

N° 10  
 Fév. 2003

## SOUFFRANCE EN DÉTENTION

### La prise en charge sanitaire des personnes détenues

*Synthèse réalisée par Evry Archer, psychiatre, chef du SMPR de Loos-les-Lille et du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire du Nord Pas-de-Calais*

*Xavier Lameyre, magistrat, maître de conférences chargé de formation et de recherche à l'ENM (antenne de Paris)*

*" La souffrance ne suscite un mouvement de solidarité et de protestation que dans le cas où une association est établie entre perception de la souffrance d'autrui et conviction que cette souffrance est le fait d'une injustice "*

*C. Dejours, Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale, 1998.*

L'ombre et le silence recouvrent habituellement la souffrance des personnes détenues. Comment pourrait-il en être autrement lorsque " en toute hypothèse, punir c'est infliger une souffrance " ? Mais ne pourrait-il pas y avoir deux types de souffrances : l'une acceptable, car consubstantielle au châtimeut pénal, l'autre inacceptable, et donc sautant aux yeux des tiers et audible par eux, dans la mesure où elle excéderait la première et, relevant de la personnalité du détenu, elle s'inscrirait dans une dimension réellement et singulièrement pathologique ? Si la réponse à cette interrogation était affirmative, comment départager alors ce qui serait du domaine d'une juste et légitime souffrance pénale de ce qui appartiendrait en propre à la maladie, laquelle a, si longtemps, partagé avec le crime le sceau du péché, la marque obsessionnelle du mal ?

Très récente est l'époque où, par-delà l'éclat public du rituel de l'audience pénale<sup>3</sup> et au-delà du savoir des professionnels et des bénévoles exerçant ou intervenant en prison, l'attention des citoyens et celle du législateur se sont portées sur l'espace et le temps carcéraux, sur la phase post-sentencielle du procès pénal<sup>4</sup>. Après les débats parlementaires animés du XIXe siècle<sup>5</sup>, il faudra attendre l'extrême fin du XXe siècle pour que la publication du témoignage d'un médecin<sup>6</sup> ranime l'opinion publique et mobilise députés<sup>7</sup> et sénateurs<sup>8</sup> en faveur du respect de dignes conditions de détention dans les établissements pénitentiaires. Il aura fallu l'avènement d'une démocratie compassionnelle pour qu'à la faveur d'une amplification croissante du recours au droit, naisse une nouvelle utopie, celle d'une peine " neutre ", exécutée dans un monde pénitentiaire idéal, ayant éradiqué les souffrances carcérales inutiles, soumettant ses décisions à des procédures impartiales et contradictoires, sollicitant les capacités d'initiative des détenus, étayant leurs projets<sup>9</sup>.

S'inscrivant dans un vaste remaniement des idées sur la peine<sup>10</sup> et traduisant les changements réels intervenus dans les pratiques pénitentiaires contemporaines, la prise en charge des personnes détenues malades a connu une sensible amélioration depuis un quart de siècle. Si la création, en 1977, des premiers Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), précurseurs des Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR<sup>11</sup>) puis, ultérieurement, en 1994, l'introduction d'une nouvelle organisation des soins en milieu pénitentiaire, ont représenté des progrès incontestables, ces réformes ont rapidement montré leurs limites : celles liées aux caractéristiques d'une population carcérale en grande précarité socio-économique, aux besoins sanitaires élevés, et celles d'un travail soignant s'accomplissant dans les conditions spécifiques d'un établissement pénitentiaire, dont on peut s'interroger s'il peut et doit être un lieu privilégié de tous les soins.

L'appréhension, le port des menottes, le transport dans un véhicule de police ou de gendarmerie, la garde à vue, les formalités de l'écrou, le contact avec l'institution pénitentiaire, surtout s'il est le premier, l'éloignement des objets familiers et des êtres chers, l'opprobre social, constituent un traumatisme psychoaffectif majeur, quelles que soient la nature et la gravité de l'infraction commise, la personnalité du détenu et l'acceptation du motif de l'incarcération. L'emprisonnement est placé en quatrième position dans l'échelle de Holmes et Rahe (1967) - après la perte d'un être cher, le divorce et la séparation amoureuse non désirés - parmi les événements de vie susceptibles d'entraîner une psychose réactionnelle, y compris chez des sujets indemnes de troubles psychiques.

La souffrance psychique liée non pas directement aux troubles mentaux, mais aux conditions de vie et à l'exclusion sociale, est de mieux en mieux connue et reconnue. Or une enquête nationale sur la santé mentale<sup>12</sup>, effectuée en 1997, avait révélé que 8,6 % des hommes et 13 % des femmes étaient suivis par un service psychiatrique dans l'année qui précède l'incarcération. De cette même enquête, il ressortait qu'au moment de l'écrou, 17,1 % des hommes recevaient un traitement psychotrope ; ainsi, 3,5 % recevaient des neuroleptiques contre 0,7 % dans la population générale. Le pourcentage de sujets présentant des troubles mentaux lors de l'emprisonnement était compris entre 14 % et 25 %, et atteignait même environ 30 % pour les femmes. Une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la santé, réalisée sur 2300 entrants en détention en juin 2001 examinés par les médecins psychiatres des SMPR<sup>13</sup> a montré que " parmi les détenus âgés de plus de 25 ans, 28% vivaient seuls avant l'incarcération, 10% étaient sans domicile fixe, la moitié n'avait pas d'activité professionnelle (...) 11% percevaient le revenu minimum d'insertion (RMI), 4% des allocations de chômage ASSEDIC, 6% l'allocation pour adulte handicapé (AAH) et 2% une pension d'invalidité ". C'est dans ces fréquentes situations de précarité sociale que s'inscrivent les troubles mentaux des personnes détenues. L'enquête précitée a mis en lumière que, lors de l'incarcération, " au moins un trouble psychiatrique de gra-

vitité plus ou moins importante a été repéré chez 55% des entrants ". Parmi eux, on distingue ceux qui souffrent de troubles anxieux (55% des cas), de troubles addictifs (54%), de troubles psychosomatiques incluant des troubles du sommeil et de l'alimentation (42%), de troubles du comportement (40%) - impulsivité, passage à l'acte, colère, excitation psycho-motrice...-. Un entrant sur cinq a déjà été suivi par un secteur de psychiatrie générale. 11 % avaient déjà été hospitalisés dans un service de psychiatrie. 59 % des femmes écrouées présentaient des troubles de santé mentale et 18 % une psychose.

En plus du nécessaire repérage des troubles mentaux, les diagnostics de personnalités pathologiques et les approches psychodynamiques renseignent utilement sur l'état mental des personnes détenues : carences affectives massives, souvent précoces, carence socio-culturelle et éducative marquée par des ruptures itératives, par des frustrations diverses, par des insuffisances d'habiletés sociales, par l'échec des processus d'identification, de projection et d'intégration sociale et par des altérations majeures du sentiment de la permanence du sujet, de son identité personnelle.

La souffrance en détention - souffrance physique autant que mentale - apparaît donc souvent comme le prolongement de multiples souffrances bien antérieures à l'incarcération. Ainsi que l'a montré la première enquête réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en milieu carcéral, à l'occasion du recensement de la population en

1999, l'histoire familiale des détenus est, plus fréquemment que dans la population générale, marquée par des épreuves, par une entrée précoce dans la vie adulte.

La réduction de l'espace et la limitation du temps vécu qui résultent de l'enfermement induisent toujours une souffrance psychique, surtout chez les plus fragiles.

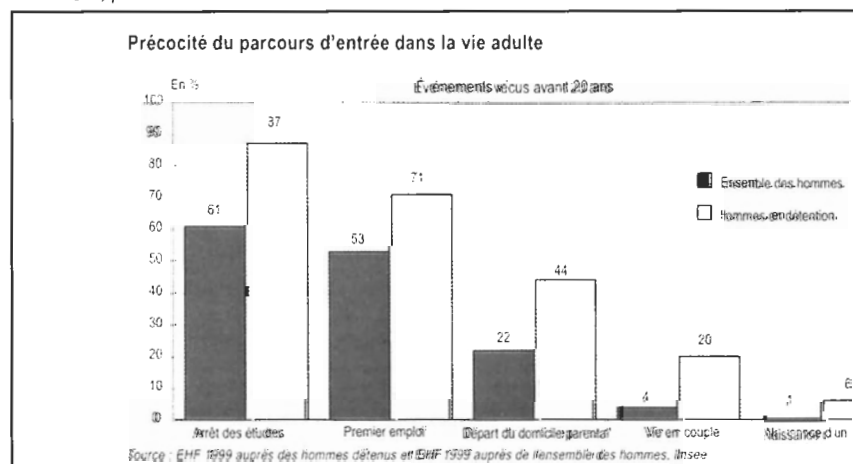
### L'espace

Au-delà de la " simple " (1) privation de la liberté d'aller et de venir, la souffrance d'espace prend la forme d'un enfermement en gigogne : murs de la cellule, du bâtiment, section, étage, cellule, aussi peau et organes sensoriels. Réduction de leurs fonctions d'ouverture au monde. Réduction olfactive, limitation du toucher, au sens propre comme au sens figuré, surinvestissement des sons perçus malgré leur manque de diversité, utilisation de la peau comme panneau d'affichage pour exposer en silence à la colère, à l'égard d'autrui les émotions, l'angoisse, la souffrance psychique, sous forme de rougeurs, de boutons, d'ulcères, de plaques, d'eczémas, d'urticaires, de démangeaisons, d'alopécie, de stries sanglantes sur les bras et l'avant-bras. " Dans un espace où la dimension visuelle est primordiale, sous le mode du contrôle - œil sur les portes des cellules, caméra sur les dors - où les surveillants sont toujours à voir les détenus à l'œil, c'est par les tatouages - sillons de plaies, cicatrices - ou par des situations que la souffrance psychique se donne à voir. " <sup>14</sup>.

Ce sont autant de " tags " sur le mur de l'incarcération personnelle.

### Evènements vécus avant 20 ans

Sources : Enquête sur l'histoire familiale des détenus (1999) et étude de l'histoire familiale (effectuée dans la population sur un échantillon de 400 000 personnes lors du recensement de 1999). Extrait de F. Cassan et F.-L. Mary-Parlas, " Précocité et instabilité familiale des hommes détenus ", Insee Première février 2002, p. 1.





et dont la généralisation devrait être encadrée et adaptée.

D'une manière générale, il convient d'observer avec l'IGSJ et l'IGAS que la permanence des soins en prison est insuffisamment assurée et que l'organisation des extractions médicales, trop souvent défaillante, limite fortement le nombre des consultations médicales et des hospitalisations. Les condi-

tions carcérales, dénoncées par les commissions parlementaires en 2000 ne favorisent ni l'hygiène, ni la santé publique, ni la promotion de la santé.

La question particulière des troubles psychiques et des maladies mentales dont souffre un nombre conséquent de détenus cristallise à elle seule l'évolution de la société, celle de la population pénale et surtout celle des institu-

tions psychiatrique et judiciaire. Actuellement, existe une situation critique - donc dangereuse et féconde à la fois -, pour l'organisation des soins en milieu pénitentiaire : sont remis en question tant ses fondements éthiques que les pratiques professionnelles, les procédures et les lieux de soins des personnes détenues.

## Où soigner les personnes détenues ?

L'intérêt majeur, pour la santé et la sécurité publiques, du développement en milieu carcéral des consultations ambulatoires, des suivis réguliers, des interventions opportunes aux moments critiques, des prises en charge individuelles ou en groupe (avec les seules adaptations et dérogations strictement nécessaires), n'est plus contesté, à condition que soient respectées l'éthique et la déontologie. Sont notamment condamnables les "incarcérations pour soins", voire "les écrous quand même et malgré tout, puisqu'il y a des soignants en prison".

Mais le débat relatif aux types de lieux de soins adéquats n'est pas nouveau [M. Renneville, *La médecine du crime*. Lille, Presses universitaires du Septentrion, 1997 ?]. Déjà en 1921, Vervaeq, au Congrès des psychiatres et des neurologues de langue française pouvait ainsi le résumer : "Il est intéressant de rappeler brièvement comment a été résolue dans quelques pays la question de l'observation et de l'internement des délinquants aliénés. Trois tendances, écrit-il, se sont manifestées parmi les psychiatres pour réaliser l'internement des criminels aliénés. Premièrement, l'annexe psychiatrique de la prison, préconisée par la majorité d'entre eux et notamment par Kinberg (Stockholm), Petren (Suède), Muggia (Pise), Von Listz, Van Deventer, Lagriffe (Paris) ; deuxièmement, la section criminelle dans un asile ordinaire, défendue surtout par Aschaffenburg et Berger ; troisièmement, l'établissement spécial intermédiaire ou prison-asile que recommandent Hoffman, Wagner et Riva". La psychiatrie baignant dans l'esprit de l'époque, le choix d'adopter ou de privilégier telle structure ou d'en associer plusieurs de telle manière fluctue, en France comme ailleurs, selon les variations des soucis sécuritaires et répressifs, selon les préoccupations humanitaires et de solidarité qui prévalent.

Bien plus près de nous, l'article L-

3214-1 du code de la santé publique, issu de la loi du 9 septembre 2002, est ainsi rédigé : "L'hospitalisation, avec ou sans consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une unité spécialement aménagée." Des détenus, consentant aux soins, pourront être hospitalisés dans certains services de psychiatrie, au sein d'unités spécialement aménagées (USA) pour les accueillir. Les plus dangereux d'entre eux pourront être admis, avec ou sans leur consentement, dans des unités hospitalières fermées, encore plus équipées et renforcées. Ces aménagements spéciaux permettront sans doute d'y traiter aussi - dans des conditions d'accueil, de séjour et de sortie qui évitent le rejet ou l'abandon et assurent la continuité des soins - des patients dangereux n'étant pas sous main de justice et venant d'autres services de psychiatrie. Si les possibilités "contenantes" de ces unités hospitalières sont dépassées, les détenus pourront être soignés dans des unités pour malades difficiles (UMD), à condition d'en créer une par région ou groupe de régions, puisque les 416 lits des quatre seules UMD de France s'avèrent insuffisants.

Les unités spécialement aménagées ne se réduisent donc pas à celles qui sont exclusivement réservées aux détenus, régies par les règlements pénitentiaires et dont la garde, la gestion des parloirs et des visites seraient assurées par des surveillants pénitentiaires. L'exposé des motifs de l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 (art. 3213-1 du Code de la Santé Publique) est à cet égard explicite, d'où l'importance d'en citer un large extrait : "Le nouvel article L. 3213-11 du code de la santé publique vise à exclure la possibilité d'hospitalisation psychiatrique à temps complet au sein d'un établissement pénitentiaire et à prévoir que toutes les hospitalisations psychiatriques à temps complet seront réalisées en milieu hospitalier qui seul offre les normes

sanitaires et les méthodes de prises en charge nécessaires.

Il est précisé que ces hospitalisations sont effectuées dans des unités adaptées à recevoir des personnes détenues et donc, spécifiquement aménagées.

L'évolution de l'organisation des soins de santé mentale en France doit, en effet, intégrer la question de l'hospitalisation des personnes détenues. Les services ouverts ne sont pas adaptés à l'hospitalisation des personnes détenues qui nécessitent une surveillance particulière pour prévenir tout risque d'évasion. Certaines unités fermées disposent déjà d'un règlement intérieur-type et d'un protocole de soins définis adaptés à la prise en charge de personnes détenues : il s'agit d'une UMD (unités pour malades difficiles) actuellement au nombre de quatre, et des UPID (unités psychiatriques inter-départementales) et UMAP (unités pour malades agités et perturbateurs) qui pourraient être développées.

Certaines unités peuvent être spécifiquement aménagées lors de l'accueil de personnes détenues : il s'agit des unités pouvant avoir un fonctionnement partiellement ou temporairement fermé permettant des hospitalisations de proximité et de courte durée. La création d'unités psychiatriques sécurisées spécifiquement aménagées et destinées à recevoir exclusivement des personnes détenues devrait compléter utilement le dispositif. Ces unités pourront recevoir les personnes détenues hospitalisées avec ou sans leur consentement, pour une durée indéterminée, notamment lorsqu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge dans une unité pour malades difficiles. La définition plus précise de ce nouveau dispositif, de ses modalités de fonctionnement, et de la garde des personnes détenues, relève du domaine réglementaire.

De toute évidence, cette dernière catégorie de lieux d'hospitalisations de détenus malades mentaux ne doit pas

être privilégiée : " elle devrait compléter utilement le dispositif ". Elle doit être réservée aux quelques détenus dont la dangerosité exceptionnelle - personnelle ou en relation avec l'extérieur - compromet l'ordre public, la sécurité des soignants et celle des autres patients, non seulement dans les unités spécialement aménagées des services de psychiatrie habilités, mais aussi - ce qui est rarissime - dans les unités pour malades difficiles.

Ce mode d'hospitalisation recèle en effet des inconvénients majeurs qui avaient conduit l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) à signer à l'unanimité de son bureau et à la quasi-unanimité de ses membres deux motions rejetant le choix de n'hospitaliser les détenus que dans des unités hospitalo-pénitentiaires qui leur seraient exclusivement réservées. Les motifs d'un tel rejet sont nombreux :

- stigmatisation des détenus malades mentaux au point de nuire gravement à la continuité des soins en raison d'une complication du passage de relais aux professionnels de santé mentale intervenant dans les filières de soins de droit commun ;

- éloignement des détenus malades mentaux de leur famille, puisque nul ne peut envisager sérieusement une dissémination considérable de ces structures nouvelles sur tout le territoire ;

- abrogation de fait de l'article 122-1 du code pénal et incitation explicite à juger et à condamner les malades mentaux (y compris les plus délirants, les plus hallucinés, ceux dont le discernement est aboli et le contrôle des actes supprimé au moment de l'acte qui leur est reproché), puisqu'il se dira alors partout qu'il existe des services de psychiatrie pour détenus fous ;

- contrairement aux directives européennes, mise en œuvre de l'hospitalisation psychiatrique sous contrainte dans une véritable section de détention soumise aux règlements pénitentiaires et comportant des surveillants pénitentiaires en uniforme, au seul motif que ce bout de prison se trouverait enclavé dans l'enceinte d'un hôpital ;

- absence de solution au problème

de l'hospitalisation psychiatrique convenable et en sécurité des rares malades mentaux qui auraient quand même bénéficié des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, ainsi que des nombreux malades mentaux dangereux qui ne sont pas détenus, ni même sous main de justice, alors que les moyens de la psychiatrie française ne sont pas tels que l'on puisse multiplier des structures hospitalières spécifiques, exclusivement destinées à des personnes qui ne sont pas réparties selon les critères du diagnostic, de l'indication thérapeutique et du soin.

Heureusement, l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 tient suffisamment compte de ces réalités pour ne pas imposer ce qui serait une grave régression : ce lieu unique et exclusif d'hospitalisation psychiatrique des détenus.

## Pour conclure

A l'heure où la construction de nouveaux établissements pénitentiaires ainsi que la réhabilitation des bâtiments anciens sont programmés, la réorganisation des soins aux détenus ne suffit pas : que seraient ces réformes si elles ne s'appuyaient sur un texte fondamental relatif à la peine et au service public pénitentiaire ? Par-delà les textes (si généreux et contraignants soient-ils), et si la privation de la liberté ne doit pas être aggravée par l'altération de la santé, celle-ci étant définie comme " un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité " (Constitution de l'OMS, 22 juillet 1946), la lucidité oblige à admettre qu'est encore bien éloigné le jour où les personnes détenues seront en parfaite santé.

1 Pour R. Merle, " le châtiement est par nature afflictif dans la mesure où il comporte blâme social, privation d'un bien ou d'un droit, obligation de se soumettre à des contraintes ", La pénitence et la peine. Théologie, droit canonique, droit pénal, Paris, Ed. du Cerf / Cujas (coll. " Ethique et Société " ), 1985, p. 141.

2 M. Renneville, " Obsessions. Indices historiques pour une généalogie des soins obligés ", Les sains obligés ou l'utopie de la triple entente, actes du XXXIII<sup>e</sup> Congrès français de criminologie (Association française de criminologie, Société belge de criminologie et Université de Lille II, Lille, 10-11 mai 2001), Paris, Dalloz (coll. " Thèmes & Commentaires " ), 2002, p. 11.

3 A. Garapon, Bien juger. Essai sur le rituel judiciaire. Paris, O. Jacob (coll. " Opus " ), n° 45, 1997, p. 63.

4 D. Salas, Du procès pénal. Eléments pour une théorie interdisciplinaire du procès. Paris, P.U.F. (coll. " Les voies du droit " ), 1992.

5 Voir notamment, M. Perrot, Les ombres de l'histoire. Crime et châtiement au XIX<sup>e</sup> siècle, Paris, Flammarion, 2001 (existe désormais en format poche), et R. Badinter, La Prison républicaine (1871-1914), Paris, Fayard, 1992 (rééd. Le Livre de poche, n° 13634).

6 V. Vosseur, Médecin-chef à la prison de la Santé, Paris, Le Cherche

Midi, 2000.

7 La France face à ses prisons. Rapport (t. I) et Auditions (t. II) de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises (L. Mermaz, président, J. Fiach, rapporteur, députés), Paris, Les Documents d'information de l'Assemblée nationale, 2000, n° 2521.

8 Prisons : une humiliation pour la République. Rapport (t. I) et Annexes (t. II) de la Commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (J.-J. Hyest, président, G.-P. Cobonel, rapporteur, sénateurs), Paris, Les Rapports du Sénat, 1999-2000, n° 449.

9 T. Pech, " Neutraliser la peine ", in A. Garapon, F. Gros, T. Pech, Et ce sera justice. Punir en démocratie, Paris, Odile Jacob, 2001, pp. 140-244.

10 F. Gros, " Punir, c'est transformer une souffrance en malheur ", in A. Garapon, F. Gros, T. Pech, op.cit., pp. 109-138. Voir également l'avis adopté par la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme (CNCDH, J.-P. Dubois, rapporteur) en date du 24 janvier 2002, intitulé " Réflexions sur le sens de la peine " [www.commission-droits-homme.fr/travaux].

11 Services medico-psychologiques régionaux dont le fonctionnement a été établi par un arrêté du 14 décembre 1986, une circulaire de la Direction générale de la Santé (Ministère de la Santé), datée du 5 décembre 1988, fixant les règles d'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

12 M.-C. Mouquet, M. Dumont, M.-C. Bannevie, " La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs à risque ", Etudes et Résultats (DREES), n° 4, janvier 1999.

13 M. Caldefy, P. Faure, N. Prieto, " La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services medico-psychologiques régionaux ", Etudes et Résultats (DREES), n° 181, 2002.

14 E. Archer, J.-F. Raviart " Le corps en je (u) ", Psychologie médicale, 1989, 21-4, pp.483-485.

15 " L'histoire familiale des hommes détenus ", Statistique publique (coll. " Synthèses ", n° 59), janvier 2002. Voir également, F. Casson, A. Kensey, L. Toulemon, " L'histoire familiale des hommes détenus ", Insee Première, n° 706, avril 2000.

16 D. Gonin, La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, Paris, L'Archipel, 1991 ; F. Casson, A. Kensey, L. Toulemon, " La prison, un risque fort pour les classes populaires ", Cahiers de démographie pénitentiaire (Ministère de la Justice), n° 9, 2000.

17 P. Cambesie, Sociologie de la prison, Paris, La Découverte (coll. " Repères ", n° 318), 2001, p. 39.

18 A.-M. Morchetti, Pouvements en prison, Ramanville-Saint-Agne (Toulouse), Érès (coll. " Trajets " ), 1997.

19 J. Bernheim, " Ethique en médecine pénitentiaire ", Médecine & Hygiène, 49, 1991, pp. 2494-2501.

20 O. Obrecht, " La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques ", in C. Veil, D. Lhuillier (dir.), La prison en changement, Ramanville-Saint-Agne (Toulouse), Érès (coll. " Trajets " ), 2000, pp. 231-253.

21 Y compris, depuis 2002, dans les établissements à gestion mixte (issus du programme de construction dits " 13 000 " ), dont l'organisation et la gestion des soins était auparavant confiée à des entreprises privées.

22 Ces données chiffrées émanent du Rapport d'évaluation relatif à l'organisation des soins aux détenus, établi sous la responsabilité de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ, Ministère de la Justice) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS, Ministère de l'emploi et de la solidarité), juin 2001, pp. 28-30.

23 " L'indépendance professionnelle du personnel de santé travaillant en milieu pénitentiaire ", in N. Queloz, F. Rifkin, A. Senn, P. de Sinmer (dir.), Médecine et détention, Bern, Stämpfli Verlag, 2002, pp. 184-193.

24 Droits de la personne rappelés dans le nouveau chapitre préliminaire du titre premier consacré aux droits des personnes malades et des usagers du système de santé, du livre premier relatif à la protection des personnes en matière de santé, dans la première partie traitant de la protection générale de la santé du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (art. 3).

25 Il est prévu à l'art. D. 365 que " hormis les cas où ils se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire [...], les détenus ne peuvent être examinés ou soignés par un médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Ils doivent alors assumer les frais qui leur incombent du fait de cette prise en charge ".

26 T. Pech, " La dignité humaine. Du droit à l'éthique de la relation ", Justices (in Le Recueil Dalloz), n° hors série, mai 2001, p. 90.

27 A. Kensey, " Vieillir en prison ", Cahiers de démographie pénitentiaire (Ministère de la Justice), n° 10, novembre 2001.

28 Une note de la direction de l'administration pénitentiaire datée du 25 novembre 2002 signalait qu'à cette date 16 détenus avaient bénéficié d'une telle mesure d'aménagement de peine, dont l'actuel à Maurice Papan a médiatisé l'existence. Eu égard à la surmortalité des détenus âgés de moins de 40 ans (deux à trois fois plus que dans la population générale, cf. Rapport IGSJ/IGAS, F. Feltz et al., 1995), il convient de noter le très faible nombre de décisions de cette nature.

## SYN.A.P.S.E

Conception : Yves Sauthieux - Maquette : Patricia Chauché - Impression : ENAP-Patrick Lebasnier - ISSN : 1631-7300 - Dépôt légal : à parution

Contact : Patricia.Chauche@justice.fr - Tél. : 05 53 98 90 95

École Nationale d'Administration Pénitentiaire - 440, avenue Michel Serres - B.P. 28 - 47916 AGEN Cedex 9

L'inhibition de l'action, la rareté des exutoires, l'inefficacité des mécanismes de défense non ou peu délétères, - la sublimation et l'abréaction, notamment - favorisent la régression à des modes de relations libidinales pré-objectales se manifestant, moins par la valorisation excessive de la nourriture, l'attachement exagéré aux objets personnels et " cantinés " et le surinvestissement des couches, que par le renforcement de l'égo-centrisme et l'affaiblissement de la capacité de sollicitude.

" De la pathologie du corps-parchemin au lieu d'exposition, à celle du corps-enveloppe, puis à celle du corps-limite, un glissement se produit, de manière non pas métaphorique, mais le plus souvent métonymique, à celles des " états-limites ", c'est à dire, en fait, à un trouble de la perception de sa propre continuité, à une pathologie du Soi " (même réf. Biblio. que la note 14)

## Le temps

Les éléments de la dystemporalité carcérale, variables d'un sujet à l'autre, évoluent au cours de la détention. Sa présence est cependant constante. Le détenu est une personne qui attend. Il a peu d'influence sur son propre " emploi du temps ". Il ne peut guère utiliser un agenda, même à moyen terme et en situation post-sentencielle. Cette attente, souvent anxieuse, dans un lieu monotone, sans les repères temporels habituels, - malgré la rigoureuse scansion, trop répétitive, de la vie carcérale -, facilite l'apparition de troubles mnésiques, gêne autant l'inscription immédiate dans le temps présent que l'investissement du temps à venir, provoque la rupture de la fluidité anticipatoire et une inaptitude à l'insouciance face au temps.

On comprend donc que la réduction d'espace et la dystemporalité, avec les autres contraintes, frustrations et pri-

vations, qu'elles induisent automatiquement, ou qui s'ajoutent, favorisent chez certains sujets la production de phénomènes qui ne peuvent plus être inclus dans la " juste et légitime souffrance pénale ": l'éclosion ou la décompensation de troubles psychiques ou psychosomatiques et la fragilisation du corps puni.

Tandis que la prison constitue un risque fort pour les classes populaires<sup>17</sup>, qu'on y envoie plus aisément les plus démunis<sup>17</sup>, et que derrière les murs les pauvretés s'y déclinent au pluriel<sup>18</sup>, il est logique d'y rencontrer, bien plus fréquemment qu'à l'extérieur, des personnes dont la santé est délabrée et que la prison accueille comme à l'asile [J.-C. Coffin, " De l'asile-prison à la prison-asile ", *Dedans, dehors (OIP)*, n° 30, mars 2002, pp. 16-17]. Dans cette même revue, lire également les contributions de M. Beloncle, C. Canetti, B. Condat, V. Decroix, M. Dubec et E. Piel].

## Apport et limites de la réforme des soins en détention

Même si le principe général d'équivalence des soins, prodigués aux personnes détenues comme offerts aux patients libres, est affirmé depuis plus d'un demi siècle (Serment de Genève de 1948) et très largement défendu par les praticiens depuis une douzaine d'années<sup>19</sup> en France, ce n'est qu'avec l'entrée en vigueur de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale en faveur des soins en milieu pénitentiaire, que cette " évidence conceptuelle "<sup>20</sup> - donner la responsabilité et le contrôle de l'offre de soins en prison à l'administration de la santé et non plus à l'administration pénitentiaire - est devenue réalité.

### Un indéniable progrès

Désormais, grâce aux Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) bénéficiaires de l'expérience première des SMPR, implantées dans chaque établissement pénitentiaire<sup>21</sup> mais intégrées à un service hospitalier en raison d'un protocole liant les deux établissements, c'est le service public hospitalier et son personnel soignant - soumis évidemment aux mêmes règles déontologiques qu'en milieu libre - qui assure les examens de diagnostic et les soins aux détenus, en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Plus généralement, c'est ce même

service hospitalier qui concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.

Cette nouvelle organisation des soins a été soutenue par une augmentation conséquente des moyens humains et matériels, rendue possible par l'octroi de budgets qui, entre 1994 et 2000, ont crû de 40 %. Ainsi, l'offre de soins est-elle actuellement, par an, en moyenne de 8 à 9 consultations de médecins généralistes par place occupée en maison d'arrêt (6 à 7 consultations en établissements pour peines), ce qui représente une consommation de soins environ deux fois supérieure à ce que connaît la population en milieu libre<sup>22</sup>. Une augmentation des recours à l'hospitalisation extérieure à l'établissement pénitentiaire (de 31 % entre 1997 et 2000) traduit également le souci d'assurer aux détenus une continuité des soins prônée par les nouvelles dispositions légales. Si ces données confirment que les détenus bénéficient d'un réel accès aux soins, elles rappellent conjointement que l'état de santé de la population carcérale, notamment au moment ou au lendemain de l'écrou est bien plus dégradé que celui de la population générale (cf. supra). D'où l'importance d'offrir des soins de qualité, garantis par les compétences de professionnels qualifiés, volontaires pour

exercer en milieu fermé. Contrairement au passé, ce sont eux qui, par exemple, assurent auprès des détenus la distribution des médicaments, sous leur forme normale et non plus diluée comme à l'époque où les " fioles " étaient remises aux détenus par les surveillants. Même si les risques de stockage et de trafic de médicaments sont aujourd'hui réels, ce simple geste contribue à une meilleure responsabilisation des personnes incarcérées, lesquelles peuvent avoir régulièrement accès à l'équipe médicale, ce qui est rassurant.

Depuis l'introduction de la réforme de nouvelles pratiques ont vu le jour, opérant une clarification des rôles des différents praticiens intervenant auprès des détenus. Cette meilleure définition de la nature des missions et des interventions de chaque professionnel a fréquemment généré des conflits. Ceux-ci, intrinsèquement liés à la coexistence, dans une même institution, de missions très différentes (sécurité, soins), ne sont pas à fuir lorsqu'ils sont l'occasion d'échanges et non de blocages : de cette " conflictualité constructive "<sup>23</sup> peut naître le dialogue, indispensable à une meilleure (re)connaissance mutuelle des contraintes propres à chaque exercice professionnel. Ainsi, la loi du 18 janvier 1994 a donné une base légale à l'affirmation d'une éthique des soins en prison. Mais si les soignants n'ont que

parement accès au dossier pénal de la personne détenue, ils savent, par exemple, que veiller au respect du secret médical appelle de leur part une constante attention dans un milieu où l'ensemble des déplacements, internes autant qu'externes à l'établissement pénitentiaire, doit être connu du personnel de surveillance. C'est notamment à cet endroit que les limites de la réforme des soins en détention sont atteintes.

## **Des obstacles difficilement surmontables**

Si la protection de la santé constitue un droit fondamental, si le droit du malade au libre choix de son praticien est un principe fondamental de la législation sanitaire, et si l'égal accès aux soins, la continuité et la non-discrimination des soins, le respect de la dignité de la personne, de sa vie privée et du secret des informations la concernant, représentent autant de créances juridiques garanties par la loi<sup>24</sup> (art. L. 1110-1 et suivants du code de la santé publique), il convient d'admettre que la pleine application de ces droits est difficile à assurer en détention :

- le passage obligé par le personnel de surveillance réduit le libre accès au praticien,

- le libre choix de son thérapeute ne peut que très difficilement être respecté<sup>25</sup> ;

- le secret médical peut être violé et la confidentialité des consultations atteinte, notamment lorsqu'il s'agit d'une visite spécialisée dans un service hospitalier extérieur à l'établissement pénitentiaire, un surveillant accompagnant parfois le patient sous écrou jusque dans la salle d'examen ;

- la continuité des soins est aussi en danger lorsque la circulation d'information est défaillante entre des services médicaux internes (SMPR / UCSA) ou entre ceux-ci et les acteurs de santé exerçant en milieu libre.

Voilà autant d'exemples de la césure pouvant exister entre des normes juridiquement prescrites et des pratiques s'affranchissant quotidiennement de ce qui, pourtant, contribue à protéger la dignité de la personne détenue en souffrance. Bien qu'elle soit " descendue du ciel des idées pour investir le droit interne des Etats ainsi que le droit international "<sup>26</sup>, que de valeur elle soit devenue norme, la dignité trouve d'autant plus difficilement son havre intra muros qu'elle a souvent abandonné extra muros une population dont la

situation est très fréquemment précaire, mise à l'épreuve précocement.

Si la population détenue est globalement plus jeune que la population générale - près de la moitié n'a pas trente ans, tandis que ce n'est le cas que pour 28 % de la population libre - le nombre de personnes âgées ne cesse de croître en prison<sup>27</sup>. En une dizaine d'années, les détenus âgés de plus de 50 ans ont plus que doublé, représentant 11,3% de la population carcérale au 1er octobre 2002. C'est d'ailleurs parce qu'il a été considéré qu'il était indigne d'être incarcéré lorsque la maladie de la personne engage son pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention, que les parlementaires ont récemment voté un nouveau cas de suspension de peine permettant au condamné de vivre hors de l'établissement pénitentiaire des jours de grande souffrance ou ses moments ultimes<sup>28</sup> (art. 720-1-1 issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002).

## **Des besoins de santé encore insatisfaits**

D'importants besoins sanitaires, découverts lors de l'entrée en prison ou résultant des évolutions sociales et institutionnelles ultérieures, restent à satisfaire.

En matière d'addictions, et selon l'enquête réalisée, en 1997, par la DREES<sup>13</sup>, un tiers des entrants en prison déclaraient être usagers réguliers et anciens d'au moins une drogue au cours des 12 mois précédant l'incarcération ; les usagers de drogue par voie intraveineuse étaient estimés à environ 10 %, les poly-toxicomanes déclarés représentant 20 % des détenus entrants ; quant à l'alcool, plus du tiers des entrants déclaraient en avoir une consommation excessive ; ils étaient près de 80 % à déclarer être fumeurs. Il convient d'observer que le niveau des moyens socio-éducatifs et sanitaires et les articulations qui devraient être instituées entre les différents services ne sont pas à la hauteur d'un tel constat.

Quant aux infections virales, si, depuis une dizaine d'années, le taux des détenus porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a heureusement baissé, passant de 5,79 % en 1990 à 1,2 % en 2000, il convient d'observer que ce taux est encore supérieur à celui de la population libre ; quant à la relative faiblesse de la séropositivité de l'hépatite [VHC (4,4 %) et VHB (2,3 %)], elle semble indiquer un recours aux

soins nettement en recul par rapport à la population générale, ce qui nécessite une prise en charge initialisée au cours de l'exécution de la peine d'emprisonnement .

En ce qui concerne les soins dentaires, l'évaluation récente réalisée conjointement par l'Inspection générale des services judiciaires et par l'Inspection générale des affaires sociales a montré que les délais d'attente étaient trop longs, la prise en charge trop souvent réduite aux soins " basiques ", les extractions évitables étant trop souvent préférées aux soins conservateurs plus coûteux. L'accès aux prothèses conjointes et adjointes est limité tandis que les soins d'orthodontie sont quasi-inexistants.

La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est, elle aussi, insuffisante. Pourtant, les besoins sont importants : ayant augmenté de 65 % en cinq ans, cette population représente aujourd'hui près du quart des détenus. La prise en charge de ces personnes constitue l'un des points faibles du dispositif actuel, tant en milieu fermé qu'en milieu ouvert. A l'intérieur de la prison les moyens ne sont pas adaptés au nombre des personnes concernées et à la nature des suivis nécessaires, tandis qu'à l'extérieur le réseau des médecins coordonnateurs est particulièrement réduit, et pour cause : malgré quelques efforts récents en matière de formation, le nombre de thérapeutes volontaires et spécialisés dans ce type de soins est cruellement restreint.

Enfin, en détention, une terrible réalité perdure et semble rétive aux efforts déployés pour la contenir, la prévenir : le suicide. Ainsi que les études le montrent [M. Guillonnet, *Rapport sur les suicides en prison (1998-1999)*, Ministère de la justice (Direction de l'administration pénitentiaire-PMJ 1), mai 2000 (non publié) et du même auteur, " *Suicides en détention et infractions pénales* ", Cahiers de démographie pénitentiaire (DAP), n° 12, nov. 2002] , la sursuicidité carcérale par rapport au milieu libre et l'augmentation du taux de suicide pour dix mille détenus - passé, en France, de 10 en 1980 à 24 en 2000 (il était de 19 en Belgique et de 10 en Allemagne au cours de la même année 2000) - sont des phénomènes patents. Ils heurtent les consciences professionnelles et obligent à interroger les pratiques pour la mise en œuvre dans les meilleurs délais de mesures préventives efficaces, telles celles déjà adoptées dans certains établissements