisées à travailler vers un objectif commun soutenu par des représentations communes vis-à-vis des détenus hospitalisés. Comme le préconise aussi la littérature, une formation en psychopathologie<sup>69</sup> orientée sur la psychiatrie criminelle aiderait les soignants et les personnels pénitentiaires dans la compréhension du fonctionnement des détenus, souvent atteints de troubles psychiatriques ou de la personnalité. La mise en place de protocoles communs est d'ailleurs en cours d'élaboration dans cette unité, afin de fluidifier et d'articuler les relations et les pratiques professionnelles de soin et de sécurité.

---

<sup>69</sup> Brient, P. op cit, p.86

## Conclusion générale

Les éléments mis en évidence relatifs au fonctionnement de l'UHSI de Toulouse ont permis de dégager les constats suivants :

- Au niveau des aspects structurels, on repère que les éléments législatifs et officiels dont nous disposons, permettent d'établir les principes généraux des orientations à suivre en matière d'hospitalisation des détenus. Cependant, ils ne proposent pas de définir les paramètres opérationnels nécessaires à l'application de ces orientations. L'exemple de la question du transfert des missions d'escorte et de garde au personnel pénitentiaire montre les lacunes d'une réflexion qui ne parvient pas encore à se décliner sous des modalités organisationnelles (en termes d'explicitation des compétences nécessaires à l'attribution de ces nouvelles missions, de besoins de formation répondant à la définition des compétences à acquérir, et de réflexion sur les évolutions des pratiques professionnelles des agents pénitentiaires). Les conséquences d'un défaut de pilotage pour des questions telles que l'armement des personnels pénitentiaires pourraient s'avérer déléteres alors que le dispositif de l'UHSI marque justement une amélioration dans la qualité des soins apportés aux détenus. Toujours au niveau des aspects structurels, nous avons aussi remarqué que la coordination entre les établissements d'origine du détenu et l'UHSI mériterait la déclinaison

opérationnelle de ses modalités. Les données chiffrées présentées au niveau de l'activité de l'UHSI de Toulouse permettent de repérer que les établissements qui bénéficient d'une proximité géographique avec l'UHSI sont ceux qui transfèrent le plus de détenus pour une hospitalisation. Hormis le simple argument quantitatif, nous avons appris qu'il a été du ressort des praticiens hospitaliers en place d'imaginer, de coordonner et de formaliser avec l'administration pénitentiaire le cadre de la collaboration en vue de l'hospitalisation des détenus. Si ces impulsions individuelles constituent un socle de « bonnes pratiques » encadrant le parcours de soin du détenu, qu'en est-il des établissements pénitentiaires dont les UCSA ne regroupent pas ces paramètres géographiques et individuels permettant le bon déroulement du parcours de l'hospitalisation ?

- Concernant le vécu de l'hospitalisation exprimé par les détenus, les données que nous avons recueillies questionnent finalement la dichotomie existante entre la prise en sanitaire et psychiatrique des détenus. Les missions exclusivement somatiques de l'UHSI n'encouragent pas chez les détenus l'expression de leur vécu psychologique. Il revient ainsi à chaque soignant de préserver, dans un contexte qui ne le permet pas toujours, une relation de soin ouverte à l'expression et à la prise en compte des

signes anxieux ou dépressifs. Nous connaissons la complexité du profil sanitaire des détenus et l'incidence néfaste que peuvent avoir sur la santé somatique des troubles psychiques dont une expression larvée entrave l'adhésion de tout patient aux traitements proposés.

La description du vécu de l'hospitalisation dépend aussi des caractéristiques individuelles et psychiques des détenus interrogés, qui utilisent préférentiellement un discours stéréotypé, distant de tout affect en s'appuyant sur les clivages qu'ils peuvent percevoir entre le fonctionnement et les valeurs des différentes administrations auxquelles ils ont à faire.

- Concernant les pratiques professionnelles, les agents pénitentiaires et soignants rendent compte d'une satisfaction professionnelle certaine en raison de la nouvelle polyvalence qui leur est attribuée. Etre à l'origine de la création d'un service et expérimenter un dispositif censé améliorer la prise en charge des PPSMJ alimentent la satisfaction professionnelle des personnes interrogées. La mobilisation de stratégies psychologiques « adaptées » traduit la cohérence avec laquelle les professionnels de l'UHSI exercent leur mission. La formation commune des agents de l'UHSI et le recrutement de personnels motivés et expérimentés, ont certainement contribué à préparer l'ensemble de l'équipe à la réalisation de leurs missions.

- Concernant notre dernier niveau d'étude, nous pensons que les relations professionnelles et celles avec les détenus manquent d'un cadre institutionnel permettant aux

individus de limiter l'incidence et les risques liés à l'utilisation de stratégies individuelles qui ne permettent pas toujours l'élaboration optimale de la prise en charge sanitaire (omnipotence, idéalisation des détenus, agression passive). On a repéré que les relations entre les personnels pénitentiaires, les soignants et les détenus faisaient l'objet de mécanismes psychologiques qui provoquent un repli sur sa propre identité en vue d'une différenciation nette d'avec l'autre. Comment des soignants qui n'ont jamais eu d'expérience avec la population pénale peuvent-ils élaborer le soin de personnes, dont les caractéristiques psychopathologiques sont justement connues pour engluer les professionnels dans des relations de « rejet / fascination » ? La population pénale est souvent décrite comme difficilement capable de mettre des limites qu'ils vont alors rechercher dans leur relation avec l'institution. On perçoit bien, chez les professionnels de l'UHSI interrogés, l'effet psychologique généré par la prise en charge d'une population touchée par des phénomènes violents et traumatiques (distanciation d'avec la population pénale chez les surveillants, développement d'un sentiment d'omnipotence chez les soignants...). Chacun se « défendra » selon son positionnement professionnel et sa place dans son institution, mais ce n'est que dans le cadre d'une cohésion institutionnelle et professionnelle que des processus créatifs parviendront à dépasser des tendances délétères pour les relations institutionnelles (idéalisation des soignants et dévalorisation des personnels

pénitentiaires chez les détenus hospitalisés). En l'absence d'un tel support, les individus composant le système n'auront à disposition que leurs propres ressources individuelles pour articuler les éléments en construction de l'évolution menée par l'administration pénitentiaire pour encadrer la prise en charge pénitentiaire de l'application aux détenus du droit à la santé.

Ces résultats sont néanmoins à interpréter avec une certaine prudence de par la nouveauté de ce dispositif et la « jeunesse » du fonctionnement de l'UHSI de Toulouse. Il serait intéressant de reproduire cette étude à un ou deux ans, afin de repérer l'évolution des paramètres que nous avons mesurés.

Il apparaît aussi que les échantillons de notre étude sont restreints et ne permettent pas de généraliser les résultats que nous avons obtenus. Cependant ils permettent de préciser les hypothèses que nous allons utiliser pour comparer les fonctionnements des UHSI de Toulouse et de Bordeaux.

En ce qui concerne la méthodologie que nous avons mis en place, elle a encadré l'exploration des paramètres que nous souhaitons investiguer tout en permettant aux personnes participantes de s'exprimer sur des éléments dont nous n'aurions pas envisagés la pertinence.

Cependant, le traitement des données verbales constitue une charge de travail très importante et il serait préférable pour les prochaines étapes du déroulement de cette recherche de procéder davantage à la passation de questionnaires dont les modalités de cotations permettent un traite-

ment plus rapide et la production de résultats statistiques. Il existe par exemple des échelles (DSQ 40) qui évaluent les mécanismes de défense dont la validité et la fiabilité ont été attestées.





## Rappel des principales préconisations

*Développer le pilotage opérationnel de la coordination entre les administrations pénitentiaire et de la santé dans le but d'une meilleure connaissance des besoins en termes de formation, d'organisation de l'hospitalisation et de partenariats entre les différents établissements.*

- organiser des rencontres inter UHSI coanimées par la direction de l'administration pénitentiaire et de la santé, en vue de réfléchir aux modalités de l'organisation de l'hospitalisation par une production de procédures relatives à des aspects précis (l'information au détenu hospitalisé à l'UHSI, la communication entre l'UCSA et l'UHSI, la conciliation des exigences de sécurité avec le respect des droits du détenu, l'hospitalisation des Détenus Particulièrement Signalés à l'UHSI)
- développer les retours d'expériences, l'échange des connaissances et confronter les spécificités locales.

*Créer un observatoire de la santé des détenus français dans l'objectif de :*

- mieux connaître leur l'état de santé,
- suivre leur évolution sanitaire en fonction des nouvelles orientations prises en matière de droit à la santé et de créations de nouveaux dispositifs.
- comparer l'évolution sanitaire de la population carcérale française à celle des autres pays européens qui ont aussi menés des actions significatives pour améliorer la

prise en charge sanitaire des détenus.

*Mettre en place des programmes de formation et d'accompagnement d'équipe pour les agents pénitentiaires et soignants affectés dans les UHSI :*

- Organiser un programme de formation continue intense coordonné avec l'ENAP et les D.I. concernant les techniques d'intervention et le maniement des armes pour les personnels pénitentiaires de l'UHSI.
- Organiser un programme de formation dédié aux personnels soignants et aux personnels pénitentiaires sur la gestion des problématiques psychiques fréquemment retrouvées chez les détenus.
- Développer des groupes d'analyse de la pratique destinés aux personnels pénitentiaires et aux personnels soignants de l'UHSI.

*Formaliser les partenariats nécessaires au fonctionnement de l'UHSI*

- Encourager le partage d'expérience en proposant aux autres UHSI le fonctionnement de l'équipe toulousaine relatif au « partage d'informations suffisantes et pertinentes » concernant le détenu hospitalisé.
- Développer la continuité des soins somatiques et psychiatriques par une collaboration effective et institutionnalisée entre le SMPR et l'UHSI.
- Favoriser le partenariat des CIP dans la prise en charge sanitaire des détenus en vue

d'améliorer la continuité des soins, notamment après la libération des détenus.

- Développer un partenariat entre les UHSI et les délégations régionales de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé :

- organiser des ateliers d'éducation thérapeutique à l'UHSI destinés aux détenus hospitalisés qui présentent des pathologies chroniques (asthme, diabète). On connaît en effet l'effet positif de ces ateliers sur la capacité des patients à améliorer la gestion de leur maladie.

- organiser des ateliers d'information sanitaire sur l'hygiène et les conduites addictives afin de les sensibiliser aux actions de prévention sanitaires.

*Proposer des réflexions concernant les compétences nécessaires aux pratiques professionnelles spécifiques à l'UHSI*

- Proposer une réflexion pour la création de postes d'agents pénitentiaires spécialisés soit dans les techniques d'intervention et la sécurité des escortes, soit dans la sécurité du déroulement des soins à l'intérieur de l'UHSI.

- Créer un poste de psychologue (psychologue de la santé) destiné à la prise en charge des détenus hospitalisés à l'UHSI.

*Adapter les conditions d'hospitalisation aux besoins sociaux et relationnels des détenus hospitalisés*

- Organiser des moments dédiés à des activités communes avec d'autres co-détenus hospitalisés (ateliers d'éducation thérapeutique, espace convivial)

- Anticiper la mise en place de parloirs à l'UHSI, dès la connaissance de l'hospitalisation du détenu.

- Mettre une salle à leur disposition dans chaque UHSI

- Encourager le maintien de l'intimité et de la confidentialité de la consultation médicale.

## Bibliographie

- Auzoult, L, Abdellaoui, S. Stratégies identitaires et structuration des relations de pouvoir en milieu carcéral. *Revue de psychologie du travail et des organisations*, 2008, 14,2, 139-153
- Bergeret, J. (1975), *Psychologie Pathologique*. Masson, Paris
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the HADS. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002 Feb ;52(2) :69-77.
- Blanc A., Telmon N., Rouge D. 2003. Types of addictive behaviour in prisoners in the Toulouse region. *Journal de médecine légale et de droit médical.* 46,2 :83-91
- Blanc A, Lauwers V, Telmon N, Rougé D. The effect of incarceration on prisoners' perception of their health. *J Community Health.* 2001 oct;26(5):367-81
- Bessin, M., Lechien, MH. Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison. Ronéo, EHESS, Paris, 2000.
- Bond, M.P. Vaillant, G.E. (1986), An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archive of General Psychiatry* Vol 43 (3) :285-288
- Boubil, M, Mangenot, B. Le contre-transfert de l'équipe soignante infirmière en psychiatrie dans l'hospitalisation temps plein est-il un instrument thérapeutique ? *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 2004, 52, 320-329
- Boudoukha, A.H., Groux, W., Hautekeete, M. L'épuisement professionnel chez les surveillants de prison : effet de la relation avec les détenus sur l'expression d'un stress chronique. 32ème journées scientifiques de thérapie comportementale et cognitive. 2006
- Brient, P. Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unité de psychiatrie générale : bilan d'une expérience. *Pratiques Psychologiques* 2007 ; 13 : 459-464
- Bruchon-Schweitzer, et al. *Introduction à la psychologie de la santé*. PUF, 1994, Paris.
- Chabert C. La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach. Paris :Bordas, 1987
- Chabrol, H. *Cours de psychopathologie de licence*. 2000, Université Toulouse le Mirail 2000-2001
- Chauvenet, A., Benguigui, G., Orlic, F. Les surveillants de prison : le prix de la sécurité. *Revue française de sociologie*, 1993, 34,3, 345-366
- Clarke J et al. Reproductive health care and family planning needs among incarcerated women. *American Journal of public health*, 2006, vol 96,5, 834-839
- Coldefy M. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. N° 181, juillet 2002
- Condon L, Hek G, Harris F. Public health, health promotion and the health of people in prison. *Community pract.* 2006 jan;79(1):19-22
- Les règles pénitentiaires européennes, DAP, SCRI, 2006, 103 p.

- Devaud, C., Wasem, L., Peer, L., Waney, J. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison : comparaison entre soignants et surveillants. *Arch. Mal. Prof.*, 2005, 66, 2 131-139
- Duburg, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., Falissard B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Rapport final, Etude pour le Ministère de la santé et le Ministère de la justice. Décembre 2004
- Duhamel A, Archer E, Devos P, Nuttens MC, Beuscart R. A prototype of an information system for assessing the health status of prison inmates. *Stud Health Technol Inform.* 1999;68:37-41
- Duhamel A, Renard JM, Nuttens MC, Devos P, Beuscart R, Archer E. Social and health status of arrivals in a French prison : a consecutive case study from 1989 to 1995. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2001 Jun;49(3):229-39
- DSM IV (1996), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris
- Fazel Seena, Danesh J. Serious disorders in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet*, vol 359, feb 16, 2002
- Fénichel, O. *La théorie psychanalytique des névroses*. P. U. F., 1945, Paris
- Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners : epidemiological description and possible explanations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:651-655
- Flanagan, NA. Testing relationship between job stress and satisfaction in correctional nurses. *Nurs Res* 2006,55,5 : 316-27
- Freud, A. (1936), *Le moi et les mécanismes de défenses*. P. U. F., Paris
- Freud, S. (1924), La disparition du complexe d'oedipe In, *la vie sexuelle*. P. U. F. Paris, 1985, 117-122
- Freud, S. (1914), *Pour introduire le narcissisme*. In, *la vie sexuelle*. P. U. F., Paris, 1985, 81-105
- Freud, S. (1909), Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle. In, *Cinq psychanalyses*, Paris P. U. F. 1979
- Gatherer A, Moller L, Hayton P. The world health organization European health in prisons project after 10 years : persistent barriers and achievement. *Am J Public Health.* 2005 Oct;95(10):1696-700
- Groulx HL. *Contribution à la recherche qualitative et à la recherche sociale. La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Paris : Morin éditeur ; 1997. pp.55-80.
- Haut Comité de Santé Publique. 1993. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus. 1993.
- Hayton P, Boyington J. Prisons and health reforms in England and Wales. *Am J Public Health.* 2006 oct;96(10):1730-3
- Houssier F. Clinique de la souffrance en milieu judiciaire : plaidoyer pour un cadre élargi. *Pratiques Psychologiques* 2007, 13, 415-423
- L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. IGAS, IGSJ. Juin 2001.

- Ionescu, S. Des mécanismes de défenses en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 1999, 4, 45-52
- Ionescu, S. and coll. (1997), *Les mécanismes de défenses. Théorie et clinique*. Nathan Université, Paris
- Klein, M. (1952), Sur la théorie de l'angoisse et de la culpabilité. In, Klein, M. (ed) *Développement de la psychanalyse*. P. U. F., 1985, 254-273, Paris
- La documentation française : rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées. 1995.
- Laplanche J. et Pontalis J. B. (1967), *Vocabulaire de psychanalyse*, P. U. F., Paris
- Lhuillier D. Santé et soins en prison : perspectives psycho-sociologiques. INSERM U 444. 2003
- Loeb, S., Steffensmeier D., Myco P. In their own words : older male prisoners' health beliefs and concerns for the futur. *Geriatric Nursing*, 2007 volume 28, n°5:319-329.
- Lourel, M. Epuisement professionnel : Concept et critique du processus de Burnout. Intérêt d'une recherche exploratoire en milieu carcéral. *L'Encéphale*, 2001, 27,3, 223-227
- Maisondieu, J., Tarrieu, C., Razafimamonjy, J., Arnault, M. 2008. Alexithymie, dépression et incarcération prolongée. *Annales médico psychologiques*, 166, 664-668
- Masclet, G., Mineures, S. Relations entre burn-out et estime de soi chez les surveillants pénitentiaires. *L'Encéphale*, 1999, 25, 5, 450-460
- Mission d'audit de modernisation, sur « le transfert à l'administration pénitentiaire de la mission de garde et d'escorte des détenus hospitalisés », avril 2007
- Mooney M, Hannon F, Barry M, Friel S, Kelleher C. Perceived quality of life and mental health status of irish female prisoners. *Ir Med J*. 2002 Sep;95(8):241-3
- Mouquet MC, la santé des personnes entrées en prison en 2003, études et résultats. DREES. N°386 mars 2005
- Obradovic. Addiction en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. *Tendance*, n°41 Janvier 2005.
- Picherie, E., Le rôle des infirmiers dans les prisons. ADSP, 44, septembre 2003
- Pinel, JP. Enseigner et éduquer en institution spécialisée: approche clinique des liens d'équipe. 2001 .*Connexions*, 75/2001-1
- Plugge E, Fitzpatrick R. Assessing the health of women in prison : a study from the UK. *Health Care Women Int*. 2005 Jan;26(1):62-8
- Prieto N., Faure P. The mental health of new prisoners or of those monitored in french prisons with SMPR. *Encephale*. 2004 nov-dec;30(6):525-31
- Prudhomme J, Verger P, Rotily M. Fresnes mortalité des sortants. Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes. Second volet de l'évaluation des Unités pour Sortants.

- Reich, W. (1933), *L'analyse caractérielle*. 1979, Payot, Paris
- Remy AJ. Amélioration du dépistage et du traitement de l'hépatite C en prison : enquête comparative entre 2003 et 2004. *La presse médicale* 2006, 53,9 :0755-4982.
- Rouillon, F. Duburcq A., Fagnani F., Falissard B. Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison. Rapport définitif, 2004.
- F Sahajian, Lamothe P, Fabry J. Consommation de substances psycho actives chez les personnes entrant en prison. *Revue de Santé Publique*, 2004, 18, 2 :223-234
- Seaman SR, Brettle RP, Gore SM. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *BMJ* 1998;316:426-428
- Stallwitz A, Stöver H. The impact of substitution treatment in prisons - a literature review. *International Journal of Drug Policy*. 2007,doi:10.1016.
- Stankoff S, Dhérot J. Rapport de la mission santé justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral. Décembre 2000.
- Vaillant, G.E. and coll. (1986), An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*. vol 43, (8), 786-794
- Vaillant, G.E. (1992), *Ego Mechanisms of defense : a guide for clinicians and researchers*, US: American Psychiatric Press Inc, Washington DC
- Walker J, Gudjonsson G. The lancashire quality of life profile : data and experiences with 58 detained mentally disordered offenders.
- Weiskopf, CS. Nurses' experience of caring for inmates patients. *J. Adv. Nurs.*, 2005,49,4, 36-43
- White C. Strategy needed for mental health of women prisoners. *BMJ* 2002;324;868
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67 :361-70.

## Lectures



### *Histoire politique du barbelé*

de Olivier Razac - Champs Essai

On l'appelle « corde du diable », « écharde du souvenir » ou « frontière brûlante » : comment le fil de fer barbelé, outil agricole ingénieux, est-il devenu cet outil politique, symbole universel de l'oppression ?

En évoquant le rôle décisif du barbelé dans trois des plus grandes catastrophes de la modernité – la conquête de l'Ouest et le génocide des Indiens d'Amérique, la boucherie de 14-18 et les exterminations nazies –, mais aussi en dressant une cartographie de ses usages actuels

(propriétés privées, prisons, frontières « chaudes » du globe), Olivier Razac analyse, dans la lignée de Foucault, la violence croissante à l'oeuvre dans la gestion politique des espaces et des populations. Il révèle ainsi un principe paradoxal : le succès persistant du barbelé vient précisément de ce qu'il ne tient qu'à un fil – de son austérité et de sa simplicité. La plus grande violence n'est pas forcément impressionnante, bien au contraire : les meilleurs outils d'exercice du pouvoir sont ceux qui dépensent le moins d'énergie possible pour produire le plus d'effets de domination. Le barbelé, lui-même « mur virtualisé », a ainsi ouvert la voie à des dispositifs de contrôle de plus en plus immatériels, dont la vidéosurveillance et le bracelet électronique sont les derniers avatars...

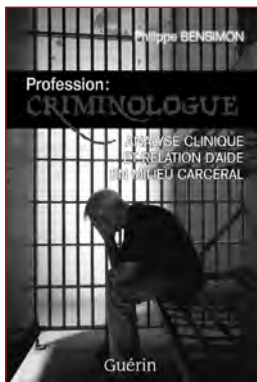
*Olivier Razac est philosophe, auteur de L'Écran et le zoo (Denoël 2002), La Grande Santé (Climats, 2006) et Avec Foucault, après Foucault. Disséquer la société de contrôle (L'Harmattan, 2008). Son Histoire politique du barbelé, initialement parue à La Fabrique en 2000, a été revue et très largement augmentée pour cette édition.*



## *L'objectif de resocialisation est-il toujours d'actualité ?*

de Nicolas Queloz, Ulrich Luginbühl, Ariane Senn et Sarra Magri

L'entrée en vigueur du nouveau droit des sanctions en janvier 2007 ainsi que sa mise en oeuvre concrète ont fait surgir une polémique au sujet de son efficacité. Parmi les questions les plus discutées figure celle de savoir si l'objectif de resocialisation – un des principaux buts du régime des sanctions – est toujours d'actualité ? Dans ce contexte de débats théoriques et pratiques, cet ouvrage rassemble les contributions présentées lors des 6èmes journées pénitentiaires de Fribourg (nov. 2008), organisées conjointement par le Centre suisse de formation du personnel pénitentiaire (CSFPP) et le Département de droit pénal de l'Université de Fribourg.



## *Profession criminologue. Analyse clinique et relation d'aide en milieu carcéral*

de Philippe Bensimon - Guérin

Meurtres, viols, agressions, vols, trafics, fraudes... Acculé à un agir criminel qui dépasse tout entendement, le criminologue clinicien se voit souvent réduit au simple rouage d'une machine à produire des mots sur des gestes que l'on ne retrouve nulle part ailleurs dans le monde animal. Et pourtant, ceux qui les ont commis font partie des nôtres au cour de la cité qui les a vu naître. Certains sont de véritables gouffres sans fond. Imaginez qu'il vous faille prendre par la main l'un d'entre eux et, muni d'une torche, descendre dans un puits sans savoir où tout cela vous mènera. La chose à ne pas faire : le laisser seul descendre en restant sagement assis à écouter l'écho de sa voix. En l'accompagnant marche par marche, au risque de chuter à la lueur vacillante de la flamme, vous l'entendrez se parler à lui-même, le verrez transpirer, chercher à reprendre son souffle, revoir des scènes qui n'ont d'autres témoins que sa mémoire et plus vous descendrez et plus l'air se raréfiera. Au passage, vous laisserez quelques coups de craie sur les murs. Des points de repère pour éviter que le puits ne se referme sur vous. Après, eh bien après, il ne restera plus qu'à remonter là où les gens attendent sagement au feu rouge avant de traverser la rue.



## Remerciements

Ce dossier est le résultat d'un travail dont la réalisation n'aurait pas été possible sans le soutien, les conseils et l'aide de personnes que je tenais à remercier :

- La Direction de l'Administration Pénitentiaire pour avoir validé ce projet, dont l'équipe PMJ 5, et tout particulièrement Mme Falconi, pour sa lecture avisée et attentive des premiers résultats de cette étude.
- Le Directeur de la Maison d'Arrêt de Seysses et le Directeur de l'Inter région de Toulouse pour leur accord à la réalisation de cette recherche.
- La Directrice de l'ENAP, Mme Decroix, pour son intérêt et son soutien manifestés à l'égard de cette thématique.
- Les membres du CIRAP pour leur accompagnement scientifique et tout particulièrement M. Mbanzoulou, Mme Alvarez, Mme Brenac et Mme Germain pour leur aide précieuse.
- L'équipe pénitentiaire de l'UHSI de Toulouse qui par sa gentillesse et son ouverture à cette démarche de recherche a beaucoup contribué à la réalisation de ce travail. Je remercie tout particulièrement, M. Trébuchon et Mme Dorier, ainsi que les membres de l'équipe pénitentiaire de l'UHSI de Toulouse qui se sont prêtés aux entretiens.
- L'équipe médicale de l'UHSI de Toulouse qui s'est investie de manière importante dans les différentes étapes de cette étude. Je remercie tout particulièrement le Dr Telmon et le Dr Bayle, ainsi que les membres de l'équipe médicale qui se sont prêtés aux entretiens.
- Les détenus hospitalisés à L'UHSI de Toulouse, pour avoir accepté de participer à cette étude.



## Le parcours de l'hospitalisation du détenu

Consultation médicale d'entrée avec un des 4 médecins généralistes de l'UCSA

Ordonnance d'une consultation avec un médecin spécialiste (qui se déplace sur Muret) si nécessité d'exams complémentaires



Le détenu peut demander à changer de médecin traitant

Le médecin traitant synthétise les informations médicales et les besoins de santé du patient

Entretien entre le détenu et le médecin traitant UCSA de proposition de l'hospitalisation (informations au détenu sur sa santé, les conditions d'hospitalisation à l'UHSI et demande d'accord du patient).



Le patient peut refuser l'hospitalisation

Le médecin traitant organise l'hospitalisation du détenu sur un délai d'un mois afin de concilier les différentes contraintes de disponibilités médicales et pénitentiaires (extractions, disponibilités du plateau technique Ranguell)

- faxe fiche A + lettre à l'UHSI (demande d'hospitalisation, dates souhaitées, informations médicales)

Réponse UHSI : fiche B (retour motivé de demande d'hospitalisation : accordée, en attente ou refusée) selon contraintes de disponibilité UHSI + plateau technique



- réception par l'UCSA de la fiche B de l'UHSI

- signe certificat de transfert du détenu et établit les besoins en terme de véhicules au Bureau Gestion de Détenition (fiche B' : dates souhaitées d'hospitalisation du détenu, sans les informations médicales qui font l'objet du secret médical)



Validation de l'hospitalisation selon disponibilité de l'escorte contrainte à deux par jour

Possibilité d'organiser l'escorte de plusieurs détenus en une (si respect sécurité, discussion au cas par cas selon profil pénal des détenus)

Entretien entre le détenu et le médecin traitant UCSA de confirmation de l'hospitalisation à J-15 jours.

Confirmation de disponibilité et de l'accord du patient

Convocation du détenu et de l'escorte à l'UCSA ½ heure avant le départ en présence d'une infirmière

Départ à l'UHSI

Rédaction  
Hélène Bazex

Conception graphique  
et mise en page du numéro  
Patricia Chauché  
ENAP - Unité Edition-Diffusion

Impression  
Imprimerie Laplante

Décembre 2009