

<b>INTRODUCTION</b>	1
<b>PRÉAMBULE</b>	3
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE - LE BILAN : LA SANTÉ DES DÉTENUS EST MOINS BONNE QUE CELLE DE LA POPULATION GÉNÉRALE ET LEURS BESOINS SONT SOUS-ÉVALUÉS</b>	5
<b>1.1 Une population cumulant les facteurs de risque</b>	5
<i>1.1.1 Un faible niveau socio-éducatif</i>	6
<i>1.1.2 Une forte dépendance vis-à-vis des drogues</i>	6
1.1.2.1 Drogues illégales	6
1.1.2.2 Alcool	8
1.1.2.3 Tabac	8
1.1.2.4 Médicament	9
<i>1.1.3 La pratique d'une hygiène ou d'une prévention défectueuse</i>	9
1.1.3.1 L'hygiène bucco-dentaire	9
1.1.3.2 Les comportements alimentaires	10
1.1.3.3 La couverture vaccinale	10
<i>1.1.4 Les difficultés des détenus à exprimer leurs besoins</i>	10
<i>1.1.5 Les types de population de détenus selon les facteurs de risque</i>	12
<b>1.2 Une population concentrant certaines pathologies</b>	13
<i>1.2.1 La pathologie traumatique et autodestructrice</i>	14
1.2.1.1 La pathologie traumatique	15
1.2.1.2 La pathologie autodestructrice	16
<i>1.2.2 La pathologie infectieuse des détenus</i>	20
1.2.2.1 L'infection à VIH	20
1.2.2.2 Les hépatites	25
1.2.2.3 La tuberculose	26
<b>1.3 La surmortalité des détenus et leurs besoins masqués</b>	28
<i>1.3.1 La surmortalité des détenus</i>	28
<i>1.3.2 Les besoins masqués</i>	31

<b>2<sup>ème</sup> PARTIE -</b>	<b>LA POPULATION CARCÉRALE ACCÈDE PLUS DIFFICILEMENT AUX SOINS ET PRÉSENTE DE FORTS BESOINS POTENTIELS D'HOSPITALISATION</b>	<b>33</b>
<b>2.1</b>	<b>Un recours aux soins insatisfaisant</b>	<b>33</b>
2.1.1	<i>Des indicateurs généraux limités</i>	33
2.1.2	<i>Un recours à l'hôpital faible et mal organisé</i>	34
2.1.2.1	Des outils de connaissance insuffisants	34
2.1.2.2	Un moindre taux d'hospitalisation que la population générale	36
2.1.2.3	Des moyens d'hospitalisation dispersés	39
<b>2.2</b>	<b>Un accès aux soins sous contraintes</b>	<b>42</b>
2.2.1	<i>Les contraintes carcérales</i>	42
2.2.2	<i>La présence policière et les mesures de sécurité et de surveillance</i>	43
2.2.3	<i>Les contraintes hospitalières</i>	44
2.2.4	<i>La pauvreté chronique de l'administration pénitentiaire</i>	45
<b>2.3</b>	<b>Une timide régulation par les mesures d'aménagement de la peine</b>	<b>46</b>
2.3.1	<i>Les mesures traditionnelles d'aménagement de la peine</i>	46
2.3.2	<i>La grâce présidentielle</i>	48
<b>3<sup>ème</sup> PARTIE -</b>	<b>LE DISPOSITIF D'HOSPITALISATION VARIE AU GRE DE LOGIQUES DIFFERENTES</b>	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>Des logiques institutionnelles mal conciliées</b>	<b>53</b>
3.1.1	<i>Les logiques judiciaire et pénitentiaire</i>	53
3.1.2	<i>La logique policière</i>	54
3.1.3	<i>Le dispositif réglementaire actuel et la logique hospitalière</i>	56
3.1.3.1	La logique de l'évolution hospitalière	56
3.1.3.2	Les dispositions législatives et réglementaires en vigueur	57
3.1.3.3	Les charges de l'assurance maladie	59
<b>3.2</b>	<b>Une réforme qui vient bousculer les équilibres précaires établis localement</b>	<b>59</b>
3.2.1	<i>Les modèles-type d'organisation à l'intérieur de l'hôpital</i>	60
3.2.1.1	Le modèle policier, type Cusco	60
3.2.1.2	Le modèle médico-judiciaire de Lyon-Sud	64
3.2.1.3	Le modèle hospitalier type Lille	66
3.2.2	<i>Les cas particuliers que constituent l'EHPNF et la "prison-hôpital" des Baumettes</i>	69

3.2.2.1	Le modèle hospitalo-pénitentiaire de l'EHPNF (annexe 3-3)	69
3.2.2.2	La prison-hôpital des Baumettes et l'unité des consignés de l'hôpital Saint-Marguerite	72
3.2.3	<i>Les établissements pénitentiaires "à vocation sanitaire" et les lits infirmiers en milieu carcéral</i>	75
<b>3.3</b>	<b>La rupture induite par une nouvelle logique</b>	<b>77</b>
<b>4<sup>ème</sup></b>	<b>PARTIE : LE SCHEMA NATIONAL D'HOSPITALISATION DES DETENUS DOIT SE CONCEVOIR AUTOUR D'UNITES SECURISEES REGIONALES</b>	<b>81</b>
<b>4.1</b>	<b>Les critères et l'organisation du recours à l'hôpital</b>	<b>83</b>
4.1.1	<i>Le dispositif de référence</i>	83
4.1.2	<i>Plusieurs notions essentielles doivent être précisées pour traiter du recours à l'hôpital</i>	84
4.1.3	<i>L'organisation du recours aux soins</i>	86
4.1.3.1	Les niveaux et critères d'hospitalisation	86
4.1.3.2	Les modes de régulation	87
4.1.4	<i>L'estimation des capacités nécessaires</i>	88
4.1.4.1	Elaboration des hypothèses	88
4.1.4.2	Calcul des besoins et incidence régionale	90
4.1.5	<i>La définition de la zone régionale ad hoc pour utiliser à bonne capacité l'unité sécurisée</i>	<b>91</b>
<b>4.2</b>	<b>Les étapes de mise en oeuvre d'un schéma régional d'hospitalisation des détenus</b>	<b>92</b>
4.2.1	<i>La valorisation des compétences</i>	92
4.2.2	<i>Les facteurs de réussite d'une unité sécurisée régionale</i>	93
4.2.2.1	Des principes directeurs communs à la mise en place des unités sécurisées	93
4.2.2.2	L'association des personnels de police au dispositif d'hospitalisation	94
4.2.2.3	L'organisation de la conduite des détenus à l'hôpital	95
4.2.2.4	Une mission temporaire d'accompagnement	97
4.2.3	<i>Les moyens juridiques à mettre en oeuvre</i>	97
4.2.4	<i>Assumer la période transitoire</i>	99
<b>4.3</b>	<b>La prison-hôpital des Baumettes ne peut avoir de vocation hospitalière</b>	<b>100</b>
<b>4.4</b>	<b>La prise en charge des détenus en moyen séjour et en rééducation fonctionnelle</b>	<b>102</b>

<b>4.5 L'aménagement de lits infirmiers et de cellules adaptées à l'accueil des handicapés dans chaque région pénitentiaire</b>	104
<b>4.6 La nécessité d'assouplir le régime de la suspension de peine ou de la garde hospitalière pour répondre à certaines situations particulières</b>	105
<b>5<sup>ème</sup> PARTIE : LE DEVENIR DE L'EHPNF</b>	107
<b>5.1 Le projet médical</b>	108
5.1.1 <i>Les objectifs et les axes proposés</i>	108
5.1.2 <i>Les éléments du projet médical</i>	110
5.1.2.1 Le renforcement du service accueil	110
5.1.2.2 La diversification des consultations spécialisées	111
5.1.2.3 L'augmentation des capacités de moyen séjour et rééducation fonctionnelle, le problème des lits de long séjour	111
5.1.2.4 La réduction simultanée du nombre de lits de court séjour	112
5.1.2.5 Le problème des soins intensifs ou d'une réanimation polyvalente	114
5.1.2.6 Les soins de haute technicité, ne nécessitant pas d'hospitalisation continue	115
5.1.3 <i>Le renforcement du plateau technique</i>	116
5.1.3.1 Le laboratoire	116
5.1.3.2 Les explorations fonctionnelles	117
5.1.3.3 Le service d'imagerie	117
5.1.3.4 La pharmacie	120
5.1.4 <i>La création d'un pôle d'hébergement</i>	120
5.1.5 <i>L'hospitalisation des gardés à vue de Paris à la salle Cusco</i>	121
<b>5.2 Propositions pour une nouvelle organisation</b>	122
5.2.1 <i>Le rattachement à l'AP-HP</i>	122
5.2.2 <i>Les options statutaires</i>	123
5.2.3 <i>Les tâches pénitentiaires</i>	126
5.2.4 <i>Le cas particulier des détenus classés</i>	131
5.2.5 <i>Le statut des personnels pénitentiaires</i>	132
5.2.6 <i>Les conséquences budgétaires</i>	134
5.2.6 <i>La gestion institutionnelle</i>	136
5.2.7 <i>L'articulation des responsabilités et la fonction de direction</i>	137
5.2.8 <i>Les fonctions de contrôle</i>	140
5.2.9 <i>L'avis de la mission</i>	140
<b>Synthèse</b>	143
<b>Diagramme</b>	151
<b>Liste des annexes</b>	152

## INTRODUCTION

Par note en date du 17 janvier 1995, le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et le ministre délégué à la santé ont demandé conjointement à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) d'évaluer les besoins prévisionnels en matière d'hospitalisation des détenus et de formuler des propositions relatives à l'évolution de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes (EHPNF) (annexe I-1).

La lettre de mission exposait que, à la suite de la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994, et plus précisément dans le cadre du nouvel article L.711-3 du code de la santé publique (CSP) transférant la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier, un schéma national d'hospitalisation des détenus devait être mis en place, privilégiant la continuité des soins et la rationalisation des opérations de surveillance. Les rôles respectifs, d'une part, de l'EHPNF par rapport à l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), d'autre part, de la prison-hôpital des Baumettes (PHB) dans une vocation régionale, restaient à définir.

Il était demandé aux inspections générales de définir la notion d'hospitalisation de très courte durée, d'établir les besoins des détenus en matière d'hospitalisation selon la durée de séjour, d'essayer de mesurer l'évolution prévisionnelle de ces besoins avec une attention particulière à l'évolution du nombre de toxicomanes dans la population pénale et son incidence sur la prévalence du VIH. En ce qui concerne la structure hospitalière de Fresnes, il était souhaité que la mission précise les adaptations nécessaires de cette structure tant au niveau de ses fonctions médicales que de son statut juridique avec les conséquences devant en découler sur le statut des personnels.

La mission, composée de Mme Marie-Caroline Bonnet-Galzy et de Mme le docteur Françoise Lalande pour l'IGAS, MM. François Feltz et Jean-Paul Jean pour l'IGSJ, a travaillé avec le concours des administrations centrales des ministères de la justice et de la santé, plus spécialement la direction de l'administration pénitentiaire et la direction des hôpitaux. Ses investigations ont porté notamment sur la région parisienne, la région lyonnaise et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La liste des personnes rencontrées figure en annexe 1-2. Une attention particulière a été portée aux professionnels exerçant à l'EHPNF.

Deux questionnaires ont été adressés concernant l'hospitalisation des détenus, l'un à 13 centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) pour connaître les conditions de leur accueil et la charge induite (annexe 2-4), l'autre à l'ensemble des établissements pénitentiaires pour quantifier les mouvements provoqués par les consultations extérieures et les hospitalisations (annexe 2-3).

Plusieurs échanges ont eu lieu au cours du déroulement de la mission avec la direction des hôpitaux et la direction de l'administration pénitentiaire pour confronter les points de vue sur les solutions possibles. Une restitution des constatations effectuées a eu lieu avec l'encadrement de l'EHPNF avant dépôt des propositions concernant le devenir de l'établissement. Des rencontres ont également été organisées avec les représentants du ministère de l'intérieur et de la défense concernant la question des gardes et escortes ainsi qu'avec M. Guy Fougier, conseiller d'Etat, chargé par le gouvernement d'une étude sur un éventuel transfert des charges de convoiement des détenus entre les forces de l'ordre et l'administration pénitentiaire.

Ce dernier point illustre combien la question de l'hospitalisation des détenus est au carrefour de multiples logiques et contraintes entre la nécessité des soins, les contraintes de sécurité, les charges de garde et d'escorte, autant de responsabilités diverses qui s'exercent parfois de façon conflictuelle.

La mission a choisi de travailler selon un axe précis pour répondre aux demandes des ministres. D'abord, dans la logique de la loi du 18 janvier 1994 dont l'objectif est de donner aux détenus un niveau de soins équivalent à celui auquel ils peuvent avoir accès à l'extérieur, elle s'est attachée à dresser un bilan de l'état de santé de cette population (première partie), pour définir le plus précisément possible quels étaient les besoins présents et à venir en matière d'hospitalisation (seconde partie). Elle a essayé ensuite de comprendre l'ensemble des logiques et des contraintes qui interagissent sur le dispositif d'hospitalisation des détenus (troisième partie). Les propositions qui sont développées à l'issue de ces analyses concernent le schéma national d'hospitalisation des détenus, conçu autour de principes d'organisation et de critères de régulation gérés au niveau régional (quatrième partie), puis la situation particulière de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes (cinquième partie).

## PRÉAMBULE

*La prise en compte des besoins sanitaires des personnes détenues a considérablement évolué ces dernières années. La réforme du 18 janvier 1994 est essentielle, mais ne constitue qu'une étape dans un processus initié depuis une dizaine d'années, visant à reconnaître aux détenus un droit aux soins équivalent à celui dont disposent les personnes en liberté<sup>1</sup>.*

*La mission de contrôle permanent confiée à l'IGAS en 1984 a constitué la première ouverture du monde pénitentiaire sur les conditions dans lesquelles la prise en charge de la santé des personnes incarcérées était assurée. En 1985 et 1986, la transformation de l'ancienne infirmerie centrale des prisons de la Seine en établissement d'hospitalisation public national spécialement destiné à accueillir les détenus (l'EHPN de Fresnes) et la mise à niveau progressive de cet établissement -dont le budget est passé de 13 MF en 1986 à 80 MF en 1994- a marqué la même volonté d'améliorer le niveau de soins dans un cadre sécuritaire.*

*Outre les rapports thématiques ou conjoncturels de l'IGAS, trois questions spécifiques ont joué un rôle déterminant dans les avancées de la prise en charge médicale des détenus :*

*- l'implantation des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), secteurs de l'hôpital psychiatrique intervenant en maison d'arrêt depuis le décret du 14 mars 1986, première phase du "décloisonnement" de l'administration pénitentiaire dans un domaine particulier du soin ;*

*- la concession des services de santé dans les établissements du "programme 13000" en 1987, avec définition d'un cahier des charges relatif à la médecine générale, aux soins infirmiers et à la dentisterie, intégrant des normes de loin supérieures à celles qu'offrait le secteur public dans les autres établissements ;*

<sup>1</sup>Droit aux soins -et non pas droit à la santé- reconnu au niveau des principes constitutionnels par le préambule de la constitution de 1946 qui "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleurs, la protection de la santé". Plusieurs textes internationaux inscrivent ce droit au niveau des droits fondamentaux. Il en est ainsi du préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui indique que "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale". Le même droit est consacré dans des termes un peu différents, notamment par le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux culturels (assemblée générale des Etats-Unis 16 décembre 1966), la charte sociale européenne, par des résolutions de l'assemblée du Parlement Européen, du Conseil de l'Europe, avec parfois des dispositions plus particulières relatives au sida.....

- la montée en charge de la pathologie VIH qui, depuis 1988, a, d'une part, accéléré la prise de conscience des pouvoirs publics sur l'état de saule des détenus, d'autre part, permis la mise en place de dispositifs originaux de conventionnement entre les établissements hospitaliers et les établissements pénitentiaires, tant au niveau du dépistage et de la prévention qu'à celui de la prise en charge grâce à l'implication des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH).

Ce dispositif conventionnel de "couplage" des hôpitaux de référence et des établissements pénitentiaires - initié entre Fleury-Mérogis et la Pitié-Salpêtrière en 1988 - a été généralisé par la circulaire du ministre de la santé du 19 avril 1989 spécifique à l'infection à VIH et a servi de modèle pour les trois conventions - signées en 1992 à titre expérimental- de prestations de service en maison d'arrêt par des établissements publics hospitaliers.

La révélation des conditions de collecte de sang dans les établissements pénitentiaires, analysées dans le rapport public IGAS/IGSJ de novembre 1992, a contribué à ce que les pouvoirs publics souhaitent définitivement mettre fin à la sous-médicalisation d'une population considérée jusque-là comme "à part.". Le rapport du Haut Comité de la santé publique déposé en janvier 1993, demandé conjointement par le garde des sceaux et le ministre de la santé, a proposé les conditions d'un transfert de la prise en charge de la santé en milieu carcéral au ministère de la Santé ; le décret du 11 mars 1993, puis la loi du 18 janvier 1994, le décret du 27 octobre 1994, la circulaire et le guide méthodologique du 8 décembre 1994 ont prévu, en particulier, l'affiliation automatique des détenus, pendant leur détention, au régime général de l'assurance maladie et maternité, ainsi que les modalités de mise en place dans les établissements pénitentiaires des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) assurées par les personnels des hôpitaux publics.

L'administration pénitentiaire vit actuellement un profond changement du fait de la signature des conventions prévoyant les modalités d'intervention de ces équipes hospitalières et de l'aménagement des locaux nécessaires. Ces nouvelles modalités d'intervention vont avoir des conséquences directes sur les processus d'hospitalisation des personnes détenues. Il est donc essentiel d'anticiper aujourd'hui toutes ces évolutions pour que les indispensables progrès dans l'accès aux soins des détenus s'effectuent dans un cadre maîtrisé.



## 1<sup>ère</sup> PARTIE - LE BILAN : LA SANTÉ DES DÉTENUS EST MOINS BONNE QUE CELLE DE LA POPULATION GÉNÉRALE ET LEURS BESOINS SONT SOUS-ÉVALUÉS

Globalement, l'état de santé de la population carcérale est plus mauvais que celui de la population générale. En effet, si les prisonniers sont atteints des mêmes pathologies que le reste de la population, ils le sont **plus souvent et plus tôt** car ils accumulent les **facteurs de risque**, lesquels, pour l'essentiel, préexistent à l'incarcération ; de plus, ils concentrent de façon relativement spécifique certaines pathologies.

Ces facteurs ne sont pas répartis de façon homogène dans la population pénale et permettent de dresser diverses typologies. Mais la situation d'ensemble se traduit par une forte **surmortalité** dans certaines tranches d'âge et par l'existence de besoins masqués.

Ces besoins devraient essentiellement s'exprimer par un plus grand recours à la médecine générale ou spécialisée intervenant dans les UCSA et, dans les cas les plus sévères seulement, par un recours à l'hospitalisation.

### 1.1 Une population cumulant les facteurs de risque

Plusieurs types de facteurs sont réunis pour faire de la population qui entre en prison, une population à risques : un faible niveau socio-économique, une forte dépendance vis-à-vis de drogues légales ou non, la pratique d'une hygiène ou d'une prévention défectueuse(s), la fréquente absence de couverture sociale, enfin, une relative incapacité à exprimer ses besoins de soins.

*Les rapports annuels d'activité de l'administration pénitentiaire qui contiennent des renseignements très exhaustifs ainsi que deux enquêtes menées par l'observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) à la demande de la direction régionale de la santé (DGS) et du ministère de la justice permettent de disposer d'éléments significatifs. La première des études de l'ORS (E1) a été menée de novembre à mai 1993 sur 537 détenus hommes ou femmes des Baumettes, du centre de détention (CD) de Draguignan et de la maison centrale (MC) d'Arles<sup>1</sup>. La seconde (E2) correspond à la mise en place fin décembre 1994 d'une fiche épidémiologique sur la santé des détenus dans 5 régions pénitentiaires. Elle a été menée à la fois dans des petits établissements (Châteauroux, Saint-Quentin Fallavier), des établissements moyens (Longuenesse, Varennes, Laon) et de gros établissements (Nanterre, Aix-en-Provence). 1343 fiches ont été remplies, correspondant à 1584 entrants. En outre différentes données sont tirées de plusieurs rapports de l'IGAS rédigés ces dernières années et d'un rapport de recherche sur "les conditions de vie en détention et (la) pathologie somatique " effectué par l'association lyonnaise de criminologie*

<sup>1</sup> La forte représentation des prévenus (61,6 % contre 39,3 %) et la limitation de l'enquête à la région PACA ne permettent pas de considérer ces données comme représentatives de la population carcérale nationale. En particulier les toxicomanes sont surreprésentés. Hormis cet aspect, les résultats sont fort instructifs.

et d'anthropologie sociale sous la direction de D. Gonin et présenté devant le Conseil de la recherche du ministère de la justice en juin 1991. Enfin, des médecins d'établissements pénitentiaires (Fresnes, Lyon, les Baumettes) ont aussi menés des études ponctuelles et leur rapport d'activité contiennent des indications intéressantes.

### 1.1.1 Un faible niveau socio-éducatif

La population incarcérée au 1<sup>er</sup> janvier 1994 (50.240 personnes, dont 20.026 prévenus et 30.214 condamnés) est **jeune** (les plus de 30 ans ne constituent que 46,5 % de son effectif), essentiellement **masculine** (les femmes ne représentent que 4,2 % des effectifs) et de niveau socio-éducatif **défavorisé** :

- les détenus illettrés représentent 12,7 % des effectifs, avec des pics atteignant 25 % à Marseille, les détenus ayant un niveau d'instruction primaire représentant 58 % ;
- dans l'enquête provençale, on note l'importance des sujets "sans domicile fixe" (SDF) (18 %) ainsi qu'un contraste entre le taux relativement faible d'inscription au chômage (15 %) et le taux élevé de sujets sans activité professionnelle (54 %), traduisant une faible couverture sociale. Or on sait à quel point l'état de santé et la demande de soins d'une population dépend de ce facteur et de l'ensemble de ses conditions socio-économiques<sup>2</sup>. C'est ainsi qu'ont été mis en évidence le rapport entre l'absence de couverture sociale et le taux d'hospitalisation en détention, seul moment où cette personne bénéficie d'une prise en charge<sup>3</sup>. Sur un échantillon de détenus de la région lyonnaise, un quart était sans couverture sociale, et cette situation "entraîne une fragilisation au point de multiplier par 4 le risque d'hospitalisation et par 1,9 la consommation de consultations".

### 1.1.2 Une forte dépendance vis-à-vis des drogues

La détention provoque le sevrage absolu ou relatif de certains produits nuisibles (drogue illégale, alcool), mais d'autres consommations sont renforcées (tabac, certains médicaments).

#### 1.1.2.1 Drogues illégales

L'administration pénitentiaire estime que le nombre de toxicomanes incarcérés représente plus de 15 % de la population pénale, ce taux pouvant aller jusqu'à 30 ou 40 % dans les maisons d'arrêt de région parisienne et de PACA<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Rapport du CREDES de mars 1995 et colloque du CFES rapporté par le panorama du médecin le 15 mars 1995 n°4079 p 3.

<sup>3</sup> Rapport "conditions de vie en détention et pathologie somatique" déjà cité.

<sup>4</sup> Réponse de l'administration pénitentiaire au questionnaire parlementaire de 1994.

La carte de l'épidémie VIH dans les prisons peut constituer un indicateur de la proportion de toxicomanes dans les différents établissements (cf infra). Cette importance des toxicomanes utilisant la voie intraveineuse parmi les détenus est une donnée commune aux pays occidentaux ; elle est le résultat non seulement des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) -un peu plus du tiers des toxicomanes vus par les antennes toxicomanie<sup>5</sup>- mais aussi des infractions connexes commises pour financer la consommation.

Le nombre précis des toxicomanes incarcérés n'a jamais été sérieusement approché, notamment pour des raisons tenant à la difficulté de définir cette notion<sup>6</sup>. Il ressort des enquêtes menées que les toxicomanes par voie intraveineuse (IV) sont souvent récidivistes (2/3 d'entre eux selon l'INSERM), voire multirécidivistes. Toutes ces données convergent pour définir les toxicomanes IV- et plus précisément les consommateurs d'héroïne - comme un des groupes identifiés par un critère médico-social les plus caractéristiques. La prison est un passage tellement fréquent dans le parcours du toxicomane que, en intégrant ce phénomène de récurrence, **l'on peut affirmer que la prison constitue un lieu central de la prise en charge des toxicomanes IV.**

L'état de santé des toxicomanes est particulièrement dégradé. Selon l'étude de l'INSERM, 23 % des toxicomanes incarcérés sont atteints d'hépatite, 20 % ont fait une tentative de suicide, estimations considérées comme minimales.

Selon l'enquête El, les toxicomanes ont un état de santé général et bucco-dentaire plus souvent détérioré que le reste de la population pénale, même s'ils déclarent moins de symptômes. Des examens complémentaires leur sont prescrits dans la moitié des cas. Ils déclarent une fois sur deux des antécédents psychiatriques pour lesquels ils ont été hospitalisés une fois sur deux.

Des praticiens estiment qu'il existe une spécificité de la clinique de l'usager de drogue par voie intraveineuse, mis à part l'influence réciproque des virus des hépatites et du VIH<sup>7</sup>. Elle s'articule autour :

- de la fréquence des infections pulmonaires. Ainsi, sur 560 épisodes analysés en deux ans à Madrid, 52 % interviennent chez des toxicomanes, une infection bactérienne étant diagnostiquée dans 40 % des cas, et une tuberculose dans 24 %. L'âge (supérieur à 30 ans), les conditions de vie et les incarcérations, sont des facteurs majeurs de risque dans les

<sup>5</sup> *"Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes-toxicomanies". Enquête épidémiologique 1991-1992 ; INSERM U. 302, sous la direction de F.Facy.*

<sup>6</sup> *La seule enquête systématique réalisée au mois d'avril 1986 a dénombré que 10,6 % des entrants en prison se déclaraient comme toxicomanes et avaient pris de la drogue au moins deux fois*

<sup>7</sup> *Docteur Poloméi : communication à la conférence internationale sur le sida tenue à Yokohama en août 1994 (source : numéro spécial de la revue Transcriptase, automne 1994).*

parcours des toxicomanes IV;

- de l'importance de la mortalité dans ce groupe de patients par overdoses ou suicides;

- de leur comportement qui prend souvent en défaut la logique et la bonne volonté des acteurs de santé. Ces patients très "mobiles" ont aussi une attitude ambiguë par rapport au risque qui rend particulièrement difficiles suivi et prise en charge.

### 1.1.2.2 Alcool

Contrairement à la consommation de tabac qui s'aggrave en prison, la détention provoque en principe le sevrage alcoolique. Selon l'enquête provençale (E1), 10 % des détenus consommaient plus de 180 g/j d'alcool avant l'incarcération. Selon l'étude menée dans les 5 régions pénitentiaires (E2), il existe, parmi les entrants, 16 % de buveurs réguliers ayant une consommation excessive, mais 36 % de sujets qui reconnaissent des épisodes d'ivresse.

Ces résultats ne sont pas contradictoires, d'une part parce que la région PACA n'est pas une des régions de plus forte consommation alcoolique, d'autre part parce que les critères ne sont pas identiques. Ces taux seraient plus élevés dans certaines régions. Ainsi, au centre de détention de Caen, le pourcentage de délits commis sous l'influence de l'alcool atteindrait 70 à 80 % des entrées<sup>8</sup>.

Quoiqu'il en soit, il existe bien une surreprésentation des consommateurs d'alcool en prison, puisqu'en France, on estime le pourcentage de buveurs excessifs à environ 9 % de la population, et celui des alcooliques avérés à environ 3,5 %<sup>9</sup>.

### 1.1.2.3 Tabac

Selon les études menées par l'ORS PACA tant dans la région méditerranéenne que dans cinq régions pénitentiaires, les fumeurs représentent 82 % de la population incarcérée ; leur consommation individuelle est généralement élevée (plus de 10 cigarettes/jour) ou très élevée (plus de 30 cigarettes /jour). A titre comparatif, selon les études, entre 37 % et 42 % des Français de plus de 18 ans se déclarent fumeurs<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> *"La Santé de l'homme" n° 315; janv.fev. 1995; P 23.*

<sup>9</sup> *voir aussi le rapport du Haut Comité de la santé publique*

<sup>10</sup> *"La Santé publique". G.Brücker et D.Fassin. Edition Ellipses.*

#### 1.1.2.4 Médicament

Selon l'ORS PACA, 26,5 % des entrants suivent un traitement médicamenteux. Il est bien évident que l'on ne saurait parler de dépendance pour la plupart d'entre eux ; le phénomène n'existe que pour une minorité. Il faut toutefois remarquer que les médicaments les plus souvent retrouvés sont les psychotropes, les bronchodilatateurs et les antalgiques n'arrivant qu'en deuxième et troisième positions. A la maison d'arrêt des femmes (MAF) de Fresnes, par exemple, compte tenu du nombre de femmes toxicomanes incarcérées, la consommation de produits neuroleptiques apparaît très importante.

#### *1.1.3 La pratique d'une hygiène ou d'une prévention défectueuse*

Elle se traduit aussi bien par l'absence de propreté<sup>11</sup> ou d'hygiène bucco-dentaire que par une faible couverture vaccinale, plus rarement par l'existence d'affections dermatologiques. Le manque d'hygiène est également rendu responsable de fréquentes affections proctologiques (hémorroïdes, fissures anales) par suite de douches insuffisantes et de séjours au lit prolongés<sup>12</sup>.

#### 1.1.3.1 L'hygiène bucco-dentaire

Ni la prévention, ni les soins ne sont correctement développés dans la population pénale.

Ainsi, en 1992, les dentistes du CP de Fresnes<sup>13</sup> estimaient à moins de 5 % la proportion de détenus se lavant spontanément les dents et à moins de 25 % ceux qui pensaient à se laver les dents avant une visite au cabinet dentaire. Il est hautement probable que ce comportement préexistait à la détention. Le résultat n'en est pas moins que l'état dentaire des détenus est moyen ou mauvais dans près de 78 % des cas (E1 et E2).

Par ailleurs, si, selon une étude menée entre le 19 janvier et le 10 mars 1994 sur 300 "entrants" dans les prisons de Lyon<sup>14</sup>, le nombre de dents cariées, absentes ou obturées était voisin dans la population carcérale de celui que l'on retrouvait dans une population de la région du même âge, le nombre de dents non soignées ou à extraire apparaissait très nettement supérieur. Le manque de soins est manifeste.

<sup>11</sup> *On ne peut que regretter à ce propos le chiffre minimal d'une douche par semaine prévue par l'article D.359 du CPP, que certains établissements appliquent avec rigueur.*

<sup>12</sup> *Selon le Docteur Bouchard, chirurgien à l'EHPNF.*

<sup>13</sup> *Rapport IGAS n° 92.022*

<sup>14</sup> *Etat de santé bucco-dentaire de 300 nouveaux détenus incarcérés aux prisons de Lyon. B.Caillat, P.Jammet, J.P.Santoro et P.Beaupère.*

Encore faut-il souligner que les toxicomanes sont relativement peu nombreux dans les prisons lyonnaises. Or l'héroïne et les opiacés, les médicaments neuroleptiques et tranquillisants -utilisés de façon toxicomaniaque ou prescrits de façon chronique pour des troubles divers- sont en eux-mêmes générateurs de caries du collet étendues, du fait de l'asialie qu'ils provoquent<sup>15</sup>.

### 1.1.3.2 Les comportements alimentaires

Des comportements insatisfaisants sont fréquents, notamment chez les condamnés à de longues peines et les femmes, chez lesquelles on retrouve 10 % d'obésité.

### 1.1.3.3 La couverture vaccinale

Compte-tenu de la jeunesse de la population carcérale et des risques qu'elle encourt, la couverture vaccinale paraît médiocre à l'entrée en détention (E2). 51 % des sujets ont eu une vaccination complète pour le tétanos, 43 % pour la polyomyélite, il % pour l'hépatite B et seulement 35 % ont eu soit le BCG soit une réaction cutanée positive à la tuberculine. L'on sait cependant que des campagnes pour la vaccination contre l'hépatite B sont en cours.

### 1.1.4 *Les difficultés des détenus à exprimer leurs besoins*

- Malgré un état sanitaire déficient, les détenus se font peu soigner et expriment peu ou mal leurs besoins : ainsi, selon l'enquête provençale (E1), 31 % des détenus ayant une pathologie confirmée n'ont pas consulté un médecin dans le trimestre précédant leur incarcération.

Un tiers seulement expriment une demande d'ordre médical lors de la visite médicale d'entrée. Encore faut-il souligner l'importance de la demande de certificats (près de 15 % des détenus) qui vise plus à remédier à un problème judiciaire ou pénitentiaire qu'à la dégradation de leur santé.

Enfin, certains détenus cachent délibérément leur pathologie lors de la visite d'entrée - qu'il s'agisse de leur toxicomanie ou de leur séropositivité - pour éviter d'être étiquetés en détention. On voit ainsi au CP de Fresnes une augmentation du refus de test, voire pour quelques-uns, un arrêt de la prise d'AZT.

<sup>15</sup> *Thèse du Dr Kergoyan. Juin 1985. Paris*

- **S'agissant des problèmes dentaires**, il avait été constaté<sup>16</sup> qu'en dehors de l'examen systématique d'entrée (relativement rare), la demande de soins ne s'exprimait que brutalement, à l'occasion d'épisodes douloureux ou d'abcès. Elle ne se prolongeait pas et un refus de soins lui faisait souvent suite.

Les raisons invoquées pour expliquer le caractère velléitaire de la demande tiendraient au fait que celle-ci doit être formulée par écrit (alors que nombre de détenus sont illettrés ou étrangers<sup>17</sup>), que les soins viennent en concurrence d'activités jugées prioritaires (instruction judiciaire) ou plus gratifiantes (sport...), enfin, que la grande mobilité de la population pénitentiaire interdit les soins prolongés.

- Quand il ne s'agit pas de soins dentaires, le fait que le détenu ne puisse s'adresser directement à un médecin apparaît plus préoccupant encore. En effet, sa demande est toujours filtrée par un surveillant. En cas d'urgence, cette **médiation obligée** provoque des retards quasi structurels, voire des **défauts de soins**, dont le résultat peut être particulièrement grave dans certaines circonstances.

Ainsi n'est-il pas indifférent de constater que, sur les 24 détenus écroués décédés de pathologie cardiaque en 1994, **20 sont morts dans un établissement pénitentiaire**, et seulement 5 à l'EHPNF ou dans un hôpital civil. Certes une partie des malades cardiaques meurent de façon subite sans avoir le temps d'être traités, mais leur proportion est ici notable<sup>18</sup> et la mission ne peut s'empêcher de rapprocher ces éléments de quelques récits mal documentés selon lesquels des détenus pris de malaise ne seraient pas arrivés à se faire entendre. Sachant que, dans l'infarctus du myocarde, la réduction du délai d'intervention et la mise en route d'un traitement énergique (thrombolyse, angioplastie, pontage) sont la clef du pronostic, il faut en effet rappeler que tout retard au traitement constitue une **perte de chance**.

- Enfin, l'attitude vis-à-vis de certains symptômes est fortement imprégnée par la culture ou l'histoire personnelle du patient. Il en est ainsi de la réponse à la douleur : par exemple les toxicomanes non sevrés éprouvent une certaine indifférence à la douleur, alors que celle-ci est très difficile à calmer en cas de manque. Il en est de même pour la sémiologie génitale difficile à exprimer devant une femme médecin de la part d'un homme africain récemment immigré. Par ailleurs, les détenus étrangers en situation irrégulière, très précarisés, ne savent pas comment peuvent être utilisées des informations qu'ils sont

<sup>16</sup> Rapport IGAS n°92022 déjà cité.

<sup>17</sup> Il existe certes des "écrivains publics" parmi les détenus, mais la culture, la peur, les difficultés de communication sont autant de freins à l'expression des besoins.

<sup>18</sup> Sans qu'il soit possible de certifier que cette proportion est excessive. En effet le MIII registry américain a montré qu'en 1993 70 % des américains n'avaient reçu aucun traitement en urgence, et que seuls 22 % avaient bénéficié d'une thrombolyse dans les 6 heures. Le parallèle a toutefois ses limites : les hommes et les conditions diffèrent considérablement.

susceptibles de donner. La perception de la maladie, et notamment ses modes de transmission, peut encore augmenter l'incompréhension avec le médecin<sup>19</sup>.

### *1. 1.5 Les types de population de détenus selon les facteurs de risque*

L'enquête ORS-PACA montre que les questions de santé en milieu carcéral ne relèvent pas d'un état homogène. Elles varient selon des caractéristiques sociodémographiques et pénales. Les auteurs identifient dans les **maisons d'arrêt** (MA) deux types de population masculine :

- d'une part des hommes jeunes, célibataires, récidivistes, toxicomanes, dont l'état de santé est très dégradé, fréquemment séropositifs et ayant des antécédents d'hépatite, exprimant leurs problèmes de santé et demandeurs de soins ;

- d'autre part, des hommes SDF, non assurés sociaux, illettrés, célibataires, d'origine étrangère (africaine ou maghrébine), exprimant peu leurs besoins<sup>20</sup>.

Dans les **centres de détention et les maisons centrales**, l'ORS propose de distinguer également deux groupes :

- d'une part, les sujets incarcérés pour la première fois, ayant eu une activité professionnelle avant leur incarcération, vivant ou ayant vécu en couple, âgés entre 40 et 50 ans, ne suivant pas de traitement, plutôt en bonne santé ;

- d'autre part, les hommes plus âgés, ayant bénéficié de la sécurité sociale, consultant régulièrement un médecin, ayant des antécédents cardio-vasculaires et digestifs.

Enfin, la population féminine est très marquée par la toxicomanie et la maladie mentale.

**Au total, les détenus cumulent les facteurs de risque (faible niveau socio-économique et éducatif, forte dépendance vis-à-vis de l'alcool, du tabac, des drogues illégales, insuffisance de couverture vaccinale, hygiène médiocre, couverture sociale insuffisante). Cette situation se traduit par une avance d'environ 10 ans, selon l'ORS PACA, de la date d'apparition de diverses maladies (maladies cardio-vasculaires, cancéreuses, etc... en sus des complications de la toxicomanie).**

<sup>19</sup> Cf notamment la conférence de Françoise Héritier-Augé devant les CISIH en mars 1991 : *"Remarques anthropologiques sur la perception de la maladie dans les sociétés traditionnelles"*

<sup>20</sup> Incidemment cela conduit à approfondir le point de savoir quelle est la pathologie spécifique de cette population et quels besoins d'hospitalisation cela entraîne, compte-tenu de deux aspects, leur non-affiliation à la sécurité sociale lorsqu'ils sont en milieu libre et leurs courtes durées de séjour lorsqu'il s'agit de sans-papier ayant ou non commis de petites infractions.



## 1.2 Une population concentrant certaines pathologies

La concentration en prison de certaines pathologies peut avoir plusieurs raisons :

- d'une part, la même cause peut être à l'origine de l'incarcération et de l'affection. C'est le cas de la toxicomanie liée ou non à la prostitution (VIH, hépatites, MST). De même, une pathologie mentale ou un comportement violent peuvent avoir joué un rôle dans la réalisation d'un crime ou d'un délit et entraîner des traumatismes multiples ;
- d'autre part, la prison peut être responsable de la survenue de l'aggravation ou de la réactivation de diverses pathologies, notamment par suite de l'angoisse qu'elle génère. Les tentatives de suicide, les automutilations, l'asthme, les ulcères gastro-duodénaux<sup>21</sup> les maladies de Basedow survenant chez des sujets masculins<sup>22</sup>, les actes de violence entre détenus, certains troubles sensoriels<sup>23</sup> peuvent entrer dans cette catégorie;
- enfin, la prison peut concentrer, du fait des lois pénales en vigueur, des populations étrangères précarisées en situation irrégulière (tuberculose).

Dans ce cadre, 3 catégories méritent une place particulière :

- **les pathologies mentales**, dont l'importance ne cesse de croître, mais qui sont hors du champ de l'enquête ;
- **les pathologies traumatiques et autodestructrices**, spécifiques par leur importance et leur type ;
- **les pathologies infectieuses** très liées à la toxicomanie, infection à VIH, hépatites, tuberculose.

*La mission n'avait pas à se préoccuper des besoins d'hospitalisation liés aux pathologies mentales. Elle doit cependant signaler la place considérable que tient cette pathologie en milieu pénitentiaire (un récent rapport IGAS-DGS-DH évaluait en 1992 entre 7000 et 10.000 l'effectif des détenus souffrant de pathologie mentale, auquel il convenait d'ajouter 500 à 1000 personnes souffrant de handicap mental)<sup>24</sup> et le malaise qu'elle provoque au sein des personnels policiers et pénitentiaires mal préparés à y faire face. La pathologie mentale*

<sup>21</sup> Selon le docteur Bouchard, chef du service de chirurgie viscérale à l'EHPNF : il s'agit d'ulcères fréquents et graves, parfois révélés par une perforation ou une hémorragie.

<sup>22</sup> Selon le docteur Palou, endocrinologue et chef de service à l'EHPNF.

<sup>23</sup> Plusieurs auteurs ont décrit des troubles visuels de l'accommodation qui seraient favorisés en prison par l'impossibilité de regarder à l'infini (?), des troubles du goût et de l'odorat dans les premiers mois de la détention, ainsi qu'une hypersensibilité aux bruits.

<sup>24</sup> Soit une proportion comprise entre 14 et 20 % en prison, à rapprocher d'un taux de 1,3 % dans la population générale (effectif de la file active de psychiatrie -soit 759.200 en 1991- rapporté à la population française).

se surajoute souvent aux pathologies somatiques abordées dans ce chapitre et compliquent d'autant leur prise en charge. Ainsi le Dr Debeaurepaire, du SMPR de Fresnes, évalue à 15 % de son activité temps plein à l'EHPNF les interventions relatives aux complications psychiatriques du sida. La nécessité d'un accompagnement socio-psychologique est aussi relevée dans tous les services, y compris en chirurgie et en soins intensifs.

### 1.2.1 La pathologie traumatique et autodestructrice

Curieusement, alors que la pathologie traumatique<sup>25</sup> est responsable de la part **d'activité hospitalière la plus importante** chez les détenus, elle apparaît peu mise en avant dans les études épidémiologiques pénitentiaires, tant cette pathologie semble aller de soi.

A titre comparatif, pour l'ensemble de la population hospitalisée en France dans les établissements hospitaliers, cette pathologie représente 19,2 % de celles des hommes<sup>26</sup> et 13 % des entrées totales. Hormis les tentatives de suicides (cf infra), cette situation est avant tout liée aux accidents de la route et aux chutes accidentelles des personnes âgées (fractures du col du fémur).

On aurait pu dès lors s'attendre à une diminution forte de cette pathologie en prison, puisque ces dernières causes y sont absentes. Il n'en est rien, bien au contraire, **la pathologie traumatique représentant entre 21 et 37 % des causes d'hospitalisation des détenus**. Les raisons de cette situation sont multiples.

Le traumatisme a pu survenir :

- avant l'infraction, par suite d'un comportement à risques (accident de la circulation, accident domestique, violence) ; mais la lésion est restée négligée, comme en témoignent les nombreux matériels d'ostéosynthèse à enlever ;
- au moment de l'infraction ou de l'arrestation, voire d'une éventuelle tentative d'évasion : plaie par balle, polytraumatisme, traumatisme crânien ou atteinte rachidienne ;
- en cours de détention : accidents de sport, accidents de travail, rixes entre détenus<sup>27</sup>, etc... ;
- enfin, par suite d'une conduite autodestructrice : constituant la première cause de décès en prison, et responsable d'une très lourde pathologie, mais longtemps considérée suivant une

<sup>25</sup> Dénommée ainsi dans la suite du rapport, elle correspond au chapitre "lésions traumatiques et empoisonnements" de la classification internationale des maladies de l'OMS.

<sup>26</sup> Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995 SESI, p 56.

<sup>27</sup> 161 en 1994 selon les chiffres du CP de Fresnes, 108 rixes en 1993 et 127 en 1994 selon les chiffres des Baumettes.

optique purement disciplinaire, comme une simple manifestation de rébellion.

### 1.2.1.1 La pathologie traumatique

La fréquence des accidents et traumatismes divers dans la population carcérale n'est pas connue. Toutefois, l'enquête effectuée en décembre 1994 par l'ORS PACA (E2) retrouve des **antécédents traumatiques** chez les détenus dans **40 %** des cas et l'existence d'un matériel ancien d'ostéosynthèse dans 7,7 % des cas.

Les accidents et les violences constituent une bonne part de l'activité des consultations de spécialistes en milieu pénitentiaire ; les consultations spécialisées (CS) de chirurgie orthopédique sont ainsi, après celles de cardiologie, les consultations de spécialistes les plus demandées tant au CP de Fresnes (316 CS/2781 en 1994) qu'à la prison de la Santé (141 CS/922 en 1994) ou aux Baumettes (71 CS/853 en 1994). Il faut donc s'attendre à ce que cette activité constitue une part importante de celle des futures UCSA.

Mais la pathologie traumatique nécessite également le recours à **hospitalisation dans de nombreux services**, tels que les urgences, la chirurgie orthopédique éventuellement spécialisée -chirurgie de la main, chirurgie rachidienne lourde-, les services de chirurgie maxillo-faciale, de neurochirurgie, de réanimation chirurgicale ou polyvalente, puis, dans un second temps, les services de rééducation fonctionnelle.

Pour le seul EHPNF, l'activité de traumatologie en 1994 a concerné 20,8 % des 2546 entrants examinés à l'accueil et a représenté 257 interventions, dont 83 véritablement urgentes. Parmi ces interventions, dominent les traitements des plaies des parties molles, l'ablation de matériel et de corps étrangers (balles, débris...), la chirurgie du genou et le traitement des fractures.

A l'unité sécurisée de l'hôpital Lyon-Sud (Jules Courmont), la rubrique "lésions traumatiques et empoisonnements" de la classification internationale des maladies de l'OMS représente 28,9 % des malades hospitalisés. A Villefranche, sur 125 séjours de détenus ayant fait l'objet d'un résumé de sortie standardisé dans l'unité sécurisée, 17 correspondent à des pathologies traumatiques et 30 à des pathologies autodestructrices (au total 37,5 %).

La pathologie traumatique et les affections nécessitant un traitement orthopédique représentent :

- à Marseille, 20,8 % des malades de la PHB, et 14,5 % de l'unité sécurisée, les conduites autodestructrices étant de leur côté responsables de 13,8 % des séjours à la PHB et de 8,2 % en unité sécurisée ;

- à Nice, 12,4 % des journées.

Enfin dans la région Nord-Pas-de-Calais, sur les 177 détenus de l'unité sécurisée<sup>28</sup>, 25 étaient hospitalisés pour un traumatisme et 12 pour une plaie des parties molles, soit près de 21 % des malades.

Au total, **la pathologie traumatique est la première cause d'hospitalisation des détenus et représente entre un quart et un cinquième des entrées.**

#### 1.2.1.2 La pathologie autodestructrice (suicides, tentatives, automutilations et grèves de la faim)

Cette pathologie mérite une place à part et sa prise en charge impose une approche multidisciplinaire. Si la mise en oeuvre d'une prévention du suicide ne réclame pas d'hospitalisation -à l'exception de celle des personnes souffrant de pathologie mentale sévère- en revanche, **le traitement des tentatives** ou des actes d'autodestruction impose de **nombreux séjours hospitaliers** (réanimation, médecine interne, chirurgie, rééducation fonctionnelle, psychiatrie).

#### - **épidémiologie des conduites suicidaires en prison**<sup>29</sup>

En milieu carcéral, les tentatives de suicide surviennent dans des conditions presque identiques à celles des suicides, alors qu'en liberté, elles diffèrent fortement. Tout se passe comme si, en prison, il s'agissait majoritairement de "vrais" suicides, interrompus avant décès par la surveillance pénitentiaire, les autres tendances suicidaires s'exprimant par la grève de la faim, l'automutilation, l'ingestion de corps étrangers...

<sup>28</sup> *Étude menée par l'inspection de la santé de la DDASS du Nord du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 30 septembre 1991.*

<sup>29</sup> *"Le suicide en prison : étude multifactorielle portant sur 140 suicides dans les prisons françaises". N.Bourgoin. Travaux et Documents n°42 - Nov.1991. Ministère de la Justice.*

Tableau 1

## Evolution du nombre de suicides, de tentatives en milieu carcéral

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
suicides	64	64	60	77	62	59	67	95	101	103
tentatives	269	461	365	363	322	377	398	523	507	537
Taux de suicide/1000 détenus	1,43	1,45	1,22	1,51	1,33	1,30	1,36	1,90	2	1,92*
Taux de tentatives/1000 détenus	6,04	10,48	7,43	7,13	6,92	8,30	8,10	10,43	10,06	10,21

(Source : "Le suicide en prison" et direction de l'administration pénitentiaire (DAP))

\* contre 0,2 ‰/100 dans la population générale

Le nombre des suicides et des tentatives s'est progressivement accru ces dernières années, tandis que les automutilations régressent (annexe 1-1). Le nombre de grèves de la faim est, de son côté, resté relativement stable : 989 en 1991, 949 en 1992, 964 en 1993. La plupart des détenus (81 %) mettent fin à leur mouvement avant le vingtième jour, 99 % avant le centième jour, ce qui peut cependant laisser des séquelles irréversibles (polynévrites par carence vitaminique par exemple), et un peu moins d'1 % poursuivent au delà de cette date.

La croissance des suicides et des tentatives n'est pas mécaniquement liée à la seule augmentation de la population carcérale, puisque le taux de suicide et le taux de tentatives pour 1000 détenus se sont également accrus. Ainsi en 10 ans, le nombre de suicides a crû de 74 %, le nombre de tentatives de 50 %, tandis que la population des détenus n'augmentait, si l'on peut dire, que de 31 %.

Cette évolution contraste avec la stabilisation très récente des suicides dans la société française<sup>30</sup>. Le **taux de suicide** des détenus (19 pour 10.000 en 1994) est en effet pratiquement **10 fois plus élevé** que celui de la population générale (2 pour 10.000) et l'écart continue à se creuser.

Plus du tiers des suicides et des tentatives ont lieu **dans le premier mois** de détention: les prévenus sont plus touchés que les condamnés par ce phénomène (69 % des suicides et 63 % des tentatives touchent les prévenus, alors qu'ils ne sont que 39,8 % en 1994 dans la population incarcérée). Cependant, pour les condamnés, le taux de suicide est significativement plus élevé dans les atteintes aux moeurs et aux personnes ou lorsque la

<sup>30</sup> "Mortalité par suicide". Facy.F, Michel.E, Philippe A., Hatton F. Ministère des Affaires sociales Documentation française 1993.

durée de peine prononcée augmente.

#### - **mode de suicide**

Le mode de suicide conditionne le type de lésions et les séquelles, et partant, pour les tentatives, les moyens d'hospitalisation nécessaires. La **pendaison**, qui est déjà le mode de suicide le plus utilisé dans la population générale (42 % chez l'homme, près de 26 % chez la femme) devient en prison largement dominante (88 %). Même lorsque la tentative n'aboutit pas au décès, ce moyen provoque de graves complications, notamment neurologiques, (tétraplégie). En revanche, l'utilisation des armes (deuxième mode de suicide chez l'homme en France) est inconnue en prison, à l'exception des **instruments tranchants**, responsables de 6 % des suicides et de plus de 12 % des tentatives, et qui exposent à de nombreuses séquelles fonctionnelles (blessures tendineuses, paralysies...).

Parmi les autres modes de suicide, l'ingestion de produits toxiques n'est retrouvée que rarement<sup>31</sup> en matière de décès, mais compte pour plus de 15 % des tentatives. Il s'agit plus souvent de caustiques que de médicaments. Les défenestrations et autres projections contre des obstacles, bien que ne représentant que 2,1 % des suicides et des tentatives, se traduisent par des fracas osseux, des polytraumatismes, qui posent à la fois des problèmes de réanimation et de traitement chirurgical immédiat, et des problèmes de reconstruction et de rééducation ultérieurs. Enfin, les 2 immolations par le feu qui ont eu lieu en 1994, sont à l'origine de très longues hospitalisations dans des services de grands brûlés.

#### - **activité hospitalière liée aux conduites autodestructrices**

A Fresnes, selon les constatations de la mission sur le registre d'accueil de l'EHPNF (sur lequel sont mentionnés tous les malades de sexe masculin examinés à l'accueil, qu'ils soient admis ou non), et à partir des statistiques d'activité du service des femmes, on note les flux suivants en 1994 :

<sup>31</sup> 2 cas découverts à l'autopsie en 1994.

Tableau 2

Nombre d'entrées à l'EHPNF pour tentative de suicide (T.S.), automutilation -dont corps étranger digestif (CED)- et grève de la faim

	Hommes	Femmes	Total
T.S.	24	4	28
Automutilation <i>dont C.E.D</i>	52 (31)	3 (2)	55 (33)
Grève de la faim	73	7	80
total	149	14	163
nbre total entrées	2.546	260	2.806
% comportements suicidaires	5,9 %	5,4 %	5,8 %

(Source EHPNF)

2.546 hommes ont été examinés à l'accueil de l'hôpital, et 1805 d'entre eux ont été admis. Parmi les 149 hommes ayant des comportements autodestructeurs, la plupart des tentatives (pendaison, intoxication) ont été adressées en unité de soins intensifs, les automutilations par phlébotomies et plaies tendineuses en service de chirurgie orthopédique, les grèves de la faim en service de médecine, à moins que leurs auteurs n'aient été renvoyés en détention ordinaire si elles étaient récentes et sans retentissement sur l'état général. Enfin, les corps étrangers digestifs (fourchettes, morceaux de verre etc...) ont été, selon la gravité, renvoyés en détention après contrôle radiographique, traités par endoscopie ou hospitalisés en chirurgie digestive. Les **14 femmes** ont toutes été admises dans le service femmes.

Les chiffres des autres régions ont déjà été donnés. A noter, dans le Nord-Pas-de-Calais, le taux élevé de la pathologie autodestructrice (16 % de l'activité hospitalière des unités sécurisées<sup>32</sup> de la région) qui peut s'expliquer à la fois par la ventilation d'un grand nombre de malades hors de l'unité pour les autres pathologies, et par le taux élevé de suicide dans la région Nord.

**En conclusion, les tentatives de suicide et les comportements d'autodestruction représentent à l'heure actuelle entre 6 et 16 % des besoins d'hospitalisation des détenus<sup>33</sup>, et, en l'absence d'actions concertées de prévention qu'il conviendrait de**

<sup>32</sup> Étude menée par l'inspection de la santé de la DDASS du Nord (Dr Dumont) sur 177 détenus hospitalisés du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 30 septembre 1991, déjà citée.

<sup>33</sup> Il est difficile de comparer ces chiffres à ceux de la population générale, les données n'étant pas disponibles dans ce dernier cas.

rapidement mettre en place, rien ne permet de penser que ce besoin diminuera.

### 1.2.2 La pathologie infectieuse des détenus

De loin la mieux connue, elle a fait l'objet des plus nombreux travaux. Seules les principales données seront rappelées. Trois infections méritent une place particulière : l'infection à VIH, les hépatites et la tuberculose.

#### 1.2.2.1 L'infection à VIH

##### - la source principale d'information : "l'enquête un jour donné"

*Depuis 1988, l'administration pénitentiaire effectue auprès des services médicaux des établissements une "enquête un jour donné" au mois de juin de chaque année, pour évaluer le nombre de personnes incarcérées atteintes par le VIH dont la séropositivité est connue par le personnel de santé. Cette enquête ne permet pas de connaître la prévalence de l'infection en milieu carcéral, certains détenus ne souhaitant pas être dépistés. Le dépistage n'est pas systématiquement proposé aux entrants et un pourcentage significatif de personnes auxquelles le dépistage est proposé refusent (à titre indicatif 20 à 50 % de refus quel que soit le motif, y compris test déjà réalisé, dans les grands établissements de la région parisienne, 44 % pour le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de Marseille, selon la direction des hôpitaux). Le réseau national de santé publique (RNSP) estime que la prévalence de l'infection est sous-estimée en milieu carcéral du fait du taux important de refus de test.*

Une constante est relevée partout, qui suit la tendance actuelle de l'épidémie : **le nombre de nouveaux positifs apparaît de plus en plus faible**. Une enquête menée par l'ORS d'Aquitaine en 1993 est, à cet égard, révélatrice. En revanche, c'est à la détection massive de l'hépatite que sont confrontés aujourd'hui les personnels médicaux des établissements pénitentiaires dans les mêmes populations.

##### - les principaux résultats

En juin 1994, 2,8 % de la population pénale au moins (France entière) -soit 1620 détenus sur 57.275 répartis dans 183 établissements- était atteint par le VIH, taux environ **10 fois supérieur** à celui de la population générale. Ce pourcentage de détenus connus atteints par le VIH diminue chaque année depuis 1990 (annexe 1-2).

Si le nombre total de personnes touchées paraît diminuer, l'état d'avancement dans la maladie progresse en revanche rapidement. En effet, sur ces 1620 détenus atteints par le VIH, 1026 (63 %) présentaient une forme asymptomatique de la maladie, 373 (23 %) présentaient une forme symptomatique et 221 (13,6 %) un sida avéré. **Parmi l'ensemble des personnes atteintes, la proportion de détenus malades du sida augmente régulièrement** (3,2 % en 1988, 4,90 % en 1990, 8 % en 1992). Par rapport à la population totale des détenus, cette proportion augmente aussi très fortement (0,12 % en 1988, 0,26 % en 1990, 0,27 % en 1992, 0,39 % en 1994).



Le jour de l'enquête, 56 détenus atteints étaient hospitalisés dont 19 à l'EHPNF. Au stade sida avéré, sur 221 détenus, 36 étaient hospitalisés, dont 14 à l'EHPNF. Il convient de compléter ces chiffres par celui des grâces médicales pour cause de fin de vie VIH (4 en 1993, 22 en 1994). Quelques mesures d'aménagement de peine permettant une remise en liberté ont également pu être repérées dans des établissements visités.

Les médecins rencontrés confirment être de **moins en moins confrontés à l'annonce de la séropositivité**, mais à des cas de **plus en plus avancés dans la maladie**. Ainsi, au CP de Marseille, le dépistage effectué par le centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG) a permis de découvrir 23 nouvelles sérologies en 1994 contre 30 en 1993 et 41 en 1992. Cette diminution forte des nouveaux positifs est confirmée par le laboratoire de l'EHPNF où le taux de positifs est passé de 21 % sur les 500 premiers tests de 1989 à 1,9 % sur les 2324 tests de l'année 1994. Ce chiffre en baisse traduit cependant une proportion plus grande de VIH inconnus sur l'ensemble des VIH, compte tenu de la baisse encore plus importante des VIH connus antérieurement (annexe 1-3).

**Sept établissements** (8 en isolant l'EHPNF du CP de Fresnes) **accueillent près de la moitié** (791 soit 49 %) **des patients VIH connus** : MA Fleury-Mérogis 316 pour 4965 détenus soit 6,36 % de l'effectif, MA Fresnes 120 pour 2351 détenus soit 5,1 %, EHPNF 19 pour 230 détenus soit 8,26 %, MA Hauts de Seine 55 pour 685 détenus soit 8,02 %, MA Paris-la Santé 51 pour 1733 détenus soit 2,94 % (ce taux paraît sous-estimé), MA des Yvelines 40 pour 947 détenus soit 4,22 %, CP Marseille 149 pour 2274 détenus soit 6,55 %, CD Tarascon 41 pour 569 détenus soit 7,2 %.

Les directions régionales (DR) de Paris (744 cas, soit 4,93 % des détenus et Marseille 357 cas, soit 4,97 % des détenus contaminés) représentent 68 % des cas recensés alors que ces deux régions regroupent 39 % de la population pénale. Ensuite, seule la direction régionale de Bordeaux dépasse un taux de 2 % (2,34 %)<sup>34</sup>.

Les taux sont **différents** selon les catégories d'établissement et donc la catégorie de population et la durée de peine, elle-même liée à la nature de l'infraction : outre le cas de l'EHPNF (8,26 %), les taux sont de 3,06 % dans les maisons d'arrêt, 2,54 % dans les centres de détention, 1,83 % dans les centres pénitentiaires et 1,56 % dans les maisons centrales.

**En résumé, les taux les plus importants d'infection à VIH suivent la carte de l'épidémie dans la population générale** (région parisienne et PACA), **et la catégorie de population la plus exposée** (toxicomanes IV depuis de longues années dans la toxicomanie, récidivistes entrant comme détenus provisoires en maison d'arrêt). L'enquête ORS-PACA

<sup>34</sup> Cf en annexe 1-4 la liste des établissements dans lesquels le pourcentage de détenus séropositifs est supérieur à 4%

met en évidence que **90 % des séropositifs des trois établissements étudiés sont ou ont été toxicomanes par voie intraveineuse**. C'est cette catégorie de toxicomanes incarcérés touchés par la maladie, qui à elle seule explique l'importance du VIH en milieu carcéral, qu'il convient maintenant d'approcher à partir des sources disponibles.

#### **- l'infection à VIH chez les toxicomanes incarcérés**

L'épidémie du sida est particulièrement lourde chez les toxicomanes qui représentaient 28 % des cas déclarés au 31/12/93 (source BEH). Le RNSP estime qu'il y a entre 27.000 et 35.000 toxicomanes infectés en France dont 16.000 à 19.000 en Ile-de-France et PACA (annexe 1-5). En croisant plusieurs sources, il évalue la proportion de toxicomanes infectés à 24 % au niveau national, ce taux atteignant 39 % en Ile-de-France et PACA<sup>35</sup>.

Le taux de prévalence des toxicomanes incarcérés ne peut être établi du fait des incertitudes relatives au statut de toxicomane et à la part importante de refus de test. Il varie en outre selon la région considérée. Selon l'enquête ORS-PACA, 40 % des toxicomanes détenus sont contaminés par le VIH (soit 12 % du total des détenus aux Baumettes). Ce taux serait de 32,4 % des détenues toxicomanes à Fleury-Mérogis<sup>36</sup>. Il s'agit là de valeurs extrêmes, le taux moyen -selon l'enquête INSERM de F.Facy- serait en fait proche de 12 %.

Toutes les données convergent pour considérer que les usagers de drogue par voie intraveineuse constituent le seul groupe de transmission pour lequel les données disponibles suggèrent une réduction des nouvelles contaminations parmi les classes jeunes.

#### **- le suivi hospitalier des toxicomanes infectés par le VIH**

La mission sida de la direction des hôpitaux, à partir d'une étude multicentrique, estime à 28 % de la file active trimestrielle des personnes atteintes d'infection à VIH le nombre de contaminés par toxicomanie suivis à l'hôpital, soit 15.400 personnes. Le nombre de personnes suivies en milieu hospitalier doit être considéré comme supérieur, la file active annuelle étant certainement plus élevée que la file active trimestrielle. Les données hospitalières issues du DMI2, logiciel médical qui intègre les informations concernant les patients atteints par le VIH ayant recours à l'hôpital, montrent un pourcentage équivalent de 29 %<sup>37</sup>.

<sup>35</sup> "Etude prospective SIDA 2010 : volet épidémiologique, état des connaissances au 30 juin 1994". A. Laporte et N. Bouvet ; janvier 1995.

<sup>36</sup> "L'infection par le VIH liée à l'usager de drogues par voie intraveineuse en milieu carcéral", C.Sueur ; in "Sida, toxicomanie, une lecture documentaire" ; Transcriptase, novembre 1993.

<sup>37</sup> Source : DH/mission sida.

Il ressort d'un bilan des interventions des CISIH en détention<sup>38</sup> que les consultations avancées semblent en nombre suffisant. Les modes de consultation apparaissent très variables selon les établissements. Les médecins soulignent l'importance des besoins sociaux et ceux relatifs à la fin de vie (cf infra). Quelques difficultés sont relevées touchant aux escortes pour des consultations externes spécialisées, mais aucune n'est évoquée concernant la délivrance des médicaments.

### - les besoins futurs d'hospitalisation en matière d'infection à VIH

Les dépistages, consultations CISIH ne paraissent poser aucun problème particulier. A Marseille, le nombre de dépistage CIDAG diminue légèrement (cf supra), alors que le nombre de consultation CISIH augmente. Seules les consultations à 3 et 6 mois diminuent. Les suivis biologiques initiaux et trimestriels augmentent. Les suivis à 6 mois diminuent de 1994 par rapport à 1993 (ce suivi semestriel correspond, comme au CP Fresnes, aux détenus ayant un taux de T4 supérieur à 500). Les prises mensuelles d'AZT sont passées de 112 en 1993 à 565 en 1994. Tous les indicateurs confirment la diminution du nombre de suivis "légers" et l'augmentation des suivis "plus lourds" au stade sida. Pourtant le nombre "d'hospitalisations" à la PHB diminue.

**Tableau 3**

**Nombre de détenus toxicomanes infectés par le VIH suivis à la PHB selon le stade de la maladie**

	1992	1993	1994
séropositifs	55	29	47
sidéens	27	19	17
TOTAL	82	48	64

(Source PHB)

Cela peut signifier à la fois que des personnes peuvent être suivies dans le cadre de la détention normale ou (et) que d'autres sont suivies à l'unité Sainte Marguerite ou (et) dans d'autres services. Les mêmes personnes peuvent passer dans les divers lieux au cours de la même année ou faire l'objet de plusieurs séjours à la PHB. Ainsi, l'étude du MID relève en 6 mois 197 séjours qui s'appliquent à une file active de 153 patients. Environ un tiers des diagnostics médicaux (34 %) étaient liés à la pathologie VIH. Sur les patients séjournant à l'unité des consignés pendant cette même période allant du 1/09/93 au 28/02/94, 35 relevaient de médecine dont 15 présentant un sida.

<sup>38</sup> Source : DH/mission sida.

Une coupe transversale effectuée par le MID le 11/03/94 montrait que sur 54 patients "hospitalisés" à la PHB, 28 relevaient de médecine dont 11 patients VIH+ (4 sida, 2 hépatites, 5 tuberculoses).

L'enquête multicentrique réalisée en septembre 1993 sur les maisons d'arrêt et centres de détention du département des Bouches-du-Rhône met en évidence la charge d'hospitalisation représentée par les détenus HIV+.

A l'EHPNF, le nombre moyen d'hospitalisations par malade atteint du sida a crû de 1,88 en 1988 à 2,9 en 1991<sup>39</sup>.

### **- l'ampleur de la gestion de l'épidémie dans les prisons reste à venir**

**Les projections** relatives aux besoins de prise en charge des toxicomanes HIV+ doivent intégrer la chronologie des contaminations : elles expliquent, maintenant et dans les prochaines années, **l'arrivée massive au stade sida des personnes contaminées avant l'année 1987.**

Toutes les enquêtes convergent pour situer le pic des contaminations de 1984 à 1987, les dates de diagnostic étant décalées de quelques années (étude multicentrique DH), plus de 60 % d'un échantillon de personnes atteintes incarcérées ayant appris leur sérologie en milieu pénitentiaire (étude multicentrique Bouches-du-Rhône sur 174 personnes)<sup>40</sup>. Les toxicomanes IV ont été le plus contaminés sur cette période d'environ trois ans ; certains sont décédés, les autres arrivent progressivement au stade de la maladie. S'il y a moins de nouveaux contaminés, plus particulièrement chez les toxicomanes IV ayant commencé leurs pratiques d'injection après 1987, **il faut se préparer à une montée en charge pendant plusieurs années des stades lourds en suivi, hospitalisations et aide des fins de vie.**

A cet égard, il serait souhaitable que soient mieux connus les critères de fin de vie, pour que la grâce ou les mesures de libération conditionnelles ne soient pas demandées trop tard - comme c'est parfois le cas - et pour que les soins palliatifs puissent être entrepris dès que nécessaires<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> *Thèse du Dr Rafiranga*

<sup>40</sup> *L'existence d'un risque de contamination en prison est avérée. Elle a été confirmée au cours de plusieurs enquêtes menées à l'étranger. Une recherche ANRS/ORS-PACA est actuellement menée sur ce sujet (Revue Transcription avril 1995).*

<sup>41</sup> *Selon la thèse de P. Mussault sur "soins palliatifs et sida" (Paris VII 1991) communiquée par la mission sida de la DH, si à la fois l'un des deux critères de type 1 et deux des critères de type 2 sont présents, il y a indication de soins palliatifs. Critères de type 1 : indice de Karnofsky inférieur à 30 % depuis plus d'un mois, perte de poids de plus de 30 % depuis plus d'un mois, présence de certaines lésions neurologiques ; critères de type 2 : antécédents de plus de trois infections opportunistes, T4 inférieurs à 50, décision de non-transfert en réa, désir du malade de soins palliatifs.*

### 1.2.2.2 Les hépatites

En prison plus qu'ailleurs encore, les problèmes infectieux liés aux hépatites B et C<sup>42</sup> représentent un grave problème de santé publique. La vaccination contre l'hépatite B est peu répandue (cf supra). Les interrogations qui planent toujours sur les modes de transmission de l'hépatite C<sup>43</sup> sont particulièrement inquiétantes dans ce milieu clos. L'étude de la presse étrangère sur les hépatites B et C en milieu carcéral effectuée par l'ORS PACA, confirme l'importance de la prévalence des marqueurs de ces affections -notamment chez les toxicomanes- dans les prisons des pays occidentaux, et la survenue non exceptionnelle de l'infection en prison.

L'activité hospitalière liée aux hépatites est considérable :

**A Lyon**, cette pathologie reste la première cause non chirurgicale d'hospitalisation à l'unité sécurisée. En 1988, sur 250 malades hospitalisés, on comptait 30 hépatites chroniques, 4 hépatites aiguës, soit 13,6 % des malades. En 1993, les affections hépatiques représentaient 7,7 % des diagnostics de sortie ; en 1994, 10 %. La ponction biopsie hépatique est devenue depuis 1993 l'acte médical répertorié par le PMSI le plus fréquent, avant l'extraction dentaire, l'anesthésie générale et le scanner.

**A Fresnes** en 1987 (avant la mise au point du test de dépistage de l'hépatite C), une enquête avait été menée auprès de toxicomanes incarcérés ; elle indiquait que de nombreux porteurs du HBV présentaient une hépatite chronique avec réplication virale (32 % des sujets examinés avaient des transaminases supérieures à 2 fois la normale, 3,5 % étaient porteurs d'ADN viral sérique et 21 % d'anticorps delta, 75 % étaient porteurs d'anticorps antiHBc). Toutefois, 60 % des sujets étaient à l'époque porteurs du VIH.

L'hépatite n'est pas toujours bien individualisée dans les diagnostics d'entrée ou de sortie, car elle est souvent masquée par d'autres diagnostics associés. De ce fait, la pathologie est sous-estimée. Or, d'après les données du laboratoire de Fresnes, le nombre de tests de sérologie virale concernant les hépatites est en **constante augmentation**. Près de 1000 recherches d'hépatite B (988 exactement) ont été effectuées en 1994. Le taux des porteurs d'anticorps antiHBc est de 61 %. Parmi les 888 recherches d'hépatite C effectuées, le taux de positivité de l'HCv est de 54 % (après 2 tests Elisa de troisième génération et confirmation par Riba).

<sup>42</sup> *Voire à d'autres virus récemment découverts (P.N.A.S. 11 avril 1995)*

<sup>43</sup> *Le principal mode de transmission se fait par voie intraveineuse, mais peut aussi se faire par tatouages, réutilisation de matériel médical usagé, rasoirs, hémodialyse... Les habitudes méditerranéennes de recours à un barbier ont été récemment mises en cause. Il existe en tout cas une forte prévalence de cette affection dans les pays méditerranéens.*

**En région PACA**, une étude pilote a montré que 11 % des détenus déclarent des antécédents d'hépatite B. Chez les toxicomanes, ce taux atteint 44 %, et 55 % chez les sujets séropositifs.

### 1.2.2.3 La tuberculose

La diminution régulière de l'incidence de la tuberculose, à laquelle on assistait dans les pays occidentaux depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, a fait place à partir de 1985 à une réaugmentation et à l'apparition de phénomènes de multi-résistance bacillaire<sup>44</sup>. Cette tendance est d'abord apparue aux USA, où elle frappe des personnes pauvres, immigrées, souvent sans domicile fixe, des toxicomanes ou des personnes atteintes par le VIH.

En France, le taux moyen d'incidence des cas déclarés de tuberculose pour 100.000 habitants atteint désormais 15,6 (19,2 pour les hommes ; 11,1 pour les femmes) et croît avec l'âge. L'augmentation de l'incidence est liée à plusieurs phénomènes :

- d'une part, l'infection par le VIH (on estime que les personnes infectées contribuent pour plus de 50 % à l'excès de cas constatés par rapport aux chiffres attendus<sup>45</sup>) ;
- d'autre part, l'augmentation des cas chez les étrangers ;
- enfin, une hausse des catégories précarisées (SDF, toxicomanes).

On ne sera pas surpris, dans ces conditions, d'une **augmentation récente de son incidence en prison**, notamment dans les établissements pénitentiaires de la région parisienne et de la région PACA, où coexistent une forte population d'étrangers, une incidence élevée du VIH et du SIDA et une faible couverture vaccinale.

**A Fresnes** une étude de l'ORS PACA menée de 1989 à 1993 a permis de retrouver 210 cas prouvés de tuberculose. Dans 35,3 % des cas, le pays de naissance était la France, dans 60,5 % des cas un pays étranger (dont 24,3 % Maghreb, 26,2 % Afrique noire). La séropositivité était rencontrée dans 45,2 % des cas (45,2 % VIH+ ; 48,6 % VIH- ; 6,2 % inconnu). Toutefois, au cours de ces trois dernières années, le taux de patients tuberculeux VIH+ a légèrement décru (37 % VIH+, 60 % VIH -, 3 % inconnu) parmi les 132 patients diagnostiqués pendant la même période (prélèvement positif à mycobactérium tuberculosis

<sup>44</sup> *Épidémiologie actuelle de la tuberculose. B. Hubert, J.C. Desenclos, V. Schwoebel in médecine thérapeutique vol. 1, n° 1, mars 1995.*

<sup>45</sup> *Même référence*

en 1992, 1993, 1994<sup>46</sup>). Il convient cependant de noter la part importante de la tuberculose (23 % en 1990) dans les infections opportunistes inaugurales du sida en prison<sup>47</sup>.

**Mais c'est surtout dans la région PACA<sup>48</sup>**, que des recherches détaillées ont été menées<sup>49</sup>. 146 cas de personnes susceptibles d'être tuberculeuses ont été examinés, 126 dossiers retrouvés. Parmi eux, 39 cas de traitement antituberculeux ont été signalés, et après élimination des infections à mycobactéries atypiques, 36 cas de tuberculose ont été identifiés.

Le tableau suivant illustre les caractéristiques de cette population :

**Tableau 4**

**La tuberculose en milieu pénitentiaire dans la région PACA**

	1989	1990	1991	1992	1993	Total
Cas de tuberculose de détenus en région PACA	5	7	6	13	5	36
Cas de tuberculose provenant des Baumettes	3	5	4	12	4	28
Nbre de détenus incarcérés aux Baumettes dans l'année	2485	2440	2327	2450	2363	12065
Taux de tuberculose pour 100.000 détenus	121	205	172	490	169	232

(Source : ORS PACA février 1995)

Le taux d'incidence a été estimé à 232 pour 100.000 détenus. Encore n'est-ce là qu'une estimation basse, puisque tous les dossiers n'ont pas été retrouvés et que tous les cas de tuberculose peuvent ne pas avoir été hospitalisés.

Les caractéristiques communes de cette population sont les suivantes : il s'agit d'hommes jeunes, majoritairement entre 25 et 34 ans, faiblement scolarisés et sans domicile fixe. La tuberculose est découverte au cours de l'incarcération et prend le plus souvent une forme pulmonaire isolée. Des antécédents de tuberculose sont retrouvés dans 1 cas sur 5.

<sup>46</sup> Source : laboratoire de l'EHPNF.

<sup>47</sup> Analyse des cas de sida à l'hôpital de Fresnes. Dr Polo Devoto, I. Blot, J. Bouchard 1990.

<sup>48</sup> Les détenus tuberculeux hospitalisés à Marseille de 1989 à 1993. Travaux de l'ORS PACA février 1995.

<sup>49</sup> Thèse du Dr Rafiranga : la tuberculose extra-pulmonaire représentait alors 23 % des infections opportunistes inaugurales dans les 268 cas admis à l'EHPNF depuis le début de l'épidémie.

Deux catégories de malades peuvent être distinguées :

- une catégorie composée de sujets toxicomanes et/ou VIH+ (le tiers des malades tuberculeux). Les patients séropositifs, anciens toxicomanes, sont le plus souvent nés en France. Un seul patient tuberculeux est ancien toxicomane IV mais séronégatif au VIH. Tous les patients toxicomanes IV sont nés en France ;
- l'autre catégorie est étrangère (53 %) et séronégative.

Chez les personnes **nées en France**, les taux d'incidence pour les tranches d'âge allant de 25 à 54 ans sont au moins **dix fois plus importants** en milieu carcéral que dans la population générale (15,6/100.000 hab.). En revanche, pour les populations nées à l'étranger ou de nationalité **étrangère**, les taux d'incidence sont **peu éloignés** de ceux retrouvés dans la population extérieure à la prison.

En ce qui concerne l'apparition de multi-résistance au traitement que pourraient acquérir certains bacilles, le taux de résistance évalué dans l'étude marseillaise (mais sur une série très petite qui rend les pourcentages hasardeux) serait de 11 % : il s'agit de résistance à l'isoniazide et de résistance à la streptomycine. Dans l'étude menée au laboratoire de Fresnes sur 126 prélèvements positifs à *Mycobacterium tuberculosis*, on a noté une multi-résistance pour 2 souches (isoniazide et rifampicine dans un cas ; isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et streptomycine dans un autre cas). Ce phénomène, s'il n'est pas encore préoccupant à l'heure actuelle, mérite d'être suivi très attentivement, tant le risque épidémique d'une souche multi-résistante pourrait être sérieux en prison.

**Au total**, en terme de besoin d'hospitalisation, celui **lié à la tuberculose est fonction de l'importance de la population détenue étrangère et de celle des toxicomanes** pour un établissement ou une région pénitentiaire donnée.

### 1.3 La surmortalité des détenus et leurs besoins masqués

Le cumul et l'intensité des facteurs de risque, ainsi que la concentration dans la population carcérale de pathologies très sévères ont pour conséquence une forte surmortalité dans les tranches d'âge les plus jeunes et les plus nombreuses. Mais un certain nombre de problèmes de santé demeurent masqués.

#### 1.3.1 La surmortalité des détenus

Les causes de décès sont, dans l'ordre, le suicide, le sida, les affections cardiovasculaires et le cancer. Les facteurs de risque et le stress jouent sans doute un rôle important dans la survenue des décès d'origine cardiaque.



*La mortalité des détenus en 1994 a été obtenue en additionnant :*

*- d'une part, les décès des détenus écroués, survenus en prison ou en milieu hospitalier, qu'il s'agisse des suicidés enregistrés, des personnes trouvées mortes en prison, de mort apparemment naturelles et toutes autopsiées (source : direction de l'administration pénitentiaire )*

*- d'autre part, les morts des détenus graciés pour motif médical survenues dans la suite immédiate de leur libération (source: direction des affaires criminelles et des grâces). Ne disposant pas d'un bulletin de décès<sup>50</sup>, sur les 51 grâces présidentielles accordées pour raison médicales en 1994, seules ont été retenus les 45 cas où le décès est hautement probable (essentiellement Sida et cancer au stade terminal, coma irréversible...). Ont été en revanche exclues les personnes graciées dont on pouvait supposer qu'elles étaient encore vivantes (paraplégie, glomérulonéphrite, insuffisance rénale, hémiplégie, au total 6 personnes).*

*- enfin, les décès des personnes ayant fait l'objet -du fait du pronostic fatal de leur maladie- d'une libération conditionnelle ou d'une mesure de semi-liberté. Malheureusement, dans cette dernière catégorie, on ne connaît pas les personnes ayant bénéficié d'une libération conditionnelle pour raison médicale de la part du juge de l'application des peines (JAP). On ne connaît approximativement que les libérations conditionnelles décidées par le garde des sceaux. Dans cette catégorie, sur 259 LC accordées en 1994, moins de 10 ont été accordées pour motif médical. Du fait du mode d'archivage, seuls 3 dossiers ont été retrouvés (3 malades atteints de cancer à un stade terminal). On ne peut connaître non plus le nombre de prévenus libérés par la juridiction d'instruction en raison de la gravité de leur état de santé.*

*Le taux de mortalité a été ensuite calculé en divisant les chiffres de mortalité ainsi obtenus par le stock moyen de population carcérale. Le taux de mortalité des détenus est alors comparé au taux de mortalité de la population générale, en tenant compte de la tranche d'âge et du sexe.*

Par suite des difficultés exposées dans le recueil des données, les chiffres de mortalité ci-après ainsi que les taux de mortalité des détenus obtenus sont donc des **valeurs a minima**.

<sup>50</sup> *On ne peut que regretter à ce propos la difficulté d'obtenir des données épidémiologiques aussi indispensables; ainsi il serait essentiel de pouvoir consulter le registre national d'état civil, ce qui est autorisé dans de nombreux autres pays occidentaux, mais pas en France.*

Tableau 5

## Mortalité des détenus en 1994 : cause des décès

Cause	détenus écroués	détenus graciés	détenus en L.C	total
suicide	103*			103
infectieux (sida) (compl.hépati.) (autres infect.)	16 (11) (3) (2)	22 (22)	?	38 (33)
cardio-pulm	24	4	?	29
cancer	8	15	> = 3	22 + 3LC
trauma (TC) (balle)** (agression)*** (AVP)**** (feu)*****	10 (3) (2) (1) (3) (1)		0	10
overdose	8			8
digestif	1			1
neurologique	2	7 - 3 = 4		9
autre ou inconnu	3	3 - 3 = 0		6
total	175	51 - 6 = 45	> = 3	> = 223

(Source : DAP, DACG)

\* le chiffre comprend aussi les 2 intoxications médicamenteuses découvertes à l'autopsie.

\*\* lors d'évasion \*\*\*\* accident de la voie publique lors d'une permission

\*\*\* agression par codétenu

\*\*\*\*\* asphyxie par inhalation de fumée lors de la combustion de matelas.

Si l'on examine le taux de mortalité des détenus et qu'on le compare au taux de mortalité de la population masculine française par tranche d'âge, on observe une considérable **surmortalité dans les tranches d'âge situées au dessous de 40 ans** (annexe 1-6).

En revanche, après 60 ans, le taux est moindre, mais sans signification, compte-tenu de la quasi absence de personnes très âgées en prison, et du rôle des libérations conditionnelles.

### 1.3.2 Les besoins masqués

On a vu comment la demande de soins exprimée visait avant tout les pathologies gênantes pour la société (maladies infectieuses, maladies mentales) ou pour l'individu (pathologie se manifestant par des symptômes évidents, quels qu'ils soient) et non les maladies graves évoluant "à bas bruit" et ne se manifestant ni par la douleur, ni par la gêne physique ou esthétique.

- C'est ainsi que la **pathologie tumorale** semble pratiquement absente de l'activité hospitalière en faveur des détenus. Il n'y a pas de consultations de cancérologie à l'EHPNF ; à Marseille comme à Lyon, cet aspect ne fait l'objet d'aucun circuit organisé.

- De même, l'exemple de la prison de la Santé à Paris qui accueille de nombreux sujets en provenance d'Afrique noire (Zaïre, Sénégal...) est-il instructif: cette population ne vient jamais consulter pour des symptômes de **parasitoses**. Or les examens biologiques systématiques des détenus appelés à travailler en cuisine ont révélé des taux tout à fait conséquents d'affections parasitaires : bilharziose, filaire, leishmaniose, anguillulose... Mais peut-être cette pathologie paraît-elle trop habituelle aux patients pour qu'ils viennent s'en plaindre. La même remarque est possible à Fresnes.

- Enfin, les **pathologies cardio-vasculaires**, favorisées par le stress de l'incarcération, les facteurs de risque déjà décrits et la sédentarité ne peuvent que se développer dans cette population. Or ce sont surtout les condamnés aux longues peines qui en font particulièrement état. On note cependant dans tous les établissements visités une augmentation des consultations spécialisées.

Ainsi au CP de Fresnes, la progression des consultations spécialisées de cardiologie se fait lentement, accompagnée par une hausse des actes d'exploration fonctionnelle cardiaque ou vasculaire (ECG d'effort, échographie cardiaque, Doppler, Holter...) :

**Tableau 6**

**Nombre de consultations spécialisées (CS) de cardiologie**

année	1989	1990	1991	1992	1993	1994
nbre de CS	255	267	317	392	395	420

(Source : CP de Fresnes)

**En conclusion** de ce chapitre, et de façon schématique, on peut dire que les détenus ont **un plus mauvais état de santé que la population générale comparable,**

- dans un ordre de grandeur allant de **1 à 2 pour les facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, l'insuffisance de couverture vaccinale, l'état dentaire, la pathologie traumatique ;**

- dans un ordre de grandeur de **1 à 10 ou plus pour les pathologies autodestructrices, les tentatives de suicide, les pathologies mentales, la tuberculose, la toxicomanie, l'infection à VIH, les hépatites.**

Cette situation aboutit à un taux de **mortalité de plus du double** dans les tranches d'âge les plus nombreuses en prison, c'est à dire **avant 40 ans.**

Les besoins de santé sont donc considérables, mais les détenus ont du mal à les exprimer, pour des raisons tenant à leur histoire personnelle, à leur culture ou à leur niveau éducatif, mais aussi du fait de la médiation obligée de leurs demandes par le personnel de surveillance et des freins qu'impose l'organisation pénitentiaire.

Pourtant, cette population est un exemple particulièrement significatif de ce qu'est la pathologie de l'exclusion, et **la détention constitue un moment privilégié pour prendre contact** et essayer de traiter et d'éduquer à la santé une population ordinairement si mouvante. Le recours aux soins concourt, avec les actions d'éducation et de formation, à la réinsertion du détenu, tant l'on sait l'importance de la réhabilitation de l'image de soi à travers l'intérêt porté à la santé.

## 2<sup>ème</sup> PARTIE - LA POPULATION CARCÉRALE ACCÈDE PLUS DIFFICILEMENT AUX SOINS ET PRÉSENTE DE FORTS BESOINS POTENTIELS D'HOSPITALISATION

### 2.1 Un recours aux soins insatisfaisant

#### 2.1.1 Des indicateurs généraux limités

Trois indicateurs du recours aux soins autres que le taux d'hospitalisation pourraient être étudiés : la couverture sociale des détenus, la densité médicale et les dépenses de médicaments en milieu carcéral.

Avant que la loi du 18 janvier 1994 ne prévoie l'affiliation obligatoire des détenus aux assurances maladie et maternité du régime général, la prise en charge médicale du détenu était directement imputée sur le budget de l'administration pénitentiaire, les droits à sécurité sociale étant suspendus le temps de l'incarcération. La prestation de soins était alors financée sur le budget de l'établissement pénitentiaire dont il relevait. Rien n'incitait, bien au contraire, à faciliter de coûteuses hospitalisations qui, de plus, étaient souvent payées avec beaucoup de retard. De plus, le détenu recourait déjà avant la détention moins fréquemment aux soins, du fait d'une mauvaise couverture sociale. L'absence de couverture sociale des étrangers en situation irrégulière incarcérés ou en rétention administrative accentuait ce phénomène.

Les données disponibles n'ont pas permis d'apprécier les différences de recours au médecin, entre la population carcérale et la population générale. Il est en effet difficile de traduire en actes ou en équivalent-temps plein la disponibilité des professions médicales, libérales ou salariées, en prison et en dehors de la prison. De plus, les différences en termes d'âge, de sexe et de pathologies des populations concernées rendent les comparaisons globales non pertinentes.

En revanche, des indicateurs significatifs peuvent être mesurés en terme de consommation pharmaceutique. La ligne budgétaire de l'administration pénitentiaire destinée aux dépenses de pharmacie se montait à 47,3 MF en 1992, soit une dépense annuelle légèrement supérieure à **1000 F par détenu**. La même année, la dépense de médicaments pour la population métropolitaine, estimée à 57 millions d'habitants, a été de 109 milliards de francs, soit **1912 F par habitant, dépense presque deux fois supérieure**.

Selon un autre mode de calcul, on conclut au même écart. En effet, en 1992, la dépense journalière a été de **5,13 francs par personne dans la population générale** alors qu'elle a été de **2,50 francs par détenu** (47,3 MF pour 18.917.159 journées de détention en 1992), soit **un taux deux fois moindre** (2,8 francs/détenu en 1993 et 2,5 francs/détenu en 1994).

En 1991, P. Deloménie (IGAS)<sup>51</sup> relevait déjà les difficultés d'évaluation des consommations respectives. Il estimait entre 70 et 90 % - suivant les établissements - le poids des dépenses de médicaments dans le montant annuel du compte 603, "produits pharmaceutiques" de la comptabilité pénitentiaire. Le reste des dépenses concerne des pansements ou objets de nature hygiénique. Dans l'absolu, **ces dépenses sont faibles puisqu'elles correspondent à dix fois le chiffre d'affaires moyen d'une officine de pharmacie**. En 1989, la moyenne nationale de consommation journalière par détenu était de 2,69F avec des écarts de 1 à 6 suivant les établissements pénitentiaires. A la même date, la consommation de médicaments en ville était de 4,65F par jour et par habitant. Mais l'âge respectif des populations concernées est un facteur déterminant : si la consommation entre 10 et 19 ans a pour coefficient 1, celle des 40-49 ans se situe dans un rapport de 2 et celle au-delà de 70 ans dans un rapport de 5. Entre 1989 et 1992, la consommation pharmaceutique moyenne des détenus aurait donc diminué.

Là encore plusieurs paramètres peuvent relativiser ces chiffres (populations de référence et différences d'âge et de sexe, en principe pas d'automédication en prison, a contrario consommations spécifiques importantes -sommifères, anti-dépresseurs...-) mais l'ordre de grandeur reste significatif.

### 2.1.2 *Un recours à l'hôpital faible et mal organisé*

#### 2.1.2.1 Des outils de connaissance insuffisants

L'hétérogénéité des sources d'information pour appréhender **les flux d'hospitalisation des détenus** conduit la mission à évoquer les difficultés rencontrées pour en mesurer l'importance et les éléments de la méthodologie qu'elle a suivie pour tenter d'y parvenir.

*Les sources existantes ne concordent pas parfaitement :*

- *l'administration pénitentiaire est censée autoriser toute hospitalisation. Cette règle formelle conduit, sauf cas sensible, à une information a posteriori de la direction centrale, qui n'en pas exploitée systématiquement, ni enregistrée sur support informatique. L'information fournie n'a pu être récapitulée que sur l'année 1994, et il est apparu que ce principe de la déclaration de toute hospitalisation à l'administration centrale était diversement observé d'une direction régionale à une autre :*
- *une enquête téléphonique de l'administration pénitentiaire a permis d'évaluer les flux estimés par chaque DRSP, pour 1993 et 1994. Le rapprochement des deux années met en évidence des incohérences;*
- *le chiffrage des entrées enregistrées à l'EHPNF, classées selon leur origine, a permis d'ajuster certains des chiffres précédents. L'EHPNF a pu aussi indiquer le nombre des hospitalisations dans*

<sup>51</sup> *Rapport sur les modalités de prescription, d'achat, de détention et de distribution des médicaments dans les établissements pénitentiaires. Septembre 1991.*

les hôpitaux de la région parisienne qui étaient de son fait il s'agit dans ce cas de réhospitalisations. Les autres cas de réhospitalisations sont méconnus. On compte 6005 hospitalisations en France métropolitaine en 1994, L'annexe 2-1 reprend ces différentes données :

- le service des transfèrements de l'administration pénitentiaire a effectué une enquête dans le cadre de la mission dont a été chargé le conseiller d'Etat Fougier (cf infra). Le chiffre global des détenus escortés pour hospitalisation -après déduction des hospitalisations psychiatriques et des hospitalisations à la PHB- s'élève à 7798 (cf annexe 2-2), mais il comprend les transferts pour retour d'hospitalisation, et le nombre d'hospitalisations est donc surestimé :
- un questionnaire établi par la mission a été adressé à l'ensemble des établissements pénitentiaires, afin de connaître notamment les flux d'hospitalisation globaux par établissement et les lieux d'hospitalisation (cf annexe 2-3). 168 établissements sur 175, soit 96 % (hors DOM- TOM) y ont répondu. Le nombre d'hospitalisations qui résulte de leurs réponses ne coïncide pas, même s'il est proche, avec celui fourni par le bureau d'enregistrement des hospitalisations. Le total des hospitalisations déclaré est de 7405 ; il comprend les réhospitalisations et certaines hospitalisations pour raison psychiatrique. Des risques de double compte existent aussi entre établissements, dès lors que l'hospitalisation d'un détenu implique parfois changement d'écrrou. Le chiffre paraît donc surestimé :
- les hôpitaux visités et 13 CHR, qui ont fait l'objet d'un autre questionnaire envoyé par la mission, ont transmis des données sur les détenus qu'ils hospitalisent (annexe 2-4). Toutefois, ces chiffres ne sont significatifs que dans le cas d'une unité fonctionnelle identifiée pour le suivi d'activité hospitalier. Ils ne tiennent pas compte des détenus hospitalisés ailleurs dans l'hôpital, puisque ce n'est pas, jusqu'à présent, un critère identifié dans les suivis d'activité. De plus, dans les unités sécurisées, ces chiffres ne distinguent pas les personnes hospitalisées pendant le délai de garde à vue, puis libérées à l'issue de celle-ci, mais pour lesquels des besoins d'hospitalisation sont aussi à mesurer; la mission s'est en effet interrogée sur l'intérêt de maintenir des dispositifs d'hospitalisation communs aux détenus et gardés à vue, dans un souci de rationalisation des moyens;
- l'autre principale source disponible est celle des services de gendarmerie et de police, chargés de la garde des détenus dans l'hôpital, ainsi que des charges d'extractions des détenus pour consultation. Ces données, qui ne distinguent les gardés à vue qu'au niveau local, gonflent d'autant les statistiques d'hospitalisations au niveau national. Elles tiennent compte des réhospitalisations, mais augmentent peut-être légèrement le nombre et les durées d'hospitalisations par rapport aux statistiques hospitalières, qui ne décomptent ni le jour de sortie, ni l'entrée de moins de 24h (a priori). Les chiffres transmis par les services de police (France métropolitaine et Paris) et de gendarmerie figurent en annexe 2-5. En 1994, le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une garde policière aurait été de 5507 hors Paris et 1101 dans Paris. Le nombre de gardés à vue, qu'il faut retrancher, n'est pas identifié - hormis à Paris, où il est évalué à près de 450, sans que l'on puisse déterminer le nombre des personnes qui ont été placées sous mandat de dépôt à l'issue de la garde à vue, peut-être déjà comptées- il faut ajouter les hospitalisés gardés par l'administration pénitentiaire (2200 à l'EHPNF) ainsi que ceux gardés par la gendarmerie (cas rares, évalués à une centaine) ;
- enfin, il faut évoquer les probables différences de terminologie, entre l'hôpital, les établissements pénitentiaires et les forces de l'ordre, pour identifier les consultations d'une part, et les hospitalisations d'autre part. Pour les forces de l'ordre, la distinction porte sur les gardes hospitalières par rapport aux 'conduites aux soins'. du moins celles qui nécessitent une escorte complémentaire. Dans les établissements pénitentiaires, les extractions pour raison médicale font

*l'objet d'un suivi statistique, mais les consultations qui donnent lieu à hospitalisation ne sont pas décomptées. Le cas des hospitalisations de jour, fréquentes pour le traitement de malades atteints de sida, peut faire l'objet de confusion :*

- *lors d'un entretien avec M. le conseiller d'État Fougier, la mission a pu mesurer les réelles difficultés à recueillir des données statistiques exhaustives et fiables, en raison de modes de recueil de l'information et de comptage différents ou partiels selon les services.*

La mission s'est donc efforcée de rapprocher les différentes données disponibles, de s'assurer de leur relative cohérence et d'en déduire les principaux éléments du constat. Le nombre des hospitalisations est sans doute légèrement sous-estimé si l'on s'en tient aux données hospitalières ou pénitentiaires. L'intérêt de l'analyse qui suit est de donner des ordres de grandeur, ainsi que les principales tendances.

Il est opportun à ce stade de signaler que **les hôpitaux, responsables d'UCSA, sont désormais chargés du suivi statistique et épidémiologique des détenus. Il s'agit d'un élément essentiel pour évaluer la nouvelle politique mise en oeuvre. La mise en place d'indicateurs de suivi est donc urgente** et la connaissance de la situation actuelle par rapport à ces indicateurs de référence est une nécessité.

#### 2.1.2.2 Un moindre taux d'hospitalisation que la population générale

Dans la suite du rapport, la mission est convenue de retenir le chiffre de **6.000 hospitalisations de détenus en 1994**, déclarées par les établissements pénitentiaires et l'EHPNF (source direction de l'administration pénitentiaire, annexe 2-1).

*La comparaison des données transmises à la direction de l'administration pénitentiaire par le service chargé des transfèrements et le bureau chargé des suivis d'hospitalisation, ainsi que par les services de police, conduit à estimer à plus de 500 le nombre de réhospitalisations, depuis une première structure hospitalière vers une seconde, en plus des réhospitalisations opérées à partir de l'hôpital de Fresnes (247 en 1994). Le nombre d'hospitalisations total pourrait être compris entre 6000 et 7000, mais aucune source ne permet de confirmer cette évaluation.*

Si l'on rapporte le nombre d'hospitalisations, hors DOM-TOM, en 1994, à la population carcérale, **le taux d'hospitalisation de la population carcérale est de 11,3 %**. **Le taux d'hospitalisation de la population générale de 15 à 64 ans est de 19,6 %**.

**Tableau 7**  
**Taux d'hospitalisation des détenus**

	1993	1994
taux d'hospitalisation par rapport à la population carcérale au 1-1	12,4 %	11,9 %
taux d'hospitalisation par rapport au stock annuel moyen de détenus*	12 %	11,3 %
	(49532)	(53013)

\* obtenu en divisant le cumul annuel de journées de détention par 365

(Source : direction de l'administration pénitentiaire)



**Tableau 8**  
**Taux d'hospitalisation de la population en général**

taux d'hospitalisation général en court séjour (1992)	21.2 %
taux d'hospitalisation général 15-64 ans en court séjour (1992)	19.6 %

(Source : SESI)

Même si l'on peut supposer une légère sous-estimation des flux d'hospitalisations, l'écart est important. Des comparaisons plus significatives devraient tenir compte des différences d'âge, de sexe et de région. Elles ne sont cependant pas possibles en l'état actuel des informations disponibles.

Le nombre d'hospitalisations en moyen séjour est compris dans le total de 6.000. On compte, en 1994, 259 entrées (comprenant les entrées en provenance des autres services de l'hôpital) dans les 30 lits du seul service de moyen séjour de l'EHPNF. Le taux d'hospitalisation en moyen séjour serait de 4,8 pour mille. Le taux de recours aux soins de suite dans la population générale est évalué à 1,3 % (source : SESI, annuaire des statistiques sanitaires et sociales). Cette différence dans le recours aux soins de suite est d'autant plus importante quand on tient compte de l'écart entre les besoins de soins de moyen séjour de la population carcérale (cf première partie) et l'insuffisance d'équipements adaptés (cf quatrième partie). Le très faible nombre de personnes très âgées et très dépendantes dans la population carcérale rend inopérante toute analyse du recours au long séjour.

**Les détenus sont donc entre une fois et demie et deux fois moins hospitalisés en court séjour que la population générale du même âge. Et les différences de recours au moyen séjour sont encore plus grandes.**

Les tendances enregistrées sur les années 93 et 94 sont identiques et démontrent même une **légère détérioration du rapport**. Certes, le nombre d'hospitalisations et de charges pour les forces de l'ordre continue à croître, mais cette hausse ne compenserait pas celle de la population pénale, qui est de 4,3 % entre le 1-1-1993 et le 1-1-1994, et de 3,1 % entre les flux d'entrants de 1993 et ceux de 1994. Il faut aussi tenir compte du fait que l'accroissement des charges relevant des forces de l'ordre peut être aussi lié à l'augmentation de la durée d'hospitalisation.

Tableau 9

Progression des heures/fonctionnaires des forces de police, en France, hors Paris.

heures fonctionnaires	1993	1994	%
gardes de détenus hospitalisés	491.095	571.445 5.507 détenus	+16 %
conduites en consultation	42.527	43.881 9.463 détenus	+3 %
total	533.622	615.326 14.970 détenus	+15 %

(Source : ministère de l'intérieur)

NB : ces données n'intègrent pas les flux Paris intra-muros

Dans le seul but d'apprécier des **écarts régionaux**, le nombre d'hospitalisations rapporté au flux d'entrants de la population pénale en 1994, par direction régionale, varie de 3 % pour la DRSP de Dijon, à 8 % pour celle de Lyon et 7 % pour celle de Paris. Il est difficile d'apprécier si ces écarts sont dûs à des différences de populations traitées (poids des prévenus, réalité géographique, caractéristiques sanitaires...), ou à des différences de médicalisation (dynamisme des médecins exerçant dans le milieu carcéral, réseau existant avec le centre hospitalier voisin ...), ou enfin, à des capacités hospitalières d'accueil plus adaptées, en termes de circuits d'acheminement, d'organisation de la surveillance ou de qualité des équipes hospitalières, l'ensemble des facteurs ayant une incidence.

L'analyse plus complète sur le terrain de la région lyonnaise, de la région marseillaise, de la région lilloise, et enfin de la grande région parisienne permet de dire que **les populations carcérales en zones urbaines sont plus hospitalisées** (annexe 2-6). Cela répond assurément à un besoin spécifique en termes d'épidémiologie, mais les chiffres disponibles indiquent que l'écart de situation par rapport à la population régionale y est moindre qu'au niveau national. **Ainsi à Lyon et Paris, le taux d'hospitalisation de la population pénale au 1<sup>er</sup> janvier 1994 est respectivement de 15,8 % et 15,9 % pour une moyenne nationale de 11,9 %.** Le taux régional pour la population générale est respectivement de 20,3 % et de 20 %, pour un taux national de 21,2 % (sans distinction des classes d'âge).

D'après les estimations croisées à partir des différentes sources disponibles, **sur le total de 6.000 hospitalisations hors DOM-TOM en 1994, 38 % sont assurées par l'EHPNF, et 25 % par les trois assistances publiques de Paris, Lyon et Marseille environ.** Le reste des hospitalisations, soit près de 40 %, se répartit dans les autres centres

hospitaliers.

La durée d'hospitalisation diffère suivant les structures d'accueil. **D'après une étude menée par l'administration pénitentiaire sur les hospitalisations 1993, 44 % des hospitalisations en milieu civil ont une durée inférieure ou égale à 48h, et 80 % inférieure ou égale à 10 jours, alors que 67 % des hospitalisations à l'EHPNF ont une durée supérieure à 10 jours<sup>52</sup>.** L'EHPNF assure aussi des fonctions de soin qui ne relèvent ni du court séjour ni du moyen séjour, et le besoin en est important en milieu carcéral (rééducation, dialyses, soins de suite, surveillance de grossesse), ces soins étant assurés, pour la population générale, à domicile ou dans d'autres structures. Ceci met encore davantage en évidence la sous-hospitalisation des détenus par rapport à la population générale.

### 2.1.2.3. Des moyens d'hospitalisation dispersés

Les conditions actuelles d'accueil des détenus en milieu hospitalier sont marquées par leur grande diversité, en termes de volume, d'organisation et de qualité de la prestation.

D'après un recensement effectué par l'administration pénitentiaire en avril 1994, **on compte, en plus des 206 lits de l'EHPNF, 236 lits installés en chambre ou en unité sécurisée**, dispersés dans 115 hôpitaux.

Si l'on compare les capacités d'accueil (court séjour et soins de suite - annexe 2-1) de la population générale à celles de la population carcérale moyenne, l'écart est favorable (6,6 lits pour 1000 habitants dont 1,6 lits de soins de suite et de rééducation ; 8,3 lits pour 1000 détenus).

Ces données, simplement indicatives, doivent être complétées par plusieurs constats :

- ces capacités de lits dédiés aux seuls détenus ne prennent pas en compte l'importance du recours à des lits en milieu ouvert ;
- elles n'incluent pas les 50 lits de la PHB, qui répondent surtout à des besoins de soins de suite ;
- les populations concernées sont très différentes, et les besoins d'hospitalisation des femmes notamment sont, dans la population carcérale, très limités en valeur absolue.

L'analyse des situations régionales (annexe 2-6) montre une grande différence de capacité suivant les régions. Les capacités rapportées à la population pénale régionale varient

<sup>52</sup> *On ne peut comparer ces durées de séjour à celles de la population générale, les statistiques du SESI n'intégrant pas cette donnée.*

de 15 pour 1000 en Ile-de-France Centre, à 6 en Rhône-Alpes Auvergne, 3 en région Nord-Pas-de-Calais Picardie ou 2,6 en région PACA-Corse. Les capacités de PACA-Corse sont augmentées d'autant si l'on tient compte des 50 lits de la PHB (soit un taux de 10 pour 1000).

**Plus que la quantité de lits, c'est leur localisation, leur répartition et leur fonction qui posent question.**

Les unités sécurisées sont rares et situées dans les grandes zones urbaines : pour citer les principales, Lyon (16 lits), Marseille (8 lits), Nice (4 lits), Strasbourg (5 lits), Valenciennes et Dunkerque (6 lits chacune), Lille (5 lits), et le cas particulier de l'unité de 8 lits installés au CHG de Villefranche sur Saône, pour compléter l'unité des Hospices Civils de Lyon. La plupart des autres lits sont installés dans des chambres barreaudées isolées, sans organisation médicale particulière dans la majorité des cas.

Selon l'enquête menée par la mission auprès de 13 CHR (annexe 2-4), **ces lits sont très rarement regroupés dans une unité fonctionnelle spécifique, responsable de l'accueil des détenus, avec un responsable médical** (dans trois cas seulement) **et une équipe soignante propre** (dans un cas seulement). De plus, leur implantation dans le CHR ne garantit pas toujours l'accès à un plateau technique suffisant (notamment à Montpellier et Strasbourg).

L'étude sur site des conditions d'accueil à Paris, Lyon et Marseille, montre l'importance de la constitution d'une unité spécifique, avec un personnel médical et soignant compétent. La discipline médicale est diverse : médecine légale (Professeur Védrinne à Lyon), psychiatrique (Docteur Barlet à Lyon), médecine interne (Professeur Bouvenot à Marseille), partage médecine-chirurgie-urgences dans plusieurs autres cas, au risque de diluer la responsabilité principale. Il est aussi évident que les équipes ne peuvent être dédiées qu'à une activité suffisamment importante, pour la bonne allocation des moyens. Or, si les flux d'activité de la salle Cusco (482 entrées), des HCL (404 entrées), et de Marseille (287 entrées) peuvent le justifier, il n'en est de même ni à Villefranche (132 entrées), ni dans les différents CHR qui ont fait partie de l'enquête (à l'exception peut-être de Nice qui compte 206 entrées en 1994).

Les raisons de cette **dispersion des flux d'activité** sont doubles :

- L'organisation médicale inadéquate de ces unités ou de ces chambres fait que les médecins refusent d'y hospitaliser leurs malades, dont la surveillance médicale sera insuffisante. Ainsi, dans les différents sites analysés et quand les chiffres correspondants ont été disponibles, **le nombre de malades hospitalisés en milieu ouvert par rapport au nombre de malades hospitalisés en locaux sécurisés varie de 17 % (HCL) à plus de 300 % (Bordeaux)** (annexe 2-7).

Il est cependant raisonnable de penser que près de **20 % des malades devront toujours être hospitalisés pour tout ou partie de leur séjour, en milieu ouvert** (services de grands brûlés, de neurochirurgie, de chirurgie cardio-vasculaire et maxillofaciale, de réanimation...). Les expériences de Paris (en tenant compte du rôle de l'EHPNF) et de Lyon le montrent : le recours à certains moyens techniques très spécialisés ne peut se faire dans l'unité sécurisée, compte tenu de besoins spécifiques en terme de plateau technique ou de surveillance médicale et soignante. En revanche, l'unité de Lyon comme l'hôpital de Fresnes assurent un rôle de soins après intervention ou traitement dans le service de pointe.

**Une bonne articulation des services hospitaliers avec l'unité sécurisée permet donc de limiter à 20 % le poids des hospitalisations en milieu ouvert.** Ce constat sera repris dans les propositions de la mission (cf infra).

Les écarts entre les durées moyennes de séjour recensées dans l'enquête menée auprès de 13 CHR et dans les sites visités (annexe 2-8), sont sans doute significatifs de l'inadaptation du milieu ouvert pour les hospitalisations de plus de 48h : on hospitalise en milieu ouvert pour de très courtes durées. La mission n'a cependant pas été en mesure d'apprécier, parmi ces hospitalisations de courte durée, le poids des hospitalisations itératives dans le même hôpital ou dans un autre hôpital, éventuellement en unité sécurisée.

- La dispersion des moyens, voire leur éclatement, conduit à la dispersion des flux, car les unités créées ne sont pas de qualité suffisante pour attirer les praticiens expérimentés ou pour assurer la disponibilité d'un plateau technique performant. La création de chambres isolées apparaît une gageure au regard de l'organisation hospitalière.

A l'exception de l'unité de Villefranche, ouverte en fin 1993, **les différentes installations sont déjà anciennes, voire vétustes** : toutes sauf trois ont plus de cinq ans, et sept ont plus de quinze ans (sur 13 sites repris dans l'enquête et cinq sites visités).

Enfin, il est difficile d'isoler les besoins d'hospitalisations des détenus de ceux des gardés à vue. Ces derniers ont des besoins bien moindres en durée, mais dans des conditions de garde plus strictes encore, puisqu'ils ne peuvent avoir aucun contact avec l'extérieur. C'est **l'importance des gardés à vue accueillis à la salle Cusco de l'Hôtel-Dieu** (405 sur 482 entrées en 1994) qui explique le caractère austère de ces lieux et **leur relative inadaptation pour des hospitalisations plus longues de détenus (absence de télévision, pas de parloirs...).**

On aboutit donc au paradoxe suivant : **malgré des besoins de soins latents importants, les capacités hospitalières qui existent en quantité théoriquement adaptée sont sous-occupées.** Est-ce l'utilisation des moyens existants qui est défailante, ou bien la répartition et l'organisation de ces moyens qui répond mal aux besoins ? Sans doute faut-il analyser encore à quels impératifs d'organisation générale ce dispositif sanitaire d'accueil des

détenus doit répondre, au delà des priorités de soins.

## 2.2 Un accès aux soins sous contraintes

### 2.2.1 Les contraintes carcérales

La prise en charge médicale des détenus est conditionnée par plusieurs éléments tenant tout d'abord à la "**volatilité**" des entrants. En 1994, 41 % des détenus sont entrés en prison sous le régime de la détention provisoire, hors procédure de comparution immédiate<sup>53</sup>. L'incertitude quant à la suite de la procédure - la personne pouvant en principe être libérée à tout moment - ne permet pas toujours au médecin de savoir s'il peut utilement programmer une intervention hospitalière, sauf urgence. Cette question de la "volatilité" ne se pose pas dans les établissements pour peines, plus particulièrement après passage du condamné au centre national d'orientation. En revanche, dans les maisons d'arrêt, le turn-over de la population pénale explique les difficultés du médecin à envisager un véritable suivi du détenu, la détention ne correspondant qu'à un passage en prison d'une durée relativement incertaine. En effet, si - toutes catégories confondues de détenus - la durée moyenne de séjour en prison en 1993 était de 7,3 mois, 43 % des sortants de prison, au cours de cette année-là, sont restés moins de 3 mois et 54 % moins de 4 mois (source DAP).

Aussi, certains médecins expliquent-ils qu'il leur arrive d'attendre que les prévenus passent en jugement pour pouvoir, à partir de la nouvelle situation pénale, et en connaissant le reliquat de peine et le lieu d'exécution, programmer ou non une prise en charge hospitalière (par exemple, une intervention chirurgicale non urgente pour extraction de matériel).

Mais l'accès aux soins s'effectue d'abord sous les contraintes ordinaires de la vie en détention, déjà décrites dans plusieurs rapports de l'IGAS, touchant notamment :

- aux conditions de délivrance de médicaments : recours à la "fiolle", horaires de distribution, délivrance par les personnels de surveillance... ;

- à l'absence, sauf quelques exceptions, de véritables lits infirmiers et de surveillance paramédicale correspondante ; dans les régions ne disposant pas d'unités sécurisées, le retour en détention pose souvent un problème au médecin traitant, compte tenu du contraste trop important entre les conditions du séjour hospitalier et les conditions de détention. Certains séjours, dont la prolongation n'est peut-être pas justifiée médicalement, peuvent s'expliquer par la volonté de l'équipe soignante de faire bénéficier le détenu de conditions d'hébergement et de surveillance médicale plus satisfaisantes que celles existant en détention normale ;

<sup>53</sup> Soit 35593 personnes sur 87111 entrants (source Fichier national des détenus France métropolitaine)

- à la promiscuité résultant de la surpopulation, ainsi qu'à l'inconfort d'établissements vétustes ;

- à la limitation des mouvements internes de détenus pour des raisons tenant à la sécurité et aux effectifs en personnel de surveillance. Ainsi, par exemple, le "droit à la douche" est-il parfois particulièrement restreint.

Les consultations des détenus à l'extérieur des enceintes pénitentiaires sont aussi conditionnées, pour l'organisation des mouvements, par ces questions d'effectifs.

### *2.2.2 La présence policière et les mesures de sécurité et de surveillance*

Comme le prévoient les articles D. 396 du CPP et 23 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, la surveillance d'un détenu hospitalisé doit pouvoir être assurée dans des conditions susceptibles d'entraîner le moins de gêne possible pour l'exécution du service hospitalier et pour les autres malades. La nécessité d'une présence policière permanente auprès du malade constitue en elle-même une contrainte qui n'est pas toujours bien comprise et acceptée tant par le personnel hospitalier que par les forces de l'ordre elles-mêmes.

Certains policiers, en effet, s'interrogent parfois sur l'opportunité de mettre en place un service de surveillance pour des détenus dont l'état de santé est si dégradé que les risques de fuite ou de violence paraissent limités<sup>54</sup>. Ainsi par exemple, certains parquets n'hésitent pas, pour éviter notamment une garde policière, à lever purement et simplement des mesures de garde à vue concernant des personnes hospitalisées dont l'état de santé limite par lui-même les risques de fuite. Un allègement voire une suppression de la surveillance policière pourrait également se concevoir pour certains détenus hospitalisés qui présentent très peu de risque d'évasion ou qui ne requièrent pas une protection particulière, et ce sous l'appréciation de l'autorité préfectorale, après avis des responsables pénitentiaires et judiciaires, dans le cadre de l'article D. 386 alinéa 2 du CPP.

La présence policière est d'autant plus ressentie comme une contrainte perturbatrice du fonctionnement normal de l'hôpital qu'elle est voyante et doit souvent se manifester, en dehors de tout aménagement spécifique, au sein même des services de l'hôpital, dans les couloirs de circulation. Elle se heurte à l'image de l'hôpital comme lieu de soins et d'assistance. Cette situation peut créer un sentiment de malaise en dépit du souci d'apaisement des uns et des autres. Pour atténuer ce malaise, des solutions contestables ont été adoptées, comme par exemple le port d'une blouse blanche par les fonctionnaires de police (salle Quentin à la Pitié-Salpêtrière), ou, envisagées (remplacement des policiers lors

<sup>54</sup> *Ils le comprennent d'autant moins que les mesures de surveillance policière sont exclues en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie (article D. 398 du CPP) alors que sont régulièrement admis dans ces services des détenus dangereux ou susceptibles de s'évader.*

des soins par du personnel hospitalier de forte corpulence).

La mise en oeuvre de mesures de sécurité constitue un obstacle supplémentaire à une dispensation normale des soins. Lieu ouvert au public, l'hôpital est un lieu propice à l'évasion. Pour les services de sécurité, moins longtemps les détenus y séjournent, plus un tel risque est limité<sup>55</sup>. Le risque existe aussi que, par un geste d'automutilation, un détenu, déterminé à tenter une évasion avec l'aide d'une éventuelle complicité extérieure, "programme" son hospitalisation.

La détermination des mesures de surveillance et de garde relève exclusivement de la responsabilité de l'autorité militaire ou de police (article 23 du décret du 14 janvier 1974). Ainsi en est-il du port ou non, par un détenu hospitalisé ou en consultation, des objets de contrainte. Comme auparavant, les nouvelles dispositions en vigueur à cet égard (articles 803 et D. 173 du CPP, circulaire du 1<sup>er</sup> mars 1993) ouvrent largement la voie à l'interprétation, facteur certes de souplesse mais aussi d'antagonisme entre les différents intervenants. Le port des menottes ou des entraves est presque toujours considéré, par le personnel médical, comme incompatible avec sa mission de soins. A l'inverse, ces mesures de sécurité ne sont pas toujours mises en oeuvre avec la mesure qu'il conviendrait. Là encore des solutions sont recherchées. A Marseille, par exemple, à la suite de l'accouchement d'une femme menottée et entravée, une note du directeur départemental de la sécurité publique du 14 décembre 1993 a fixé pour règle, en ce qui concerne l'hospitalisation des femmes détenues, d'une part, qu'elles ne seraient entravées que sur note d'attention particulière de l'administration pénitentiaire, d'autre part, que *"lors de l'accouchement ou lors de l'intervention pour IVG, les détenues même signalées ne [seraient] en aucun cas entravées"*.

### 2.2.3 Les contraintes hospitalières

Les réticences de certains personnels médicaux - voire leur opposition à intégrer les contraintes carcérales - n'encouragent pas non plus à avoir recours à l'hôpital, sauf urgence et impérieuse nécessité. Estimant l'obligation de soins prioritaire sur l'obligation de garde et de surveillance, certains s'affranchissent, pour de multiples raisons, des règles de sécurité que d'autres tentent de faire respecter. La volonté de préserver le secret médical tend à interdire l'interférence de personnes extérieures dans la relation médecin-malade. Le respect de ce principe est à l'origine de tensions assez vives avec les forces de l'ordre. Ainsi, une consultation médicale d'un détenu fut-elle annulée, l'escorte ayant refusé que l'intéressé fût examiné, en son absence, par un médecin. Si de tels incidents semblent peu fréquents, ils témoignent néanmoins des difficultés de chacun, corps médical comme forces de l'ordre, à comprendre les missions, les obligations et les responsabilités de l'autre et à se coordonner.

<sup>55</sup> *Sur les 18 détenus, placés sous la garde de services ne relevant pas de l'administration pénitentiaire, qui se sont évadés en 1993, 11 se sont évadés à partir d'un établissement hospitalier (source : rapport annuel 1993 de la DAP).*



L'adaptation des mesures de surveillance aux exigences de la prestation de soins pose aux forces de l'ordre un problème de responsabilité, si le détenu s'évade.

La fixation et le regroupement des horaires d'examen et de consultations qui tiennent compte à la fois du besoin sanitaire et de la disponibilité des équipes de transfèrement, la surveillance interne et externe des lieux où ces actes s'effectuent, la réduction des temps d'attente, sont autant de contraintes que l'hôpital doit intégrer dans son fonctionnement. Un système de réservation est ainsi en place à Lyon pour les consultations et sa gestion est facilitée par la fonction de médecin-coordonateur qui décide des priorités. Ce contingentement des escortes et la régulation qu'il impose vont certainement provoquer quelques réactions de la part des praticiens hospitaliers qui prescriront un examen à l'hôpital, sans mesurer auparavant ces contraintes d'organisation.

Par ailleurs, la mobilisation des personnels médicaux pour la prise en charge des détenus est variable. Le détenu, même affaibli par son état de santé, reste un élément de perturbation en milieu hospitalier car, outre des attitudes ou propos provocateurs possibles, il peut constituer un risque (violence, agressions...) vis à vis de ceux qui l'entourent.

#### *2.2.4 La pauvreté chronique de l'administration pénitentiaire*

Le contraste est saisissant, dans les négociations actuelles, entre, d'une part, le corps des directeurs d'hôpitaux, habitués, dans le cadre de leur budget global et d'une gestion déconcentrée, à manier des sommes considérables imputées sur le budget de la sécurité sociale, et d'autre part, les chefs d'établissement pénitentiaire, intégrés dans une administration très hiérarchisée, constamment à la recherche de moyens pour améliorer le cadre de vie quotidien dans un environnement immobilier souvent vétuste, où la fonction santé a toujours été considérée comme annexe (hormis dans le cas des établissements 13000).

Le budget de l'EHPNF (environ 80 MF) n'atteint pas celui d'un centre hospitalier de petite ville<sup>56</sup>. Les sommes consacrées par l'administration pénitentiaire à l'aménagement de l'ensemble des UCSA (70 MF avant régulation budgétaire) représentent en 1995 l'investissement le plus important de cette administration. Par comparaison, l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris consacre chaque année environ 3 milliards de francs à ses investissements.

Les dépenses de santé de l'administration pénitentiaire, parties d'un niveau très faible, ont cependant augmenté de 63 % de 1988 à 1994 passant de 241,4 MF à 394,6 MF (annexe 2-9). L'effort le plus important a concerné la dotation de l'EHPNF(+ 49 % entre 1988 et

<sup>56</sup> Par exemple, le budget de l'hôpital de Privas (ville de 10.000 habitants), lequel dispose de 130 lits et d'un scanner pour une zone d'attractivité de 24.000 habitants, s'est élevé en 1994 à 105 MF (source : DRASS Rhône-Alpes).

1994 sur le poste 3610). Tout besoin d'investissement futur à l'EHPNF (réfection des cuisines, amélioration du plateau technique) doit être mesuré à l'aune des moyens de l'administration pénitentiaire qui n'ont rien à voir avec ceux que pourrait y consacrer le ministère de la santé dans le cadre d'une gestion hospitalière normale.

## **2.3 Une timide régulation par les mesures d'aménagement de la peine**

### *2.3.1 Les mesures traditionnelles d'aménagement de la peine*

D'une façon générale, les parquets sont invités à différer ou à ne pas mettre à exécution les peines concernant les personnes dont l'état médical serait profondément détérioré. S'il résulte d'un certificat médical ou d'une expertise que l'état de santé du condamné est compatible avec la détention dans certaines conditions, la mise à exécution de la peine, accompagnée d'un avis sur la destination et le traitement qui conviendrait (article D. 79 du CPP), peut être ordonnée. En revanche, si l'état de santé est difficilement compatible avec la détention, le parquet peut renoncer à l'exécution et soumettre le cas au bureau de l'individualisation de la peine.

Le droit français, comme de nombreuses législations européennes, admet l'interruption de la peine en cours d'exécution en cas de handicap grave, lors de la phase terminale d'une maladie ou quand un traitement s'avère incompatible avec la détention. Des mesures d'aménagement dans l'exécution de la peine sont aussi possibles pour faciliter les traitements et l'accès aux soins.

Le recours aux mesures d'aménagement de la peine comme facteur de régulation reste toutefois très limité pour des raisons tenant principalement à leur nature et à leur régime juridiques :

- elles ne sont applicables qu'aux condamnés définitifs et ne peuvent donc concerner que 60 % environ de la population pénale. Il est toutefois certain - sans que ce phénomène ait pu être mesuré - que nombre de décisions de libération de prévenus ont pu être motivées par un état de santé incompatible avec la détention ;

- les mesures d'aménagement de la peine ont essentiellement pour objet de favoriser la réinsertion des condamnés. Certes, la prise en charge par le condamné de son état de santé est dans bien des cas un premier facteur de resocialisation et certains juges de l'application des peines n'hésitent pas à aménager la peine pour la favoriser. Toutefois, le seul motif d'ordre médical peut ne pas suffire à la mise en place d'une mesure d'aménagement ;

- certaines mesures (suspension ou fractionnement de la peine) ne sont applicables qu'aux peines de nature correctionnelle ;

- l'exécution d'une période de sûreté fait obstacle à l'octroi de certaines mesures (permission de sortir pour motif médical par exemple) ;

- enfin, l'accès à ces mesures est soumis à des conditions de délai et les condamnés ne peuvent donc en bénéficier à n'importe quel moment de l'exécution de leur condamnation.

**Toute aggravation des conditions juridiques d'octroi de ces mesures limite d'autant leur utilisation comme mode de régulation** pour une meilleure accessibilité aux soins. La récente réforme de procédure qui, depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994, soumet le bénéfice d'une mesure de suspension ou de fractionnement de peine, réservée à la seule matière correctionnelle, à la condition d'un reliquat de peine inférieur ou égal à un an, alors qu'aucune condition de délai n'était antérieurement prévue, se traduira, très probablement, par une diminution de ce type de mesures accordées pour motif médical. **Or, la suspension ou le fractionnement de la peine, prévus par l'article 720-1 du CPP, constituent, avec la mesure de grâce, les seuls moyens juridiques véritables d'assurer un accès aux soins en dehors d'un cadre carcéral.** Le choix entre ces mesures est donc de plus en plus réduit et concerne de moins en moins de condamnés.

Au cours de leur enquête, les membres de la mission ont pu mesurer le souci de certains juges de l'application des peines d'adapter au mieux le dispositif juridique existant aux besoins de soins des condamnés. Les pratiques rencontrées restent cependant très occasionnelles et limitées<sup>57</sup>.

*Par le questionnaire qu'elle a adressé aux établissements pénitentiaires, la mission a tenté d'évaluer l'impact que pouvaient avoir les mesures d'application des peines dans l'accès aux soins des condamnés, pour consultation ou hospitalisation sans contrainte carcérale ou policière. Les résultats obtenus doivent toutefois être interprétés avec beaucoup de réserve. En effet, il n'a pas été possible de faire la distinction entre les mesures décidées en considération de l'état de santé du condamné, et uniquement pour éviter le recours à des escortes, de celles accordées dans le cadre d'un projet de réinsertion plus global avec, par exemple, obligation de se soumettre à une cure ou de se présenter dans un centre d'examen médical. En dehors des grâces présidentielles pour motif médical (cf infra) et sur la base des réponses obtenues, le pourcentage de mesures d'application des peines accordées pour motif médical (suspension fractionnement, semi-liberté, libération conditionnelle JAP ou GDS, placements extérieurs) par rapport à l'ensemble des mesures prononcées a été de 0,8 % en 1993 (349 sur 42.084) et de 1,3 % en 1994 (568 sur 43.274). On observe surtout une forte progression des mesures de semi-liberté pour motif médical qui, proportionnellement, ont représenté 18,7 % des décisions de semi-liberté prononcées en 1993 et 33,4 % de celle prononcées en 1994.*

<sup>57</sup> Ainsi, à Marseille, un juge de l'application des peines a pris l'initiative originale de faire application des textes sur le placement extérieur pour permettre à deux condamnés de suivre un traitement sous le régime de l'hospitalisation. Des conventions spécifiques, reposant sur un contrat de confiance avec les médecins, ont été souscrites entre le magistrat, la direction des Baumettes et les établissements hospitaliers d'accueil à charge, pour les détenus, de ne pas quitter ceux-ci sans autorisation et de se soumettre à leur règlement intérieur, et pour les établissements de soins, d'aviser le juge de toute absence injustifiée ou de tout manquement au règlement intérieur.

**Les mesures d'aménagement de la peine pour raison médicale représentent encore un phénomène marginal de régulation.** Il conviendrait sans doute, pour faciliter l'accès aux soins de certains détenus et éviter des gardes statiques inutiles, **d'instituer une plus grande souplesse dans les conditions juridiques d'octroi** des mesures d'application des peines existantes. Seules en effet, les mesures de grâce présidentielle prises en considération de l'état de santé de certains condamnés révèlent une volonté de réguler par ce biais la situation de condamnés en fin de vie.

### 2.3.2 La grâce présidentielle

Le droit de grâce (article 17 de la Constitution du 4 octobre 1958) est la mesure par laquelle le chef de l'Etat dispense une personne d'exécuter tout ou partie d'une peine ou ordonne la commutation de celle-ci. Il n'est pas applicable à la contrainte par corps.

Les critères successifs de la grâce ont varié dans le temps, par exemple dans l'appréciation des recours motivés par un état de santé particulièrement dégradé. La dangerosité avérée d'un condamné, voire le trouble à l'ordre public que pourraient occasionner certaines libérations anticipées, ont ainsi pu être à l'origine de plusieurs décisions de rejet. On a assisté cependant, en 1994, à un véritable changement de politique en matière de grâce médicale, lié, semble-t-il, à la fois à la progression du nombre de condamnés VIH + développant la maladie et à une plus grande sensibilité des autorités et de l'opinion publique à la situation des détenus à l'approche de la mort.

Les données statistiques témoignent de ce net changement :

**Tableau 10**

#### Etat pathologique des détenus graciés en 1993 et 1994

	1993	1994
Sida	4	22
Cancer	3	15
Cardiopathie	1	4
Paralyse	1	3
Pathologies multiples		1
Divers		6
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>51</b>

(Source : Direction des affaires criminelles et des grâces)

Tableau 11

Proportion des grâces accordées pour motif médical par rapport à l'ensemble des grâces accordées

Année	Nouvelles requêtes	Grâces accordées	%	Grâces médicales	% / grâces accordées
1987	23006	755	3,2 %	5	0,6 %
1988	55779	408	0,7 %	11	2,6 %
1989	32323	372	1,1 %	18	0,4 %
1990	39094	485	1,2 %	10	2 %
1991	30675	376	1,2 %	6	1,5 %
1992	38774	495	1,2 %	11	2,2 %
1993	34248	371	1 %	9	2,4 %
1994	25041	232	0,9 %	51	22 %

(Source : Direction des affaires criminelles et des grâces)

**Alors que le nombre de grâces accordées est en forte diminution, on relève que les grâces médicales sont en progression spectaculaire.**

Avant 1994 et sur les 7 dernières années, le pourcentage des grâces médicales par rapport au nombre total de grâces accordées a varié de 0,4 à 2,6 % et représentait donc une part infime des décrets de grâce. En revanche, en 1994, les grâces médicales ont représenté près **d'1/4 des grâces accordées**.

Sur les 51 mesures de grâce médicale intervenues au cours de cette dernière année, 26 ont eu pour origine un signalement de l'administration pénitentiaire, 13 correspondant à un recours formulé par le condamné ou sa famille, 8 par un avocat.

La moitié des décrets de grâce ont concerné des peines de réclusion criminelle à temps, l'autre moitié des peines d'emprisonnement.

**47 % des condamnés graciés étaient détenus à l'EHPNF lors du signalement et 23 % étaient en liberté.** L'EHPNF joue donc un rôle considérable dans ce phénomène.

Plusieurs difficultés importantes méritent cependant d'être signalées :

1) l'appréciation du stade d'évolution de la maladie justifiant une grâce médicale est difficile. Pour l'administration pénitentiaire qui est à l'origine de plus de la moitié des recours ayant abouti en 1994, deux critères paraissent principalement retenus :

- l'impossibilité dans laquelle elle se trouve d'assurer les soins exigés par l'état de santé du détenu;

- l'entrée en phase terminale de la maladie afin que, pour des raisons humanitaires, le détenu passe en liberté les derniers jours de sa vie.

2) la décision peut être retardée par la procédure qui nécessite la signature du décret de grâce par le ministre de la justice, puis par le président de la République avant que n'intervienne le contre-seing du premier ministre. Il convient de souligner sur ce point les efforts accomplis par la direction des affaires criminelles et des grâces et l'EHPNF (à l'origine de 47 % des signalements) pour réduire les délais.

3) les délais d'expertise, et parfois de contre-expertise ordonnée par les parquets, peuvent varier entre 48 heures et deux mois. Ces mesures peuvent toutefois être accomplies sans délai en cas d'urgence. On note par ailleurs une insuffisante harmonisation dans la désignation des experts.

4) les conditions sociales de prise en charge du condamné après sa libération doivent être prises en compte. La mort en prison a toujours heurté les consciences. Pourtant, il arrive que le condamné gracié se retrouve dans un tel dénuement après sa sortie, alors qu'au cours des soins prodigués en prison, il avait noué avec l'équipe médicale des liens très forts, qu'une libération anticipée peut être plus mauvaise que bénéfique. Les conditions dans lesquelles la prise en charge en milieu libre, hospitalier ou non, peut être assurée, méritent donc d'être prises en considération.

5) pour l'essentiel, le choix réduit à la grâce et à la suspension de peine (cf 2.3.1.) limite les solutions juridiques pour résoudre un problème médical grave hors de la détention.

**Les mesures de grâce présidentielle ont donc constitué, dans une période récente, un réel mode de régulation de la situation de personnes en fin de vie.** Leur octroi reste soumis à la décision souveraine du chef de l'Etat. Elles constituent donc un **mode de régulation aléatoire.**

\* \* \*

En conclusion, la population carcérale marquée par la marginalité et l'exclusion présente des pathologies fréquentes et lourdes. Les conditions du recours aux soins, à titre de consultation ou d'hospitalisation, sont rendues compliquées par le comportement du détenu et le renouvellement de cette population d'une part, mais aussi par les nécessités de

l'organisation hospitalière et les conditions de l'ordre public d'autre part.

Une population deux fois plus malade que la population générale au moins, qui recourt une fois et demi à deux fois moins à l'hôpital... **La sous-hospitalisation du milieu carcéral peut donc être estimée dans un rapport de trois à quatre, en-deçà de la population générale.**

Certes, les nouvelles dispositions de la loi du 18 janvier 1994 ont pour but d'accroître les chances de soins dans la prison, directement auprès du détenu. Mais il paraît illusoire et contestable de prévoir une baisse du recours à l'hôpital dans le moyen terme, alors que la présence médicale sera renforcée et plus à l'écoute du patient détenu. De plus, la population pénale continue à augmenter.

Les mesures judiciaires d'adaptation des conditions de détention des détenus malades restent limitées et concernent les détenus dont l'état de santé est le plus dégradé ou requiert des traitements particuliers.

Pour assurer aux détenus l'équivalence des soins avec la population générale, il est déterminant d'organiser le recours à l'hôpital, tant dans le partage des consultations dans et en-dehors de la prison, que dans les hospitalisations en fonction de leur durée et du plateau technique requis. L'économie générale du dispositif ne se limite pas aux équipes de soins et aux patients, mais nécessite de réfléchir aux conditions d'acheminement, de garde et de surveillance, voire d'instruction judiciaire si le détenu est un prévenu.

### 3<sup>ème</sup> PARTIE- LE DISPOSITIF D'HOSPITALISATION ARIE AU GREDE LOGIQUES DIFFERENTES

#### 3.1 Des logiques institutionnelle mal conciliées

##### 3.1.1 Les logiques judiciaire et pénitentiaire

Comme l'a souligné à la mission le procureur de la République d'une grande ville, les problèmes de santé d'une personne détenue constituent généralement pour les magistrats *"une source d'ennuis"*. *"Sur le plan humanitaire"*, devait-il ajouter, *"l'appréciation de la responsabilité pénale passe alors par le prisme de l'état de santé du détenu"*. Etaient ainsi résumées les préoccupations des magistrats à la fois sensibles aux conditions de prise en charge des personnes qu'ils confient à l'administration pénitentiaire, mais aussi soumis aux impératifs d'ordre public et de recherche de la vérité. La décision d'hospitalisation d'un détenu s'impose au magistrat qui, sinon par le biais d'une expertise médicale destinée à en vérifier la pertinence, ne peut généralement s'y opposer. L'accord préalable qu'il est appelé à donner pour les prévenus (article D. 384 du CPP) n'est souvent que de pure forme et se traduit en réalité par une simple information donnée au juge sur le lieu d'hospitalisation.

Le juge veillera généralement à réduire les effets contrariais d'une telle décision sur sa mission en demandant, par exemple, à ce que, pour les nécessités de l'instruction et indépendamment parfois des impératifs médicaux, un prévenu soit hospitalisé dans l'établissement hospitalier le plus proche de la juridiction, ce que prévoient d'ailleurs les dispositions de l'article D. 382 du code procédure pénale, et pour un délai le plus bref possible. Les préoccupations des magistrats à cet égard rejoignent celles des avocats pour lesquels l'éloignement d'un client gêne l'exercice des droits de la défense, celles des détenus, qui ne retrouvent pas toujours en milieu hospitalier les avantages dont ils bénéficient en établissement pénitentiaire (télévision, possibilité de promenades, accès à la cantine...), celles de leurs familles, qui souhaitent conserver la possibilité de rendre visite à leur parent, ainsi que celles de l'administration pénitentiaire pour laquelle l'hospitalisation éloignée d'un détenu peut se traduire par un transfèrement impliquant non seulement l'organisation d'une escorte mais aussi un changement de l'écrou et donc du suivi pénal de l'intéressé.

La mission s'est interrogée sur l'opportunité de maintenir, hors les cas de transfert inter-régional ou d'hospitalisation d'un détenu particulièrement dangereux, une autorisation ministérielle d'hospitalisation qui ne correspond bien souvent qu'à un simple avis donné à l'administration centrale après hospitalisation. **En tout état de cause, la décision d'hospitalisation ne devrait dépendre que de la compétence du médecin habilité dont c'est la responsabilité, et se heurter le moins possible, dans son exécution, à des contraintes administratives.** C'est pourquoi il paraîtrait également souhaitable que l'accord préalable de l'autorité judiciaire à l'hospitalisation d'un prévenu (art. D 384 du CPP) soit transformé en



un simple avis préalable qui permettrait aux magistrats d'être informés de l'hospitalisation et d'influer, le cas échéant, en considération des impératifs de la procédure judiciaire, sur le choix de l'unité sécurisée devant accueillir le malade. De même, est-il souhaitable d'appeler l'attention des magistrats, avisés de l'hospitalisation des prévenus, sur la nécessité pour eux de s'informer auprès de l'établissement public de santé. Avant de fixer un acte de procédure, ils devraient s'enquérir des examens médicaux du détenu déjà programmés, afin d'éviter, comme il a été indiqué à la mission, des annulations soudaines et regrettables de rendez-vous médicaux (par ex. IRM, scanner) pris depuis plusieurs jours, voire parfois depuis plusieurs semaines.

L'hospitalisation d'un détenu, longtemps considérée comme une mesure de caractère exceptionnel, présente toujours, pour l'administration pénitentiaire et les services de garde, un problème de sécurité à résoudre dont la solution dépend du degré de dangerosité ou de vulnérabilité du détenu et du dispositif de sécurité passive en place dans l'hôpital. Le rôle joué à cet égard par l'EHPNF est essentiel en ce qu'il permet à l'administration pénitentiaire d'y affecter des détenus particulièrement signalés pour y recevoir, dans des conditions de sécurité offrant un maximum de garanties, des soins qui pourraient en réalité leur être dispensés dans un hôpital général proche de la détention mais dans des conditions de sécurité souvent précaires.

Les logiques judiciaire et pénitentiaire conduisent les autorités concernées, faute d'informations et d'explications suffisantes, à assimiler parfois courte durée de séjour hospitalier à pathologie peu grave et donc à niveau d'hospitalisation peu lourd, ce qui entraîne des incompréhensions. L'hospitalisation d'un détenu, durant trois ou quatre jours, dans un centre hospitalier éloigné de la juridiction ou de l'établissement pénitentiaire, pour une intervention requérant un haut niveau de plateau technique, n'est pas toujours perçue comme répondant à des nécessités purement médicales et suscite des interrogations.

### *3.1.2 La logique policière*

Depuis de nombreuses années, les services de police considèrent que les tâches relatives au fonctionnement de l'institution judiciaire, escortes, extractions, gardes, et notamment celles pour motif médical, sont des charges indues car elles se superposent aux missions fondamentales et prioritaires que sont la protection des personnes et des biens, elles immobilisent des effectifs en tenue ainsi distraits de la voie publique et désorganisent le fonctionnement des services, particulièrement dans les petites circonscriptions.

Le caractère imprévisible et inéluctable des escortes et gardes hospitalières, qui oblige à trouver et à mobiliser des moyens sans délai, accentue l'irritation de responsables policiers. Ces missions sont parfois considérées comme d'autant plus insupportables qu'elles correspondent, selon l'avis de la hiérarchie, à des tâches peu exaltantes, démobilisantes, en marge des

missions définies dans le cadre des plans départementaux de sécurité dont l'élaboration a souvent été l'occasion de réaffirmer leur caractère ingrat et indu. Pour peu qu'un certain nombre d'hospitalisations aient été prescrites avant un week-end, la conséquence en est rapidement tirée que les services sont utilisés à des gardes hospitalières plus par confort pour une administration pénitentiaire dépourvue de moyens que par nécessité médicale.

L'inscription dans l'annexe I de la loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité du 21 janvier 1995, de la mise à l'étude, parmi les réglementations imposant des sujétions peu en rapport avec les missions de sécurité, de la possibilité de transférer ces charges à l'administration pénitentiaire (étude actuellement conduite par le conseiller d'Etat Fougier), n'a fait que conforter les responsables des forces de l'ordre dans l'idée que ces charges étaient illégitimes, quand elle n'a pas abouti, pour certains, à considérer cet éventuel transfert de charges comme d'ores et déjà acquis.

Le sentiment d'exaspération est d'autant plus vif que le besoin d'hospitalisation des détenus se fait plus pressant. Globalement, hors Paris, la garde, par la police, des détenus hospitalisés a représenté, en 1994, un total de 571.445 heures/fonctionnaires, soit l'équivalent de 361 postes, auxquels il convient d'ajouter l'équivalent de 28 postes correspondant au temps consacré aux extractions médicales (annexe 2.5). Ces charges ont progressé de 15,3 % par rapport à 1993 (source : ministère de l'intérieur, sous-direction des missions). A Caen, par exemple, la charge de garde policière a progressé de 58 % au cours des cinq premiers mois de l'année 1994, charge estimée trop lourde pour une circonscription de cette dimension ; à Lorient, elle a été en 1994 sept fois plus importante qu'en 1993 ; à Nîmes, on estime que le maintien de l'unité hospitalière réservée aux détenus, supprimée en 1992, aurait permis, en 1994, une économie de 1194 heures/fonctionnaires.

Face à un tel constat, les initiatives policières sont de trois ordres :

- une recherche de rationalisation : les autorités policières ont parfois été à l'origine de la création d'unités hospitalières regroupant, comme à Lyon, les personnes incarcérées d'une région, compte-tenu de l'économie de moyens que de telles structures représentaient : 3 équipes de 3 à 5 fonctionnaires pendant 24 heures permettent en effet de garder jusqu'à 15 détenus dans une unité sécurisée, alors que la garde, en chambre ordinaire, d'un seul détenu sur la même période nécessite 3 équipes de deux fonctionnaires au minimum. Mais, pour opérationnelle qu'ait été cette logique dans de grandes agglomérations, où le regroupement des moyens paraît plus facile, certains responsables de province craignent une sous-utilisation de ces structures en raison de la *"réticence systématique des médecins à soigner en dehors de leur service"* (DDSP d'Orléans).

- une interprétation de plus en plus restrictive de textes disparates, au détriment de l'administration pénitentiaire : s'agissant des hospitalisations, les responsables policiers invoquent de plus en plus fréquemment, les dispositions actuelles de l'article D. 382 du CPP dont les termes, qui s'opposent à l'évidence aux principes posés par la réforme de 1994, limitent l'hospitalisation des détenus dans l'hôpital le plus proche aux seuls cas d'intransportabilité et pour les nécessités du fonctionnement judiciaire. S'agissant des consultations, ils rappellent au besoin le caractère subsidiaire du recours aux forces de police et de gendarmerie posé par la circulaire interministérielle du 8 avril 1963 dont les termes avaient permis à nombre d'établissements pénitentiaires de faire assurer, par les forces de l'ordre, la plupart des extractions pour consultation médicale ; en conséquence, ils exigent parfois la présentation d'une demande dûment motivée d'assistance.

- une remise en cause de la décision d'hospitalisation, en discutant parfois le caractère urgent de tel examen ou intervention, ou en doutant de la nécessité de prodiguer certains soins avant libération du détenu. Les pressions exercées auprès des autorités administratives et judiciaires pour obtenir, dans les meilleurs délais (souvent à partir de 48 heures), la réintégration en milieu pénitentiaire d'un détenu hospitalisé, ne sont pas rares et paraissent inacceptables. Par ailleurs, le recours à la pratique des contre-visites, prévues notamment par une circulaire du ministère de l'intérieur du 15 mai 1964, pour vérifier la pertinence d'une décision d'hospitalisation ou en contrôler la durée, semble de plus en plus souhaitée. Enfin, est mal comprise la décision éventuelle d'un médecin de conserver un détenu dans son service alors qu'il existe ailleurs, au sein de l'hôpital, une chambre ou une unité sécurisée.

En fait, les forces de l'ordre n'assument véritablement sans problème leur rôle de garde hospitalière qu'à l'égard des personnes gardées à vue, celles-ci devant rester sous leur contrôle à cette phase de l'enquête.

### *3.1.3 Le dispositif réglementaire actuel et la logique hospitalière*

Le dispositif législatif et réglementaire actuel d'hospitalisation des détenus n'a peut-être pas assez tenu compte de l'évolution hospitalière de ces dernières années et de la logique du système sanitaire. Il faut sans doute trouver dans cette situation l'une des difficultés de son application. Par ailleurs, il convient de tirer les conséquences des nouvelles modalités de prise en charge des soins des détenus par l'assurance maladie.

#### *3.1.3.1 La logique de l'évolution hospitalière*

La politique hospitalière vise à adapter en permanence l'offre de soins aux besoins des malades tout en améliorant la qualité de leur prise en charge et en maîtrisant le coût des dépenses de santé.

Pour cela, et en dépit de fortes résistances, elle cherche à améliorer la sécurité et la qualité des soins en réduisant les capacités et en tentant de fermer certaines unités hospitalières dans lesquelles la pratique médicale est trop faible pour garantir le maintien d'une compétence réelle (petites maternités par exemple).

Elle tend également à ajuster les capacités hospitalières aux besoins des patients et à faire évoluer le plateau technique selon les progrès de la médecine, en se dégageant des domaines et des techniques en déclin et en accroissant les moyens consacrés aux pathologies ou aux modalités thérapeutiques en expansion, sans pour autant que l'on assiste à une prolifération de ces moyens aux dépens de l'assurance maladie.

Aussi, la logique hospitalière tend-elle à assurer l'équilibre entre, d'une part, la meilleure compétence des personnels, la plus grande expérience des équipes, l'importance des équipements et la limitation des coûts -toutes données qui vont dans un sens de concentration des établissements-, d'autre part, un objectif d'accès aux soins -qui limite cette concentration-, le meilleur équilibre entre ces deux objectifs se situant à un niveau régional.

Le dispositif juridique doit donc répondre à cette logique, tout en intégrant les contraintes liées à l'impossibilité de raisonner de la même façon qu'avec des malades libres. **Si n'existaient pas les contraintes particulières liées aux gardes policières, les détenus seraient tout simplement hospitalisés dans les services les mieux adaptés à leurs besoins.**

### 3.1.3.2 Les dispositions législatives et réglementaires en vigueur

Elles relèvent d'une part des dispositions du code de procédure pénale et d'autre part du code de la santé.

Les récentes dispositions du code de la santé se sont en partie alignées sur les dispositions anciennes -dont certaines peuvent apparaître quelque peu obsolètes- du CPP. La rédaction des articles D.382 à D.386 du Code de procédure pénale date en effet de 1958 et dresse le tableau d'une hospitalisation des détenus **exceptionnelle** (art. D.386), dans **l'établissement le plus proche** (quel que soit son plateau technique), le **moins de temps possible** (article D.388, mais cette condition est également exigée pour tous les malades par le code de la sécurité sociale) et essentiellement **en cas d'urgence** (article D.382).

L'article R.711 -19 du CSP introduit par le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 a repris cette logique (proximité, urgence, courte durée), en prévoyant que *"l'hospitalisation des détenus est assurée: ...*

*2° - pour les autres pathologies, dans des locaux adaptés à l'admission des détenus :*

a) par l'établissement de santé mentionné à l'article R. 711-7 (c'est à dire "l'établissement public de santé situé à proximité de l'établissement pénitentiaire" chargé d'assurer l'UCSA), lorsque cette hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée ". Il s'est en revanche éloigné de cette logique de proximité dans le b) de ce même article, qui prévoit la parution d'un arrêté précisant les autres lieux d'hospitalisation.

**Or, les dispositions du CPP témoignent d'une relative confusion entre la nécessité des soins (et donc la gravité d'une maladie) et l'urgence d'un traitement. Une** affection peut nécessiter un traitement urgent et ne pas avoir un pronostic sévère ; c'est le cas d'une blessure, d'un abcès, d'une crise douloureuse ... Inversement certaines maladies graves (cancers par exemple) ne connaissent pas d'épisodes "urgents", simplement le retard au traitement diminue chaque jour les chances de survie. Mais le diagnostic ou le traitement d'un cancer peuvent difficilement se faire en prison.

Par ailleurs, à une époque où les transports sont rapides et où les systèmes de communication ne cessent de se perfectionner, la proximité n'apparaît plus comme un argument rédhibitoire ; il est prudent de se préoccuper des moyens de l'établissement hospitalier proche et de ne pas postuler que chaque établissement en vaut forcément un autre.

Le corollaire entre proximité et délai d'accès est d'autant plus à relativiser que :

1 - en cas d'urgence, l'appel au SAMU permettra de distinguer ce qui relève de l'urgence vitale ou fonctionnelle de ce qui relève des fausses urgences "ressenties". Le SAMU sera alors en mesure de faire venir **sur place** le SMUR avec le personnel médical spécialisé nécessaire, ce qui assure un traitement plus précoce et plus efficace que ne le permettrait le transport non médicalisé du blessé dans un établissement -certes proche- mais éventuellement non apte à le recevoir ; le SAMU décidant alors du lieu d'hospitalisation<sup>58</sup> et du mode de transport (éventuellement hélicoptère) en fonction des nécessités du traitement ;

2 - en dehors de l'urgence vitale, le délai supplémentaire qu'entraîne le transport vers un établissement correctement équipé mais plus lointain, par rapport au transport vers l'établissement le plus proche (compris entre quelques minutes et quelques heures) est à rapprocher des délais administratifs internes à la prison pour obtenir l'hospitalisation d'un détenu. En effet, les observations de la mission lui permettent de penser qu'entre le moment où l'état de santé d'un détenu nécessite un traitement hospitalier, celui où le malade voit un médecin et que l'hospitalisation est décidée, enfin celui où le transfert s'effectue, il s'écoule un laps de temps généralement bien supérieur (quelques jours) au modeste temps supplémentaire de transport .

<sup>58</sup> Qui pourra être ou non l'établissement chargé d'assurer l'UCSA, en fonction du type de service nécessaire et des places disponibles.

Sous ces différents aspects, les évolutions législatives et réglementaires récentes auraient pu prendre en compte davantage la dynamique hospitalière et ses nécessités techniques. Des stratégies individuelles de contournement de la part de certains établissements hospitaliers, qui gardaient peut-être l'espoir d'échapper à la politique de restructuration, auraient alors pu être évitées.

Deux exemples pourraient être cités :

- d'une part le cas de Fleury-Mérogis, la plus grande maison d'arrêt française, qui se retrouve ainsi couplée avec le centre hospitalier d'Evry, établissement relativement modeste d'Ile-de-France (région pourtant la mieux dotée en établissements très équipés) qui ne dispose pas en propre d'un SAU<sup>59</sup>;
- d'autre part l'unité sécurisée du centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône : on peut se demander si le choix de cette implantation ne permettait pas d'éviter à cet établissement des restructurations souhaitables.

### 3.1.3.3 Les charges de l'assurance maladie

La conciliation des différentes logiques impose également de ne pas faire peser sur la sécurité sociale des charges qui ne seraient pas directement imputables aux soins ou à l'amélioration de la santé des détenus.

Or, le séjour hospitalier des détenus est souvent prolongé, notamment à l'EHPNF, du fait de l'impossibilité de renvoyer rapidement les patients en cellule une fois traités, par suite d'un environnement trop dégradé ou de délais de transfèrement entre l'hôpital et l'établissement pénitentiaire.

L'hospitalisation pourvoit ainsi aux carences d'un système qui ne dépend pas d'elle. Tant que le ministère de la justice assumait le financement des hospitalisations, ce problème le concernait seul, mais dès lors que l'hospitalisation est portée à la charge de l'assurance maladie, un tel transfert de charge n'est pas acceptable.

## 3.2 Une réforme qui vient bousculer les équilibres précaires établis localement

On est frappé, en comparant les modes de prise en charge de l'hospitalisation des détenus dans différents lieux, de l'hétérogénéité des réponses. Selon les initiatives prises localement pour répondre aux problèmes particuliers, et en fonction de rapports de force, se

<sup>59</sup> *Et même si cet hôpital est doté d'un service de gynécologie et d'un service de pédiatrie, fort utiles pour les nombreuses détenues et leurs bébés.*

sont développés des modèles que l'on peut tenter de catégoriser pour mieux en comprendre la logique. Mais la réforme de janvier 1994 vient bousculer ces équilibres précaires, souvent plus marqués par les habitudes de fonctionnement que par une volonté de rationalisation des moyens des différentes parties intéressées -administration pénitentiaire, police, hôpital-.

L'hospitalisation des détenus comporte différents niveaux, allant de l'accueil ordinaire en milieu de soins sous surveillance policière, à l'hospitalisation ou au suivi en milieu carcéral, en passant par la structure intermédiaire des unités sécurisées à l'intérieur de l'hôpital. A partir de ces schémas, produits de choix différents dans les grands sites urbains, on peut dresser un panorama des modèles-type d'organisation à l'intérieur de l'hôpital, avant d'étudier les structures sanitaires d'accueil internes à l'administration pénitentiaire, au centre desquelles se trouvent l'EHPNF et la "prison-hôpital" des Baumettes.

### *3.2.1 Les modèles-type d'organisation à l'intérieur de l'hôpital (annexe 3-1)*

#### *3.2.1.1 Le modèle policier, type Cusco*

Par une circulaire du 18/12/1943, le préfet de police de Paris, en accord avec l'assistance publique de Paris, a créé, à l'intérieur de l'Hôtel-Dieu, un service d'accueil et de soins de 24 lits pour éviter la dispersion dans divers hôpitaux des gardés à vue et des prévenus. La salle Cusco était alors considérée comme une annexe du dépôt de la préfecture de police.

En 1976, une convention tripartite (préfecture de police, assistance publique, administration pénitentiaire) a prévu que les détenus hospitalisés à l'EHPNF, qui ne pouvaient y être traités, devaient être systématiquement dirigés vers l'Hôtel-Dieu et admis à la salle Cusco. La capacité de la salle était alors ramenée à 12 lits, pendant qu'une salle de 10 lits -ultérieurement réduite à cinq- était installée (à titre provisoire, mais toujours en fonction près de 20 ans plus tard...) dans le pavillon Quentin de la Pitié-Salpêtrière, communément appelé "petit Cusco".

La conception de ces unités est essentiellement policière. Une équipe de policiers (3 à Cusco, 2 à Quentin) assure la garde permanente de l'unité. Si les conditions de sécurité apparaissent bonnes à l'Hôtel-Dieu, le dispositif de la Pitié-Salpêtrière présente de grandes carences, notamment vis-à-vis d'une attaque de l'extérieur. Des équipes de deux fonctionnaires viennent assurer la garde rapprochée pour tout mouvement du gardé à vue ou du détenu dans les autres services de l'hôpital. Si la charge du "grand Cusco" est répartie sur l'effectif de la préfecture de police, celle du "petit Cusco" pèse sur le commissariat du 13<sup>ème</sup> arrondissement.

La salle de l'Hôtel-Dieu est placée sous la responsabilité médicale conjointe du chef de service de chirurgie et du chef de service de médecine interne. Le médecin-chef de la préfecture de police assure un rôle de liaison entre les différents intervenants, la surveillante générale, du fait de son ancienneté et son implication, étant la personne référente du service où se trouvent en permanence 2 infirmières, 2 aide-soignantes et un agent hospitalier. La nuit, sont présentes une infirmière et une aide-soignante.

Malgré la désignation de personnalités médicales de l'Hôtel-Dieu pour assurer la responsabilité des soins, il n'y a pas à proprement parler de praticien hospitalier en charge du diagnostic, du traitement et du suivi des patients, même si quelques praticiens peuvent de temps en temps y pénétrer. Seuls des internes viennent, à la demande de la surveillante, assurer ponctuellement l'activité médicale correspondant à la spécialité de leur service de rattachement. Il ne s'agit donc en rien d'une prise en charge médicale globale, mais de prestations limitées. La salle de la Pitié-Salpêtrière est aménagée dans une annexe de l'unité psychiatrique fermée. La responsabilité du service incombe au chef du service de médecine interne. Aucune permanence médicale n'est assurée.

La conception des unités Cusco s'explique par la nature de la population accueillie qui correspond essentiellement à un besoin policier. Les gardés à vue composent en effet le gros de l'effectif, même si par le biais des durées moyennes de séjour, évidemment supérieure pour les détenus, la présence permanente des deux catégories est plus équilibrée.

Les gardés à vue du "grand Cusco", comme dans d'autres unités sécurisées, sont admis principalement en raison de traumatismes dus aux conditions d'arrestation, mais aussi, de façon spécifique, le temps de rejeter les "boulettes" de stupéfiants avalées dans le cadre d'un trafic ayant abouti à leur arrestation à Roissy ou Orly.

Les détenus proviennent de Fresnes (CP et EHPNF) pour environ 60 % d'entre eux, le second établissement d'origine étant Fleury-Mérogis, notamment la maison d'arrêt des femmes. Ils sont adressés à l'Hôtel-Dieu principalement pour chirurgie ophtalmologique ou vasculaire et obstétrique.

Les chiffres fournis par les services de police et par les services médicaux en charge des unités varient. Cela peut provenir en partie des différences d'enregistrement des personnes faisant l'objet de plusieurs admissions successives ainsi que du passage au statut de prévenu à l'issue de la garde à vue dans l'unité.

Au "grand Cusco", si le nombre des gardés à vue a légèrement diminué sur trois ans (évolution conforme à celle du nombre total des GAV), le nombre des détenus entrants dans l'année, soumis à moins de conjonctures, a fortement baissé et la proportion des détenus sur l'ensemble des présents est en baisse constante. La DMS, assez faible, est due à cette forte



proportion de gardés à vue. Le taux d'occupation, important, est en légère baisse.

**Tableau 12**  
**Activité de la salle Cusco de l'Hôtel-Dieu**

	1992	1993	1994
<b>Entrants dont</b>	<b>534</b>	<b>380</b>	<b>482</b>
- GAV	418(78,3%)	300 (79%)	405 (84%)
- Détenus	116(21,7%)	80 (21%)	77 (16%)
Journées d'hospitalisation	2745	2723	2570
DMS	5,14	7,16	5,33
Taux d'occupation	75,2%	74,6%	70,4%

(Sources : salle Cusco (médecin-chef de la préfecture de police))

La salle Quentin de la Pitié-Salpêtrière a, quant à elle, une fonction de "déversoir" du "grand Cusco" pour les gardés à vue. Son activité paraît en forte diminution, ce qui a entraîné une fermeture pendant quinze jours en 1994. Les cinq lits ne sont jamais occupés simultanément, la moyenne dans le service étant de une ou deux personnes hospitalisées. Selon la préfecture de police, en 1994, seraient entrés 57 GAV, 2 prévenus et 17 personnes en exécution de peine.

La DMS calculée par l'hôpital, de 18,5 jours en 1994, a peu de sens sur un si petit nombre. A partir du registre de la police, les passages dans l'unité ont pu être mesurés sur une année, du 18/03/94 au 17/03/95, soit 33 GAV et 25 détenus (dont Fresnes 22, Fleury 2 et Bois d'Arcy 1).

Les mouvements internes dans l'hôpital à partir de l'unité (essentiellement pour les services de radiologie, stomatologie, ORL) ont été de 83 sur le dernier trimestre 1994, alors que, sur la même période, 14 personnes sont entrées dans l'unité (8 GAV et 6 détenus). Ces six entrants (5 en réalité puisque l'un est sorti une journée en permission avant de revenir) ont le plus souvent connu de longues périodes de séjour. La DMS réelle est supérieure à 25 jours sur un trimestre pour ces détenus, les GAV faisant bien entendu diminuer considérablement la DMS générale.

Dans les deux unités, le régime intérieur est aligné sur celui de la garde à vue : les détenus peuvent bien entendu recevoir des visites de leurs familles et de leurs avocats, bénéficier de leur courrier, mais ils ne peuvent pas effectuer de promenade ou louer une télévision, cantiner.

Si l'on ne doit pas se cacher les difficultés à instaurer deux régimes différents dans un espace de vie unique, celles-ci ne paraissent pas insurmontables, même si leur solution passe par une séparation des deux populations, celle des gardés à vue et celle des détenus provenant de détention. Quant à celle des prévenus après garde à vue dans l'unité, elle doit certainement être considérée à part.

Il est inadmissible par exemple, comme la mission a pu le constater dans la salle Quentin, qu'un condamné ait effectué un séjour de près de quatre mois dans une cellule de l'unité sans vision extérieure, dans un sous-sol, la pièce étant éclairée par des blocs translucides, sans télévision, sans toilettes à l'intérieur de sa cellule, son séjour étant entrecoupé de courtes séances quotidiennes de rayons dans le cadre d'un traitement pour une pathologie dont l'issue fatale était hautement probable. En outre, cette unité, rattachée géographiquement à un service psychiatrique fermé, ne comporte, contrairement au "grand Cusco", animé par une équipe ancienne et identifiée, aucune présence médicale ou infirmière permanente. Les fonctions d'alerte incombent aux deux policiers revêtus de blouses blanches, dont la compétence et le dévouement ne sont pas en cause, mais dont le métier est autre. Ceci est d'autant plus choquant que la population des GAV, aux dires des différents médecins, impose une vigilance particulière puisque la plupart du temps ne sont pas connus leurs antécédents. Enfin, le fait qu'il n'y ait pas de présence policière féminine assurée en permanence alors que des femmes se trouvent gardées à vue ou détenues dans l'unité pose également problème, essentiellement au "grand Cusco".

### **Analyse de la mission**

La salle Cusco de l'Hôtel-Dieu doit être réaménagée et réservée aux GAV et prévenus contre lesquels vient d'être délivré mandat de dépôt, le temps nécessaire à leur admission à l'EHPNF. Compte tenu des conditions d'accueil, ne devraient plus y être affectés des détenus provenant d'un établissement pénitentiaire. Un renforcement de la présence médicale doit être prévu ainsi qu'une séparation des malades selon leur régime juridique. La salle Quentin devrait, quant à elle, être purement et simplement fermée.

Ce type d'unité sécurisée en milieu hospitalier, répondant à un besoin policier, se justifie en région parisienne, plus particulièrement au sein de l'ensemble du dispositif de la préfecture de police, géographiquement idéalement situé à l'Hôtel-Dieu. L'ambiguïté commence quand sont mélangées des populations à statuts juridiques différents qui appellent des conceptions architecturales et des régimes de vie différents. La prise en charge médicale, en tout état de cause, n'y est pas assurée de façon satisfaisante.

### 3.2.1.2 Le modèle médico-judiciaire de Lyon-Sud

Ouvert en mars 1985, le service médical d'hospitalisation des personnes incarcérées (SMHPI), implanté au sein de l'hôpital Jules Courmont, affiche une vocation clairement régionale. Sa création est le résultat de l'initiative de médecins sensibilisés aux questions de médecine légale, de la volonté de la police locale de rationaliser la garde des détenus hospitalisés et de moyens d'investissements consacrés par l'administration pénitentiaire.

Situé à l'étage supérieur d'un bâtiment autonome de l'hôpital, le service dispose d'une importante sécurité périmétrique. L'équipe de garde est composée de huit fonctionnaires du commissariat d'Oullins (lequel avait bénéficié des effectifs correspondants dès l'ouverture).

Le service comporte 16 lits répartis sur 15 chambres dont l'une est réservée aux gardés à vue ou étrangers en rétention. Il est dirigé par le docteur Barlet, médecin psychiatre, "âme" du projet, praticien hospitalier temps plein, et est rattaché au professeur Védrinne, chef du service des urgences médico-légales.

L'équipe médicale, parfaitement intégrée à l'hôpital, se compose, outre le chef de service, d'un praticien hospitalier et de deux attachés qui assurent par ailleurs chacun une vacation par semaine aux prisons de Lyon et Villefranche, de sept infirmières formées aux soins post-opératoires, huit aide-soignantes, quatre ASH, d'une psychologue à mi-temps, d'une secrétaire, de vacations de kinésithérapeute.

Tous les détenus affectés au service (pouvant provenir de 22 établissements, soit une population d'environ 4000 personnes) font l'objet d'un écrou aux prisons de Lyon. Le régime de vie ne fait pas l'objet d'un règlement particulier et se rapproche du régime ordinaire de détention, exception faite des promenades. Ainsi les détenus disposent-ils de la télévision, financée par le biais de l'association des prisons de Lyon. Un juge de l'application des peines assure l'ensemble des situations pénales.

L'activité du service est très largement dominée par l'accueil des détenus. En 1994, selon les registres de la police, l'unité a accueilli 384 détenus -307 en 1993- pour 54 gardés à vue et 7 personnes en rétention administrative.

#### **Activité médicale 1994**

Le nombre de journées d'hospitalisation au SMHPI (4855) a représenté 89,4 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation (5428) lesquelles ont correspondu à 334 hospitalisations (2/3 ont pour origine les prisons de Lyon, les autres provenant de 17 autres établissements de la région, principalement le centre de détention de Saint-Quentin-Fallavier -

1 % -, les maisons d'arrêt de Varcès, Riom et Villefranche) qui ont concerné 282 détenus<sup>60</sup>. Le nombre d'hospitalisations à l'EHPNF en provenance de la DRSP est très faible (6 en 1993, 4 en 1994).

Le SMHPI a compté une présence moyenne de 14 détenus par jour. Au cours des deux dernières années, le nombre d'entrées a progressé de 8 % tandis que la DMS a diminué de 6,5 %.

**Tableau 13**

**Evolution du nombre d'entrées  
et de la DMS au SMHPI**

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
<b>Entrées</b>	372	336	289	304	284	374	404
<b>DMS</b>	11,8	14,5	17,8	15,5	17,3	12,8	12

(Sources : SMHPI)

La DMS, peu réduite, contrairement aux autres unités, par le nombre des GAV, est imputable à plusieurs facteurs :

- la prise en charge des patients en fin de vie (cancéreux en phase terminale) ;
- la lourdeurs de certaines pathologies, arrivées à des stades évolutifs ;

- le maintien à l'unité de détenus compte tenu des mauvaises conditions d'hébergement et de suivi infirmier dans les établissements pénitentiaires, plus particulièrement les prisons de Lyon.

Les séjours supérieurs à 30 jours (26 en 1994) ont été nécessité pour plus de la moitié par la traumatologie et la cancérologie, pour un quart par les pathologies cardio-vasculaires et le sida.

<sup>60</sup> Sources : Prisons de Lyon

## Analyse de la mission

Le service répond de façon satisfaisante à un large éventail de pathologies, à l'exception des besoins en rééducation fonctionnelle (cf supra chapitre 1), le responsable médical assurant la coordination de ses confrères.

Le SMHPI apparaît comme un vrai service médical, parfaitement intégré à l'hôpital jouant un rôle central dans la gestion des hospitalisations de détenus pour toute la région pénitentiaire.

Tout en tenant compte du fait que la région lyonnaise est une région pénitentiaire moyenne (4.000 détenus environ, soit moins que la population de Fleury-Mérogis -4.700-), alors qu'elle constitue une grande région en population générale, ce qui explique la densité de l'offre hospitalière, il convient de relever que la région pénitentiaire lyonnaise est la seule véritablement autonome par rapport à l'EHPNF et apte à prendre en charge la plupart des besoins d'hospitalisation des détenus. Le faible nombre des gardés à vue dans l'unité s'explique par les interventions médicales à l'hôtel de police et les affectations dans les services d'urgences ou spécialisés des hôpitaux de Lyon. Se pose toutefois aujourd'hui un problème de liste d'attente pour les opérations programmées, les besoins estimés par le chef du service étant de 24 lits pour la DRSP.

Cette évaluation doit cependant intégrer la place de l'unité de Villefranche, ouverte récemment, dont l'utilité est moins évidente. L'augmentation de la capacité de Lyon-Sud devrait être l'occasion de la définition d'une "clef de répartition" selon des critères médico-pénitentiaires permettant une rationalisation de l'activité des deux unités.

### 3.2.1.3 Le modèle hospitalier type Lille

Avant d'examiner le modèle lillois, pour illustrer un dispositif sans structure régionale réellement attractive, il convient de s'interroger sur la stratégie de "dispersion" à partir d'installation de chambres sécurisées dans les hôpitaux de proximité. Outre la mobilisation lourde et non programmable que cela implique pour la police locale, la sous-occupation chronique de ces chambres dites sécurisées constitue une donnée constante. Le modèle le plus souvent cité comme exemple d'une articulation réussie entre l'hôpital et la prison est celui de Laon, où a été signée la première convention expérimentale en 1992 et qui sert de référence aux responsables budgétaires et de l'équipement comme schéma d'aménagement d'une chambre sécurisée en milieu hospitalier.

La fonction santé du centre pénitentiaire de Laon, établissement du "programme 13.000", a été reprise en régie directe. L'implantation de l'UCSA et les liens avec l'hôpital constituent incontestablement une réussite. Il faut cependant bien distinguer cette fonction

prévention-consultations-soins dispensés dans la prison, de l'hospitalisation qui pourrait justifier l'installation d'une chambre sécurisée. En effet, pour une population moyenne d'environ 340 détenus en 1993 et 1994, seules 2 personnes ont été hospitalisées en 1992 (période de montée en charge des effectifs), 10 en 1993 et 6 en 1994, le nombre de journées d'hospitalisation dans l'année étant respectivement de 3, 17 et 16. Parallèlement, le nombre de détenus envoyés à l'EHPNF était de 10 en 1992 et 12 en 1994. La chambre sécurisée aménagée au sein du service de chirurgie, banalisée, n'est que très peu utilisée, pour des durées le plus souvent inférieures à 24 heures. Il convient donc de ne pas se tromper sur la finalité de l'adaptation d'une telle chambre. Elle ne se justifie, à proximité des grands établissements, dans le service qui sera le plus sollicité, que pour faciliter quelque peu le travail de la police (vitres incassables, sas de surveillance), à condition de pouvoir par ailleurs être utilisée par n'importe quel entrant et en sachant que, de toutes façons, la plupart des hospitalisations devront avoir lieu au sein du service adapté pour cela au niveau régional ou à l'EHPNF.

La mission s'est plus spécialement intéressée à la répartition de l'hospitalisation des détenus sur la région nord. Le schéma régional de la DRSP du Nord-Pas-de-Calais est intéressant en ce qu'il voudrait s'inscrire partiellement dans la logique de la circulaire interministérielle du 21 décembre 1990, tout en laissant place, faute de régulation, à une dispersion des détenus dans les établissements hospitaliers de la région, voire au sein des différents services du CHRU de Lille où est implantée l'unité ayant théoriquement une vocation de regroupement régional.

Le médecin-inspecteur de la DDASS du Nord a réalisé en 1992 une étude sur les circuits d'hospitalisation des établissements pénitentiaires de la région ainsi qu'une analyse des dossiers médicaux de tous les détenus hospitalisés dans les unités sécurisées du 1/01/90 au 30/09/91.<sup>61</sup>

Le Nord-Pas-de-Calais dispose de 23 chambres sécurisées réparties dans six hôpitaux, à sous-occupation chronique, pour une population pénale d'environ 4500 détenus. La DR a la charge d'environ 8.500 détenus, mais, par exemple, les établissements d'Evreux, Val-de-Reuil et Rouen ne se situent pas dans le tropisme Lillois. Les GAV ont représenté un peu moins du tiers des entrées dans ces unités. Près des trois quarts des hospitalisations ont été effectuées dans l'hôpital de proximité et presque un quart à l'EHPNF.

<sup>61</sup> *Rapport de Mme le docteur Dumont septembre 1992.*

**Tableau 14**  
**Répartition des hospitalisations**  
**sous surveillance policière**

Hospitalisations du 1/01/90 au 1/09/91	Détenus	G.A.V
CHR Lille 5 lits (US*)	65	23
CH Dunkerque 6 lits (US*)	28	21
CH Douai 2 lits (US*)	17	1
CH Valenciennes 6 lits (US*)	36	18
CH Arras 2 lits (ch**)	22	-
CH Béthune 2 lits (ch**)	32	-
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>63</b>

(Source : rapport du MID)

US\* : unité sécurisée

ch\*\* : chambres dans un service particulier

La situation n'a guère évolué en 1994 (annexe 3-2), l'unité sécurisée du CHRU de Lille ayant accueilli 80 personnes dont 7 GAV et 2 étrangers en rétention, soit 463 journées d'hospitalisation avec une DMS de 5,8 jours. Avec un taux d'occupation d'environ 25 %, elle est généralement occupée par une ou deux personnes.

L'unité fonctionne comme un appendice du service de dermatologie, situé juste au-dessus. Il n'y a pas de présence permanente médicale ou infirmière, les policiers appelant si nécessaire. Elle n'a pas de référent médical. Un interne du service de dermatologie assure l'accueil à la demande.

Cette unité ne joue pas de rôle régional ; 25 % des hospitalisations de 1994, soit 174, -29 % en 1992- ont eu lieu directement à Fresnes contre 526 dans les hôpitaux civils. Sur 71 détenus, admis dans l'unité sécurisée, 62 provenaient de la maison d'arrêt de Loos-les-Lille.

Le médecin-inspecteur départemental proposait en septembre 1992 de maintenir le nombre de lits à cinq, en constituant une petite équipe soignante spécifique autour d'un professeur de médecine légale, secondé par un chef de clinique et un interne, un temps partiel de surveillance de soins et un temps plein de secrétaire médicale, les autres unités de la région étant fermées.

A partir des réponses au questionnaire faites par les chefs des établissements situés dans les seuls départements de Nord-Pas de-Calais, on s'aperçoit que les constatations du MID en 1992 n'ont pas évolué : les lits des unités sécurisées continuent à être en sous-occupation chronique et l'unité du CHRU de Lille continue à fonctionner dans des conditions médicales non satisfaisantes, faute de personnel attaché spécifiquement au service. Seuls deux détenus de la MA de Douai auraient été adressés au CHRU de Lille sur le fondement d'une vocation régionale. On peut également remarquer que les DMS relatives aux hospitalisations dans les hôpitaux de proximité sont extrêmement variables, partout inférieures à 3 jours, sauf à Dunkerque et à la MA de Loos-Les-Lille. Pour des durées de séjour plus longues, les détenus sont envoyés à l'EHPNF. Par exemple à Arras, sur les 6 détenus hospitalisés dans l'hôpital de proximité en 1994, 4 ont été ultérieurement adressés à l'EHPNF (annexe 3-2). On peut s'étonner, enfin, des écarts importants entre le nombre de consultations externes, rapporté à la population de chaque établissement. Une étude spécifique reste à effectuer au niveau national pour comprendre ces écarts.

### **Analyse de la mission**

La région de Lille apparaît comme l'archétype des non-choix résultant d'orientations successives. L'unité sécurisée du CHRU de Lille n'est un pôle d'attraction, ni au niveau régional, ni au sein de l'hôpital, et la région est fortement utilisatrice de l'EHPNF. Dans son fonctionnement, elle s'apparente au modèle-type policier "petit Cusco" auquel il convient de mettre fin. Les réorganisations en cours au sein du CHRU devraient intégrer une orientation précise, par exemple en créant une unité selon le modèle lyonnais (une quinzaine de lits, avec en corollaire la fermeture des petites unités de la région) qui jouerait un rôle central d'accueil et d'orientation au niveau régional, en relation avec les UCSA et les divers services de l'hôpital les plus sollicités. Cela devrait entraîner une forte diminution tout à la fois des hospitalisations dans les hôpitaux de proximité et des envois à l'EHPNF.

#### *3.2.2 Les cas particuliers que constituent l'EHPNF et la "prison-hôpital" des Baumettes*

##### *3.2.2.1 Le modèle hospitalo-pénitentiaire de l'EHPNF (annexe 3-3)*

Depuis le décret du 27 décembre 1985, l'hôpital central des prisons de Fresnes est devenu "l'établissement public national d'hospitalisation de Fresnes". Le décret du 2 mars 1995 a réglé transitoirement les questions d'adaptation à la réforme de janvier 1994.



Tous les éléments relatifs à l'histoire et au fonctionnement médical de l'EPHNF ont été analysés dans le rapport réalisé par l'IGAS en novembre 1989<sup>62</sup>. Du statut particulier, à la fois pénitentiaire et hospitalier, de l'établissement public, résultaient des conséquences négatives mises en évidence par la mission :

- la direction pénitentiaire sans cadre hospitalier ;
- la priorité donnée à la sécurité, rendant parfois difficile l'exercice des missions sanitaires, en particulier la nuit ;
- le manque de souplesse et d'autonomie tenant à son rattachement au CP de Fresnes pour tout ce qui concerne le greffe et les transfèrements ;
- le caractère non conforme de certains équipements ;
- l'absence de service d'urgence et de réanimation, une unité de soins intensifs mal équipée ;
- une équipe médicale incomplète avec des temps partiels ;
- l'absence de secrétariat médical, cette fonction étant assurée par des personnels de surveillance ;
- un secret médical mal respecté.

A partir de ce constat, la mission a pu mesurer, six ans après, certaines évolutions, dont nombre de points positifs, touchant à la qualité et la motivation des personnels médicaux, au bon niveau de certains services, même si parfois ils sont sous-utilisés, au rôle de l'EPHNF en tant que pôle de référence sur certaines pathologies ou comme interlocuteur de services spécialisés de l'AP-HP :

- la qualité des personnels médicaux. La présence d'assistants de médecine générale à temps plein sur contrat de quatre ans constitue un progrès évident, mais le poids relatif des praticiens hospitaliers à temps partiel reste trop élevé. La direction déplore par ailleurs que persistent quelques cas d'absentéisme chronique. Il semble exister une bonne intégration des logiques sanitaires et pénitentiaires. Ce personnel apparaît généralement compétent, mais avec de fortes différences d'activité ;

- la bonne intégration du personnel pénitentiaire à la structure particulière que constitue l'EHPNF. L'établissement est plutôt demandé à la sortie de l'ENAP, le travail apparaît comme plus gratifiant que dans un établissement ordinaire. Le taux de rotation des agents sur les trois dernières années (7 %) est légèrement inférieur à celui des grands établissements parisiens qui avoisine 10 %. Il est à noter que le statut financier des personnels de surveillance est supérieur à celui des personnels hospitaliers de même niveau.

<sup>62</sup> *Rapport sur le fonctionnement médical de l'établissement public national de Fresnes : Dr. Th. Roquel et Dr. J. Guirriec, novembre 1989.*

En revanche, ont été relevés plusieurs problèmes importants qui empêchent l'EPHNF d'assurer une prestation comparable à celle offerte par un établissement de même niveau:

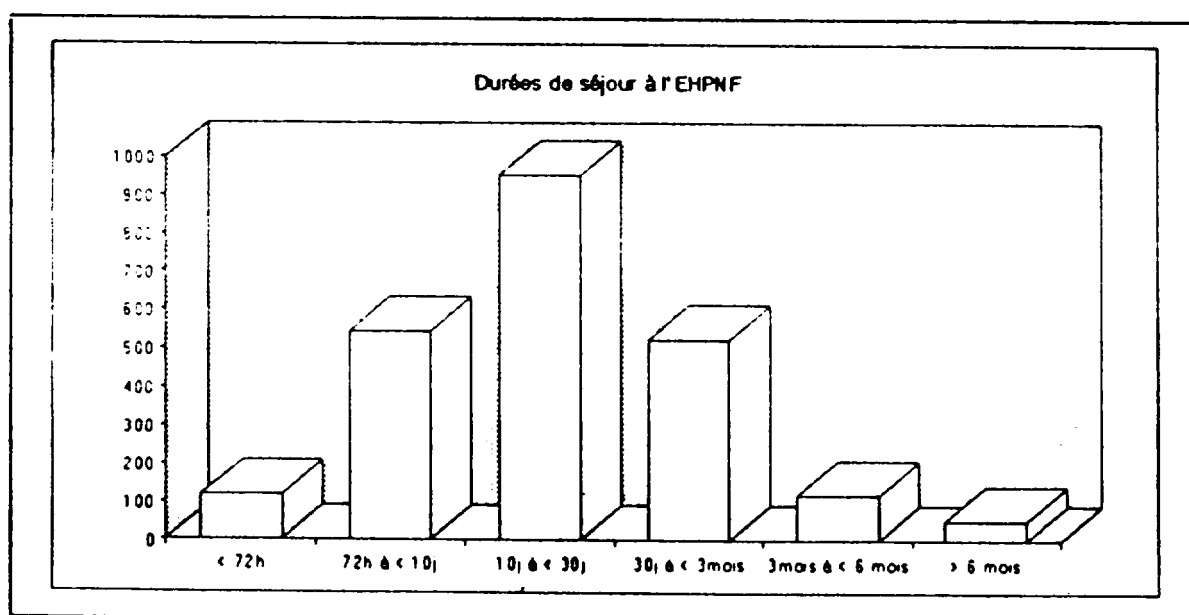
- la vétusté de nombreuses parties de l'établissement. Ainsi, le service d'accueil reçoit-il des personnes, par définition fragilisées, dans des conditions inacceptables (salle d'attente sans aucun confort, exigüité de la pièce où les médecins effectuent leurs consultations), la cuisine est entièrement à refaire ;

- la présence de détenus classés (dont le nombre varie entre 80 à 90) qui effectuent des tâches d'agent technique. Certains sont hébergés la nuit dans les services et leurs interventions dépassent parfois le nettoyage et l'entretien ;

- l'absence de greffe autonome et de moyens d'escorte, font que l'EHPNF dépend du CP de Fresnes pour les mouvements de détenus.

La capacité réelle de l'établissement est de 206 lits (265 théoriques) pour un total de 3272 entrées en 1993 -incluant les passages entre services- et une durée moyenne d'hospitalisation de 17,1 jours pour 1993, en légère diminution (18,1 en 1992). 8334 consultations ont été assurées en 1993, dont un peu plus d'un tiers (2923) pour les hospitalisés de l'établissement (annexe 3-3).

Sont présents 29,3 ETP médicaux et 187,5 ETP non médicaux, ce qui est proportionnellement moins que dans un établissement équivalent, mais s'explique par la présence permanente des 76 détenus classés. 181 personnes en moyenne assurent l'encadrement pénitentiaire, dont 159 personnels de surveillance. Le budget de l'établissement est de 80 MF en 1995.



L'EHPNF a assuré, en 1993 comme en 1994, 38 % du total des hospitalisations au niveau national (pour le détail de ces éléments chiffrés : annexe 3-3). 79 % des détenus qui y sont hospitalisés viennent des établissements de la région parisienne, dont environ un tiers du CP de Fresnes, mais l'on sait que celui-ci joue un rôle de sas avant ou après l'hospitalisation, ne serait-ce que pour les questions liées au greffe ou aux services de transfèrement communs.

La durée de séjour à l'EHPNF -sans tenir compte des entrées et sorties dans chaque service comme retenu plus loin quand il s'agit d'analyser la DMS selon les mêmes critères que ceux d'un hôpital-, a été de 24,8 jours en 1994 ; elle est presque du double pour les détenus originaires des DRSP autres que la région parisienne (44 jours). La part des courtes hospitalisations est très faible, car **5 % des séjours sont inférieurs à 72 heures**. En revanche, **41 % des séjours ont une durée située entre 10 et 30 jours**. 23,6 % des séjours durent entre 72 heures et 10 jours, 22,7 % entre 30 jours et trois mois, 5 % entre trois et six mois.

La comparaison avec les ratios utilisés par le SESI en matière d'activité et de dotation en personnel permet de relever que le taux d'occupation moyen des lits (77 % en 1993, 81 % en 1992) est proche du ratio d'un centre hospitalier de même catégorie ; il varie cependant beaucoup selon les services, avec en particulier une saturation en médecine interne, notamment les lits-sida ainsi qu'en rééducation fonctionnelle et à l'opposé une sous-occupation des lits de chirurgie orthopédique et de ceux réservés aux femmes. La DMS est, en revanche, beaucoup plus longue que celle d'un hôpital comparable (17 à 18 jours, contre 12,3). Le personnel médical apparaît globalement en sous-activité (au minimum, quatre fois moins d'entrées par intervenant médical, un nombre de médecin par lits occupés nettement supérieur 1,42 contre 0,85). L'activité du personnel soignant est en revanche comparable aux normes de la même catégorie (annexe 3-3).

### 3.2.2.2 La prison-hôpital des Baumettes et l'unité des consignés de l'hôpital Saint-Marguerite

La prison-hôpital des Baumettes, qui depuis plus de dix ans n'assure plus d'activité chirurgicale, occupe une place très particulière dans la région PACA, et s'apparente aujourd'hui plutôt à une grande infirmerie, au service des grandes Baumettes en premier lieu. Le dispositif "sanitaire" est accru d'autant, puisqu'il existe par ailleurs une unité sécurisée à l'assistance publique de Marseille et une autre unité à Nice. L'articulation des différentes fonctions de ces structures peut présenter des risques de doublons.

A la PHB, d'après le rapport d'activité de 1994 du Dr Galinier-Pujol, 86 % des entrants viennent du CP des Baumettes, soit 438 sur 511 entrants (annexe 3-4). De plus les consultations spécialisées assurées à la PHB au profit des détenus écroués aux grandes ou aux

petites Baumettes ont doublé entre 1992 et 1994, en passant de 672 à 1271. La mise en place de vacations de chirurgie (orthopédique et générale) et d'ORL en est la principale raison. Parallèlement, les consultations à l'extérieur se sont stabilisées : 604 en 1994.

Selon une étude faite par le médecin inspecteur de la santé départemental sur les 197 entrants à la PHB entre le 1/09/93 et le 28/02/94, la file active a été de 153 patients ; un patient sur cinq a fait plus d'un séjour à la PHB.

4/5<sup>ème</sup> des actes sont à visée thérapeutique. 1/3 des diagnostics médicaux sont liés au VIH. Les suivis pré et post-opératoires se font à l'unité Saint-Marguerite. Un détenu sur deux vient directement du centre pénitentiaire. Un sur trois vient de l'unité Sainte Marguerite ou d'un autre service de l'APM. Un détenu sur cinq provenait d'un autre établissement pénitentiaire, essentiellement des Bouches-du-Rhône.

La fonction de la PHB est aussi une fonction de surveillance, pour partie en amont et en aval de l'unité Sainte-Marguerite. Ainsi, en 1994, sur 511 entrées à la PHB, 76 viennent après un séjour hospitalier et 92 ont donné lieu à hospitalisation depuis la PHB. On compte 73 entrées de détenus en provenance d'autres établissements pénitentiaires que celui des Baumettes ; parmi celles-ci, 16 sont venues en post-opératoire et 21 ont donné lieu à hospitalisation depuis la PHB. La durée moyenne de séjour à la PHB en 1994 a été de 26,4 jours ; les entrées en provenance d'établissements autres que les Baumettes sont à l'origine de DMS plus longues : 35,4 jours contre 25 jours pour les entrants des Baumettes.

D'après l'étude du médecin inspecteur, sur les 54 présents un jour donné à la PHB, il relevaient d'une détention aménagée avec surveillance médicale (8 diabétiques, 1 insuffisant rénal, 2 paraplégiques). Sur les 43 patients "adéquats", 2/3 relevaient de médecine et 1/3 étaient en phase post-opératoire ; les patients VIH en représentaient respectivement le quart et 40 %. Le médecin inspecteur relevait aussi la flambée des cas de tuberculose et le développement des hépatites B et C liées avec la toxicomanie.

L'unité Sainte Marguerite de l'assistance publique de Marseille (APM) a accueilli quant à elle sur la même période 69 détenus et 24 gardés à vue. Parmi les 35 détenus relevant de médecine, 15 présentaient un sida, 2 une affection néoplastique et 1 une tuberculose.

Récapitulatif en terme d'hospitalisations sur les 6 mois étudiés par le MID<sup>63</sup>:

- PHB : 197
- unité Ste Marguerite ou unité sécurisée de l'APM: 79 détenus et 24 GAV
- autres services de l'APM: 51

Tableau 14

Évolution du nombre des personnes accueillies dans "l'unité des consignés" selon leur catégorie juridique

	1992	1993	1994
Entrants dont :	222	250	275
condamnés	97	122	128
prévenus	100	104	115
gardés à vue	25	24	32
Tx d'occupation*	67,3%	65%	60,7%
D.M.S.*	10,5	9,1	7,7

(Sources : poste de police de l'unité et hôpital Ste Marguerite)

On observe que :

- les gardés à vue ont représenté 11,3 % en 1992, 9,6 % en 1993 et 11,6 % en 1994, soit une moyenne de 10 à 11 % ;
- malgré une augmentation du nombre d'entrants, le taux d'occupation diminue progressivement chaque année, et ce depuis 1990, en raison d'une diminution continue de la durée moyenne de séjour.

Après analyse du tableau comparatif de l'activité médicale en 1994 de la PHB, de l'unité sécurisée et des autres services de l'assistance publique de Marseille, présenté en annexe 3-4, **la mission s'interroge sur la complémentarité des fonctions des deux sites.** La PHB accueille 20,6 % de malades infectieux, dont 17,4 % de sida, quand l'unité sécurisée en accueille respectivement 23,6 % dont 13 % de sida. De même, l'activité post-opératoire chirurgicale de la PHB est très importante (34,5 %), et fait diminuer fortement la proportion de l'activité chirurgicale de l'unité de l'APM (34 % de l'activité alors qu'elle se rapproche de 50 % dans les autres structures hospitalières). Il apparaît plutôt que le développement de la PHB rapproche son fonctionnement de celui d'une structure hospitalière avec les risques correspondants, sans en avoir les moyens, aux dépens d'une activité plus forte de l'unité sécurisée de l'APM, qui après des aménagements organisationnels (responsabilité médicale) et architecturaux (sécurité), pourrait mieux répondre à sa mission. **La mise en place des UCSA aux grandes Baumettes est l'occasion de repenser**

<sup>63</sup> "Etude des besoins en milieu hospitaliers à la prison hôpital des Baumettes", avril 1994, Mme le docteur Prodhon MID des Bouches-du-Rhône.

## **l'organisation actuelle.**

### *3.2.3 Les établissements pénitentiaires "à vocation sanitaire " et les lits infirmiers en milieu carcéral*

Les moyens d'hospitalisation des détenus en milieu carcéral ne sont pas tous concentrés à l'EHPNF. Ont été créés en milieu carcéral, au fil de l'histoire, des établissements dits "sanitaires" qui ont accueilli ou accueillent encore des détenus handicapés ou atteints d'affection chronique. Existente aussi parfois en milieu carcéral des lits d'infirmier permettant un suivi médical.

#### **- les établissements pénitentiaires dits "sanitaires"**

Le code de procédure pénale (D.381) fait expressément référence aux "établissements sanitaires spécialisés" permettant des soins appropriés aux détenus. Certains établissements classés "centres sanitaires" ont eu traditionnellement vocation à accueillir ou accueillent encore des détenus à pathologies particulières. Ainsi, Château-Thierry et Metz-Barrès, dans des conditions critiquées par plusieurs rapports de l'IGAS et de l'IGSJ, reçoivent des détenus à problèmes psychiatriques qui ne relèvent pas de l'article D.398 du CPP.

Eysses, Pau, Blois ont eu, pendant des années, vocation à recevoir certains malades. Aujourd'hui, seuls Poissy et Liancourt demeurent classés comme centres sanitaires.

Le "centre de détention sanitaire" de Liancourt a une vocation médico-sociale et accueille traditionnellement nombre de détenus âgés sans encadrement en personnels ou aménagements de locaux particuliers.

La maison centrale de Poissy intègre, quant à elle, outre deux lits à l'infirmier, une unité sanitaire de 13 lits, communément appelée "quartier des chroniques". Y sont accueillis en permanence quinze condamnés à de longues peines dont l'état de santé est estimé incompatible avec la détention normale. Le rapport d'activité de l'établissement relevait des pathologies lourdes et variées, par exemple 3 diabétiques insulino-dépendants, 6 ayant des problèmes cardiaques, outre d'autres troubles, un insuffisant respiratoire disposant d'un extracteur d'oxygène et d'un respirateur, deux cancéreux, deux handicapés lourds. Parmi ceux-ci, deux sont très âgés (un détenu de plus de 80 ans), trois présentent des troubles psychiatriques<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> *Si elles étaient libres, ces personnes ne seraient pas hospitalisées continuellement, mais bénéficieraient de soins ambulatoires et d'une surveillance régulière.*

Au 1<sup>er</sup> mai 1995, outre 13 détenus suivis dans l'unité sanitaire, 12 autres, affectés en détention normale, faisaient l'objet d'un suivi médical "lourd", dont 9 pour des problèmes cardio-vasculaires (parmi lesquels un aveugle), auxquels s'ajoutaient un cancéreux, un diabétique et un détenu atteint de la maladie de Behcet. Trois étaient condamnés à perpétuité, 17 à des peines de 10 à 20 ans, 5 à des peines de 5 à 10 ans.

Aucune permanence médicale ou infirmière n'est assurée dans l'établissement. Deux médecins interviennent chacun une demi-journée et deux infirmières interviennent en semaine pour tout l'établissement. Un surveillant possédant une formation d'aide-soignant, très motivé et disponible, est en réalité la personne référente de l'unité. Les cellules de l'unité comportent des sonnettes d'appel et le centre 15 est fréquemment sollicité par le personnel. Les diabétiques gardent leurs doses d'insuline dans un réfrigérateur placé en cellule, mais pas leur seringue que les personnels de surveillance leur apportent chaque fois que cela est nécessaire.

Les rapports avec les hôpitaux proches sont nécessairement fréquents. Ainsi, en 1994, outre 70 consultations médicales extérieures, 7 détenus de la centrale de Poissy ont été hospitalisés en hôpital civil (pour 254 journées, soit une DMS de 36,2 jours) et 30 ont été dirigés vers l'EHPNF (pour 655 journées d'hospitalisation, soit une DMS de 21,8 jours).

De par sa proximité avec l'EHPNF et les grands hôpitaux parisiens, l'établissement reçoit de plus en plus de détenus à pathologie VIH ou (et) troubles psychiatriques, dans les conditions de détention ordinaires d'une maison centrale. Sont adressés à Poissy des malades condamnés à de longues peines (annexe 3-5), en relais de l'EHPNF et de grands hôpitaux parisiens. La centrale joue en quelque sorte le rôle d'une infirmerie nationale pour les détenus des maisons centrales, en complément des interventions de l'EHPNF, mais dans des conditions de surveillance médicale et infirmière insuffisantes.

### **- les "lits infirmiers" en milieu carcéral**

Quelques établissements, comme la maison d'arrêt de la Santé, disposent de "lits infirmiers". Il s'agit de quelques cellules regroupées près de l'infirmerie, dans un environnement plus "protégé" que celui de la détention ordinaire. A Fleury-Mérogis, il s'agit d'un quartier d'isolement, essentiellement pour les détenus faisant l'objet d'une suspicion de tuberculose. Toutefois, à ce jour, en attendant la mise en place des UCSA, aucune permanence infirmière n'est assurée, notamment la nuit et le week-end. De plus, seule "l'unité sanitaire" de Poissy (cf supra) dispose de sonneries d'appel dans les cellules. La réforme va sans doute modifier cet état de fait et permettre, dans les grands établissements, de maintenir ou ramener en détention des détenus qui nécessitent un suivi et dont certains sont actuellement "hébergés" dans des unités sécurisées, du seul fait de la non-permanence infirmière en détention.

Un repérage, au niveau régional, de ces nouvelles capacités, doit être effectué, pour évaluer les différentes possibilités d'hébergement disponibles en milieu carcéral, avant et après le séjour hospitalier, voire en substitution du temps passé sous surveillance en unité sécurisée. Selon les réponses au questionnaire adressé par la mission aux établissements (sur 169 de métropole dont les réponses sont parvenues), ceux-ci ont dit disposer de 166 cellules (249 lits) habituellement réservées à des détenus nécessitant une surveillance particulière. Ce total intègre les 35 cellules (70 lits) de la clinique des Baumettes (sur leur répartition géographique, cf tableau en annexe 3-5).

### 3.3 La rupture induite par une nouvelle logique

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires de 1994 présentent assurément une rupture par rapport aux schémas antérieurs, et notamment par rapport à celui institué par la circulaire du 10 décembre 1990.

Alors que la circulaire de 1990 est hospitalo-centriste et a été conçue à partir des structures hospitalières, les dispositions de 1994 développent les réseaux de soins, dans une démarche locale et conventionnelle. La priorité est d'accroître les soins dans la prison, par une plus grande disponibilité médicale et infirmière et par l'utilisation d'équipements de consultation et de diagnostic minimaux. Les équipes hospitalières sont appelées à exercer en milieu carcéral, donc en dehors de l'hôpital, une médecine générale, qui regarde le détenu malade dans sa globalité, et une médecine de spécialité. Cette mission nouvelle rappelle aux médecins hospitaliers la priorité du malade sur la maladie. Le pari sur l'avenir porte autant sur l'ouverture du milieu carcéral que sur l'adaptation des structures et des hommes, dans l'hôpital.

De plus, l'objectif de continuité des soins évoqué dans le rapport "Santé en milieu carcéral" par le Haut Comité de la Santé Publique, a été rappelé lors de l'exposé des motifs de la loi du 18 janvier 1994. Ce principe de continuité des soins est inscrit dans la loi du 31 juillet 1991 :

Article L.711-4, 3ème alinéa : *"Ils [les établissements de santé] dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement."*

La continuité des soins s'appréciera dans la qualité de la surveillance mise en place, la qualité du dossier médical et la qualité des relations établies entre partenaires médicaux, les uns exerçant en prison, les autres dans l'hôpital ou en ville à la sortie du détenu. L'UCSA, comme tout service hospitalier (article L.711-1 du CSP), participe aux actions de prévention comme l'a rappelé la loi du 18 janvier 1994 (article L.711-3, dernier alinéa du CSP).



Il est trop tôt pour évaluer précisément l'impact de cette nouvelle organisation dans la prison, notamment sur le recours à l'hôpital.

Y aura-t-il davantage de consultations ? Globalement, assurément, dès lors que la demande du détenu pourra s'exprimer auprès d'une offre de service médical organisée dans la prison. Mais les consultations augmenteront sans doute aussi dans l'hôpital, qui dispose de plateaux techniques plus coûteux et plus performants, pour le diagnostic et le soin. Une petite partie de ce plateau technique pourra avec le temps, sortir de l'hôpital et être implanté dans la prison. Le détenu devra accéder ainsi aux mêmes équipements que tout patient qui s'adresse à un cabinet libéral. Mais les pathologies diverses dont souffrent les détenus se révéleront et nécessiteront, pour certaines d'entre elles, d'aller à l'hôpital pour le diagnostic et les soins. De plus, à court et moyen terme, alors que le nouveau dispositif monte en charge, les UCSA ne disposeront que progressivement de l'installation matérielle et des moyens diagnostiques prévus. Les consultants hospitaliers recourront donc à leur outil de travail habituel, l'hôpital.

Il est donc délicat de proposer une évaluation. Les chiffres peuvent varier d'une année sur l'autre, si un poste médical est durablement vacant dans la prison, ou si un équipement est longtemps inutilisable. On peut toutefois signaler, à titre indicatif, que les établissements pénitentiaires ayant répondu à l'enquête lancée par la mission, estiment à plus de 30.000 les consultations externes effectuées en 1994, soit une augmentation de plus de 36 % par rapport à 1993. Ce chiffre n'incluerait pas les visites médicales effectuées sur tout arrivant, comptabilisées séparément, ainsi que les consultations internes. Le service des transfèrements de l'administration pénitentiaire évalue à 31.548 les détenus escortés pour consultation médicale en 1994 (annexe 3-6).

Y aura-t-il plus ou moins d'hospitalisations ? Certes, la meilleure prise en charge du détenu dès son entrée dans la prison devrait éviter des hospitalisations inutiles, par suite d'un défaut de surveillance médicalisée ou de permanence médicale. Peut-être le poids des hospitalisations en urgence baissera-t-il au profit d'hospitalisations programmées. Les bilans préparatoires pourraient se développer. Mais les besoins sont tels qu'ils sont susceptibles de s'exprimer auprès de personnels médicaux mieux armés en disponibilité et en moyens de diagnostic. L'expérience des prisons du programme 13.000 ne permet pas de répondre à ces questions, dès lors que le dispositif de financement (tout recours aux soins sans hospitalisation à la charge du partenaire privé, toute hospitalisation à la charge du ministère de la justice) a introduit un biais.

Les hospitalisations seront-elles de durée réduite ? Le rôle des UCSA sera aussi fonction de leur articulation par rapport à l'hôpital : préparer les hospitalisations et accueillir les retours d'hospitalisation. La mise à disposition de cellules d'infirmier, c'est-à-dire avec des conditions d'accessibilité, des moyens d'appel et une surveillance infirmière, peut

modifier le partage des fonctions entre l'UCSA et l'hôpital. Les surfaces correspondantes qu'il conviendrait de dégager apparaissent cependant très limitées.

Enfin, d'autres paramètres peuvent influencer de manière contradictoire sur les flux d'hospitalisation. Par exemple, faut-il, comme aux Etats-Unis, anticiper une progression forte et continue de la population incarcérée, avec une augmentation du nombre de longues peines ? Les pathologies d'un plus grand nombre de condamnés devraient en tout état de cause être prises en considération dans le cadre de protocoles de traitement s'inscrivant dans la durée.

Malgré les difficultés d'anticipation des besoins d'hospitalisation de la population carcérale, la mission estime que le dispositif à mettre en place doit être en mesure de répondre à une **inéluçtable augmentation des besoins**, compte tenu, d'une part, du faible niveau actuel de recours aux soins de cette population en mauvaise santé, et d'autre part, du nouveau rôle que vont être amenées à jouer les UCSA.

Les propositions qui suivent, relatives au dispositif de recours à l'hôpital, s'efforcent de tenir compte des incertitudes qui pèsent sur son environnement. Le dispositif doit pouvoir s'adapter aux évolutions en cours. L'économie générale des soins, des escortes et des gardes des détenus conduit à **poser des principes et des règles de fonctionnement, en termes de fonction et de régulation. L'adaptation des capacités ne pourra être que progressive.** Les investissements pour l'aménagement d'unités, la composition et l'affectation des équipes devront être arrêtées dans un souci de rationalité à partir de la connaissance des besoins locaux.

#### **4<sup>ème</sup> PARTIE : LE SCHEMA NATIONAL D'HOSPITALISATION DES DETENUS DOIT SE CONCEVOIR AUTOUR D'UNITES SECURISEE REGIONALES**

L'esprit de la réforme introduite par la loi du 18 janvier 1994 est **d'assurer aux personnes incarcérées un niveau de soins équivalent à ceux dispensés à la population générale**. Ce principe doit cependant tenir compte de réalités tenant aux missions de l'administration pénitentiaire, s'intégrer dans les impératifs de la restructuration hospitalière et optimiser les moyens de garde dispensés par la police.

##### **- Les spécificités pénitentiaires doivent être pleinement prises en compte.**

Ainsi, l'intervention des médecins en milieu pénitentiaire dans le cadre des UCSA, si elle va améliorer notablement la qualité des soins, continuera à s'effectuer dans un environnement sécurisé, avec par exemple des contraintes de temps provenant des nécessaires contrôles, des ouvertures de portes, de la disponibilité du personnel de surveillance.... En milieu hospitalier, ces contraintes ne vont pas disparaître et vont même se cumuler avec celles de l'établissement de santé. Il faut donc que tout le personnel de l'hôpital susceptible d'accueillir des détenus soit conscient de ces contraintes sécuritaires, ce qui se fera mieux au niveau régional. dans des unités spécialisées.

Dans ce schéma national fondé sur la déconcentration au niveau régional du plus grand nombre d'hospitalisations de détenus, une place particulière doit être réservée à la région parisienne et ce, pour deux raisons :

- elle accueille à elle seule un tiers des détenus, joue une fonction de transit importante, bénéficie de moyens de communications considérables ;
- l'EPHNF assure un tiers des hospitalisations de détenus, ainsi qu'un rôle d'interface entre les établissements pénitentiaires et la diversité des structures hospitalières de l'AP-HP organisées par pôles de spécialités.

Aussi, le rôle de l'EHPNF fera-t-il l'objet d'une étude spécifique dans la cinquième partie du rapport.

Par ailleurs, la mission rappelle que le schéma national n'intègre que l'hospitalisation des détenus de métropole.

**- le dispositif d'hospitalisation des détenus ne doit pas -au travers de la signature de conventions avec certains établissements hospitaliers de proximité- aller contre la logique de restructuration hospitalière.** Tout concourt à regrouper dans de grands hôpitaux

à vocation régionale les hospitalisations de détenus pour tenir compte de plusieurs effets de seuil :

- la nécessité de créer un véritable service compétent, formé à l'accueil des détenus et à quelques pathologies spécifiques (corps étrangers digestifs, grèves de la faim...) et habitué à exercer son activité dans un cadre de surveillance policière ;
- le niveau du plateau technique et la diversité des services spécialisés sur un même site hospitalier ;
- la régulation de l'offre de soins sur une population significative de détenus et en conséquence la rationalisation des interventions.

**- L'optimisation de l'utilisation des moyens de la police constitue un autre impératif.** Les besoins d'hospitalisation ne peuvent que croître ; les polices urbaines des agglomérations petites ou moyennes peuvent difficilement supporter une augmentation de leurs sujétions si ne se met pas en place une régulation permettant de programmer des moyens à mobiliser. Il n'est guère admissible qu'un petit commissariat soit contraint de supprimer des brigades de surveillance de nuit pour assurer une garde hospitalière, alors qu'une unité sécurisée régionale aurait pu sans difficulté accueillir ce même détenu. Les ministères de l'intérieur et de la défense doivent donc être associés aux modalités d'implantation des unités sécurisées régionales, plus économes en personnel que les hospitalisations dispersées. Une telle organisation devrait entraîner un redéploiement interne de moyens au profit de la sûreté urbaine qui assumera la charge permanente de la garde de l'unité spécialisée et des mouvements à l'intérieur de l'hôpital. Toutefois, l'affectation d'un personnel permanent dans une unité constitue un problème plus facile à gérer pour un DDSP qui dispose, comme à Lyon ou Marseille, d'un "réservoir" d'environ 2000 agents en tenue. Un autre avantage de ce regroupement est l'acquisition d'un savoir-faire par les policiers affectés à cette unité et l'habitude de travailler avec le personnel hospitalier, ce qui permet d'éviter les incompréhensions, voire les frictions, parfois constatées.

Un tel schéma régional, fondé sur une logique de regroupement des moyens à un niveau suffisant, éviterait l'écueil de la dispersion des petites unités prévues par la circulaire de décembre 1990 dont l'implantation, soit n'a pas été effectuée, faute de moyens financiers dégagés, soit a conduit à une sous-occupation chronique, faute d'organisation adaptée et de personnel médical et infirmier affecté. **Ce choix implique cependant une très forte coordination interministérielle sur l'organisation des transferts.**

**L'organisation régionale est la seule qui concilie les impératifs d'une bonne gestion pénitentiaire, hospitalière et policière de l'hospitalisation des détenus, une fois résolus les problèmes touchant à l'urgence vitale. Ces trois logiques doivent être en**

**permanence intégrées pour que la réponse à l'inéluctable augmentation des besoins d'hospitalisation soit maîtrisée.**

#### **4.1 Les critères et l'organisation du recours à l'hôpital**

##### *4.1.1 Le dispositif de référence*

Ainsi qu'il a été développé dans la troisième partie, le mode de fonctionnement de la région lyonnaise est apparu à la mission le plus satisfaisant parmi les dispositifs existants, tout en étant reproductible, dans une démarche progressive et pragmatique.

Les caractéristiques externes de ce fonctionnement sont les suivantes :

- une auto-régulation de la région, qui n'a besoin de recourir ni à l'EHPNF (6 cas seulement en 1994), ni à la PHB ;
- une proportion importante des hospitalisations de détenus assurée par l'unité sécurisée, au sein des HCL (350 sur 386 soit 90 %) et pour la région (350 sur 601, soit 58 %). Si l'on tient compte des 127 détenus hospitalisés dans l'unité de Villefranche, **79 % des détenus de la région sont hospitalisés dans une unité sécurisée** au sens large. Le CHR de Grenoble n'a accueilli en 1994 que 19 détenus de la maison d'arrêt de Varcès, pour une durée très courte. Le partage des responsabilités entre structures sanitaires est effectif ;
- un taux d'hospitalisation de la population pénale supérieur à la moyenne en 1994 : 15,8 % pour une moyenne nationale de 11,9 %, alors même que, par exemple, les pathologies liées à la toxicomanie sont beaucoup moins représentées qu'en régions parisienne et marseillaise ;
- un réseau actif de régulation médicale entre le responsable de l'unité sécurisée des HCL et les responsables médicaux des différentes prisons.

Il faut toutefois mentionner les atouts spécifiques de cette région, grande par le nombre d'habitants<sup>65</sup>, mais petite pour la population pénitentiaire -3864 détenus, soit le quart de la population pénale de la DRSP de Paris-(annexe 2-5). Il s'ensuit des moyens de police, d'accueil sanitaire et de circulation relativement importants.

Enfin, cette région a bénéficié de l'implantation de nouvelles prisons, comportant des unités de soins de bonne qualité, et la présence de médecins jeunes, dont plusieurs formés par l'unité d'enseignement du Professeur Védrette. Ce dernier, professeur de médecine

<sup>65</sup>*Les régions Rhône-Alpes et Auvergne représentent 6,8 millions d'habitants soit la moitié de l'Île-de-France et du Centre qui comprend la DRSP de Paris (chiffres INSEE 1993)*

légale, a noué des relations anciennes avec les institutions judiciaires. L'organisation s'est confirmée sur 10 ans.

Est à noter toutefois l'absence de prise en charge des besoins de rééducation fonctionnelle de la population carcérale.

Les propositions de la mission s'inspirent de cet exemple, tout en nécessitant d'être adaptées à chaque spécificité locale.

#### *4.1.2 Plusieurs notions essentielles doivent être précisées pour traiter du recours à l'hôpital*

Les contraintes de garde et d'escorte ont conduit la mission à envisager les conditions du recours à l'hôpital, et non pas seulement de l'hospitalisation, en termes de modes de régulation.

A priori, le recours à l'hôpital est lié à la pathologie du détenu, aux compétences médicales et au plateau technique requis pour le diagnostic et le traitement du malade. Il appartient donc au médecin responsable des soins dans l'établissement pénitentiaire d'en décider, si possible après entretien avec l'interlocuteur médical auquel il souhaite l'adresser, comme c'est le cas pour tout autre patient.

Le nombre de détenus hospitalisés par établissement pénitentiaire, quoique théorique comme toute moyenne, reste très faible : 6.000 en 1994 pour 176 établissements de métropole, soit 34 hospitalisés par an et par établissement, avec des écarts bien entendu importants. Si l'on fait exception des trois régions de Paris, Lyon et Marseille, on compte 2.500 hospitalisations pour 108 établissements, soit 23 détenus hospitalisés par établissement. **Ce nombre est loin d'assurer l'occupation permanente d'une chambre sécurisée dans l'hôpital de proximité de la plupart des établissements pénitentiaires**, même si l'on tient compte des gardés à vue éventuels. Cette approche quantitative globale est confirmée par l'étude menée par établissement en réponse au questionnaire de la mission. D'après les statistiques des services pénitentiaires, le nombre de consultations serait quant à lui de 31.548 en 1994, soit 172 par an et par établissement (annexe 3-6).

- Doit être précisé à ce niveau le contenu du **principe de continuité des soins**. Celle-ci, en effet, n'implique pas qu'un seul médecin suive le malade tout au long de sa maladie et assure seul le diagnostic et le traitement, jusqu'à se sentir dépossédé si le malade doit être transféré dans une autre structure hospitalière. Si le médecin consultant préconise une hospitalisation, le patient, détenu ou libre, accepte généralement de passer dans les mains d'un autre praticien auquel le premier nommé l'adresse. La continuité des soins nécessite, en revanche, que les praticiens concernés se concertent avant, pendant et après

l'hospitalisation. Elle implique aussi que le malade revienne, après l'hospitalisation, auprès du médecin intervenant en prison. **La qualité du dossier médical constitue un élément essentiel de réussite.** Dès lors, le détenu peut être mieux soigné dans une unité sécurisée, appelée à connaître d'un éventail de pathologies plus large, avec du personnel mieux informé des conditions d'accueil et de sécurité, que dans une chambre barreaudée isolée, même s'il est temporairement plus éloigné de son environnement familial ou amical. La continuité des soins s'apprécie surtout dans la surveillance médicale mise en place dans et en dehors de la prison. L'organisation des relations entre les praticiens de l'UCSA et les praticiens de l'unité sécurisée garantit la qualité de la prise en charge.

- **La notion de courte durée peut également être source d'ambiguïté.** L'article L.711-2 du code de la santé publique, introduit par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, distingue en effet les services et établissements selon qu'ils dispensent *"des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë..., des soins de suite ou de réadaptation..., des soins de longue durée... à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie..."*. Cette distinction reprend les catégories antérieures de court séjour, moyen séjour et long séjour qui comportaient à la fois les notions de durée de séjour croissante, d'intensité des moyens mis en oeuvre ainsi que de prix de journée décroissants.

L'article R 711-19 (décret n°94-929 du 27-10-1994) prévoit, dans son 2°a) que l'hospitalisation non psychiatrique des détenus est assurée par l'établissement signataire de la convention UCSA, dès lors qu'elle *"présente un caractère d'urgence ou de très courte durée"*.

S'agissant des affections en phase aiguë, la survenue de complications est toujours possible et **la fixation a priori d'une très courte durée d'hospitalisation apparaît hasardeuse.** Chaque fois qu'une tentative de délimitation réglementaire des durées a été tentée, elle s'est soldée par un échec<sup>66</sup>. Dès lors qu'il ne s'agit pas d'hospitalisation partielle ou à domicile, le recours à l'hospitalisation complète suppose en effet une certaine incertitude sur l'état de santé d'un malade et la nécessité d'une surveillance, toutes notions qui ne s'accommodent pas avec une durée prédéterminée. En outre, on sait à quel point ce genre de critère peut être aisément tourné par des **hospitalisations itératives.**

On objectera que, lorsque l'hospitalisation est très courte, l'envoi dans une unité sécurisée relativement lointaine (unité sécurisée installée au sein d'un CHR, qui sera décrite plus loin) représente une perte de temps -et donc de moyens- ainsi qu'une rupture dans la continuité des soins.

<sup>66</sup> Ce fut le cas de la limitation du moyen séjour.

Il a été précisé plus haut comment l'argument tiré du principe de la continuité des soins ne s'opposait en rien à l'hospitalisation dans l'unité sécurisée régionale. Quant à l'argument tiré de l'éloignement de cette même unité, il ne vaut que si l'on est certain que l'hospitalisation sera très courte, car dans tout autre cas, l'unité sécurisée -par l'expérience de son équipe, par un équipement adéquat, par l'économie de moyens immédiatement obtenue sur les gardes statiques policières ainsi regroupées- constitue une réponse mieux adaptée.

Les critères de l'hospitalisation de très courte durée sont constitués par la conjonction d'une pathologie sans complication immédiate prévisible, avec la possibilité de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques programmés compatibles avec le plateau technique de l'établissement et l'existence d'une organisation hospitalière efficace permettant d'éviter des délais d'attente superflus. Ils correspondent presque parfaitement aux **caractéristiques de l'hospitalisation de jour, de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoires**, toutes catégories définies par les décrets 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992. Il paraîtrait donc raisonnable de **limiter à ce type d'hospitalisation les hospitalisations de très courte durée au sens du 2° a) de l'article R.711-19 du CSP.**

**Dès qu'est envisagée une hospitalisation avec un hébergement de nuit, le recours à l'unité sécurisée régionale apparaît préférable.**

#### *4.1.3 L'organisation du recours aux soins*

##### 4.1.3.1 Les niveaux et critères d'hospitalisation

Les contraintes d'acheminement et de surveillance du détenu malade nécessitent la collaboration des personnels pénitentiaires, de la police et de la gendarmerie ; pour assurer la qualité de cette coordination, dans un souci de meilleure allocation des moyens, doivent être déterminés des critères compris par tous, correspondant à des niveaux de soins préalablement définis.

**Au niveau local**, le partage s'effectue entre l'UCSA et l'hôpital de proximité :

- **le milieu carcéral et l'UCSA. Les consultations générales et spécialisées ainsi que les actes réalisables dans un cabinet libéral bien équipé** sont assurés dans la prison par l'équipe de l'UCSA. Dans les établissements les plus importants, quelques lits infirmiers sont installés et l'équipe UCSA en assure la surveillance pendant ses horaires de présence ;
- l'hôpital de proximité, signataire de la convention UCSA. Toute consultation spécialisée ou acte médical nécessitant le recours au plateau technique de l'hôpital est effectuée dans cet établissement, sauf si un bilan complet donnant lieu à un séjour hospitalier avec nuitée est



nécessaire. **Les hospitalisations de très courte durée prévues par l'article R 711-19 sont limitées aux hospitalisations de jour.** La chirurgie ambulatoire est également prise en charge dans l'hôpital, ainsi que l'accueil des **urgences vitales** ou fonctionnelles graves, lorsqu'elle y sont orientées par le SAMU, en fonction du plateau technique et des lits disponibles.

**Au niveau régional,** le CHR-U bénéficiant d'une **unité sécurisée** du fait d'un plateau technique très complet et de sa situation régionale pénitentiaire accueille l'ensemble des autres hospitalisations, soit dans son unité sécurisée (80 %), soit dans les autres services lorsque le malade nécessite des soins hautement spécialisés (chirurgie cardio-vasculaire, maxillo-faciale, neurochirurgie, grands brûlés...)<sup>67</sup>. L'unité sécurisée jouera un rôle d'accueil pré et post-opératoire pour que les détenus restent le moins longtemps possible dans le service spécialisé. Le praticien hospitalier responsable de l'unité assurera un rôle général de coordination.

**Au niveau national,** l'EHPNF et quelques unités régionales assurent les hospitalisations de moyen séjour.

#### 4.1.3.2 Les modes de régulation

**Seule l'urgence vitale ou fonctionnelle doit faire l'objet d'une régulation extérieure, par l'intermédiaire du SAMU dans le cadre d'un protocole départemental d'intervention dans les établissements pénitentiaires, élaboré sous l'égide du préfet.**

**Pour le reste, l'organisation préconisée doit, dans l'esprit des textes, dépendre de l'UCSA, qui prescrit l'hospitalisation.**

La circulaire n° 45 du 8-12-1994 prévoit en effet dans son chapitre 1, partie 3, que *"lorsque les examens ou soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé signataire du protocole d'organiser la prise en charge sanitaire du détenu, qu'il s'agisse de consultations ou d'examens spécialisés ou d'hospitalisation. Selon les cas, il a un rôle d'accueil ou d'orientation."*

L'équipe de l'UCSA identifie le besoin, son urgence et sa nature.

Il faut noter que l'amélioration de l'hébergement dans certaines cellules accroîtra les possibilités de surveillance en milieu carcéral, avant recours à l'hôpital et au retour d'une hospitalisation. La circulaire du 8 décembre 1994 prévoit en effet la possibilité de cellules

<sup>67</sup> *Les exemples du CHR-U de Lyon, de l'EHPNF et de l'AP-HP indiquent que 20 % des hospitalisations se feront en dehors de l'unité sécurisée, dans les services très spécialisés, ou, en urgence, dans un autre établissement.*

dites "d'infirmier" dans les plus gros établissements. Ces cellules, selon la mission, devraient être équipées de systèmes d'appel permettant au détenu de s'adresser directement à un interlocuteur médical préalablement autorisé, sans intervention du surveillant dans l'expression des symptômes, accessibles aux personnes handicapées et pourvues de conditions d'hygiène (douche et lavabo) convenables.

Il relève de la responsabilité du médecin exerçant en milieu carcéral d'orienter le malade, après consultation du responsable de l'unité sécurisée, au niveau adapté de plateau technique, **en intégrant la contrainte spécifique de l'acheminement et de la garde pour le détenu**. Les différents médecins exerçant en milieu carcéral rencontrés en ont la mesure ; il est très souhaitable qu'ils continuent à jouer leur rôle dans les UCSA qui se créent. Toutefois, il est déterminant que **l'avis du chef de l'unité sécurisée soit sollicité avant toute hospitalisation**. Ce rôle de coordinateur doit être prévu par circulaire.

Dans certains domaines, le développement des relations avec l'unité sécurisée d'une part, et avec l'EHPNF d'autre part, devrait favoriser **la définition de protocoles de traitement, qui facilitent le suivi et le traitement en hôpital de jour par l'hôpital qui a passé convention UCSA**. Il pourrait en être ainsi, par exemple, pour les corps étrangers digestifs.

#### *4.1.4 L'estimation des capacités nécessaires*

##### 4.1.4.1 Elaboration des hypothèses

Conformément à la lettre de mission, une tentative d'évaluation des besoins d'hospitalisation et des capacités en lits a été effectuée. Toutefois, la mission souhaite rappeler les difficultés qu'elle a rencontrées pour mesurer la situation épidémiologique et hospitalière actuelle. De plus, comme il l'a été signalé précédemment (3-3 et 4-1), la mise en place des UCSA constitue un facteur de bouleversement qui s'ajoute aux effets des comportements médicaux, policiers ou pénitentiaires ou aux évolutions de la population pénale. Les tendances qui résulteront de ces facteurs contradictoires en termes de flux d'hospitalisation sont en conséquence fort délicates à anticiper.

Pour répondre néanmoins aux questions posées, il a été recouru à une démarche schématique dont le seul mérite est de poser des hypothèses et de contribuer à faciliter le processus décisionnel.

*La mission a défini deux hypothèses d'évolution des besoins d'hospitalisation, fonction d'une part de l'évolution de la population pénale, d'autre part d'une meilleure couverture des besoins des détenus, sur les cinq années à venir.*

*Puis, en s'appuyant sur les caractéristiques de l'unité des HCL, en termes de capacités, de DMS et de taux*

d'occupation, la mission a tenté de déterminer les moyens nécessaires et leur répartition, sachant que le rôle de l'EHPNF devait être confirmé et que les unités sécurisées ne pouvaient, par analogie avec la situation lyonnaise, accueillir plus de 80 % des hospitalisations restantes.

La formule permettant ces calculs est la formule classique suivante:  
 besoins en lits = entrées annuelles x DMS/365 x taux d'occupation

**- les hypothèses d'évolution de la population pénale:**

Ces dernières années, le nombre d'entrants en milieu carcéral s'est relativement stabilisé<sup>68</sup> tandis que la durée moyenne de séjour en détention a régulièrement augmenté du fait en particulier de l'alourdissement des peines prononcées et de la diminution des libérations anticipées. Le nombre de détenus de métropole est ainsi passé de 42.937 du 1/01/85 à 51.623 au 1/01/1995. On ne peut pas faire des projections en prolongation de tendances, tant la gestion des flux pénitentiaires est régulée périodiquement par l'effet des grâces et des amnisties. Ainsi, après la forte diminution due au cumul des deux mesures prises l'été 1988, qui ont produit des effets jusqu'au début 1990, la population carcérale a repris sa croissance avec, après la forte remontée de 1991 (dûe principalement à l'absence de grâce collective en 1990), depuis 4 ans, un taux de progression situé entre 0,1 et 4,3 %. Si l'on peut prévoir à brève échéance une nouvelle diminution conjoncturelle à la suite des mesures de grâce et d'amnistie traditionnellement consécutives à l'élection présidentielle, aucun autre indicateur n'infirmes l'hypothèse d'une reprise de croissance continue sur la base des taux actuels, soit en moyenne entre 2 et 3 % de plus chaque année, prévoyant la pérennisation des grâces collectives. A l'échéance de janvier 2001, à données constantes, en intégrant les effets des non-incarcérations et libérations de l'été 1995, on peut donc établir une prévision sur une population carcérale métropolitaine, située entre 57.000 et 60.000 détenus (cf tableau en annexe 4-1). Bien entendu, des hypothèses plus hautes peuvent être effectuées dans le cas où les grâces collectives ne seraient pas reconduites chaque année. C'est ainsi que les projections de l'administration pénitentiaire indiquent que l'on atteindrait 76.000 détenus (79.000 France entière) au 1.01.2000 en extrapolant la tendance de l'année 1982, année de forte croissance, sans grâce ni amnistie.

Les hypothèses développées par la mission relatives aux besoins d'hospitalisation des détenus vont se fonder sur une hypothèse "pondérée" intégrant des mesures de grâces collectives, avec des variations possibles.

**- les hypothèses d'évolution du taux d'hospitalisation :**

En 1994, 6000 hospitalisations de détenus ont été recensées en métropole. La prise en compte d'une morbidité deux fois supérieure à la moyenne, conjuguée avec une sous-hospitalisation dans un rapport de moitié, pourrait conduire, dans un calcul théorique, à anticiper une croissance forte, pouvant aller jusqu'à une multiplication par trois ou quatre du nombre des hospitalisations. La progressivité de la mise en place du nouveau dispositif et les tentatives opposées qui s'exercent ont conduit la mission à retenir deux hypothèses moins ambitieuses, mais plus réalistes.

**- hypothèse haute**

La simple mise à niveau progressive sur cinq ans du taux d'hospitalisation de la population carcérale avec la population générale, de 15 à 64 ans, soit 19,6 %, pour une population de 57.000 à 60.000 détenus, conduit à prévoir un doublement des besoins d'hospitalisations, soit l'accueil de 11.200 à 11.800 détenus hospitalisés dans l'année au 1-1-2001.

<sup>68</sup> 88.586 entrants France métropolitaine en 1992, 80.421 en 1993, 85.761 en 1994 (Source D.A.P.)

*Il est précisé que l'alignement du taux d'hospitalisation s'effectue sans prise en compte des besoins de santé propres aux détenus, constatés par rapport à la population générale.*

*- hypothèse basse*

*Toutefois, la mission considère que les différentes contraintes qui ensèrent les conditions du recours aux soins du détenu font de ce doublement une hypothèse maximale d'évolution.*

*Les différents médecins exercent en milieu carcéral dans un cadre contingenté par les règles pénitentiaires et policières. De plus, le déficit de santé de la population carcérale ne pourra être comblé "d'un coup de baguette magique" par la nouvelle organisation mise en place.*

*Ainsi, l'hypothèse d'un alignement du taux d'hospitalisation de la population pénale sur le taux actuel de la région lyonnaise pour la tranche d'âge 15-64 ans (15,8 % par rapport à un taux national de 11,9 %) apparaît tout à la fois accessible et impératif.*

*Le besoin serait en conséquence d'accueillir 9.000 à 9.500 détenus au 1-1-2001.*

#### 4.1.4.2 Calcul des besoins et incidence régionale

*Les besoins en lits sont calculés à partir d'une DMS de 12 jours, telle que constatée à Lyon, et un taux d'occupation de 70 %, qui paraît réaliste au démarrage de telles unités, alors que l'unité de Lyon fonctionne avec un taux de 80 %. On peut toutefois prévoir une DMS en baisse, dès lors que les unités sécurisées accueilleront toutes les hospitalisations, notamment celles qui étaient assurées auparavant en milieu libre avec des DMS très brèves, et que la pression de la demande et des files d'attente sera plus forte : le passage à une DMS de 8 jours sera étudié.*

*Si l'on confirme le poids du moyen séjour à l'EHPNF, donc avec une DMS à 20 jours -la DMS actuelle est de 24 jours sur les entrées directes-, le nombre d'hospitalisations assurées par celui-ci, avec un taux d'occupation de 80 % et une capacité maintenue de 206 lits, serait de :  $206 \times 365 \times 80 \% / 20 = 3007$ , soit 3000 entrées.*

*Enfin, il est considéré que 20 % des détenus ne seront pas hospitalisés dans l'unité même, mais dans l'hôpital de proximité ou dans des services spécialisés.*

*1) besoins en lits dans la situation actuelle :*

$$6000 \times 12 / 365 \times 70 \% = 282 \text{ lits}$$

*Après déduction des entrées assurées par l'EHPNF et des entrées assurées hors unité, les unités sécurisées doivent accueillir 1800 hospitalisations de détenus.*

$$(6000 - 3000 - 1200) = 1800 \text{ détenus}$$

*Ces 1800 entrées représentent un besoin de lits de :*

$$1800 \times 12 \text{ ou } 8 / 365 \times 70 \% = 85 \text{ ou } 56 \text{ lits suivant l'évolution de la DMS.}$$

*2) besoins en lits dans l'hypothèse de 11000 à 11800 hospitalisés:*

*- même capacité d'accueil de l'EHPNF de 3000 ;*

*- même poids des hospitalisés hors unité sécurisée de 20 %, soit 2200 à 2400,*

*- alors les unités sécurisées doivent accueillir 5800 à 6400 hospitalisés*

*et le besoin en lits s'élève à :*

$$5800 \text{ ou } 6400 \times 12 \text{ ou } 8 / 365 \times 70\%$$

*soit 275/300 lits ou 180/200 lits suivant l'évolution de la DMS.*

3) besoins en lits dans l'hypothèse de 9000 à 9500 hospitalisés

- même capacité d'accueil de l'EHPNF de 3000;
  - même poids des hospitalisés hors unité sécurisée de 20 %, soit 1800 à 1900.
  - alors les unités sécurisées doivent accueillir 4200 à 4600 hospitalisés
- et les besoins en lits dans les unités sécurisées s'élèvent à 197/216 lits ou 130/144 lits suivant l'évolution de la D.M.S.

Selon les hypothèses d'évolution de la population pénale, le besoin en lits varie de 180 à 200 lits, dans le cas d'un alignement du taux d'hospitalisation sur celui de la population générale, et de **130 à 216 lits, dans le cas d'un alignement sur le taux d'hospitalisation actuel de la population carcérale lyonnaise**. Dans ce dernier cas, il faudrait envisager de créer, en plus de l'EHPNF, 7 à 10 unités sécurisées de 20 lits en moyenne.

Ce chiffrage théorique doit s'adapter aux situations locales et s'articuler autour des compétences des directions régionales pénitentiaires. La mission est d'avis que l'importance croissante des soins et des traitements en ambulatoire modifiera à terme le partage des hospitalisations entre l'unité sécurisée et l'hôpital-UCSA. De plus, les pressions générales à la baisse de la durée de séjour hospitalier, accentuées par la présence médicale des UCSA en milieu carcéral, rendent plus crédibles les capacités révisées en conséquence -avec une DMS prévisionnelle de 8 jours- : **130 à 145 lits au minimum devraient donc être installés en plus de ceux de l'EHPNF, à répartir en 7 ou 8 unités** (cf infra).

*4.1.5 La définition de la zone régionale ad hoc pour utiliser à bonne capacité l'unité sécurisée*

Deux critères sont à prendre en compte : le nombre de détenus concernés et la taille de la zone d'attraction. Hors Paris, pour chaque unité régionale, une capacité de 15 lits correspond à une population de référence de 3500 détenus au moins. Ainsi, cette carte peut **se superposer à celle des neuf régions pénitentiaires** de métropole. Toutefois, leur poids est très inégal (annexe 4-2) et pose notamment un problème pour la DR de Dijon. Par ailleurs, elles sont parfois composées de pôles étrangers les uns aux autres ; c'est le cas de la DR de Lille où la population de référence de l'unité sécurisée pourrait ne concerner que la région administrative Nord-Pas-de-Calais.

L'implantation des unités sécurisées au CHRU du siège de la direction régionale ne présenterait que des avantages, compte tenu de la proximité du centre de décision pénitentiaire. Il ne paraît cependant pas souhaitable d'implanter l'unité de la DR de Strasbourg au CHRU de cette ville, trop excentré par rapport à l'ouest de cette région, mais plutôt à Nancy. Dans la DR de Lyon, l'unité de Villefranche devrait être affectée à une fonction spécifique régionale dont la nature reste à déterminer (par exemple du moyen séjour), un principe général de fonctionnement étant que toute unité relève d'un CHRU et ne peut avoir un taux d'occupation inférieur à 70 %.

L'on aboutirait ainsi à un schéma national qui comprendrait, outre l'EHPNF pour la DR de Paris, un total de 130 à 145 lits minimum, répartis en huit (neuf en comptant Villefranche) unités régionales de taille variable, toutes comportant au moins 15 lits, certaines -Marseille, Lyon- pouvant atteindre jusqu'à 25, voire 30 ou 35 lits selon les choix qui seront faits pour les sites existants de Villefranche et Nice. Les détenus de la DR de Dijon, si une unité sécurisée n'y est pas créée, seront hospitalisés, selon la localisation du lieu d'écrou et contraintes pénitentiaires, dans les unités sécurisées des directions régionales de Paris, Lyon ou Strasbourg (cf. tableaux de synthèse p. 152).

## 4.2 Les étapes de mise en oeuvre d'un schéma régional d'hospitalisation des détenus

### 4.2.1 La valorisation des compétences

L'administration pénitentiaire, à travers la réforme de son système de soins, est en train de vivre ce que plusieurs interlocuteurs nomment "une révolution". L'image de la santé en milieu carcéral, qualifiée encore récemment de "médecine de brousse", a déjà commencé à changer depuis plusieurs années grâce à l'implication de professionnels dévoués. Elle doit maintenant s'intégrer dans une stratégie plus globale d'accès aux soins des plus démunis.

La mission a été frappée par l'engagement et le dynamisme de médecins coordinateurs, par exemple à Fresnes et aux Baumettes, de l'implication, là du médecin inspecteur de la DDASS, ici des praticiens hospitaliers venant consulter en prison, plus encore dans le cadre des CISIH. La qualité de certains services de l'EHPNF, par exemple, est sans doute sous-estimée à l'extérieur, de même que celle, globalement, du corps des médecins contractuels qui gèrent l'activité quotidienne. Enfin, La réforme ne va pas venir se greffer artificiellement dans un milieu hostile, mais au contraire s'appuyer, dans de nombreux établissements, sur de réelles compétences et une volonté d'améliorer le système d'accès aux soins des détenus.

Les équipes hospitalières qui vont intervenir désormais dans les UCSA, après un temps de découverte, devront adapter leurs modalités d'intervention aux réalités carcérales. Il se posera alors un problème de coordination des interventions et de liaison avec les unités sécurisées et les structures plus spécialisées de l'EHPNF. Il convient donc d'en prévoir les modalités précises, en désignant **un coordinateur régional du réseau des responsables d'UCSA qui serait le praticien hospitalier chef de service responsable de l'unité sécurisée. Les administrations centrales disposeraient ainsi d'un réseau de correspondants privilégiés qui pourraient faire remonter toute l'information nécessaire à une bonne régulation de l'ensemble du système**, à l'instar de ce qui avait -une fois de plus dans le domaine du sida- été initié avec la mise en place des CISIH.

Ce **réseau de correspondants de la médecine en milieu carcéral** pourrait aussi se constituer en centres de référence et faire progresser la connaissance épidémiologique et clinique des populations concernées, tel celui existant autour de l'ORS PACA.

#### *4.2.2 Les facteurs de réussite d'une unité sécurisée régionale*

Les différences initiales de conception et de finalité des unités sécurisées expliquent la diversité des modèles locaux et illustrent bien les difficultés à concilier au niveau local l'ensemble des impératifs médicaux, pénitentiaires et policiers. Ce n'est que lorsqu'une initiative forte, reprise par tous les partenaires, a été engagée par une des parties (salle Cusco-Hôtel-Dieu, unité Jules Courmont) que le service fonctionne avec un "rendement" réel. Toute solution intermédiaire aboutit à ce que les stratégies de certains, variables selon les moments et les rapports de force, vident ou remplissent une structure plutôt qu'une autre (Marseille, Lille).

Des structures plus clairement identifiées qu'aujourd'hui dans leurs finalités sont donc à mettre en place, intégrées dans un CHRU, conçues en association avec les services de police, avec compétence sur une zone d'attraction pénitentiaire permettant de déconcentrer la gestion des flux au niveau des directions régionales.

##### *4.2.2.1 Des principes directeurs communs à la mise en place des unités sécurisées*

Il a déjà été souligné que le nombre de lits par unité doit être évalué précisément après une définition des besoins sur une compétence régionale déterminée. Il semble cependant qu'existe un effet-seuil et qu'en dessous de 15 lits, il soit difficile de mettre en place et de faire fonctionner un projet médical intégrant un taux d'occupation suffisant et une capacité de structure-relais vis à vis de tous les services de l'hôpital susceptibles d'être sollicités. Une fois définie la taille de l'unité, plusieurs principes directeurs doivent être édictés :

- l'unité sécurisée doit être érigée en unité fonctionnelle rattachée préférentiellement à un service de médecine interne ;
- la responsabilité médicale de l'unité appartient à un praticien hospitalier, la reconnaissance par ses pairs permettant une meilleure intégration de l'unité dans l'hôpital ;
- l'équipe médicale permanente doit comprendre -outre ce dernier et, au besoin, un assistant-, une équipe d'infirmières et d'aide-soignantes, un secrétariat médical. Des vacations de kinésithérapeute, de psychologue, ainsi que l'intervention d'une assistante sociale, doivent être assurées, selon les spécificités de la population accueillie, autour d'un projet médical ;

- la localisation géographique de l'unité est déterminante pour éviter toute "marginalisation" du service. Il convient de l'implanter à proximité des spécialités les plus sollicitées (urgences, médecine interne...). L'installation devrait se faire si possible au dernier étage -à défaut au rez-de-chaussée- d'un bâtiment pour permettre l'intégration d'une petite cour de promenade grillagée dont l'absence constitue un des manques les plus ressentis dans les unités actuelles ;

- une fois ce projet défini par l'ensemble des partenaires, doit se mettre en place un mode de régulation indépendant des bonnes ou mauvaises relations entre professionnels, et donc fondé sur la définition claire de procédures d'orientation et de critères d'admission (cf supra 4.1). En conséquence, les relations doivent être organisées entre l'unité sécurisée et les médecins responsables des UCSA dans la zone d'attraction de cette unité. **Le médecin coordinateur de l'unité doit jouer un rôle pivot vis à vis des différents services de son hôpital, ainsi que celui de conseil pour éviter une dispersion des affectations.** Ce rôle de coordinateur est capital ; aussi, le praticien-hospitalier qui assurera cette fonction doit-il être choisi avant tout sur sa compétence, sa motivation et ses qualités relationnelles. Il appartient aux commissions médicales d'établissement de ne pas pourvoir ces postes pour résoudre des problèmes locaux, mais d'en mesurer l'impact. Les postes devraient être créés et pourvus rapidement pour que les praticiens aident à la conception de l'unité et accompagnent sa mise en place.

#### 4.2.2.2 L'association des personnels de police au dispositif d'hospitalisation

Mieux la sécurité périmétrique est assurée et plus faciles sont les relations à l'intérieur de l'unité. Les policiers affectés dans ces unités hospitalières sont plutôt satisfaits des conditions de travail (régularité des horaires, relations avec le monde médical). Beaucoup semblent même y voir un avantage par rapport à l'exercice des fonctions sur la voie publique. La preuve en est que ces postes sont demandés et que les fonctionnaires affectés dans ces unités veulent généralement y rester, même s'ils supportent parfois difficilement ce milieu clos et si leurs fonctions sont plus pénitenciaires que policières. Le partage des fonctions doit cependant être clair et le port de blouses blanches par les policiers, comme à Quentin -même s'il a été voulu dès l'origine par les concepteurs-, est la marque d'une ambiguïté malsaine, derrière laquelle se cache la carence en personnel médical.

**Se pose la question de la séparation plus nette des personnes ayant vocation à occuper ces unités, entre les gardés à vue et les détenus.** A l'intérieur même des unités, les chambres destinées à accueillir des gardés à vue devraient être identifiées, ne serait-ce que pour permettre l'accès des détenus aux moyens de communication -radio-télévision-journaux- dans les conditions ordinaires de l'incarcération. Il convient toutefois de souligner que la plupart des gardés à vue hospitalisés, hormis dans les villes sièges des unités sécurisées, par définition pour de courtes durées sous ce statut, seront accueillis dans les hôpitaux généraux dans la zone de compétence du service ayant procédé à l'interpellation.



Cependant, le gardé à vue, ensuite placé sous mandat de dépôt, relève dès lors du circuit d'hospitalisation prévu pour les détenus

#### 4.2.2.3 L'organisation de la conduite des détenus à l'hôpital

L'organisation de l'hospitalisation des détenus de métropole autour de huit ou neuf pôles aurait l'avantage de **s'inscrire dans la logique de déconcentration de l'administration pénitentiaire**, l'administration centrale n'intervenant que pour les détenus particulièrement signalés ou "sensibles" ou encore pour les transfèremets inter-régionaux.

#### **- Le transport du détenu à l'hôpital**

**En l'état actuel de la réglementation**, le transport des détenus pour **hospitalisation en milieu civil**, hors transport sanitaire, relève de la **compétence des forces de l'ordre**. Il n'est cependant pas rare qu'en pratique l'administration pénitentiaire assume la mission de conduite des détenus en hôpital civil.

S'agissant de **l'hospitalisation en milieu pénitentiaire**, assimilée à un transfèrement, et des consultations extérieures, la charge de convoier le détenu incombe à l'administration pénitentiaire qui, au besoin, requiert le concours des forces de l'ordre. Dans l'hypothèse où l'EHPNF perdrait sa qualité d'établissement pénitentiaire (cf partie 5), cette fonction ne relèverait plus en principe de ses missions, mais il conviendrait sans doute d'en maintenir l'effectivité.

Dès lors, à réglementation constante et hormis le cas de l'hôpital de Fresnes, plusieurs hypothèses doivent être envisagées :

**\* 1<sup>er</sup> cas : l'hospitalisation urgente non programmée.** Sur décision du SAMU, les véhicules sanitaires SMUR transportent le détenu en "*état de détresse*" dans le service adéquat, situé dans un hôpital de proximité ou régional. Les forces de l'ordre d'accompagnement sont fournies par la police si le trajet reste limité à la circonscription de police urbaine et par la gendarmerie dans les autres cas. Dans l'hypothèse -non conforme aux dispositions de l'article D 386 alinéa 2 du CPP- où les personnels pénitentiaires seraient cependant mis à contribution, l'accompagnement du détenu devrait être assuré par les agents de l'établissement d'écrou.

**\* 2<sup>ème</sup> cas : l'hospitalisation programmée.** Dans l'hypothèse d'un transport sanitaire sur prescription médicale, il est fait appel aux ambulances privées dans le cadre des conventions prévues par la circulaire du 8 décembre 1994 (paragraphe 2112). L'accompagnement du détenu s'effectue dans les conditions évoquées dans le paragraphe précédent. S'agissant des hospitalisations ne nécessitant pas l'intervention d'une ambulance

ou d'un véhicule de SMUR, le transport doit être effectué, conformément à la réglementation en vigueur, par les forces de l'ordre.

Dans la mesure où les hospitalisations seront regroupées dans une unité sécurisée régionale, les charges d'escorte incomberont principalement à la gendarmerie qui devrait en conséquence voir ses missions augmenter (annexe 2-5). Ces charges de transport ou d'accompagnement seront cependant globalement compensées par une diminution des charges de garde statique incombant aux polices urbaines locales.

### **- Le retour à l'établissement pénitentiaire**

**En ce qui concerne les retours d'hospitalisation**, le personnel d'accompagnement doit être disponible dès la décision d'excuse prise par le médecin hospitalier. Les escortes "forces de l'ordre" seront assurées selon les distinctions précédentes (suivant la situation de l'établissement pénitentiaire de destination). Là encore, la charge de la gendarmerie risque de croître. Mais les maisons d'arrêt du siège des unités risquent de jouer un rôle important "d'écrou-relais", parfois de plusieurs jours ou plusieurs semaines, en post-hospitalisation. Dans ce cas de transfèrement pénitentiaire, ce sont le plus souvent les établissements d'origine qui viendront, comme aujourd'hui, rechercher "leurs" détenus (région lyonnaise).

**Dans la pratique**, à l'instar par exemple de ce que l'on observe dans la région lyonnaise, et contrairement à la répartition des charges telle qu'elle résulte des textes, l'administration pénitentiaire assure en fait elle-même, non seulement -sauf exception pour les petits établissements- le transport du détenu à l'hôpital de proximité -qui n'implique pas de changement d'écrou-, mais aussi nombre de transports plus lointains pour hospitalisation dans l'unité sécurisée régionale, les formalités d'écrou étant alors effectuées au passage dans l'établissement pénitentiaire de la ville où se trouve celle-ci.

Le décalage existant entre la réglementation et la pratique pose le problème de l'organisation et des moyens à mettre en place intégrant le nouveau schéma d'hospitalisation fondé sur un regroupement dans des unités sécurisées régionales. Il convient donc de décider précisément comment seront organisés les transfèremments et de ne plus naviguer, comme aujourd'hui, entre des principes qui en font une tâche policière et une application qui repose souvent sur l'administration pénitentiaire en fonction de situations locales. Ainsi, à Lyon, les transports pour hospitalisation sont pris en charge par l'administration pénitentiaire qui a pu affecter à cette tâche depuis deux ans les personnels rendus disponibles par la fermeture temporaire de la maison centrale de Moulins.

Si une telle organisation devait être généralisée, la charge induite ne pourrait éventuellement être transférée à l'administration pénitentiaire qu'en dotant celle-ci des effectifs complémentaires nécessaires que par ailleurs la police économiserait. Le transport

incombant à l'administration pénitentiaire devrait alors être assuré soit par les moyens matériels et humains de l'établissement d'origine, soit, selon l'importance de ces mouvements par région, par une brigade régionale de transfèrement, rattachée à la direction régionale, qu'il y aurait lieu de créer et de doter des moyens matériels nécessaires, dans une logique de déconcentration.

#### 4.2.2.4 Une mission temporaire d'accompagnement

L'implantation rapide de quelques unités régionales doit être effectuée sous l'égide d'une mission temporaire commune (DH/E04 + AP/GB3) associant sur chaque site les responsables locaux, en liaison étroite avec les directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire et un représentant spécialement désigné par le préfet de région. Il convient d'éviter que des initiatives locales dispersées n'aboutissent à des schémas locaux qui n'intègrent pas le principe de la priorité donnée à l'hospitalisation des détenus dans des unités sécurisées à vocation régionale. Doivent être intégrées ultérieurement des clauses de rendez-vous pour ajuster les capacités et les modalités locales de régulation.

#### 4.2.3 Les moyens juridiques à mettre en oeuvre

Aujourd'hui, les textes qui régissent l'hospitalisation des détenus apparaissent ressortir à des logiques parfois contradictoires et sont facteurs de confusion au moment charnière des négociations locales du schéma d'hospitalisation.

**- Si l'on retient le principe d'une priorité absolue donnée à l'hospitalisation dans des unités sécurisées à compétence régionale, les conséquences doivent en être tirées au niveau juridique donnant force obligatoire à ce mode d'organisation** pour éviter que des intérêts locaux n'aillent à l'encontre de la volonté de faire fonctionner au mieux ces unités sécurisées.

Cela nécessite une clarification du deuxième alinéa de l'article R. 714-19 du CSP. En effet, celui-ci prévoit qu'en cas d'urgence le détenu est transféré dans l'établissement hospitalier assurant l'UCSA. Or, il est plus raisonnable de confier au SAMU la mission d'orientation des urgences, sans "fléchage" préétabli, en tenant compte seulement de la disponibilité des lits nécessaires. Dans la majorité des cas, il s'agira de l'établissement hospitalier le plus proche, mais dans certains cas, le SAMU pourra avoir recours aux services du CHU ou d'un autre établissement. Par ailleurs, l'article L. 711-10 du CSP doit être revu pour que les moyens d'hospitalisation spécifiquement destinés aux détenus restent exclus de la carte sanitaire.

- La mise à jour simultanée des textes du code de procédure pénale (D.382 et suivants) et du décret d'application de la loi du 18 janvier 1994 doit donc prévoir que les

**détenus sont hospitalisés, pour tout séjour incluant au moins une nuit**, dans les hôpitaux à compétence régionale disposant de structures adaptées à leur accueil. Il ne peut être dérogé à ce principe qu'en cas d'urgence, sur décision du SAMU.

- L'existence des unités sécurisées doit être juridiquement reconnue et leur fonctionnement doit faire l'objet d'un **règlement intérieur-type** qui garantisse l'exercice des droits des détenus à l'identique de ceux reconnus en établissement pénitentiaire. En effet, si les textes actuels sur l'hospitalisation des détenus (article D. 387 CPP) disposent bien que les règlements pénitentiaires demeurent applicables à l'égard des détenus hospitalisés dans toute la mesure du possible, la mission a pu constater que, dans la pratique, le respect des droits reconnus aux détenus dépendait, non seulement des possibilités qu'offrent la configuration des lieux (par exemple, présence ou non d'un parloir pour les visites...), mais surtout d'usages parfois éloignés de la réglementation pénitentiaire faute pour les policiers ou gendarmes en charge de la garde de connaître les règles applicables et d'avoir été formés à ces missions. Il semble par ailleurs que la plupart des unités sécurisées existantes ne soient pas soumises aux visites de contrôle des autorités prévues par le code de procédure pénale pour les établissements pénitentiaires.

A l'instar de ce que prévoient certains d'entre eux (unités de l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille, de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône ou de la salle Cusco), le règlement intérieur des unités sécurisées devrait prévoir les modalités de visite des familles et des avocats aux détenus, le régime des promenades, les fouilles, les contrôles de sécurité, le traitement de la correspondance, l'accès à certaines activités de loisirs (bibliothèque, télévision...), l'accès aux locaux et les modalités d'intervention des services éducatifs, des visiteurs de prison et des aumôniers, l'accès aux produits de cantine de l'établissement pénitentiaire de rattachement, les relations avec les autorités administratives et judiciaires, la discipline... Le principe de l'application du régime pénitentiaire dans les unités sécurisées hospitalières est donc à réaffirmer à l'occasion du "toilettage" des articles D. 382 et suivants du CPP, avec renvoi à un arrêté interministériel fixant un règlement intérieur-type.

Les policiers affectés à ces tâches devraient pouvoir bénéficier d'une formation par les personnels de l'administration pénitentiaire incluant une période de stage en établissement.

- Les médecins inspecteurs et l'IGAS, en raison de leurs attributions propres en milieu hospitalier, sont déjà à même d'exercer une fonction de contrôle au sein des unités sécurisées en milieu hospitalier. Ils devraient cependant avoir, en unité sécurisée, les mêmes attributions qu'ils ont en milieu pénitentiaire (D. 372 du CPP). Il paraît par ailleurs nécessaire d'étendre, dans ces mêmes unités, les pouvoirs de contrôle actuellement exercés par différentes autorités administratives et judiciaires dans les enceintes pénitentiaires (articles D. 176 à D. 179, D. 229 à D. 233 du CPP).

- Enfin, dans la mesure où elles seraient implantées dans le périmètre de certaines unités sécurisées, les chambres réservées à l'accueil des personnes gardées à vue et des personnes retenues au titre de l'ordonnance de 1945 relative au séjour des étrangers doivent être identifiées. Cela évitera à la fois toute confusion sur le régime juridique applicable et surtout un alignement des conditions de vie dans l'ensemble de l'unité sur le régime des hospitalisés dont les droits sont les plus réduits.

**- Une circulaire conjointe Santé/Justice doit préciser le rôle du médecin chef de l'unité sécurisée régionale** comme cela a été décrit plus haut. Au lieu d'implantation de l'unité, doivent se tenir régulièrement des réunions d'information et de coordination entre le directeur régional de l'administration pénitentiaire et le préfet de région chargé de faire valoir le point de vue de l'ensemble de ses collègues intéressés. Sans vouloir introduire trop de formalisme, il conviendrait sans doute d'instaurer -par voie de circulaire interministérielle Santé/Justice /Intérieur/Défense -, une **commission régionale de suivi** intégrant ces divers interlocuteurs, présidée par le préfet de région du siège de l'unité et dont le secrétariat serait tenu par la direction régionale de l'administration pénitentiaire, le médecin responsable de l'unité devant présenter un rapport annuel d'activité.

#### *4.2.4 Assumer la période transitoire*

**L'implantation progressive des UCSA constitue l'élément essentiel d'une politique de remise à niveau du suivi médical des détenus.** Si tous les interlocuteurs rencontrés adhèrent à cette réforme, beaucoup ne cachent pas les difficultés posées par la période transitoire. Ils sont généralement prêts à l'assumer, mais il est essentiel que les administrations centrales les aident à résoudre les problèmes qui se posent localement, notamment les problèmes de personnel.

Ainsi, dans la période actuelle d'incertitude, les infirmières exerçant en établissement pénitentiaire qui partent ne sont pas remplacées, alors que l'hôpital, faute de signature de la convention, n'a encore affecté aucun agent dans l'UCSA. En ce qui concerne les praticiens hospitaliers, il conviendrait, dès signature des conventions, d'ouvrir des postes et d'inciter des médecins de bonne qualité et motivés exerçant actuellement en établissement pénitentiaire à passer les concours. Les délais d'ouverture des postes et de concours font anticiper une période temporaire d'au moins une année avant que les postes médicaux soient régularisés. Une autre option pourrait être d'élargir les règles relatives aux médecins contractuels. Les présidents de CME devraient être sensibilisés au plus tôt à cette question pour que le médecin futur responsable de l'unité soit associé à la mise en place de celle-ci. En tout état de cause, un "fléchage" dans les enveloppes budgétaires des postes médicaux et des moyens correspondants apparaît temporairement nécessaire, pour que la tutelle soit en mesure de contrôler leur affectation finale.

L'implantation des UCSA se traduit aussi par d'importants travaux qui vont gêner le fonctionnement des établissements et causer temporairement une augmentation de consultations à l'extérieur, les praticiens ne disposant plus de local adapté. Les demandes aux services de transfèrement risquent donc d'augmenter à un moment crucial des négociations avec la police. Cette donnée doit être intégrée par tous les interlocuteurs pour ne pas biaiser les discussions futures. Ce phénomène pourra être accentué par le temps d'adaptation nécessaire des nouveaux praticiens intervenants qui doivent progressivement intégrer certaines réalités et contraintes carcérales.

Mieux vaut anticiper ces problèmes pour mieux les résoudre. Il convient de ne pas en ajouter d'autres par le différé ou le gel des dotations budgétaires nécessaires à l'installation des UCSA et à l'implantation des unités sécurités régionales. La programmation des moyens nécessaires devrait se faire avec la direction du Budget qui l'excluerait par principe de toute régulation.

Enfin, compte tenu des surcapacités hospitalières existantes, il doit être procédé à la création des unités sécurisées par redéploiement. Le redéploiement est d'autant plus impératif que les capacités identifiées et dédiées à l'accueil des détenus sont sous-utilisées et que les détenus sont d'ores et déjà pris en charge, mais de façon dispersée. La difficulté portera sur l'attribution des postes médicaux permanents, indispensables au bon fonctionnement de telles unités. Elle portera aussi sur la fermeture des lits et la suppression des moyens correspondants dans les hôpitaux régionaux et généraux qui ne seront pas sites d'unités sécurisées. Comme dans le cas des USCA, il est opportun de prévoir un "fléchage" des créations de postes médicaux et des crédits correspondants, pour contrôler leur attribution au bénéfice des unités sécurisées.

### **4.3 La prison-hôpital des Baumettes ne peut avoir de vocation hospitalière**

Si la DRSP de Marseille présente des particularités par rapport à d'autres régions, notamment l'existence de la prison-hôpital des Baumettes, elle peut cependant s'intégrer dans le schéma national fondé sur une organisation régionalisée.

La DRSP accueillait 7130 détenus au 1<sup>er</sup> mai 1995, soit environ 13 % des détenus de métropole, moins que Lille, mais sans doute avec une capacité d'attraction régionale plus grande.

Sur le plan sanitaire, la région apparaît excédentaire en capacité hospitalière. Mais il s'agit de la région pénitentiaire où, avec Paris, le nombre de toxicomanes IV est le plus important, avec les conséquences que l'on sait notamment quant au poids des maladies infectieuses.

La création d'un poste de praticien hospitalier à la PHB et la dynamique que ce médecin a su créer à l'intérieur de l'établissement et au sein de l'AP de Marseille où elle est parfaitement reconnue par ses pairs, le réseau de santé publique existant désormais avec l'implication de l'ORS sur la santé en milieu carcéral, constituent un ensemble de compétences qu'il convient de reconnaître et de valoriser.

Plusieurs rapports de l'IGAS relatifs à la PHB<sup>69</sup> ont déjà formulé des propositions qui s'inscrivent parfaitement dans le schéma qui devrait maintenant être retenu, sous réserve cependant de la nouvelle donne constituée par la mise en place des UCSA.

**La dénomination de "prison-hôpital" ou "clinique médicale" des Baumettes doit être abandonnée**, ne correspondant en rien à la réalité de cette structure qui constitue une grande infirmerie dont le fonctionnement s'est considérablement amélioré ces dernières années, mais qui n'a pas vocation à accueillir des malades nécessitant une hospitalisation.

Pour lever toute ambiguïté vis à vis de l'administration pénitentiaire et de la préfecture de police, il est nécessaire de souligner que **la création d'une structure hospitalière à l'intérieur des Baumettes ne peut en aucun cas se justifier tant au niveau des besoins que du coût**. C'est d'autant plus vrai aujourd'hui, que la PHB, structure intermédiaire entre la détention normale et l'hôpital, vient se voir concurrencée par la mise en place des UCSA. La plupart des détenus se trouvant à la PHB, en particulier ceux ayant besoin avant tout d'un hébergement adapté -comme les dialysés, les insuffisants cardiaques, les personnes ayant des problèmes cardio-vasculaires-, ceux affectés en prévision d'une hospitalisation ou en retour d'hôpital, peuvent être pris en charge à l'intérieur des grandes Baumettes, dans des "lits-infirmiers" installés à proximité des infirmeries, garantissant des conditions satisfaisantes d'accessibilité, d'hygiène, de fonctionnalité, de présence des personnes médicales et de spécificités d'affectation des personnels de surveillance, à l'instar de ceux exerçant en SMPR. Les détenus qui bénéficieraient ainsi des activités, notamment culturelles et éducatives dont ils sont actuellement privés du fait de la séparation des bâtiments, feraient l'objet d'un suivi médical équivalent, mais dans le cadre de l'UCSA.

**Les détenus qui relèvent du court séjour doivent être accueillis dans l'unité sécurisée de l'hôpital Sainte-Marguerite, rénovée et agrandie à au moins 25 lits**. L'existence de l'unité sécurisée de Nice (que la mission n'a pas visitée et sur laquelle elle ne peut pas porter d'appréciation) doit être examinée par la mission commune DH/DAP, essentiellement pour étudier une alternative régionale pour de strictes raisons de sécurité.

<sup>69</sup> *Rapports de M. Grégoire, Dr Reynes, Dr Tchériatchoukine en 1987 ; de M. Grégoire, Dr Reynes, Dr Roquel en 1988 ; Dr Gubler et Dr Tchériatchoukine en 1991*

Les besoins en moyen séjour ne justifient pas, non plus, la vocation hospitalière de la PHB.

#### **4.4 La prise en charge des détenus en moyen séjour et en rééducation fonctionnelle**

Même si la carte sanitaire n'est pas applicable, en droit, aux établissements spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées (article L.711-10 du CSP), celle-ci peut constituer une référence pour définir les capacités de lits nécessaires.

Ainsi, selon l'indice global de besoins en lits d'hospitalisation de moyen séjour fixé par l'arrêté du ministre de la santé du 9 décembre 1988 (1 à 1,8 lits de moyen séjour/ 1000 habitants) et selon l'indice spécifique de rééducation fonctionnelle fixé au sein de cet indice global (0,3 à 0,5 lits/1000 habitants), le nombre de lits nécessaires, pour une population pénitentiaire estimée au 1<sup>er</sup> janvier 1995 à 51.709 détenus, devrait être compris entre **51 et 93 lits de moyen séjour, dont 16 à 26 lits de rééducation fonctionnelle** pour l'ensemble de la population carcérale. Compte-tenu de l'importance de la pathologie traumatique, c'est le chiffre le plus élevé qui devrait être retenu pour la rééducation fonctionnelle, soit 26 lits.

L'implantation de ces lits doit intégrer deux considérations : d'une part, être placés le plus près possible des détenus et de leur famille pour ne pas briser les liens encore existants, d'autre part éviter l'émiettement et constituer des unités fonctionnelles de taille suffisante pour avoir une certaine cohérence et des moyens adaptés. De ce point de vue, une unité inférieure à 6-8 lits ne paraît guère raisonnable.

On pourrait ainsi envisager que des lits de moyen séjour et de rééducation fonctionnelle soient implantés notamment à Lyon, à Marseille et à l'EHPNF. En appliquant les indices cités plus haut, on obtiendrait les capacités présentées dans le tableau ci-dessous :



**Tableau 15**  
**Besoins en lits de moyen séjour (MS) et de rééducation fonctionnelle (RF)<sup>70</sup>**

Région	Population incarcérée	Besoins théoriques MS (dont RF)	Moyens actuels MS (dont RF)	Capacités proposées MS (dont RF)
Région Sud -DR Marseille -DR Marseille + DR Toulouse	7.130 10.520	7 à 12 (dont 2 à 3) 10 à 19 (dont 3 à 5)	0 0	12 (dont 0)
DR Lyon	4.108	4 à 7 (dont 1 à 2)	0	7 (dont 0)
Autres régions, dont DR Paris	37.081	37 à 66 (dont 11 à 19)	32 (dont 16)	60 (dont 26)
Total	51.709	51 à 93 (dont 16 à 26)	32 (dont 16)	79 (dont 26)

En tenant compte des hypothèses énoncées ci-dessus, il ne paraît pas possible de disperser les lits de rééducation fonctionnelle, sans courir le risque d'aboutir à des unités non viables. De ce fait, la meilleure option serait de renforcer les capacités de l'EHPNF.

En revanche, une certaine déconcentration des équipements de moyen séjour traditionnel (soins de suite, notamment pour les malades atteints du sida) est possible, dans la région Sud notamment, surtout si celle-ci correspond à la fois à la DR de Marseille et à celle de Toulouse. La région lyonnaise se situe à la limite de faisabilité. La mission propose toutefois que des lits de moyen séjour puissent être créés dans ces deux régions compte tenu de l'importance des besoins non couverts à l'heure actuelle. Dans tous les cas, ces lits de moyen séjour - comme l'ensemble des lits spécifiquement affectés aux détenus- devraient être exclus de la carte sanitaire, ce qui nécessite une modification législative de l'article L. 711-10 du CSP dans le cadre d'un DMOS.

Les habitudes médicales étant ce qu'elles sont, il semble raisonnable de penser que l'envoi de détenus malades en provenance de la région de Toulouse vers la région de Marseille ne se fera que très progressivement. Aussi des capacités de 12 lits de moyen séjour à Marseille et de 7 lits à Lyon peuvent-elles être envisagées.

Se pose ensuite à Marseille le problème suivant : **faut-il implanter les lits de moyen séjour dans l'unité sécurisée de l'hôpital Sainte-Marguerite dûment agrandie, ou -par convention avec l'AP de Marseille- à la PHB proprement dite ?** Compte tenu du nombre

<sup>70</sup> *Les lits de rééducation fonctionnelle constituent un sous-ensemble des lits de moyen séjour.*

de lits proposés et de la difficulté de mettre à un niveau hospitalier -fût-il celui du moyen séjour- les équipements de la PHB, la mission propose de retenir la première solution.

Mais il conviendra de renforcer les UCSA des Baumettes et de Lyon, pour que la rééducation fonctionnelle en milieu pénitentiaire ne soit pas oubliée. Cela suppose des vacations assez nombreuses de kinésithérapie, l'organisation d'une consultation spécialisée de rééducation fonctionnelle et quelques équipements légers. Ces consultations pourront bénéficier aux personnes handicapées accueillies.

**Dans le schéma proposé, la PHB n'a plus de vocation médicale.** L'actuel bâtiment pourrait recevoir une autre affectation séparée de la structure principale de détention (centre de semi-liberté, SMPR, préparation à la sortie, maison d'arrêt pour femmes....) à concevoir par l'administration pénitentiaire. Le fonctionnement de cette structure serait aussi facilitée - comme cela a été évoqué localement - par la création d'un accès direct souterrain avec les grandes Baumettes, économe en personnel et présentant de meilleures garanties de sécurité que le système actuel de communication. Les personnels pénitentiaires qui ont acquis un grand savoir-faire dans leurs rapports avec les détenus-malades pourraient en priorité être affectés dans les UCSA et services rattachés.

#### **4.5 L'aménagement de lits infirmiers et de cellules adaptées à l'accueil des handicapés dans chaque région pénitentiaire**

L'articulation du schéma national autour de pôles régionaux conduit à assurer l'accueil des détenus handicapés et de ceux nécessitant un suivi infirmier dans chaque région pénitentiaire.

Le rapport de l'IGAS, réalisé en 1990, relatif à la prise en charge des handicapés, estimait le nombre des handicapés physiques présentant une absence d'autonomie ou une autonomie partielle à 1,2 pour mille détenus, phénomène marginal pour les établissements, mais le plus souvent mal réglé<sup>71</sup>.

Les réponses à ce problème, quantitativement peu important, mais correspondant parfois à des situations inacceptables, doivent maintenant être apportées, comme le proposait le précédent rapport. **Il existe un besoin en lits médico-sociaux susceptibles d'accueillir des handicapés-moteur sévères ou des personnes vieillissantes qui, en liberté, seraient admises en maison de retraite**, avec éventuellement section de cure médicale pour certaines personnes polypathologiques. Il faut préserver au maximum la proximité géographique de ces personnes avec leur entourage. l'accueil de ces personnes relèvent en tout état de cause de

<sup>71</sup> *Rapport du 9 novembre 1990 concernant la prise en charge des détenus handicapés dans les établissements pénitentiaires, établi par les docteurs Reynes et Roquel.*

la responsabilité pénitentiaire.

Pour les **handicapés autonomes** et ceux qui, partiellement autonomes, peuvent acquérir une autonomie par adaptation de leur lieu de vie, doit être désignée, dans chaque direction régionale, une maison d'arrêt qui comportera plusieurs cellules aménagées, proches de l'infirmerie et disposera des vacations nécessaires de professionnels de rééducation dans le cadre d'une convention avec un établissement hospitalier bénéficiant d'une dotation spécifique à cet effet. Plusieurs maisons centrales doivent également faire l'objet d'un aménagement de quelques cellules, une fois les besoins précisément définis par une enquête particulière.

Pour les **handicapés lourdement dépendants**, il convient de mettre aux normes d'accessibilité -douche, WC, cour de promenade, visites- quelques cellules aménagées du CP de Fresnes et des grandes Baumettes, situées à côté des UCSA et de permettre l'intervention d'une tierce personne pour assister le détenu handicapé. Le service de rééducation fonctionnelle de l'EHPNF -et notamment l'ergothérapeute qui y est attaché- peut jouer un rôle national de conseil pour ces aménagements.

Des "**lits-infirmiers**" quant à eux, devraient être disponibles dans tous les grands établissements et dans au moins une maison d'arrêt régionale (celle de la ville où est implantée l'unité sécurisée) pour accueillir les détenus en soins de suite ou qui nécessitent une surveillance particulière. Les cellules qui ont vocation à les accueillir doivent se situer à proximité de l'infirmerie, présenter des conditions d'hygiène suffisantes et intégrer, dans certains cas, un dispositif d'appel. Ce dispositif doit constituer un relais efficace pour éviter que les détenus hospitalisés ne séjournent trop longtemps dans les unités sécurisées hospitalières et puissent rejoindre rapidement, dans des conditions satisfaisantes, leur établissement d'origine. Le développement des UCSA devrait cependant permettre dans de nombreux établissements une meilleure surveillance infirmière pour les détenus en convalescence.

#### **4.6 La nécessité d'assouplir le régime de la suspension de peine ou de la garde hospitalière pour répondre à certaines situations particulières**

Il a été souligné (supra 2.3.1) combien les mesures de suspension et de fractionnement de l'exécution de la peine pour motif médical sont devenues très limitées dans leur champ d'application depuis le 1<sup>er</sup> mars 1994. Elles ne concernent que les détenus correctionnels n'ayant plus qu'un reliquat de peine d'une année au maximum. Seule la grâce vient pallier ce vide pour les personnes en fin de vie. En dehors de ces deux possibilités extrêmes, les conditions d'adaptation de la situation pénitentiaire à la situation médicale du détenu sont très restreintes.

S'il est nécessaire de se prémunir contre tous les abus et risques d'une extension des critères d'admission à la suspension de peine<sup>72</sup>, il conviendrait cependant de disposer d'une mesure pouvant s'adapter à des états pathologiques prévus nécessitant une hospitalisation, tout en évitant une garde policière inutile. Ainsi, un détenu criminel sous régime de confiance à Casabianda ne présentant pas de dangerosité actuelle doit-il aujourd'hui faire l'objet d'une garde policière à l'hôpital, malgré un état médical qui lui empêche toute mobilité. De même, a été cité le cas à la mission d'un grand brûlé nécessitant l'accueil dans un établissement très spécialisé pendant plusieurs mois. Pour répondre à de telles situations, deux possibilités sont envisageables :

- l'une, par voie de circulaire interministérielle<sup>73</sup>, ne concernant que l'escorte policière, permettant au Préfet, après avis du directeur régional, ou de l'administration centrale de l'administration pénitentiaire selon la catégorie de détenu, d'alléger ou de supprimer toute garde hospitalière permanente dans des cas particuliers tels qu'évoqués plus haut ;
- l'autre, qui implique une modification législative de l'article L-720-1 du CPP, élargissant les conditions d'application à tous les détenus - sauf période de sûreté - ou condamnés pour certaines catégories d'infraction, en renforçant dans ce cas les critères médicaux d'admission à la mesure (pronostic vital menacé, handicap moteur gravement invalidant...). Des décisions de permission de sortir ou de libération conditionnelle pourraient être envisagées dans les mêmes conditions.

Dans cette réflexion sur l'adaptation du régime pénitentiaire, devrait être étudié également le recours à la technique du bracelet électronique qui pourrait permettre de contrôler la présence du détenu dans un service hospitalier ou de moyen séjour sans assurer directement les contraintes de garde.

<sup>72</sup> Dans le cadre de l'article D. 386, 2<sup>ème</sup> alinéa du CPP.

<sup>73</sup> Il convient en effet d'éviter que certains détenus, en particulier ceux appartenant à la criminalité organisée, ne profitent de mesures qui ne seraient pas seulement justifiées par des considérations strictement médicales. Il est nécessaire de mettre en place des mesures de contrôle, par exemple de contre-expertise à l'initiative du parquet alerté par l'administration pénitentiaire.

## 5<sup>ème</sup> PARTIE : LE DEVENIR DE L'EHPNF

Il a été demandé à la mission de réfléchir à l'intégration de l'EHPNF dans le schéma national d'hospitalisation.

La mission s'est prononcée pour le **maintien de la structure hospitalière actuelle**, compte tenu de son poids effectif dans l'accueil des détenus hospitalisés -2200 détenus ont été accueillis à l'EHPNF en 1994 sur un nombre total de 6000 hospitalisations-, ainsi que de la qualité de la plupart des équipes en place (cf supra). A cinq ans, l'hôpital devrait être en mesure d'accueillir 3000 hospitalisés par an.

Toutefois, l'organisation de la structure avec ses 206 lits doit être revue. L'évolution des dispositions juridiques qui cadrent la dispensation des soins aux détenus permet d'envisager aujourd'hui **une nouvelle mutation de l'EHPNF**. De même que la responsabilité et l'organisation des soins ont acquis leur indépendance au sein de la prison par rapport à la responsabilité de surveillance, il est cohérent de rompre avec le statut hybride de l'EHPNF et de **rendre la mission de soins première, par rapport à la mission de surveillance et de sécurité**.

L'écoute des différents intervenants a convaincu la mission qu'une nouvelle étape doit être franchie pour que l'EHPNF ne reste pas "au milieu du gué" de la réforme des soins en milieu carcéral.

**La prison-hôpital devient "hôpital sécurisé"** : l'hôpital de Fresnes accueille des malades et du fait de la qualité de détenu de ces derniers, une fonction de garde doit être assurée par l'administration pénitentiaire dans des conditions identiques à celles d'aujourd'hui.

L'orientation préconisée est la même que dans les unités sécurisées régionales prévues dans certains CHR-U. Si l'on développait cette logique jusqu'à son terme dans le cas de l'hôpital de Fresnes, il reviendrait à la police, conformément aux articles D. 386 du CPP et 26 du décret du 14-01-1974, d'assurer la garde dans cet hôpital. Cependant, pour des raisons historiques et fonctionnelles, compte tenu du nombre de personnes à garder et du mode d'organisation que cela implique, il convient de **maintenir la responsabilité pénitentiaire de la surveillance. Le ministère de l'intérieur est donc exonéré, dans ce dispositif très particulier, d'une lourde charge.**

Dans le cadre d'une étude comparative sur quelques systèmes étrangers de dispensation des soins aux détenus pour le CNEH<sup>74</sup>, Christine Thayer indique que partout se manifeste le souci d'améliorer la qualité des soins aux détenus : le principe d'équivalence des soins avec la population générale va de pair avec un **plus grand professionnalisme dans l'exercice des fonctions de soins et une indépendance croissante des soins par rapport à la surveillance**. En général, l'hospitalisation pour raison somatique peut avoir lieu dans le réseau hospitalier public, mais il existe parallèlement des établissements hospitaliers pénitentiaires spécialisés :

- deux structures en Espagne, à Madrid (153 lits) et à Valence (nouvelle unité de 184 lits ;
- une structure de 30 lits à Saint Gilles, en Belgique ;
- une structure de 26 lits à Scheveningen, près de La Haye ;
- un hôpital pénitentiaire à Copenhague, au Danemark ;
- enfin, au Canada, auquel s'ajoute l'accès au secteur hospitalier public pour les interventions majeures, il existe un hôpital pénitentiaire par région.

A contrario, il n'existe pas de structures de soins spécialisées en Suède : 115 lits sont répartis entre 10 hôpitaux. Et au Royaume-Uni, des locaux sont aménagés dans les prisons ; la structure aménagée à Brixton (prison de Londres) compte 225 lits.

Ces différents exemples confirment l'adaptation empirique d'un système dual, qui conjugue structure spécialisée et réseau hospitalier public, sans toutefois permettre de conclure sur les tailles et les complémentarités optimales.

Après avoir proposé les principaux axes du projet médical de l'EHPNF et leurs conséquences médico-techniques, le rapport analysera les options envisageables en terme de réorganisation de l'EHPNF, ainsi que leurs conséquences sur le statut, la gestion, le budget et la répartition des responsabilités.

## 5.1 Le projet médical

### 5.1.1 Les objectifs et les axes proposés

Les objectifs proposés pour le projet médical sont avant tout :

- de mieux répondre aux besoins de santé des détenus, relevant de sa compétence ;
- d'augmenter la qualité des prestations fournies par l'établissement ;
- et d'assurer l'indépendance des soins vis-à-vis de la surveillance pénitentiaire.

<sup>74</sup> *La santé en milieu carcéral : étude des pratiques de huit pays -Christine Thayer- décembre 1994- CNEH/D.828*

Les axes envisagés pour y parvenir sont au nombre de quatre.

1 - Il s'agit tout d'abord de **faire en sorte que l'EHPNF réponde à près de 80 % des besoins actuels d'hospitalisation de la DR de Paris** et des zones adjacentes des autres DR (Seine-Maritime, Somme par exemple). Pour cela, il faut :

- améliorer son plateau technique ;
- mieux répondre à des besoins insuffisamment couverts (moyen séjour, rééducation fonctionnelle, soins intensifs, consultations spécialisées, soins palliatifs) ;
- permettre à l'établissement d'améliorer sa productivité en augmentant le taux de rotation des lits de court séjour.

2 - Il convient ensuite de **dissocier les problèmes d'hébergement ou de transferts d'ordre pénitentiaire des aspects sanitaires à la charge de l'assurance maladie**. Cette condition impose :

- d'ouvrir un secteur d'hébergement pénitentiaire séparé des lits d'hospitalisation ;
- de régler le problème du greffe et des transfèvements.

3 - Il est impératif **d'assurer des liens fonctionnels étroits entre l'EHPNF et les établissements de santé responsables des UCSA** dans la région parisienne (notamment Bicêtre et Cochin) ainsi qu'avec les UFR correspondantes, afin de tresser des liens avec l'université :

- les praticiens des hôpitaux responsables des UCSA devraient envoyer à l'EHPNF les malades à hospitaliser en service sécurisé que l'EHPNF a les moyens de traiter ;

- inversement, l'EHPNF devrait adresser en priorité à Bicêtre et à Cochin tous les malades qu'il ne peut pas prendre en charge sur place pour une consultation spécialisée, un acte technique ou une hospitalisation spécialisée (neurologie, neurochirurgie, hématologie, etc...). Ce n'est que lorsque ces établissements ne sont pas équipés pour accueillir les malades de l'EHPNF que ceux-ci pourraient être dirigés vers un autre établissement de l'AP-HP.

4 - Enfin, il faut améliorer **l'image de marque et l'information sur l'EHPNF, développer ses compétences propres** et mieux les faire connaître aux équipes des UCSA, en relation avec les établissements de Cochin et de Bicêtre et leurs UFR. Il serait essentiel que des organismes de recherche, tels que le CNRS, l'INSERM, l'INRS... soient approchés, afin de développer la recherche sociologique, épidémiologique, médicale, scientifique etc... sur le milieu carcéral et la pathologie de l'exclusion.

En revanche, il serait illusoire de croire que la durée de séjour de l'EHPNF pourrait spontanément se normaliser, comme si les détenus étaient des habitants d'une région prospère bien médicalisée, susceptibles de sortir de l'hôpital aussitôt que l'hospitalisation n'est plus médicalement nécessaire : le niveau de médicalisation et la qualité de l'hébergement sont trop faibles en prison pour que l'on puisse faire sortir les malades de l'hôpital aussi rapidement qu'à l'ordinaire.

### 5.1.2 Les éléments du projet médical

Dans un premier temps, il faut envisager une réaffectation des lits et un renforcement de certains moyens, pour permettre les objectifs ci-dessus mentionnés. Ces changements devraient permettre :

- un renforcement du service d'accueil ;
- une diversification des consultations spécialisées, en relation avec les établissements responsables des UCSA ;
- une modification de la répartition des lits entre le moyen séjour et le court séjour, et -à l'intérieur de ce dernier- entre la chirurgie et la médecine ;
- la création de postes et de séances de soins de haute technicité (dialyse, extracteurs d'oxygène, pompes implantables pour diabétiques insulino-dépendants, chimiothérapies) dissociés de l'hébergement.

#### 5.1.2.1 Le renforcement du service accueil

Celui-ci reçoit, dans des **locaux exigus**, tous les détenus (2546 en 1994) qui sont adressés à l'EHPNF -qu'ils soient ou non hospitalisés- à l'exception des femmes détenues (260 en 1994) et de certains malades de moyen séjour ou de rééducation fonctionnelle directement adressés dans ces services. Le personnel, placé sous la responsabilité d'un PH temps partiel également chargé des malades atteints de pathologie infectieuse, est composé d'un infirmier temps plein et d'un médecin assistant généraliste temps plein. La présence récente de ce personnel a représenté un indéniable progrès.

Il est indispensable d'aménager des locaux plus vastes, afin que plusieurs malades (et notamment les femmes) puissent être accueillis simultanément et que l'examen d'un malade ne vienne pas gêner les gestes thérapeutiques urgents pratiqués sur un autre patient. Une secrétaire médicale serait nécessaire pour alléger la tâche de l'infirmier.



De surcroît, ce service devrait être pourvu de brancardiers : il est arrivé en effet que des détenus atteints d'une affection coronarienne ou pulmonaire en phase aiguë, déjà menotté et parfois entravé, soient obligés de porter leur paquetage.

#### 5.1.2.2 La diversification des consultations spécialisées

De nombreuses consultations spécialisées sont d'ores et déjà organisées à l'EHPNF. Il serait souhaitable de revoir progressivement leur organisation avec les établissements responsables des UCSA (Cochin et Bicêtre) pour que s'établisse peu à peu un véritable réseau de soins. Inversement, les médecins de l'EHPNF pourraient participer à des consultations spécialisées à l'intérieur des établissements pénitentiaires.

Il manque ainsi à l'heure actuelle une **consultation avancée de cancérologie**, notamment pour établir les chimiothérapies et les contrôler. En outre, les consultations de **psychiatrie** effectuées par le SMPR installé au CP de Fresnes devraient être renforcées, au mieux une antenne du SMPR pouvant être installée dans l'hôpital. Compte tenu des effectifs médicaux dont bénéficient les CHS, on n'imagine pas que cette affectation se fasse autrement que par redéploiement.

#### 5.1.2.3 L'augmentation des capacités de moyen séjour et rééducation fonctionnelle, le problème des lits de long séjour

Le service de moyen séjour-rééducation fonctionnelle comprend 32 lits (16 de moyen séjour et 16 de rééducation fonctionnelle). Son taux d'occupation est de 99,4 %. Il apparaît donc saturé et le délai d'attente pour y être admis retentit sur l'occupation et la durée de séjour des autres services de médecine et surtout de chirurgie (orthopédique notamment).

Ce service a reçu, en 1993, 214 personnes (126 pour le moyen séjour, 88 pour la rééducation fonctionnelle) et, en 1994, 259 (124 moyen séjour, 135 rééducation fonctionnelle) soit une augmentation de 53 % pour cette dernière discipline. Les principales pathologies concernées sont :

- pour le moyen séjour : l'endocrinologie (41 % des cas), le VIH (21 %), la cancérologie (11 %), la pneumologie (12 %), la cardiologie (9 %) ;
- pour la rééducation fonctionnelle : la traumatologie (74 % des cas), la neurologie (21 %). Près d'un tiers des malades viennent directement de l'extérieur de l'EHPNF (71 % d'Ile de France, 29 % des autres régions).

Selon les besoins en moyen séjour et rééducation fonctionnelle estimés dans le chapitre précédent, ce serait **environ 60 lits** (34 lits de **convalescence-moyenséjour**, 26 lits

de **rééducation fonctionnelle**) qui devraient être assurés à l'EHPNF, et le recrutement d'un médecin spécialiste supplémentaire pour la rééducation (0,5 etp) et le moyen séjour (0,5 etp) devrait être envisagé. En outre, le service de rééducation fonctionnelle pourrait être autonomisé.

En revanche, n'a jamais été évoqué devant la mission le cas de personnes relevant du **long séjour**, telles qu'on les voit habituellement dans les hôpitaux, à savoir des personnes âgées ayant perdu leur autonomie de vie, souvent démentes et incontinentes.

#### 5.1.2.4 La réduction simultanée du nombre de lits de court séjour

Les services de court séjour doivent être réorganisés tant dans leur capacité, que dans leur installation et leur équipement. D'une façon générale, l'équipement des lits de court séjour ne devrait plus comprendre que des **lits équipés des fluides médicaux** (oxygène, vide) **et pourvus d'un dispositif d'appel**.

- En chirurgie

Il existe à l'heure actuelle 70 lits de chirurgie, répartis entre la chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et l'ORL. Faute de véritable réanimation polyvalente, un certain nombre d'interventions lourdes ne peuvent être réalisées à l'EHPNF. En outre, aux dires mêmes des chefs de service de chirurgie, l'occupation des lits de chirurgie n'est pas optimale et les durées de séjour sont allongées par l'insuffisance actuelle des lits de moyen séjour. Aussi serait-il envisageable de diminuer la capacité des lits de chirurgie dès lors que ceux-ci pourraient tourner plus vite, grâce à l'accroissement des lits de moyens séjour et de rééducation fonctionnelle, grâce à un renforcement des soins intensifs, et enfin grâce aux places d'hébergement (cf infra).

Il paraît réaliste de retenir une **capacité future de 50 lits**.

- En médecine

Les lits de court séjour de médecine sont répartis en 3 services : un service de médecine générale à orientation gastro-entérologique, maladie infectieuse, endocrino-diabétologie, rhumatologie, hématologie, qui accueille également les dialysés ; un service de cardiologie, pneumologie, neurologie et dermatologie, enfin un service de médecine polyvalente de 33 lits pour femmes.

**Les lits correspondant à l'accueil des maladies infectieuses, et donc des malades atteints de sida, d'hépatite ou de tuberculose, devraient voir leur nombre augmenter** pour assurer la pratique régulière des bilans, comme pour mettre en oeuvre les traitements

nécessaires. En revanche, les autres lits de court séjour, qui peuvent être momentanément encombrés par des malades de moyen séjour, par des dialysés<sup>75</sup> (jusqu'à 12 à la fois en 1995) ou par des patients suivant un traitement qui ne nécessite pas pour autant habituellement d'hospitalisation permanente (insuffisants respiratoires chroniques sous extracteurs d'oxygène, diabétiques au traitement équilibré, séances de chimiothérapie...) devraient voir leur **nombre réduit**, tout en augmentant leur turn-over. Ceci permettra de faire effectuer des bilans diagnostiques complets et rapides pour les détenus de la région parisienne au lieu de multiplier les consultations dispersées.

Par ailleurs, compte tenu de l'aggravation des pathologies infectieuses (16 décès en prison en 1994 pour ces pathologies, cf supra) et de la régulière survenue de décès de cancéreux (8 décès en prison en 1994, cf supra), il apparaît nécessaire de prévoir **une ou deux places de soins palliatifs** non individualisées, pour les fins de vie. En effet, même si l'on peut espérer que les mesures de grâce et de libération conditionnelle permettent à plus de sidéens et de cancéreux en phase terminale de mourir dans leur famille ou dans les structures hospitalières normales, il est évident qu'un certain nombre de détenus isolés -sans famille ou étrangers, démunis de ressource ou impossibles à libérer pour des raisons diverses- ne pourront trouver de réconfort en fin de vie qu'au sein d'une structure hospitalo-pénitentiaire. Un ou deux lits pourraient être réservés à cette fonction. Une formation adéquate des personnels devrait alors être assurée et un réseau institué avec l'AP-HP.

L'avenir des **lits de femmes** mérite d'être discuté : en effet, à l'exception des disciplines médicales réservées par nature à celles-ci (gynécologie, obstétrique), on n'individualise plus désormais à l'hôpital des services distincts. Or, à l'EHPNF, il existe un service pour femmes de 33 lits (dont 1 lit pour "passagère", 1 pour handicapée, 2 pour soins intensifs et 2 bloqués pour des détenues "classées"), dirigé par un PH temps plein assisté d'une assistante associée temps plein, qui s'occupe également de l'unité de dialyse. Cette séparation hommes-femmes est prévue dans le CPP (article D.248) pour tous les établissements pénitentiaires. Mais il semble logique de la remettre en cause à l'hôpital, d'autant qu'elle est absente dans les unités sécurisées.

Ce service a connu, en 1994, 287 entrées, dont 115 pour des raisons gynéco-obstétricales (19 causes gynécologiques, 12 IVG, 67 surveillances avant ou après accouchement et 17 entrées de bébé accompagnant leur mère). Les lits ne sont pas saturés et la durée de séjour y est particulièrement longue (42 jours), cette situation s'expliquant par le nombre de grossesses à risque, notamment chez des détenues toxicomanes séropositives, mais aussi par la crainte des établissements pénitentiaires devant toute grossesse. Les accouchements n'ont toutefois pas lieu à l'EHPNF, mais à l'Hôtel Dieu, choix que l'on peut

<sup>75</sup> Le nombre de séances de dialyse a considérablement augmenté ces dernières années (315/ an en 1985, 353 en 1987, 505 en 1989, 658 en 1991, 879 en 1993 et 1106 en 1994) et rien ne permet de penser que cette tendance s'inversera.

regretter, ce dernier établissement ne disposant pas d'un service de réanimation néo-natale, outre les remarques déjà effectuées sur la salle Cusco.

S'il paraît raisonnable de prévoir à l'avenir une petite unité de gynécologie-obstétrique d'environ 6 lits (en n'acceptant que les grossesses à risque ou les suites de couche posant un réel problème médical, et en diminuant de moitié la durée de séjour), il convient en revanche de revenir à une stricte logique hospitalière pour les autres types de malades : les femmes souffrant d'une pathologie infectieuse doivent être admises dans le service d'infectieux, les patientes nécessitant une intervention doivent être admises en chirurgie, et les 2 places de soins intensifs doivent être réunies aux autres. Au total, en tablant sur une harmonisation de la durée de séjour avec celle des hommes, le nombre de lits nécessaire est de 8, qui pourraient être ventilés en 3 lits de chirurgie et 5 de médecine, soit une réduction finale de 33 lits de femmes à 6 lits de gynéco-obstétrique, 3 de chirurgie, 5 de médecine.

#### 5.1.2.5 Le problème des soins intensifs ou d'une réanimation polyvalente

Les 6 lits de soins intensifs (pour hommes) ont reçu près de 400 malades en 1993. Ces patients sont à 62 % des malades "médicaux" (cardiologie, pneumologie, infectieux, diabètes décompensés, cancérologie..) et à 38 % des malades "chirurgicaux". L'équipement limité (notamment en respirateurs), un personnel médical et paramédical trop peu nombreux obligent à transférer notamment certains sujets nécessitant une ventilation assistée, les personnes pouvant avoir besoin d'un scanner cérébral urgent, d'une artériographie ou d'un geste de chirurgie vasculaire...

La question qui se pose est donc de **savoir s'il faut ou non renforcer le service afin de le rendre plus efficace**, étant bien entendu, qu'il conviendrait, quoi qu'il arrive de regrouper les 2 lits de soins intensifs de femmes dans la même unité.

A l'heure actuelle, l'absence de service de réanimation ne permet pas de garder longtemps un malade intubé et ventilé et limite donc considérablement les possibilités de prise en charge des patients de médecine et de chirurgie à l'EHPNF. Toutefois, la mise à niveau du service pour en faire un véritable service de réanimation polyvalente impose un saut qualitatif et quantitatif trop élevé pour un établissement de cette taille. Compte-tenu des besoins de la population carcérale, la mission estime qu'un renforcement des équipements de ventilation et le recrutement d'un anesthésiste-réanimateur et/ou d'un réanimateur médical, seraient en revanche souhaitables.

#### 5.1.2.6 Les soins de haute technicité, ne nécessitant pas d'hospitalisation continue

Il s'agit de créer un service de soins de jour, sorte de "kiosque" dans lequel seraient implantés les postes de dialyse<sup>76</sup>, ou dans lequel les détenus pourraient bénéficier d'une chimiothérapie et d'une aide logistique pour l'utilisation de certaines techniques (extracteurs d'oxygène, oxygène liquide, pompes implantables, stylos injecteurs etc...). Les besoins - même s'ils ont tendance à augmenter régulièrement- peuvent varier d'un moment de l'année à un autre, selon le nombre de personnes sous dialyse incarcérées. Une convention pourrait être passée avec l'AURA -association de dialyse à domicile- et avec l'ANTADIR -association nationale s'occupant des insuffisants respiratoires- afin que ces associations mettent à disposition des détenus, par ailleurs hébergés dans le pôle d'hébergement (cf infra), les équipements nécessaires et en assurent la maintenance.

Au total, les propositions concernant les capacités en places et lits hospitaliers peuvent être résumées dans le tableau ci-dessous :

<sup>76</sup> *Aménagement type "dialyse en centre" pour certains, "autodialyse" pour d'autres.*

Tableau 16

## Répartition des lits à l'EHPNF

Catégorie de lits	répartition théorique actuelle*	répartition proposée
<u>Court séjour</u>		
-chirurgie	82	50
-médecine	83	60
(hommes)	(52)	
(femmes)	(31)	
-gynéco-obstétrique	0	6
-soins intensifs	6(hommes) + 2(femmes) = 8	10
-dialyse	3	
<u>Moyen séjour</u>	30	60
-soins de suite	(15)	(34)
-rééducation fonction.	(15)	(26)
<b>Total lits hospitaliers</b>	<b>206</b>	<b>186</b>
<u>hébergement</u>	0	20 à 30
<u>places dialyse, soins de haute technicité etc...</u>	0	dont 8 à 12 dialysés
<b>Total lits</b>	<b>206</b>	<b>206 à 216</b>

(Source : commission de surveillance EHPNF 1994 ; rapport d'activité 1993 et projet médical 1994).

\* les chiffres étant différents selon les sources, la mission a retenu une hypothèse moyenne.

### 5.1.3 Le renforcement du plateau technique

#### 5.1.3.1 Le laboratoire

Bien qu'en sous-activité (121.459 examens et 3.671.862 B en 1994), il bénéficie d'un équipement en automates satisfaisant, et assure de nombreuses techniques. Un des PH qui s'en occupe partage son activité entre l'EHPNF et le laboratoire d'hématologie de Bicêtre, l'autre PH entre l'EHPNF et le laboratoire de bactériologie de Bichat. Pour certains types d'examens, le laboratoire a une très grosse expérience (recherches de BK, hépatites, VIH...) Le personnel est compétent mais le service ne tourne pas à plein.

Le problème est celui de la place qui ne permet ni un fonctionnement ni des pratiques optimales. C'est aussi celui de la rentabilisation de la structure. A l'heure actuelle, Fleury-Mérogis envoie ses examens dans un laboratoire privé, qui a procédé de ce fait à des investissements. Le directeur de Fleury se dit prêt à terme à travailler avec Fresnes, si une

coordination est organisée.

### 5.1.3.2 Les explorations fonctionnelles

Il n'y a pas de service d'exploration fonctionnelle. La réalisation des examens a lieu dans les services cliniques. C'est ainsi que sont réalisés échocardiographie, Doppler, ECG, ECG d'effort, Holter, endoscopies digestives ou pulmonaires, épreuves fonctionnelles respiratoires, lavages broncho-alvéolaires, EEG, EMG, ponction biopsie hépatique etc...

Comme pour l'imagerie, un des besoins les plus aigus serait celui de la présence régulière -et non seulement à la demande, comme cela a déjà eu lieu- d'un **ingénieur biomédical**, qui serait chargé de coordonner les demandes, de prévoir la maintenance, de réceptionner les équipements, etc... Là encore, des liens étroits avec Bicêtre devraient permettre de résoudre des problèmes tels que ceux rencontrés pour le laser d'ophtalmologie, qui n'a pu être mis en marche, alors qu'il a été livré.

### 5.1.3.3 Le service d'imagerie

En 1994, l'activité de radiologie conventionnelle a été de 161.000 Z et de 7174 actes, auxquels il convient d'ajouter 19.160 K en échographie. Les actes de radiologie interventionnelle (angiographie périphérique, coronarographie...) sont effectués à l'extérieur de l'établissement (hôpital Broussais, hôpital Boucicaut) ; ces actes sont jusqu'ici trop peu nombreux, pour que l'on songe à implanter cette technique à l'EHPNF. Il n'en est pas de même du scanner. La mission est d'avis que **l'implantation d'un scanner à l'hôpital de Fresnes doit être envisagée**. Elle répond à un besoin croissant et permet de réduire des charges d'escorte importantes.

#### *Le scanner*

*A l'heure actuelle, les examens scannographiques prescrits aux malades de l'EHPNF sont effectués dans les hôpitaux de l'AP-HP (Henri Mondor, Antoine Béclère, Bicêtre essentiellement) et à l'Hôpital de la cité Universitaire.*

#### les besoins

*En 1984, selon le chef de service de radiologie, ces examens étaient au nombre de 354 pour l'EHPNF, auxquels il convient d'ajouter les 86 du CP de Fresnes et les 9 de la Maison d'arrêt des femmes, au total 449. Il faut cependant signaler que les cliniciens de l'EHPNF s'autocensurent dans leur prescription, par rapport à ce qu'ils prescriraient dans des circonstances analogues au sein d'un autre établissement, par suite des difficultés qu'ils rencontrent à obtenir une escorte dans des délais acceptables, lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence. Le chef du service de médecine générale à orientation cardiologique et pneumologique, estime que le nombre d'examen scannographiques serait immédiatement doublé si l'EHPNF disposait d'un scanner. En outre, les examens de Fleury (environ 200) et des autres établissements pénitentiaires de la région parisienne (au moins*

100 ?) pourraient y être effectués c'est donc **environ 1100 examens scannographiques** de détenus qui pourraient être effectués à Fresnes, si le regroupement d'examens était organisé<sup>77</sup>.

On est évidemment loin des seuils habituels d'activité des scanners autorisés dans le cadre de la carte sanitaire. Selon l'arrêté du 3 février 1993 (J. O. du 11 février 1993), l'indice des besoins de scanners est fixé à "un appareil pour un nombre d'habitants d'au moins 110.000, plus un appareil par tranche d'au moins 1500 lits actifs autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique en Centre hospitalier régional". La population carcérale de la DR de Paris étendue, soit environ 20.000 personnes, n'aurait pas droit -si l'on appliquait ces indices- à un appareil.

Cependant l'article L. 711-10 du code de la santé publique précise : "un ou plusieurs établissements d'hospitalisation publics peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées... Les dispositions du chapitre II ( traitant de la carte sanitaire, du schéma d'organisation sanitaire et des autorisations) ne leur sont pas applicables... " .

Quel que soit le statut juridique futur de l'établissement, on ne peut appliquer à l'implantation d'un équipement lourd en milieu pénitentiaire les mêmes règles qu'à l'extérieur. On ne se trouve pas en effet dans un univers concurrentiel où la demande est modulée ou créée par une offre de soins envahissante. En prison, la demande est -comme on l'a vu- limitée, et l'offre contingente. Aussi, les risques d'une multiplication des actes pour rentabiliser un équipement, telle qu'on la redoute parfois dans le secteur privé, ou ceux d'une hausse ininterrompue des plateaux techniques, comme on peut la voir dans les établissements publics, ne sont-ils pas à craindre.

#### les coûts

Il convient de comparer le coût d'un examen scannographique pour un détenu selon qu'il pourrait être pratiqué à l'intérieur de l'EHPNF ou à l'extérieur de l'établissement.

#### - à l'EHPNF

L'implantation d'un scanner à l'EHPNF suppose un aménagement des locaux dont le coût n'est pas chiffré, mais que l'on évaluera, par analogie avec d'autres dossiers, à une somme comprise entre 1 et 2 MF, l'achat d'un appareil de classe 2 ou 3<sup>78</sup>, dont le prix d'achat est d'environ 3 MF et l'affectation d'une secrétaire médicale (environ 150.000 F par an charges comprises). Le nombre de manipulateurs du service (6) est à l'heure actuelle suffisant, et les médecins pensent pouvoir effectuer ces examens au cours de leurs horaires de travail.

Compte-tenu de ces chiffres, si l'on table sur la durée d'amortissement du scanner prévue par l'arrêté du 27 septembre 1994 (7 ans), le prix de revient d'un examen, en y incluant les produits consommables, se situerait entre 900 et 1000 F, pour une activité probable de 1100 examens annuels.

<sup>77</sup> Il est bien évident que l'économie en escorte ne porterait que sur les examens effectués à l'EHPNF et au CP de Fresnes.

<sup>78</sup> Si l'on envisage un scanner de classe 4 -comme cela peut paraître logique techniquement parlant- le coût d'investissement s'en ressentira.



- à l'extérieur

*Selon l'arrêté du 14 février 1994 (J.O. du 16 février) portant cotation provisoire des actes de scanographie, la rémunération des médecins est fixée à Z19 (208,05 F), tandis que le montant du forfait technique rémunérant le fonctionnement de l'appareil s'élève -pour les scanners installés antérieurement au 1<sup>er</sup> août 1991- à 470 F si l'appareil est amorti, 665 F si le scanner n'est pas amorti, -pour les scanners, implantés après cette date- le montant du forfait technique dépend de la classe à laquelle appartient l'appareil, classe déterminée par ce même arrêté. Le forfait varie entre 620 et 695 F au dessous d'un certain nombre d'examens annuels également déterminée par l'arrêté et croissant avec la classe de l'appareil (de 4140/AN avec un appareil de classe 1 à 7160/an avec un appareil de classe 6) et tombe à 375 F au-delà de ce nombre.*

*En moyenne, le tarif du scanner proprement dit est donc d'environ 850 F.*

*Mais, au coût de l'examen effectué à l'extérieur de Fresnes s'ajoute, dans plus de la moitié des cas<sup>79</sup> pour les détenus, le coût du transport en ambulance privée (en moyenne 750 F sur les trajets habituels) et de l'attente de cette même ambulance durant l'examen (250 F par heure d'attente), ainsi que le coût de l'escorte.*

*Or, cette escorte est -dans 50 à 70 % des cas<sup>80</sup>- de type n°1 (2 personnels pénitentiaires en sus du chauffeur, ici remplacé par l'ambulancier) et dans 30 à 50 % des cas de type n° 2 (2 personnels pénitentiaires en sus du chauffeur et 2 motards de la police) ou exceptionnellement n° 3. Chaque escorte dure une demi-journée environ ; du moins, il n'apparaît pas possible d'affecter à une autre tâche cette escorte pendant une demi-journée. Compte tenu du nombre d'examens demandés actuellement pour l'EHPNF et le CP de Fresnes (449) et de la répartition des escortes, ce sont environ 1300 demi-journées de fonctionnaires, soit -compte-tenu des récupérations- près de 3,5 équivalents temps plein (etp)/an qui sont affectés à ce travail. Le coût annuel moyen de ces personnels de surveillance étant de 166.000 F/personne, le surcoût par examen est d'environ 1290F.*

*Au total, le coût d'un examen scannographique effectué en dehors de Fresnes se situe donc entre 2500 et 3000 F, sans que les détenus ne bénéficient des prescriptions de cet examen dans les mêmes proportions que la population générale, soit plus de 3 fois plus que ce qu'il pourrait être si l'EHPNF disposait d'un scanner, et alors que dans ce cas, ils pourraient avoir le même taux de prescription d'examens scannographiques que la population générale. Si l'on souhaitait avoir un doublement du taux de scanners sans implanter pour autant un appareil à Fresnes, le coût des escortes augmenterait d'autant.*

*En effet, dans l'hypothèse où l'examen est réalisé à Fresnes, plus on en fait, moins le prix de revient de l'examen est élevé<sup>81</sup> ; en revanche, si l'examen est effectué à l'extérieur, son prix reste identique. Si on doublait les examens actuellement effectués à Fresnes ( $449 \times 2 = \text{env } 900$ ), la dépense doublerait.*

*Ces résultats sont cohérents avec le nombre d'examens de scanner normalement prévus pour rentabiliser l'appareil (environ 4000/an pour les premières classes de scanner) : dans la mesure où l'examen coûte trois fois plus cher à l'extérieur de l'établissement, il est permis d'accepter un rendement environ 3 fois moins élevé.*

<sup>79</sup> 53 % des détenus devant subir un scanner ont été emmenés en ambulance privée au cours du premier trimestre 1995. Source EHPNF.

<sup>80</sup> Pourcentages différents selon que l'on se réfère aux statistiques de 1994 ou au premier trimestre 1995.

<sup>81</sup> Sauf pour les détenus venant d'autres établissements pénitentiaires que l'EHPNF, le CP de Fresnes et la MAF.

*Une partie de cette charge supplémentaire relevant de l'assurance maladie, l'autre partie de l'administration pénitentiaire ou de la police, il paraîtrait logique que l'EHPNF soit équipé d'un scanner et que le budget de l'Etat -et non l'assurance maladie- participe aux dépenses d'investissement de l'appareil.*

#### *l'implantation de l'appareil*

*Il avait été envisagé, pour mieux rentabiliser l'appareil, de partager un scanner mobile avec un autre établissement hospitalier d'Ile-de-France. Ce choix pose deux problèmes :*

- d'une part, Cet établissement resterait soumis à la carte sanitaire;*
- d'autre part, la dispersion des sites de travail (dans la cour de l'EHPNF et au 2<sup>o</sup> étage du bâtiment) risque de s'avérer coûteuse en personnel de surveillance et désorganisatrice, voire coûteuse en manipulateurs de radiologie. Enfin, cette solution ne permet pas de répondre aux urgences et pose des problèmes techniques.*

#### 5.1.3.4 La pharmacie

Ce service, qui assure la dispensation journalière individuelle nominative pour l'EHPNF, s'occupe également de la distribution des médicaments de la MAF et du CP. Il est dirigé par un pharmacien temps plein, assisté de 8 préparateurs en pharmacie dont un cadre, un secrétaire médico-administratif, un aide-pharmacien et un pharmacien attaché. Son fonctionnement est considéré comme satisfaisant par les autres services et par la direction. Son budget s'élevait en 1994 à 6.190.500 F, mais la dépense finale a été de 5.778 829 F, par suite d'une diminution du nombre de cures de chimiothérapie faites en 1994 par rapport à 1993. On observe en revanche une augmentation des dépenses de ligatures (+ 48 %) prothèses (+ 41 %) et pansements (+ 22 %). A noter la place considérable des psychotropes dans les achats de médicaments.

#### 5.1.4 La création d'un pôle d'hébergement

Elle constitue le pendant indispensable du recentrage de l'établissement vers sa vocation hospitalière. Si l'on veut en effet que les services cliniques et le plateau technique aient un fonctionnement de type hospitalier, il faut qu'une autre structure assume les tâches qui relèvent de l'hébergement.

Cette fonction correspond à deux aspects :

- d'une part, l'hébergement au long cours de malades bénéficiant d'un traitement chronique (dialyse, extracteurs, pompes...) mais qui ne seraient pas pour autant hospitalisés en permanence s'ils étaient libres : environ 15 places ;
- d'autre part les malades en instance de départ, mais dont les problèmes de transfèrement et la rationalisation des escortes entre établissements pénitentiaires retardent la sortie : entre 5 et 15 places.

Il serait donc nécessaire d'ouvrir entre 20 et 30 places d'hébergement bénéficiant d'un confort suffisant, de possibilités d'appel direct au service de garde de médecine et d'une accessibilité (au sens que l'on donne à ce terme dans les règles d'équipement et d'architecture en faveur des handicapés) convenable. Le médecin et le personnel de garde à l'EHPNF pourraient y accéder comme dans le reste de l'hôpital.

Mais il existe indéniablement, même s'il est modeste, un **besoin en lits médico-sociaux** susceptibles d'accueillir des handicapés moteurs sévères ou des personnes vieillissantes polyopathologiques (maison de retraite avec section de cure médicale). Ces places doivent-elles être installées à l'hôpital de Fresnes au risque de rompre les derniers liens de ces personnes avec leur entourage ? La mission ne le pense pas et préfère voir dans l'amélioration de l'accessibilité de quelques cellules et l'installation de lits infirmiers dans les UCSA -notamment celle du CP de Fresnes- une solution plus satisfaisante à ces problèmes, comme le suggérait déjà le rapport IGAS réalisé sur la question.

#### 5.1.5 *L'hospitalisation des gardés à vue de Paris à la salle Cusco*

Autant le rôle de Cusco pour l'hospitalisation des gardés à vue s'impose, du fait de sa proximité de la Préfecture de Police, autant celui de Quentin, soupape en cas de saturation à Cusco, apparaît peu rationnel. Mieux vaut affecter Cusco aux seuls gardés à vue, renvoyer ceux qui sont placés sous mandat de dépôt à l'EHPNF ou dans les services spécialisés de l'AP-HP, avec une orientation mieux ciblée et organisée de préférence sur l'hôpital Bicêtre. Il faut ensuite analyser si la capacité actuelle suffit aux besoins de la Préfecture de Police. La salle Quentin n'apparaît guère utile. A terme, l'extension de Cusco peut s'étudier avec les services de la Préfecture de Police. En tout état de cause, il est impératif de **doter la salle Cusco d'une présence médicale continue**, de niveau de chef de clinique ou de PH. Un poste à mi-temps est suffisant, sauf agrandissement de la structure.

Dans le cas des parturientes hospitalisées à Cusco, il apparaît très préférable d'envisager d'installer une chambre sécurisée dans l'une des maternités de l'AP-HP (Cochin ou Antoine-Béclère, compte tenu de la présence de jeunes mères toxicomanes, dont les grossesses sont à risque). On compte 15 à 20 naissances d'enfants de femmes détenues, par an sur la région parisienne.

Reste le cas des détenus sous radiothérapie : ils sont hospitalisés à Quentin, pour des durées longues, sans télévision ni sortie ni parloirs, dans des chambres en sous-sol... Il faut réfléchir à une autre prise en charge, avec l'EHPNF et les services concernés. Des extractions quotidiennes seraient plus conformes aux besoins du traitement, à moins qu'il ne soit décidé d'installer une ou deux chambres sécurisées dans des services spécialisés.

## 5.2 Propositions pour une nouvelle organisation

### 5.2.1 Le rattachement à l'AP-HP

La lettre de mission préconisait de réfléchir à l'avenir de l'EHPNF *"dans le cadre d'une association très étroite avec l'AP-HP, voire de son intégration au sein de celle-ci"*.

L'articulation du projet médical de l'EHPNF avec le schéma national d'hospitalisation lui confère **le rôle d'unité sécurisée de la région pénitentiaire de Paris, en plus d'une compétence nationale en matière de rééducation fonctionnelle et un rôle pilote en matière de recherche.**

Comme pour toute autre unité régionale, un rattachement de la fonction soins hospitaliers au centre hospitalier régional universitaire s'impose. Il revient donc nécessairement à l'AP-HP d'assurer la responsabilité des soins au sein de l'EHPNF.

En termes fonctionnels, il paraît plus réaliste d'envisager une coopération soutenue avec une communauté médicale déjà structurée, plutôt que d'imaginer un rapprochement avec les instances centrales de l'AP-HP qui risque d'être plus théorique que pragmatique.

Tant pour des raisons de gestion que de reconnaissance, il paraît donc préférable **d'associer les structures de l'EHPNF à un hôpital de l'AP-HP, avec un plateau technique large et des intérêts communs. Le groupe hospitalier de Bicêtre présente ces atouts**, et ajoute celui d'être partenaire UCSA du CP de Fresnes, et donc de réguler les consultations externes et les hospitalisations. De plus, Bicêtre est déjà partenaire de l'EHPNF pour les examens d'anatomo-pathologie, la transfusion sanguine et une partie des examens de scanner. Enfin, les antécédents historiques de Bicêtre en matière pénitentiaire lui confèrent une image cohérente avec cette nouvelle mission.

Bicêtre n'étant pas CISIH, des liens doivent être maintenus avec l'équipe d'Antoine-Béclère et celle de la Pitié-Salpêtrière, qui assurent les consultations avancées dans les prisons parisiennes. Mais l'hospitalisation doit s'effectuer à l'EHPNF, comme c'est le cas le plus fréquent aujourd'hui.

Un autre atout du partenariat avec Bicêtre porte sur l'appartenance à un seul CHU, un seul secteur universitaire, d'autant plus aisé à mobiliser pour le développement d'enseignement de référence sur la médecine en milieu carcéral.

### 5.2.2 Les options statutaires

Une fois posés les objectifs d'équivalence et de qualité des soins délivrés aux détenus ainsi que ceux d'indépendance de la fonction soins par rapport à la fonction surveillance, les principes de la mutation en hôpital sécurisé et du rattachement fonctionnel à l'AP-HP sont acquis.

**Mais de tels principes de rattachement de la fonction soins à l'AP-HP n'emportent pas conséquences statutaires : plusieurs options juridiques sont envisageables.**

La lettre de mission demandait de "*faire des propositions sur le statut juridique de cette structure qui paraissent le plus à même d'établir clairement le partage entre les responsabilités et les tâches de soins et de surveillance*" dans le cadre du rattachement à l'AP-HP.

**A ce souci de clarté du partage des responsabilités**, évoqué par beaucoup d'interlocuteurs, **s'ajoutent trois préoccupations** développées par les deux directions centrales concernées.

- La première porte sur **la taille de la structure**. 206 lits pour un hôpital de compétence générale est une dimension insuffisante, pour espérer rentabiliser un plateau technique performant et attirer de nouvelles compétences médicales de qualité.

- La seconde porte sur la **pertinence d'une tutelle directe exercée par une administration centrale ministérielle sur un établissement public**. Il est vrai que ce souci n'est que partiellement partagé par la direction de l'administration pénitentiaire, qui administre et gère directement le dispositif pénitentiaire. En revanche, la tutelle de la direction des hôpitaux n'intervient plus directement, mais par l'intermédiaire des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, auprès des établissements publics de santé. A l'exception de la tutelle directe -et conjointe avec la direction du budget- exercée sur l'AP-HP (10 % de l'hospitalisation générale), la direction des hôpitaux n'exerce plus de tutelle directe, même dans le cas des deux établissements nationaux -l'hôpital Saint-Maurice et l'hôpital des Quinze-Vingt- pour lesquels la tutelle a été déconcentrée.

L'administration pénitentiaire souhaite, quant à elle, maintenir un droit de regard sur la structure, pour la nomination du directeur notamment. Cette demande la conduit à préférer le maintien d'un statut d'établissement public, sous bénéfice d'inventaire<sup>82</sup>.

<sup>82</sup> Cf note du directeur adjoint de l'administration pénitentiaire, sollicitant une consultation juridique auprès de M. Guillaume, maître des requêtes, annexe 5-1.

- Enfin, les responsables des deux directions demandent **une obligation de résultats à l'AP-HP**. Il est impératif que l'AP-HP assume pleinement sa responsabilité de soins à l'EHPNF. Il faut que la communauté médicale et soignante se mobilise en faveur de son développement. Le dispositif à envisager doit donc être contraignant et irréversible pour l'AP-HP.

Compte tenu de ces préoccupations complémentaires, une expertise juridique a été demandée au maître des requêtes, Marc Guillaume. La note de conclusion, (annexe 5-2), identifie trois options statutaires :

- première option : le **maintien de l'établissement public EHPNF, avec signature d'une convention avec l'établissement public AP-HP** pour l'exercice des soins hospitaliers. Aucune modification de texte n'est nécessaire, sauf nécessité d'inscrire dans les décrets de l'AP-HP et de l'EHPNF l'obligation de convention ;

- deuxième option : le **maintien d'un statut d'établissement public administratif autonome, avec tutelle de l'AP-HP sur l'EHPNF**. L'EHPNF, en changeant de tutelle, changerait de catégorie d'établissement public. Une loi est nécessaire, pour modifier l'article L.711-10 du CSP. Ce montage d'une tutelle d'un établissement public sur un autre est original : le seul précédent est celui des Charbonnages de France et des Houillères de bassin. L'organisation de la tutelle serait prévue dans les décrets de l'AP-HP et de l'EHPNF ;

- troisième option : la **suppression de la qualité d'établissement public de l'EHPNF et son intégration à l'AP-HP**, avec une organisation spécifique prévue dans le décret relatif à l'AP-HP (R.716-3-1 à R.716-3-38 du CSP). Les décrets relatifs aux deux établissements publics devraient donc être modifiés.

La mission est d'avis que cette dernière option nécessiterait aussi de modifier, dans le cadre d'un simple DMOS, l'article L.711-10 du CSP : serait substituée à la notion d'"établissements d'hospitalisation publics" celle de "services" (au sens de l'article L.714-20 du CSP) ou celle d'"hôpital de l'AP-HP" au sens de l'article R.716-3-1 du CSP. **L'exclusion de la carte sanitaire** des lits spécifiquement réservés aux détenus serait donc maintenue et la possibilité d'affectation de personnels par le garde des sceaux, ministre de la justice, perdurerait. Si cette position des personnels pénitentiaires peut être validée juridiquement, elle ouvre des modalités d'exercice de la fonction pénitentiaire intéressantes (cf infra).

La synthèse des avantages et inconvénients de chacune de ces options est reprise dans le tableau suivant :

Tableau 17

## Avantages et inconvénients des options juridiques

<i>options statutaires</i>	<i>option 1</i> 2 EP* et un lien contractuel	<i>option 2</i> 2 EP* et un lien de tutelle	<i>option 3</i> 1 seul EP* = l'AP-HP
<i>contraintes juridiques</i>	décret et convention souple réversibilité	loi régime à la carte	loi(DMOS) et décrets adaptations possibles
<i>avantages</i>	<b>identité maintenue</b> parallélisme avec les UCSA équilibre des responsabilités et arbitrage du directeur	<b>identité maintenue</b> tutelles mixtes et équilibre des responsabilités <b>obligation de tutelle pour l'AP-HP</b>	<b>redéploiement de moyens</b> humains et financiers parallélisme avec unité sécurisée des CHRU <b>obligation de gestion AP-HP</b>
<i>inconvénients</i>	petite taille et risque de maintien d'un statut hybride <b>tutelle ministérielle directe et lourde</b> <b>dispositif non contraignant pour l'AP-HP</b>	complication juridique <b>pas de responsabilité de gestion pour l'AP-HP</b>	articulation délicate des responsabilités pénitentiaires <b>suppression statut EP*</b>

\* EP : établissement public

D'ores et déjà, la mission est d'avis que **l'impossibilité pour l'AP-HP, dans la deuxième option, de gérer directement la fonction de soins au sein de l'EHPNF, dès lors qu'elle exerce la tutelle sur l'établissement, rend cette option caduque**, car l'intégration dans le schéma national conduit à confier en tout état de cause la gestion des soins hospitaliers à l'AP-HP. Elle ne peut donc assurer parallèlement la tutelle. Ces deux fonctions sont incompatibles. **Cette option ne sera donc pas analysée par la suite.**

Il est nécessaire d'évoquer aussi certaines options qui n'ont pas fait l'objet de l'analyse juridique de M.Guillaume, mais qui ont été évoquées, notamment par la direction des hôpitaux et l'administration pénitentiaire.

Il s'agit du cas de la **suppression du statut d'établissement public de l'EHPNF, et de la signature d'une convention entre le centre pénitentiaire de Fresnes et l'AP-HP**, pour l'exercice de la fonction hospitalière. Toutefois, **cette option s'intègre mal dans le schéma national, puisqu'elle replace l'hôpital dans la prison, et non l'inverse.** Elle fait

figure de retour en arrière dans l'évolution des soins.

Il s'agit enfin des **scénarios conçus autour des dispositifs de coopération** prévus dans la loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991, notamment les syndicats ou les groupements d'intérêt publics. Ces dispositifs ont le mérite de préserver le statut autonome de l'EHPNF et de contraindre juridiquement les engagements de l'AP-HP. Mais leur lourdeur remet en cause leur succès en termes d'efficacité opérationnelle et de mobilisation des compétences médicales et administratives de l'AP-HP. Ils ne résolvent pas non plus l'adéquation des tutelles qui s'exercent sur la gestion hospitalière. Enfin, ces dispositifs restent très théoriques ou très spécialisés : les GIP sont limités à un projet cadré dans le temps et dans son champ ; les syndicats hospitaliers sont fréquents mais portent sur les fonctions logistiques, et non sur celles de soins.

L'analyse de ces différentes options juridiques permet d'identifier celles qui répondent le mieux aux principes d'indépendance des soins ou aux préoccupations en termes de taille, d'exercice de la tutelle ou d'obligation pour l'AP-HP ; **la mission estime donc qu'il n'existe que deux options juridiques envisageables, l'option conventionnelle et l'option d'intégration à l'AP-HP.**

Les conséquences de ces deux options sur l'objectif évoqué dans la lettre de mission et rappelé ci-dessus, **le partage des responsabilités pénitentiaires et hospitalières**, seront envisagées en développant leurs conséquences sur la gestion de la structure.

Les alternatives en matière de gestion seront étudiées en poursuivant deux objectifs : il s'agit d'un hôpital, et il faut à cet hôpital un responsable unique.

### *5.2.3 Les tâches pénitentiaires*

L'affirmation de la vocation principalement hospitalière de la structure conduit à envisager l'intervention pénitentiaire comme une **prestation de services pénitentiaires dans un hôpital**, à l'identique de la prestation de sécurité fournie par les services de police ou de gendarmerie, et relevant de leur responsabilité, dans les unités hospitalières accueillant des détenus. Il serait en effet difficile, voire contradictoire, pour l'administration pénitentiaire d'oeuvrer pour un renforcement de l'empreinte hospitalière de l'établissement tout en souhaitant conserver la maîtrise globale de son fonctionnement.

Les tâches pénitentiaires seront ici envisagées sous le triple aspect de la fonction de greffe, des droits et devoirs des détenus et de la fonction de transfèrement.



## - La fonction de greffe et d'écrou

La fonction de greffe dans un établissement pénitentiaire assure le suivi de l'ensemble des actes de la procédure judiciaire et pénale qui concerne le détenu. Elle comprend notamment l'acte d'écrou dans l'établissement pénitentiaire.

Bien que l'EHPNF bénéficie d'un statut d'établissement public autonome, les tâches de greffe sont actuellement partagées entre le greffe judiciaire du centre pénitentiaire qui assure l'écrou des détenus hospitalisés, gère leur situation pénale et leur dossier pénitentiaire, organise leur extraction devant les juridictions et leur transfert dans d'autres établissements, renseignent les différentes autorités sur leur situation etc..., et l'antenne implantée à l'EHPNF qui vérifie les situations pénales pour être en mesure de renseigner les détenus et les personnes extérieures, prépare les commissions d'application des peines qui se tiennent à l'établissement, établit les notifications judiciaires et administratives (1277 en 1994) et, à cette fin, assure de nombreuses liaisons avec le greffe du CP.

Cette distribution des tâches est, selon certains, source de difficultés et de lourdeurs et la plupart des personnels de l'EHPNF revendique depuis plusieurs années la création d'un greffe autonome au sein de l'établissement.

Le maintien d'un statut d'établissement public pourrait conduire, si l'on veut renforcer son autonomie, à l'implantation à terme d'un tel service. L'accomplissement des formalités d'écrou à l'EHPNF, pour fonctionnelle qu'elle puisse paraître, conforterait l'établissement dans sa vocation pénitentiaire et en ferait un véritable établissement pénitentiaire avec toutes les conséquences qui en découlent notamment sur les procédures d'affectation des détenus. Dès lors, pour maintenir la vocation de soins première, **l'articulation des fonctions de greffe avec le CP de Fresnes paraît plus adaptée**, quelle que soit l'option juridique retenue. C'est d'ailleurs le cas dans les unités hospitalières sécurisées, où le détenu est écroué dans la prison la plus proche.

La fonction de greffe est de la compétence exclusive de l'administration pénitentiaire. S'agissant des détenus accueillis à l'établissement en provenance des établissements pénitentiaires de Paris et de la proche région parisienne (les plus nombreux), leur écrou et la gestion de leur situation pénale pourraient relever de leur établissement d'origine. S'agissant des détenus en provenance d'établissements plus éloignés, l'écrou provisoire au CP de Fresnes, comme c'est le cas actuellement, peut être maintenu.

On pourrait enfin étudier des **procédures d'écrou allégées**, compte tenu de la brièveté relative de la durée d'hospitalisation par rapport à la durée de détention. En tout état de cause, la procédure d'écrou à l'EHPNF, assurée par une antenne mobile du greffe du centre pénitentiaire de Fresnes à l'hôpital, devra être maintenue, afin d'éviter un passage obligé du

malade par le centre pénitentiaire.

### **- Les droits et devoirs des détenus**

Les droits des détenus (accès à la cantine, accès aux services socio-culturels, accès au bénéfice de certaines mesures d'aménagement de la peine, parloirs, promenades...) et leurs devoirs (respect des règles pénitentiaires, régime disciplinaire notamment) ne peuvent être totalement suspendus pendant l'hospitalisation, même si le détenu à l'hôpital est d'abord un malade, dont la présence se justifie en raison d'une pathologie.

L'EHPNF assure aujourd'hui l'ensemble des fonctions correspondantes, avec quelques exceptions comme la gestion de la cantine. Les raisons du partage avec le CP de Fresnes résident principalement dans l'économie de moyens. Le directeur de l'EHPNF préside le prétoire, assure la direction du service socio-éducatif et participe à la commission d'application des peines tenue dans l'établissement par les juges d'application des peines de Créteil...

Dans le cas de l'intégration à l'AP-HP, la solution serait que la gestion de la situation pénale du détenu soit assurée par l'établissement d'écrou. La commission d'application des peines de cet établissement serait informée du comportement du détenu par le directeur de l'hôpital. La gestion de la cantine des détenus, qui leur donne accès aux produits autorisés par le règlement, doit aussi être étudiée pour que la qualité du service s'améliore, et que par exemple, le suivi du packaging et des moyens de cantiner du détenu dans les délais brefs de l'hospitalisation soit assurée.

S'agissant du régime disciplinaire, les rapports d'incident seraient adressés à l'établissement d'origine, qui traitera l'affaire au retour du détenu : celui-ci pourra le cas échéant être sanctionné dans l'établissement pénitentiaire.

Les fonctions de gestion pénitentiaire doivent donc être sous-traitées par l'hôpital au CP de Fresnes, dans le cadre de **la rédaction d'un cahier des charges précis.**

### **- La fonction de transfèrement**

Plusieurs interlocuteurs de la mission ont mis en cause les modalités actuelles d'organisation et d'exécution des transfèvements comme étant à l'origine de la longueur excessive de la durée moyenne de séjour. En effet, les mineurs, les jeunes majeurs (moins de 21 ans), les femmes et ceux pour lesquels un avis médical contraire a été émis ne transitent pas par le CP de Fresnes avant de retourner dans un établissement pénitentiaire et sont maintenus à l'hôpital dans l'attente de l'organisation de leur transfert.

Ce problème est d'autant plus sensible que les détenus sont désormais assurés sociaux : l'assurance maladie doit prendre en charge la durée des séjours hospitaliers correspondant à la période de soins, et non à celle qui se poursuit après délivrance d'un exeat, pour des commodités pénitentiaires tenant à l'organisation du transfèrement du détenu dans son établissement d'affectation.

De plus, le passage des détenus au centre pénitentiaire de Fresnes, après hospitalisation, affecte l'image de l'établissement, tant auprès des détenus qui ne disposent pas des avantages auxquels ils peuvent prétendre dans leur établissement d'affectation, qu'auprès des médecins des établissements pénitentiaires qui comprennent difficilement les raisons qui retardent le retour du détenu<sup>83</sup>.

La fonction de transit après hospitalisation actuellement assurée par le CP de Fresnes pourrait être réduite sans qu'il y ait lieu de créer un service autonome de transfèrement à l'hôpital.

Dans le dispositif actuel, l'EHPNF est considéré établissement pénitentiaire et établissement d'hospitalisation. Les transports de détenus sont donc des transfèvements sous compétence pénitentiaire. Dès lors qu'il devient hôpital et perd sa fonction d'établissement

<sup>83</sup> *La mission a tenté de mesurer le temps d'attente correspondant à la fonction transit du CP de Fresnes en ce qui concerne les détenus sortis de l'EHPNF, en examinant un lot de fiches du service "contrôle" du CP.*

*Sur 185 détenus venus d'établissements autres que le CP de Fresnes, réaffectés et transférés dans un établissement pénitentiaire du 1-1-1995 au 3-3-1995, 39 soit 21 % ont fait l'objet soit d'une réintégration directe (24 cas soit 13 %), sans passage par le CP, soit d'une décision de mise en liberté à partir de l'EHPNF (15 cas soit 8 %). Un détenu, admis dans un hôpital de l'AP-HP, y est décédé.*

*23 détenus seulement sur les 145 réaffectés, soit 15,8 %, ont fait l'objet d'un changement d'affectation à la suite de leur hospitalisation à l'EHPNF.*

*La durée d'attente au CP de Fresnes avant réintégration dans l'établissement d'affectation, calculée sur ces 145 cas, a été en moyenne de 29,77 jours. Les durées de transit se répartissent ainsi :*

- 36 soit 24,8 % ont séjourné pendant une durée inférieure à 7 jours ;
- 73 soit 50,3 % ont séjourné pendant une durée comprise entre 7 et 30 jours ;
- 33 soit 22,7 % ont séjourné pendant une durée comprise entre 30 et 180 jours ;
- 3 soit 2 % ont séjourné pendant une durée supérieure à 180 jours.

*75 % des détenus en provenance d'autres établissements que le CP de Fresnes mais ayant transité par celui-ci après leur hospitalisation, y ont donc séjourné pendant une durée inférieure à 1 mois.*

*Il résulte de cette étude les éléments suivants :*

- Plus d'un tiers des détenus sortants ne transitent pas par le centre pénitentiaire ;
- Parmi les détenus transitant par le centre pénitentiaire, 6 détenus sur 7 environ ne changent pas d'affectation à leur sortie de l'hôpital.
- 3/4 des détenus transitant par le CP y séjournent moins d'un mois.

pénitentiaire - quelle que soit l'option juridique retenue - les transferts de détenus devraient revenir aux forces de police et de gendarmerie. L'équilibre actuel des charges en région parisienne serait donc remis en cause.

Cependant, le cas très particulier que représente l'hôpital de Fresnes justifie le maintien des responsabilités d'escortes pénitentiaires actuelles et doit faire l'objet d'une **adaptation spécifique de la réglementation.**

Le transport des détenus d'un établissement pénitentiaire vers l'hôpital et leur retour en établissement doit donc être organisé par les services pénitentiaires, avec la mise en oeuvre combinée des mesures suivantes :

- Poser comme principe que tout détenu hospitalisé à l'hôpital de Fresnes a vocation à retourner dans son établissement d'origine sauf décision contraire préalable à la délivrance de l'exeat.
- Charger les établissements pénitentiaires de la proche région parisienne d'assurer par eux-mêmes le transport et le retour de "leurs" détenus dans l'établissement. Plusieurs responsables ont indiqué à la mission qu'ils étaient en mesure d'y procéder.
- Faire assurer les transports des autres détenus hospitalisés à l'hôpital de Fresnes par le service national des transfèrements.
- Considérer que, comme à l'heure actuelle, seules les escortes auxiliaires (n°2 et n°3) sont à la charge de la police ou de la gendarmerie, qu'il s'agisse de transports sanitaires ou pénitentiaires.
- Créer dans l'enceinte de l'hôpital une zone limitée d'hébergement, à la charge financière exclusive de l'administration pénitentiaire, pour l'accueil des détenus sortants, en instance de retour dans des établissements pénitentiaires plus éloignés. Une telle organisation suppose d'identifier ce qui relève de l'hospitalisation proprement dite, et donc de l'assurance maladie, de ce qui relève de la fonction pénitentiaire, et donc d'une prise en charge pénitentiaire. La décision médicale d'exeat détermine ce partage. Les objectifs de l'hôpital sont, en tenant compte des contraintes résultant du statut des personnes accueillies, de rapprocher son fonctionnement et ses durées de séjour le plus possible de celles d'un hôpital normal. Il convient donc de réduire au minimum les fonctions d'hébergement en attente de retour dans l'établissement pénitentiaire d'origine.

Les mouvements extérieurs des détenus hospitalisés à Fresnes, pour consultation spécialisée<sup>84</sup> ou hospitalisation dans un service de l'AP-HP, nécessitent en revanche d'allouer à l'hôpital de Fresnes des **moyens de transport sanitaires avec escortes pénitentiaires propres**. Il est déterminant, pour le bon fonctionnement de l'hôpital, que ce dernier soit autonome pour les transports sanitaires des détenus hospitalisés. Les véhicules et les équipes sanitaires relèvent des fonctions hospitalières, mais l'escorte doit être assurée, comme aujourd'hui, par l'administration pénitentiaire et donc par des agents pénitentiaires affectés à l'hôpital. Comme précédemment, il faut une adaptation réglementaire au cas particulier de Fresnes. Les escortes policières ou de gendarmerie sont auxiliaires. En revanche, la garde d'un détenu dans un quelconque des services de l'AP-HP est toujours assurée par la préfecture de police de Paris conformément à la réglementation actuelle.

L'administration pénitentiaire doit s'engager à mettre en place les moyens humains nécessaires pour assurer ces mouvements, dans le cadre d'un cahier des charges précis.

#### 5. 2. 4 Le cas particulier des détenus classés

L'EHPNF employait au 1<sup>er</sup> juin 1995 79 détenus classés. Ces détenus effectuent un travail rémunéré dans l'hôpital et sont par définition disponibles sept jours sur sept. 90 postes sont prévus à ce titre.

auxiliaire	26
vestiaire	2
ecrivain	1
coiffeur	1
jardinier	2
travaux	2
cuisine	20
lingerie	12
<hr/>	
total	79

Si l'on tente une comparaison, les hôpitaux civils accueillent certes des personnes qui ont pour peine un travail d'intérêt général, de même qu'ils accueillent des personnes en contrat emploi-solidarité dans des fonctions peu qualifiées. Le cas des détenus classés diffère de ces derniers, car ils ressortissent à deux autorités : l'une fonctionnelle -le chef cuisinier par exemple- et l'autre émanant du personnel de surveillance. Le danger serait que cette dualité ait des incidences sur le fonctionnement hospitalier, si les deux autorités interfèrent

<sup>84</sup> Les escortes pour consultations extérieures, tant pour les besoins de l'EHPNF que pour ceux du CP et de la MAF, sont actuellement organisées et coordonnées par le service du fichier de l'EHPNF. Selon les indications fournies, 6 à 7 extractions médicales par jour sont actuellement assurées avec le concours, matin et après-midi, de 4 fonctionnaires pénitentiaires du CP, ce qui équivaut à deux escortes n°1 par demie journée. Au delà de ce quota, l'EHPNF renforce le dispositif par l'octroi d'un agent par escorte supplémentaire. S'agissant des escortes n°2 (c'est à dire avec accompagnement de forces de l'ordre), les services de police compétents sont à même d'en assurer trois par jour. Au delà et en cas d'urgence, de subtiles négociations sont nécessaires pour obtenir leur contribution.

et s'opposent.

Compte tenu de l'importance de ces postes pour la réinsertion des détenus, la mission est d'avis que peuvent être maintenus les postes (cuisine, blanchisserie, jardinage ...) qui n'entraînent pas contact avec les malades et ne donnent accès ni aux services médico-techniques ni à la pharmacie.

Le recrutement des détenus classés devrait s'effectuer par accord entre le directeur de l'hôpital et le directeur du CP sur la base de postes à profil ; ils seraient donc intégrés dans l'effectif hospitalier. En cas de comportement défaillant, le directeur de l'hôpital aurait le pouvoir de renvoyer aussitôt le détenu au CP de Fresnes.

L'argument économique de l'utilisation du personnel détenu apparaît toutefois dangereux à plusieurs égards : la qualité de l'exercice de la fonction prime sur toute autre considération et il est impératif que l'hôpital soit en mesure de recruter à tout moment les compétences correspondantes sur le marché du travail si les postes à profil offerts aux détenus classés ne peuvent être pourvus.

Il reviendra à l'administration pénitentiaire et à l'AP-HP de définir ensemble les conditions d'emploi des détenus classés.

#### 5.2.5 *Le statut des personnels pénitentiaires*

En l'état actuel de la réglementation, la fonction de surveillance des détenus relève des missions propres à l'administration pénitentiaire.

L'article 1<sup>er</sup> du décret n° 77-904 du 8 août 1977 relatif au statut spécial des fonctionnaires des services extérieurs de l'administration pénitentiaire dispose en effet que *"les fonctionnaires des services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont chargés de mettre en oeuvre la politique pénitentiaire dans l'ensemble des **services et des établissements relevant de cette administration**. Dans le cadre des missions propres aux corps auxquels ils appartiennent, ces fonctionnaires participent au maintien de la sécurité publique et à la réadaptation sociale des délinquants. "*

L'article D. 188 du CPP prévoit que *"l'administration pénitentiaire a pour fonction d'assurer la mise à exécution des décisions judiciaires (...) et **d'assurer la garde et l'entretien des personnes, qui, dans les cas déterminés par la loi, doivent être placés ou maintenues en détention en vertu ou à la suite de décision de justice.** "*

L'article L.711-10 du CSP, qui a pour décret d'application le décret statutaire de l'EHPNF, dispose par ailleurs, dans son second alinéa, que *"le garde des sceaux, ministre*

*de la justice, affecte à ces établissements [d'hospitalisation publics spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées] des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier. "*

D'après les dispositions de nature législative et spécifiques, on peut donc penser que la présence d'un détenu implique généralement présence de personnel de direction et de surveillance relevant de l'administration pénitentiaire, sauf responsabilité des forces de l'ordre. Les personnels correspondants n'exerceraient donc pas nécessairement leurs fonctions dans les seuls établissements pénitentiaires.

**Les conséquences d'une intégration de l'établissement à l'AP-HP sur le statut du personnel de surveillance sont seules ici à envisager**, l'hypothèse de maintien de l'établissement public EHPNF ne modifiant pas le dispositif actuel : l'article L.711-10 du CSP a en effet institutionnalisé la présence de personnels de surveillance dans l'établissement public de Fresnes, affectés par le ministre de la justice.

La mission a déjà souligné la nécessité d'une modification de l'article L.711-10 du CSP. Outre l'exclusion de la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation réservés aux détenus, il s'agit ici de maintenir la possibilité d'affectation de personnels pénitentiaires à l'hôpital de Fresnes. Pour tenir compte de l'intégration de l'hôpital de Fresnes à l'AP-HP, il faudrait substituer à la notion d' "*établissements publics d'hospitalisation*" (qui deviendrait caduque), celle de "*services ou départements*" au sens de la loi hospitalière (article L.714-20 du CSP) ou celle d' "*hôpital de l'AP-HP*", au sens du décret d'application de la loi hospitalière à l'AP-HP (article R.716-3-1 du CSP). Cette deuxième option paraît plus adaptée, dès lors qu'elle se limite à la situation spécifique de Fresnes et ne peut s'étendre aux unités sécurisées. Les agents pénitentiaires ainsi affectés à l'hôpital seraient en position d'activité et resteraient soumis à leur statut particulier.

Actuellement, les personnels nommés à l'EHPNF sont gérés par cet établissement et soumis à la hiérarchie du DRSP de Paris. Dans le cas d'une intégration à l'AP-HP, **les fonctionnaires de surveillance devraient être mis à disposition de l'établissement public AP-HP**, qui relève de la ville de Paris. Il s'agit d'une **mise à disposition d'une fonction publique d'Etat à une fonction publique autre. Un avis du conseil d'Etat est nécessaire**, car une telle mise à disposition peut paraître a priori contraire au statut de la fonction publique d'Etat, même si elle est souvent pratiquée, du moins de la fonction publique locale à la fonction publique d'Etat.

Dans le cas où l'avis du conseil d'Etat serait favorable, le ministre de la justice affecterait des personnels de surveillance à l'hôpital de Fresnes. Leur arrêté de nomination préciserait qu'ils sont nommés au CP de Fresnes et exercent leurs fonctions à l'hôpital. Ils

seraient nommés sur des postes à profil, parmi les personnes ayant reçu un avis favorable du directeur de l'AP-HP. L'avis du directeur de l'AP-HP serait requis avant toute affectation individuelle. L'école nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) et le service formation de l'AP-HP pourraient proposer un module commun de formation initiale et continue aux candidats à ces postes.

Le nombre de personnes affectées, avec des garanties en terme de permanence et de couverture effective de la surveillance, serait déterminé dans le **cahier des charges**. La gestion des traitements de ces agents serait assurée par le CP de Fresnes.

Le pouvoir disciplinaire continuerait à être exercé par l'autorité de nomination et d'affectation. Toutefois, pour les situations d'urgence, le directeur de l'hôpital devrait pouvoir prendre des mesures provisoires, strictement limitées dans le temps, à charge pour lui de saisir sans délai l'autorité de nomination qui décidera de la suite qu'il convient de donner à l'incident et engagera ou non des poursuites disciplinaires.

Les fonctionnaires de surveillance affectés resteraient soumis au contrôle du ministère de la justice, lequel pourrait être saisi pour inspection par le directeur général de l'AP-HP.

Le pouvoir de notation sur la manière de servir des personnels serait exercé par l'autorité de nomination après avis du directeur de l'AP-HP.

Si un tel système devait être retenu, il conviendrait, outre la modification législative évoquée ci-dessus, de compléter l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 77-904 du 8 août 1977 relatif au statut spécial des fonctionnaires des services extérieurs de l'administration pénitentiaire en ajoutant au premier alinéa l'expression suivante : *"ainsi que dans l'hôpital de Fresnes spécialement destiné à accueillir des personnes incarcérées"*. Cette modification statutaire n'affecte en rien les missions des personnels pénitentiaires, ni le lieu où elles s'exercent, ni leur régime indemnitaire, ni le déroulement de leur carrière. Par ailleurs, sur l'ensemble des dispositions relatives à l'hospitalisation des détenus, l'adaptation du code de procédure pénale et du décret de 1974 est à envisager.

#### *5.2.6 Les conséquences budgétaires*

#### **Le maintien d'un établissement public emporte maintien d'un budget autonome.**

En revanche, **l'intégration à l'AP-HP conduit à fusionner les moyens financiers de l'EHPNF (presque 80 millions F) avec le budget de l'AP-HP (25 milliards F)**. L'intérêt en termes de redéploiement potentiel est important.



Dans les deux cas, le financement principal provient de la sécurité sociale, mais les ministères de tutelle devraient attribuer sur crédits d'Etat des moyens en investissement et en fonctionnement, pour l'exercice de la fonction de surveillance à l'EHPNF. En plus des moyens en personnel et des crédits d'entretien et d'investissement pour la sécurité, ce financement devrait couvrir les charges liées à l'hébergement non hospitalier (cas des insulino-dépendants par exemple, ou des malades exeat en attente de transfert, ou prise en charge des détenus classés). En tout état de cause, cette dotation se traduirait par une ligne budgétaire et une subvention à l'établissement (EHPNF ou AP-HP), à moins que ces crédits ne soient directement délégués au prestataire de service (le CP de Fresnes).

La question se pose de savoir **qui gère ces crédits**, c'est-à-dire qui les négocie et répartit les moyens correspondants. Celui qui peut le mieux évaluer les besoins est sans doute celui qui assume la responsabilité correspondante. Ce peut être l'établissement responsable (EHPNF ou AP-HP), ou le prestataire de services (le CP de Fresnes pour les tâches qui lui incomberaient). Ce dernier devrait alors avoir des obligations précises dans le cadre d'un cahier des charges (comme les prestataires des prisons du programme 13.000).

Mais l'expérience du fonctionnement de l'EHPNF aujourd'hui met en évidence les difficultés qui pourraient survenir si, par exemple, la prise en charge sanitaire était gênée par l'insuffisance de postes de surveillance, la nuit... Ou si le développement de l'activité d'un service médical était contingenté par les effectifs de surveillance disponible... Ou si un projet d'investissement médical devait s'accompagner de réorganisations matérielles, avec des incidences sur le dispositif de sécurité : qu'advient-il si les crédits de sécurité ne sont pas attribués ?

L'acte budgétaire est donc essentiel pour maîtriser la gestion d'une telle structure. L'unicité du budget et l'univocité des négociateurs constituent une force. L'éclatement est une faiblesse. Ce point est d'autant plus sensible qu'une mise à niveau parallèle des moyens médicaux et pénitentiaires est à prévoir. **Toute solution doit donc garantir la négociation d'un budget global et unique, par le directeur de l'EHPNF ou par le directeur de l'AP-HP.**

Dès lors, la mission s'interroge sur l'intérêt d'identifier une ligne budgétaire spécifique sur crédit d'Etat, dont l'évolution annuelle ferait l'objet de discussions délicates, pour un montant relatif limité par rapport au budget total de l'hôpital. Le dispositif de couverture sociale des détenus a prévu la fixation d'un taux spécifique de cotisation à l'assurance-maladie, versé par le ministère de la justice et modifiable chaque année en fonction des charges hospitalières constatées l'année précédente. Il est envisageable que les charges d'origine pénitentiaire de la gestion de Fresnes soient incluses dans l'assiette de ces charges. Un tel système a le mérite de la simplicité et offre plus de garanties d'adaptation des recettes et des charges de l'assurance-maladie : **les recettes de fonctionnement**

**proviendraient d'une seule source de financement.** Les charges salariales du personnel pénitentiaire affecté seraient retirées de ce mécanisme d'ajustement, puisque directement financées par le ministère de la justice.

Ce dispositif serait en revanche plus opaque pour assurer l'équilibre des recettes et des charges de l'AP-HP. De plus, **il ne saurait inclure les charges d'investissement d'origine pénitentiaire** (réfection des façades et des murs d'enceinte, réparation d'un mirador, réparation des sas au sein de l'hôpital...) qui devront faire l'objet de dotations sur crédits d'État.

Il est aussi opportun d'appeler l'attention des directions centrales compétentes - notamment la direction de la sécurité sociale et la direction des hôpitaux- sur la complication inutile que revêt le principe d'une facturation interne à l'hôpital calée sur les dispositifs généraux. En effet, le principal financeur et cotisant global est le ministère de la justice : **un système de facturation des séjours hospitaliers très simplifié** économiserait des charges administratives et informatiques non négligeables.

Enfin, sur le plan patrimonial, il faut étudier le transfert de propriété des murs et des mobiliers existants de l'EHPNF, si l'intégration à l'AP-HP est décidée. **Les murs doivent rester propriété de l'Etat**, ministère de la justice, et ce d'autant plus que le ministère est responsable, dans le cadre de ses fonctions de surveillance, du maintien en état de ces murs d'enceinte et des façades. En revanche, la question se pose du **transfert des équipements internes de l'EHPNF à l'AP-HP**, qui devrait en assurer le renouvellement à terme. L'Etat vendrait ces biens inventoriés pour un franc symbolique, en même temps que l'AP-HP intégrerait dans son actif et son passif leur valeur brute et l'amortissement correspondant.

#### *5.2.6 La gestion institutionnelle*

Pour que l'identité de l'EHPNF ne soit pas fragilisée, il est opportun d'inventorier les conséquences des options juridiques présentées sur la gestion institutionnelle .

Dans le cas du maintien d'un statut autonome, l'EHPNF conserve un conseil d'administration, une commission médicale d'établissement, une commission de soins infirmiers et un comité technique d'établissement propres. Afin de renforcer les liens avec l'AP-HP, la représentation de cette dernière au conseil d'administration de l'EHPNF pourrait s'envisager, à titre médical et administratif.

Dans le cas d'une intégration, tous ces organes institutionnels disparaissent. Dans l'hypothèse d'un rattachement au groupe hospitalier de Bicêtre, les personnels de l'ex-EHPNF seraient représentés dans les structures du groupe hospitalier, c'est-à-dire :

- la commission de surveillance, où sont nommées par le préfet du Val de Marne trois personnalités qualifiées ;
- le comité consultatif médical ;
- le comité technique local d'établissement ;
- la commission locale de soins infirmiers.

La spécificité du site de Fresnes en termes de conditions de travail et de sécurité peut en revanche justifier la présence d'un comité d'hygiène et de sécurité spécifique, d'autant qu'une telle structure existe déjà à l'EHPNF.

Cette participation assure certes une meilleure prise en compte de la structure par la communauté de Bicêtre, mais elle accroît encore les risques de perte d'identité de l'EHPNF. Surtout, la représentation des intérêts médicaux de l'hôpital de Fresnes risque de ne pas être assurée au comité consultatif médical de Bicêtre et encore moins à la CME de l'AP-HP.

**La modification du décret de l'AP-HP pourrait cependant permettre la création d'une commission hospitalo-pénitentiaire spécifique.** Pourraient notamment y être représentés les hôpitaux de l'AP-HP actifs dans la prise en charge des détenus, comme Cochin, l'Hôtel-Dieu, Antoine-Béclère et la Pitié au titre du sida, et les hôpitaux choisis pour la prise en charge des radiothérapies et des accouchements. Des personnalités qualifiées pourraient aussi être nommées sur proposition du ministre de la justice. Il pourrait encore être prévu la représentation au comité consultatif médical de Bicêtre, du président d'une commission médicale consultative, constituée de manière dérogatoire, à l'hôpital de Fresnes. On voit que des aménagements ad hoc sont aisés à mettre en oeuvre.

Enfin, pour assurer la bonne distribution des postes médicaux de l'hôpital de Fresnes, un "fléchage" des créations de postes et des crédits correspondants devra être temporairement effectué par la tutelle de l'AP-HP comme dans le cas des unités sécurisées.

La mission "modernisation" du ministère de la Justice pourrait être sollicitée, ainsi que la mission "projet de service" de l'AP-HP, pour aider les équipes en place à réfléchir aux modalités d'une représentation des différents personnels et des cultures présentes à l'hôpital, qui favorise l'expression des dynamiques internes et qui soit facteur de régulation.

#### *5.2.7 L'articulation des responsabilités et la fonction de direction*

Au-delà des schémas théoriques qui ont pu être envisagés, l'ensemble des interlocuteurs a insisté sur l'importance de l'identification **d'une responsabilité et une seule à la direction de l'hôpital sécurisé.**

Qu'il y ait maintien du statut d'établissement public ou intégration à l'AP-HP, dès lors que la vocation hospitalière s'affirme, **le directeur ne peut plus être un fonctionnaire pénitentiaire.**

Dans les deux options envisagées, rien n'empêcherait d'ouvrir ce poste par la voie du détachement et de désigner un directeur de catégorie A, relevant de corps différent (sous-préfet, administrateur civil, magistrat, etc...). Le décret statutaire de l'EHPNF peut le prévoir, et d'ores et déjà, le directeur de l'AP-HP peut nommer auprès de lui des cadres non directeurs d'hôpitaux. Auprès de ce directeur seraient nommés un adjoint pénitentiaire et un adjoint hospitalier. Plus que l'origine du directeur, ce sont ses qualités professionnelles et personnelles qui doivent prévaloir.

Mais la question principale est de savoir quelle est la position de celui **qui dirige le personnel de surveillance** par rapport au directeur de l'hôpital.

Le débat juridique sur la constitutionnalité de la délégation de la gestion pénitentiaire ne permet pas de conclure en toute certitude. Dans sa décision n°78-98 du 22 novembre 1978, le conseil constitutionnel distingue les décisions qui consistent à prononcer une peine de celles relatives à l'exécution de la peine. Ces dernières ne seraient pas soumises aux principes fondamentaux reconnus par les lois de la République qui régissent les condamnations. Le conseil d'Etat, consulté sur le projet de loi sur le service pénitentiaire en 1986, a été d'avis que les fonctions de direction et de garde ne peuvent être confiées à d'autres personnes que l'Etat, en vertu de principes de nature constitutionnelle.

La loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire dispose dans son article 2, 3<sup>ème</sup> alinéa : *"Dans les établissements pénitentiaires, les fonctions autres que celles de direction, du greffe et de surveillance peuvent être confiées à des personnes de droit public ou privé selon une habilitation définie par décret en conseil d'Etat"*.

On peut donc se demander si la loi interdit la délégation des fonctions de surveillance même dans des cas très particuliers, tout du moins elle ne l'envisage pas. De plus, cette disposition n'envisage la délégation de certaines fonctions que *"dans des établissements pénitentiaires"*. A contrario, on peut supposer que la délégation de fonctions pénitentiaires dans un établissement public de santé n'a pas encore été étudiée en tant que telle.

Les évolutions déterminantes contenues dans les articles L. 711-3 (loi du 18 janvier 1994) et L. 711-10 (loi du 3 janvier 1985) du CSP et portant compétence hospitalière pour les soins au détenus ouvrent incontestablement la voie à de nouvelles réflexions.

Dans l'option juridique d'établissement public autonome, le ministre de la justice et le ministre de la santé, par arrêté conjoint, ou bien, dans l'option d'intégration, le directeur général de l'AP-HP, sur avis conforme du ministre de la justice, nomment le directeur de l'hôpital de Fresnes. Le garde des sceaux affecte à l'hôpital un directeur adjoint ou un sous-directeur pénitentiaire chargé du département détention et responsable devant le directeur de ses missions d'organisation de la sécurité et de la police intérieure. Ce cadre pénitentiaire se trouve, toutes choses égales par ailleurs, dans la même position que l'infirmière générale, responsable des soins infirmiers.

Le garde des sceaux, en exécution d'un cahier des charges définissant des normes applicables selon le nombre de malades, affecte à l'établissement un quota de personnels de surveillance placés sous l'autorité fonctionnelle du sous-directeur pénitentiaire, lui-même placé, comme il vient d'être dit, sous celle du directeur de l'hôpital.

**L'organisation générale de l'hôpital est déterminée par le directeur qui a autorité en la matière sur tous les agents** de l'hôpital, chaque responsable (pénitentiaire, directeurs des soins infirmiers, chef de service médical) exerçant dans le cadre de ses compétences.

En terme de responsabilité, cela signifie que le directeur de l'établissement est responsable du fonctionnement global de celui-ci, tant sur le plan sanitaire que sur le plan de la sécurité. **Il a le pouvoir d'arbitrer** en cas de conflit entre les différentes finalités de l'hôpital sécurisé.

Compte tenu de la jurisprudence, la difficulté relève peut-être de ce que l'AP-HP est un établissement public relevant de la ville de Paris, et non une administration de l'Etat, ni un établissement national. Cependant, le directeur de l'AP-HP, à la différence des autres directeurs d'établissements publics relevant d'une collectivité locale, est nommé par le Président de la République, par décret en conseil des ministres. Qu'il lui soit conféré une fonction d'Etat, à savoir la surveillance des détenus, par l'autorité générale qu'il exerce sur un directeur pénitentiaire chargé de la fonction de surveillance au sein d'un hôpital déterminé, paraît envisageable. **Il appartient aux administrations concernées de saisir le conseil d'Etat pour avis.**

Si l'autorité du directeur général -non pénitentiaire- de l'EHPNF ou de l'AP-HP sur un sous-directeur pénitentiaire ne pouvait être validée juridiquement, le bicéphalisme qui s'ensuivrait pourrait être une source de conflits et appelle donc la mise en place d'une structure d'arbitrage. Cette dernière peut certes être réunie régulièrement, mais elle ne peut résoudre les conflits de nature quotidienne, susceptibles de remettre en cause l'organisation et la qualité des soins prodigués aux malades. L'alternative repose donc sur le **lien hiérarchique** du directeur chargé des fonctions pénitentiaires avec le directeur de l'hôpital.

Enfin, la bonne articulation des fonctions passe plus prosaïquement par **l'élaboration d'un règlement intérieur**, qui s'adresse à tous les entrants de la structure, et non aux seuls détenus, pour préciser leurs droits et devoirs : sont aussi concernés les malades, leur famille, les médecins et les soignants, les personnels de surveillance, les avocats... Un règlement a déjà été établi en 1990. Il devra être revu de manière concertée, pour tenir compte de l'évolution de la structure. Il est indispensable dans un hôpital sécurisé, pour établir des règles de fonctionnement quotidien, réguler les tensions corporatistes ou arbitrer les cas litigieux. Il lui revient de déterminer les modalités concrètes de fonctionnement de l'établissement face aux diverses situations (ouverture des cellules, gardes de nuit...). Une **instance de régulation interne** à l'hôpital doit aussi permettre que les conflits éventuels entre catégories de personnel soient évoqués et trouvent solution après concertation.

#### 5.2.8 *Les fonctions de contrôle*

Afin de maintenir les conditions d'exercice d'un contrôle sur la fonction pénitentiaire à l'hôpital de Fresnes, dans les deux options envisagées où la structure n'est plus établissement pénitentiaire mais hôpital, il faut adapter les articles D.229 et suivants du CPP - du contrôle des établissements pénitentiaires - ainsi que les articles D.176 et suivants du CPP - des visites effectuées par l'autorité judiciaire-.

Le pouvoir de contrôle de l'administration pénitentiaire sur les fonctions de surveillance exercées dans l'hôpital seraient maintenues, ainsi que les visites des autorités judiciaires concernées par le détenu hospitalisé. Le directeur général de l'AP-HP pourrait saisir le ministère de la Justice pour toute demande d'inspection.

L'IGAS resterait compétente au titre de ses fonctions générales dans le domaine sanitaire. Il devrait en être de même dans le décret de l'AP-HP, des médecins inspecteurs de santé départementaux et régionaux, qui seraient compétents pour connaître de la dispensation des soins aux détenus à l'AP-HP.

#### 5.2.9 *L'avis de la mission*

**Après analyse des options possibles, la mission affirme sa préférence pour l'intégration de l'EHPNF à l'AP-HP.**

L'alternative se résume au choix suivant : ou bien l'établissement conserve un statut autonome d'établissement public et risque de ne pas avoir le développement hospitalier souhaitable, ou bien il est intégré dans les structures hospitalières de l'AP-HP, bénéficie de son dynamisme et son fonctionnement est alors organisé en considération de cette vocation sanitaire principale.

La création en 1985 de l'EHPNF a constitué une étape essentielle de l'évolution du système sanitaire pénitentiaire qu'il convient de poursuivre à la lumière de la récente réforme en consacrant pleinement, dans les faits comme dans le droit, sa mission sanitaire. La mission estime que toute solution intermédiaire empêcherait sa transformation en véritable centre hospitalier sous direction unique et ne ferait que maintenir une ambiguïté en opposition au changement nécessaire.

Cette option n'est pas nécessairement la plus facile à mettre en oeuvre, mais elle répond le mieux à la volonté de garantir aux détenus l'équivalence des soins et d'inscrire l'évolution de l'EHPNF dans la dynamique de la loi de 1994. Il faut ajouter qu'elle est davantage novatrice dans sa conception juridique que dans les faits : les murs de l'hôpital sont les mêmes, et surtout, les hommes et femmes en présence seront aussi les mêmes, qu'ils soient pénitentiaires ou hospitaliers. Un travail d'explication au sein des instances de concertation devra être effectué par les administrations concernées.

Cette option assure aussi au fonctionnement quotidien une plus grande stabilité, du fait de mécanismes décisionnels plus rapprochés et plus intégrés. Le partage des tâches et des responsabilités évoqué dans la lettre de mission ne peut se résoudre dans le cloisonnement mais dans l'articulation des fonctions. La fonction hospitalière est principale, la fonction de surveillance est prestataire, et la fonction de gestion des détenus est sous-traitée.

**Il faut enfin rappeler les atouts que présente cette option pour les différents partenaires.**

On estime à 500 le nombre de détenus envoyés à l'AP-HP ou dans des hôpitaux parisiens (annexe 2-7). L'EHPNF en a adressé 247 en 1994, et la DRSP de Paris annonce en avoir adressé 339, en plus des malades envoyés à l'EHPNF. Les deux sources sont partiellement redondantes.<sup>85</sup>

**En 1994, les 247 détenus adressés par l'EHPNF ont été orientés dans 32 hôpitaux différents** : 24 détenus sont allés dans 10 hôpitaux extérieurs de l'AP-HP et 223 sont allés dans 22 hôpitaux de l'AP-HP (dont 97 répartis entre La Pitié-Salpêtrière et l'Hôtel-Dieu, en comprenant ceux qui sont hors salles sécurisées).

**L'AP-HP, dans le cas de l'intégration de l'hôpital de Fresnes, devient maître de la coordination des décisions budgétaires justice/santé et garantit leur cohérence.** Elle bénéficie d'une structure existante et importante d'accueil des détenus et n'a donc pas d'unités sécurisées à mettre en place ; seule l'organisation médicale de la salle Cusco est à

<sup>85</sup> *Le Dr Gauthey, médecin de la Préfecture de Paris, a effectué l'analyse des hospitalisations de détenus à l'AP-HP entre 1984 et 1990. La moyenne entre 1984 et 1988 était de 430 ; les flux ont été de 312 et 341, en 1989 et 1990, avec la montée en charge de l'EHPNF.*

revoir (cf infra). Elle pilote deux UCSA, à la maison d'arrêt de la Santé et au CP de Fresnes, et peut donc assurer la cohérence des circuits d'hospitalisation vers l'EHPNF ainsi que des hospitalisations vers l'AP-HP. Par la direction de l'EHPNF, une répartition des hospitalisations dans les services les mieux adaptés peut s'effectuer, des procédures peuvent être mises en place, contrôlées et adaptées, pour éviter la dispersion sur 32 sites. **Un seul opérateur est en charge de l'organisation de l'hospitalisation des détenus de la région parisienne et peut donner une vocation centrale de premier niveau à l'hôpital de Fresnes.**

**Le ministère de la santé** assure une tutelle globale de l'AP-HP et n'a plus la responsabilité de la tutelle directe de l'EHPNF. L'intégration lui permet, du moins dans le moyen terme, de faire assumer par l'AP-HP le redéploiement des moyens financiers nécessaires, après ajustement de l'enveloppe budgétaire initiale à un niveau suffisant. L'importance des besoins non encore couverts laisse prévoir une charge nouvelle substantielle pour l'assurance-maladie.

**Le ministère de la justice** se décharge d'une responsabilité sanitaire qui prétait à ambiguïté dès lors que l'indépendance des soins n'était pas affichée. Il conserve cependant, du fait de la spécificité du statut de l'AP-HP, un suivi de la structure et la nomination des personnels de surveillance, après avis du directeur général de l'AP-HP et un pouvoir général de contrôle sur l'exercice des fonctions de surveillance. Le directeur général de l'AP-HP nomme, après avis conforme du ministre, le directeur de l'hôpital de Fresnes.

Enfin, **le ministère de l'intérieur** bénéficie du cas particulier de cet hôpital où les escortes et la garde sont assurées par le personnel pénitentiaire, en même temps que le dispositif de garde à vue de Cusco est maintenu. Il est ainsi **exonéré d'une charge très lourde**, qui représente un tiers de la charge nationale.



## I - LES BESOINS D'HOSPITALISATION DES DETENUS NE PEUVENT QUE CROÎTRE

### 1 - Globalement, l'état de santé des personnes incarcérées est moins bon que celui du reste de la population

Les détenus sont atteints des mêmes pathologies que la population générale, mais ils le sont **plus souvent et plus tôt** car, déjà avant l'incarcération, ils cumulent les facteurs de risque (niveau socio-éducatif médiocre, faible couverture sociale, forte dépendance vis-à-vis des drogues -tabac, alcool, médicaments, drogues illégales surtout- hygiène corporelle, dentaire et alimentaire défectueuses, couverture vaccinale insuffisante).

De plus, ils **concentrent de façon relativement spécifique** certaines pathologies (mentale, traumatique, autodestructrice -tentatives de suicide, grèves de la faim, automutilations, ingestion de corps étranger-, maladies infectieuses -infection à VIH, hépatites, tuberculose-). Enfin, l'incarcération est l'occasion d'une aggravation ou de la **réactivation de diverses pathologies** (asthme, ulcères gastro-duodénaux, troubles sensoriels...).

Le rapport détaille les données disponibles sur ces différents aspects. D'une façon très schématique qui ne vise qu'à mieux faire comprendre les ordres de grandeur, on peut dire que la dégradation de l'état de santé des détenus, souvent préalable à l'incarcération, se lit dans un rapport de 1 à 2 pour la prévalence de facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, l'insuffisance de couverture vaccinale, l'état dentaire, la pathologie traumatique<sup>1</sup>, et dans un rapport de 1 à 10, voire plus, pour les tentatives de suicide, la pathologie mentale, la tuberculose, la toxicomanie, l'infection à VIH, les hépatites.

Cette situation se traduit par un **taux de mortalité de plus du double de la population** comparable, dans les tranches d'âge les plus nombreuses en prison -c'est à dire **avant 40 ans-** et par de **forts besoins d'hospitalisation**, jusqu'ici partiellement masqués :  
- tant en court séjour de médecine (maladies infectieuses, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie...), de chirurgie (viscérale, orthopédique, maxillo-faciale, vasculaire, neurochirurgie, stomatologie...), ou de psychiatrie,  
- qu'en moyen séjour-rééducation fonctionnelle, pour pallier les nombreuses séquelles traumatiques.

<sup>1</sup> *Il s'agit bien évidemment de la pathologie traumatique non liée aux accidents de la voie publique.*

Ce constat d'ensemble ne doit pas dissimuler les **grandes disparités régionales** retrouvées dans la prévalence des pathologies : la région parisienne et la région PACA regroupent en effet la majeure partie des toxicomanes par voie intraveineuse -et donc des personnes infectées par le VIH ou les hépatites- et des populations précarisées (étrangers en situation irrégulière, SDF). En revanche, d'autres régions (Normandie, Bretagne) peuvent être plus marquées par l'alcoolisme....

## **2 - Malgré cet état de santé dégradé, les détenus ont un moindre accès aux soins que la population générale et les moyens d'hospitalisation qui leur sont destinés sont inadaptés.**

Même s'il est difficile de l'affirmer -compte tenu de la difficulté d'obtenir des indicateurs fiables- le nombre total d'hospitalisations de détenus en 1994 a pu être évalué à environ 6000, et le **taux d'hospitalisation en court séjour apparaît plus faible pour les détenus** (11,3%) que pour la population de 15 à 64 ans en liberté (19,6%). L'écart est plus grand encore pour les taux d'hospitalisation en moyen séjour.

L'accès aux soins a en effet été jusqu'ici gêné par la pauvreté chronique de l'administration pénitentiaire et par la cohabitation parfois difficile entre les professionnels hospitaliers et les personnels assurant les escortes et la garde. Il reste marqué par les multiples contraintes d'ordre judiciaire, carcéral et policier qui font considérer le recours à l'hôpital comme perturbateur. Si une timide régulation est tentée par des mesures d'aménagement de la peine, celle-ci ne peut concerner qu'une frange limitée de détenus en raison du faible reliquat de peine généralement exigé, les mesures de grâce présidentielle s'attachant essentiellement pour leur part à mieux régler la situation de détenus en fin de vie.

Par ailleurs, les **moyens d'hospitalisation destinés aux détenus sont éparpillés** : en plus des 206 lits de l'EHPNF, on compte - répartis dans 115 établissements hospitaliers - 236 lits installés en chambres ou en unités sécurisées, sous-occupés pour la plupart, faute de personnel spécifique, d'une organisation ou d'une localisation adaptées. Les chambres isolées au sein des hôpitaux s'avèrent en conséquence pratiquement inutilisables. Seule l'unité de 16 lits de Lyon-Sud paraît avoir un mode d'organisation, une capacité et des moyens suffisants pour lui permettre de remplir convenablement sa mission.

En revanche, la mission formule des réserves sur d'autres structures. C'est le cas des salles Cusco (Hôtel-Dieu de Paris) ou Quentin (Salpêtrière), dans lesquelles prédomine la logique policière, ou de l'organisation de la région de Lille, dans laquelle seule la logique hospitalière a été prise en compte.

## **3 - A moyen terme, la croissance du nombre d'hospitalisations est inéluctable**

La prise en compte d'une morbidité au moins deux fois supérieure à la moyenne, conjuguée avec une sous-hospitalisation dans un rapport d'environ la moitié, pourrait conduire -dans un calcul théorique- à anticiper une croissance forte, qui pourrait aller jusqu'à un quadruplement des hospitalisations. Toutefois, plusieurs facteurs contraires conduisent la mission à retenir des hypothèses moins ambitieuses mais plus réalistes :

- d'une part, la demande de soins devrait être partiellement traitée dans les UCSA ; ces structures devraient permettre un meilleur recours à la médecine générale ou spécialisée au sein des établissements pénitentiaires, et c'est seulement dans les cas les plus sévères que l'on procéderait à une hospitalisation ;

- d'autre part, les détenus continueront à rencontrer des difficultés à exprimer leurs besoins, pour des raisons tenant à leur histoire personnelle, à leur culture ou à leur niveau éducatif, mais aussi du fait de la médiation obligée de leurs demandes par le personnel de surveillance:

- enfin, les contraintes d'escortes et de gardes ont toute chance de perdurer.

En tenant compte de différentes hypothèses relatives à l'augmentation de la population carcérale et au taux d'hospitalisation des détenus, la mission a procédé à plusieurs évaluations chiffrées. Le nombre d'hospitalisations prévu dans 5 ans pourrait se situer entre **9.000 et 12.000 hospitalisations/an**, ce qui se traduirait - si l'on retient l'hypothèse vraisemblable d'une diminution des durées de séjour et si l'on confère à Fresnes, un rôle spécifique - par un besoin total de 130 à 216 lits, en plus des 206 lits de l'hôpital de Fresnes.

Il faut cependant garder à l'esprit le fait qu'ont été retenues des hypothèses basses et que le succès d'une politique visant à assurer l'équivalence des soins pour les détenus devrait entraîner **une augmentation sensible de l'hospitalisation**.

## II - LE SCHEMA NATIONAL D'HOSPITALISATION DES DETENUS

Si la logique hospitalière avait seule été prise en compte, l'organisation proposée se préoccuperait simplement d'assurer l'équilibre entre, d'une part, la meilleure qualité des personnels, la compétence des équipes, l'importance des équipements et la limitation des coûts -toutes données qui vont dans un sens de concentration des établissements-et, d'autre part, un objectif d'accès aux soins -qui limite cette concentration-. Le détenu serait considéré comme un malade comme les autres, et aucune organisation spécifique ne lui serait réservée,

**1 - C'est parce qu'il a fallu tenir compte des logiques sociale, judiciaire, pénitentiaire et policière,** que la conception du schéma national d'hospitalisation s'écarte de l'organisation habituelle.

- **logique sociale** : le transfert à l'assurance maladie des dépenses de santé des détenus ne doit pas se traduire par des charges indues. Or, les séjours hospitaliers, notamment à l'EHPNF, sont souvent allongés par l'impossibilité de renvoyer rapidement les patients en détention ordinaire, lorsque l'environnement en est trop dégradé. De même, des personnes handicapées ou âgées, non malades, peuvent-elles être adressées à l'hôpital, faute de solution adaptée. **L'hospitalisation pourvoit alors aux défauts d'un système** qui lui est étranger. Enfin, des considérations non médicales ont pu conduire à hospitaliser à l'EHPNF des détenus dangereux ou à protéger. Tant que le ministère de la justice assumait le financement des hospitalisations, ce problème le concernait seul, mais dès lors que l'hospitalisation est portée à la charge de l'assurance maladie, une clarification s'impose.

- **logique judiciaire et pénitentiaire** ; pour le juge d'instruction et l'avocat, l'éloignement du prévenu est une source de **difficultés** ; pour la famille, c'est une gêne aux visites ; pour la personne incarcérée, un recul de ses possibilités de promenade et d'accès à la cantine ou aux autres activités ; enfin pour l'administration pénitentiaire, ce sont des formalités et du travail supplémentaires (transfèrement et changement d'écrou consécutif, escortes). En outre, la dangerosité ou la vulnérabilité de certains détenus posent de délicats problèmes de sécurité, jusqu'ici résolus le plus souvent par une hospitalisation à l'EHPNF.

- **logique policière** : depuis plusieurs années, les services de police - et, à un moindre degré, ceux de gendarmerie - considèrent les tâches relatives au fonctionnement de l'institution judiciaire (escortes, extractions, gardes notamment médicales) comme des **tâches indues**, qui les détournent de leur mission prioritaire de protection des personnes et des biens. Le caractère imprévisible des gardes et escortes médicales -qui ont occupé 571.445 heures de fonctionnaires de police hors Paris<sup>2</sup>, soit l'équivalent de 361 postes temps plein en 1994- accentue encore leur irritation. La charge est plus mal supportée encore, quand elle pèse sur de petits commissariats désorganisés brutalement à l'occasion de l'hospitalisation d'un détenu.

Si les réticences policières se manifestent parfois de façon contestable par une interprétation plus restrictive des textes, voire par une remise en cause d'hospitalisations, c'est surtout la **recherche d'une rationalisation** et le regroupement des détenus hospitalisés qui devraient permettre d'éviter l'éparpillement des personnels de garde et de diminuer sensiblement les effectifs nécessaires.

Cette situation explique les choix retenus pour le schéma national.

## **2 - Le schéma d'hospitalisation, outre le niveau local et national, est essentiellement conçu autour d'unités sécurisées régionales** (cf diagramme ci-joint)

Seules les unités régionales sécurisées permettent d'obtenir une synthèse convenable entre les objectifs de soins et de visite pour les détenus, ceux de sécurité et d'économie de moyens pour la surveillance. Ces unités doivent être situées dans l'établissement possédant le plus important plateau technique, c'est-à-dire le CHR-U, pour que le plus grand nombre de malades puissent y être soignés. Les 20 % de malades qui ne pourraient y être hospitalisés en première intention, du fait de leur pathologie et du type de service nécessaire (chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie maxillo-faciale, réanimation polyvalente ou spécialisée, médecine nucléaire et radiothérapie...) pourront alors y retourner dès que possible. Le regroupement des détenus dans cet établissement permettra en outre une meilleure organisation des circuits.

Reste que, sans préjuger des résultats de la mission d'étude du conseiller d'Etat Fougier<sup>3</sup> sur un éventuel transfert à l'administration pénitentiaire des charges de conduite et de garde à l'hôpital, on peut prévoir une augmentation des missions d'escorte des détenus en milieu hospitalier. Cette hausse pèsera, en principe, principalement sur la gendarmerie, du fait du regroupement dans les unités sécurisées régionales. Ces charges nouvelles seront toutefois largement compensées par une **réduction importante des gardes statiques**, à la charge des polices urbaines.

Les unités sécurisées devront être de taille suffisante (au minimum 15 lits, mais pouvant aller jusqu'à 30-35) pour être pourvues d'un équipement adapté, mais surtout d'une équipe paramédicale et médicale permanente avec un praticien hospitalier de médecine interne capable d'assurer la coordination des divers spécialistes du CHR-U susceptibles d'intervenir et celle des médecins des UCSA.

<sup>2</sup> *Chiffre incluant les gardes à vue*

<sup>3</sup> *Mission confiée par les ministres de la justice, de l'intérieur et de la défense et portant sur les charges de transfèrement, de translation judiciaire et d'extraction.*

Compte tenu des besoins hospitaliers décrits ci-dessus, la mission préconise la **création ou le réaménagement de 7, éventuellement 8, unités sécurisées**, dotées d'un nombre de lits tenant compte de la population pénale desservie. Dans une logique de déconcentration, ces unités couvreraient chacune une région pénitentiaire, et seraient situées dans les CHR-U de Marseille, Lyon, Bordeaux, Rennes, Lille, Nancy (pour la DR de Strasbourg), Toulouse, Rennes - et peut-être Dijon si la population pénitentiaire est jugée suffisante -. Ce système impose une organisation interministérielle des transfèments régionaux.

En tout état de cause, des moyens d'hospitalisation spécifiquement destinés aux détenus doivent être exclus de la carte sanitaire dans le cadre d'une modification de l'article L. 711-10 du CSP.

**A côté du niveau régional, il persistera un niveau local et un niveau national.**

\* **Le niveau local** a deux composantes :

- d'une part, l'UCSA, située dans l'**établissement pénitentiaire**, assure l'essentiel des soins courants. Elle effectue la grande majorité des consultations générales ou spécialisées nécessaires aux détenus, les actes médicaux habituellement réalisables dans un bon cabinet libéral, ainsi que la "petite" imagerie, les prélèvements biologiques et l'exploration fonctionnelle légère. Par ailleurs, dans certains établissements pénitentiaires de grande taille, quelques lits infirmiers installés à proximité devraient pouvoir accueillir les détenus les plus fragiles ainsi que les personnes handicapées ;

- d'autre part, le **centre hospitalier de rattachement** titulaire de la convention UCSA, est le lieu où sont effectués les consultations spécialisées et les actes qui nécessitent un plateau technique hospitalier. En outre, l'article R.711-19 du CSP réserve à l'établissement de proximité les hospitalisations d'urgence et celles de très courte durée. Il paraît raisonnable de n'entendre sous le terme "urgence" que les seules urgences vitales ou fonctionnelles graves, et non la masse des hospitalisations non programmées, car dans ce dernier cas, l'objectif de rationalisation serait à l'évidence perdu de vue. En cas d'urgence vitale, **il reviendra au SAMU** de rattachement de faire venir sur place le SMUR, avec le personnel médical nécessaire, de **décider du lieu d'hospitalisation<sup>4</sup>** et du mode de transport, en fonction des seules nécessités du traitement. Un protocole départemental, sous l'égide du préfet, devra régir les relations entre le SAMU et les établissements pénitentiaires.

Quant aux **hospitalisations de très courte durée** dans cet hôpital de rattachement, il paraît préférable de les limiter à des pathologies sans complication immédiate prévisible nécessitant la réalisation d'actes programmés, dans le cadre d'une **hospitalisation de jour, de l'anesthésie ou de la chirurgie ambulatoires**, catégories définies par les décrets 92-1101 et 92-1102 du 2 octobre 1992. En effet, dès lors qu'une nuit d'hospitalisation est prévue, a fortiori plusieurs, le nombre d'équipes de garde policière nécessaire annule l'intérêt d'une hospitalisation dans un lieu plus proche, mais moins bien équipé, et le recours à l'unité sécurisée régionale s'impose.

<sup>4</sup> *Qui pourra être ou non l'établissement chargé d'assurer l'UCSA, selon le type de service nécessaire et les places disponibles.*

En effet, s'agissant d'affections en phase aiguë, la survenue de complications est toujours possible et la fixation a priori d'un terme très court à l'hospitalisation apparaît hasardeuse. L'indication d'un recours à l'hospitalisation complète suppose en effet une incertitude sur l'état de santé d'un malade et la nécessité d'une surveillance, toutes notions qui ne s'accommodent pas avec une durée prédéterminée. En outre, on sait à quel point ce genre de critère peut être aisément tourné par des **hospitalisations itératives**.

\* **Le niveau national** est conçu pour répondre aux besoins en lits ou services trop faibles quantitativement pour être dispersés sur la France entière, mais néanmoins insuffisamment couverts à l'heure actuelle (moyen séjours<sup>5</sup> rééducation fonctionnelle, soins palliatifs etc...). Il doit aussi permettre de développer des protocoles de référence et de constituer, en relation avec l'INSERM, le CNRS ou l'université, un pôle de recherche sur les aspects sanitaires et médicaux propres à la population carcérale (conduites autodestructrices, pathologie infectieuse, comportements sexuels déviants...), ainsi qu'un observatoire de la pathologie de l'exclusion. C'est à l'EHPNF, rénové, que devrait revenir ce rôle.

Dans un autre ordre d'idée, il apparaît nécessaire **d'étudier un assouplissement du régime juridique de la suspension de peine pour raison médicale**, dans des cas particulièrement dramatiques. De même, les modes de garde statiques à l'hôpital pourraient être remplacés par des gardes allégées pour certains détenus hospitalisés en dehors de l'unité sécurisée, et par le recours au bracelet électronique de surveillance.

### III - L'AVENIR DE L'EHPNF

L'EHPNF joue un rôle central dans le dispositif actuel d'hospitalisations des détenus, puisqu'il en accueille plus du tiers (environ 2200 sur 6000 en 1994). Malheureusement, à l'heure actuelle, malgré les qualités de son personnel, notamment médical, l'établissement ne bénéficie pas d'une grande réputation, car ses locaux sont souvent vétustes, ses équipements limités, et ses indicateurs d'activité (durée de séjour notamment) peu satisfaisants.

Pour mieux répondre aux besoins de santé des détenus, améliorer ses prestations et assurer l'indépendance des soins vis à vis de la surveillance pénitentiaire, une réforme est nécessaire, tant sur le plan juridique que sur le plan technique et médical. L'EHPNF serait investi d'une double mission : d'une part être l'unité -ou l'hôpital sécurisé- de la DR de Paris et des départements limitrophes, d'autre part, exercer la compétence nationale déjà décrite.

#### 1 - le projet médical doit être l'occasion d'une transformation de l'établissement

Pour parvenir aux objectifs ainsi définis, il convient de renforcer et de réaménager l'accueil, d'améliorer le plateau technique, de **diversifier les consultations spécialisées**, de développer des activités actuellement insuffisantes ou absentes (moyen séjour, rééducation fonctionnelle, soins intensifs, soins palliatifs), d'augmenter le taux de rotation des lits de court séjour, enfin, de dissocier les problèmes d'hébergement ou de transferts d'ordre

<sup>5</sup> *Les lits de moyens séjour seront répartis entre l'EHPNF (pour leur plus grand nombre), Lyon et Marseille, afin d'assurer une taille suffisante aux unités et une répartition géographique adaptée aux besoins.*

pénitentiaire des aspects sanitaires à la charge de l'assurance maladie.

**L'amélioration du plateau technique** passe notamment par une meilleure rentabilisation du laboratoire, par l'implantation d'un scanner à l'intérieur de l'établissement (cette option paraissant moins chère et plus satisfaisante que le système actuel par suite du coût des escortes et des gardes) et par l'intervention régulière d'un ingénieur biomédical.

Il n'est pas nécessaire de toucher à la capacité totale de l'établissement ; en revanche, après mise à niveau générale, la **distribution des lits entre court et moyen séjour devrait être modifiée** dans le sens d'une diminution des lits de court séjour<sup>6</sup> (notamment ceux de chirurgie et ceux réservés aux femmes) et d'une augmentation des lits de moyen séjour et de rééducation fonctionnelle (+ 32 lits). Une ou deux places de soins palliatifs pourraient être attribuées, après formation des équipes. Le service de soins intensifs serait renforcé. Une sorte de "kiosque" permettant la réalisation quotidienne de soins de haute technicité (dialyse, extracteurs, pompes implantables... pourrait être mise en place, tandis que des conventions seraient passées avec des associations de traitement à domicile (AURA, ANTADIR...).

Enfin un **pôle d'hébergement pénitentiaire** de 20 à 30 places, pourrait accueillir la nuit les malades bénéficiant d'un traitement chronique au long cours, qui ne réclament pas pour autant une hospitalisation complète -15 à 20 places- ainsi que les malades en instance de départ, mais dont les problèmes de transfèrement et d'escortes retardent la sortie -5 à 10 places.

Pourraient par ailleurs être hébergés quelques "détenus classés" affectés à des tâches autres que celles les mettant en rapport avec les malades.

Des liens fonctionnels étroits devraient être établis entre l'EHPNF et les établissements de santé responsables des UCSA dans la région parisienne (notamment Bicêtre et Cochin) ainsi qu'avec les UFR correspondantes.

## **2 - l'intégration dans l'AP-HP est souhaitable**

Plusieurs options juridiques ont été explorées. Mais, après analyse, deux seulement présentent une réelle faisabilité ;

- le maintien du statut actuel d'établissement public et la signature d'une convention avec l'AP-HP,
- ou la suppression de la personnalité morale de l'établissement et son intégration à l'AP-HP.

Dans les deux cas, la non-application de la carte sanitaire aux lits réservés aux détenus devrait être conservée.

La première option, souple et réversible, a l'avantage de ne rien changer au statut des personnels et à la responsabilité des missions pénitentiaires et maintient l'identité de la

<sup>6</sup> *Exception faite des lits de court séjour réservés aux maladies infectieuses.*

structure. Cependant, la difficulté pour un établissement de petite taille de se développer de manière autonome, la lourdeur de la tutelle directe des administrations centrales, mal armées pour cette tâche, et surtout le risque que l'AP-HP ne s'implique pas suffisamment dans un tel dispositif, ont fait renoncer la mission à cette option et **préférer l'intégration**. Cette voie nécessitera une modification législative, via un article de DMOS<sup>7</sup>, et la réécriture de décrets, mais elle semble être la seule façon de provoquer un réel processus de transformation, dans la logique de la réforme législative du 18 janvier 1994.

Plutôt qu'un rattachement à la direction générale de l'AP-HP, il semble raisonnable de conseiller l'intégration de l'hôpital de Fresnes dans un groupe hospitalier proche de Fresnes. Le choix de **Bicêtre**, partenaire de l'EHPNF pour l'anatomo-pathologie, la transfusion sanguine, la réalisation de certains actes d'imagerie, et déjà lié au centre pénitentiaire (CP) de Fresnes par une convention UCSA, paraît logique, d'autant que le passé même de cet établissement l'a parfois associé à l'histoire pénitentiaire. Le budget de l'hôpital de Fresnes serait fusionné avec celui de l'AP-HP, et -à côté des instances réglementaires du groupe hospitalier de Bicêtre- des organes de consultation ad hoc (commission hospitalo-pénitentiaire) seraient créés.

Le CP de Fresnes deviendrait alors prestataire de services pour les tâches pénitentiaires (fonctions de greffe et d'écrou, application des droits et devoirs des détenus, sécurité, transfèrements). Des fonctionnaires de surveillance seraient affectés par le ministre de la justice dans l'hôpital de Fresnes, dans le cadre juridique d'une mise à disposition à l'AP-HP par le CP de Fresnes. Un cahier des charges intégrant notamment des normes d'effectifs serait élaboré entre le ministère de la justice et l'AP-HP.

Enfin, tous les interlocuteurs ayant souligné les dangers du bicéphalisme, il appartiendrait au directeur général de l'AP-HP de nommer, après avis du garde des sceaux, un directeur de l'hôpital sécurisé de Fresnes, secondé par deux adjoints, l'un hospitalier, l'autre pénitentiaire, ce dernier assurant la conduite du personnel de surveillance. Le directeur aurait autorité pour arbitrer tous les conflits entre les contraintes sanitaires et les contraintes de sécurité. Un règlement intérieur et un projet d'établissement seraient élaborés.

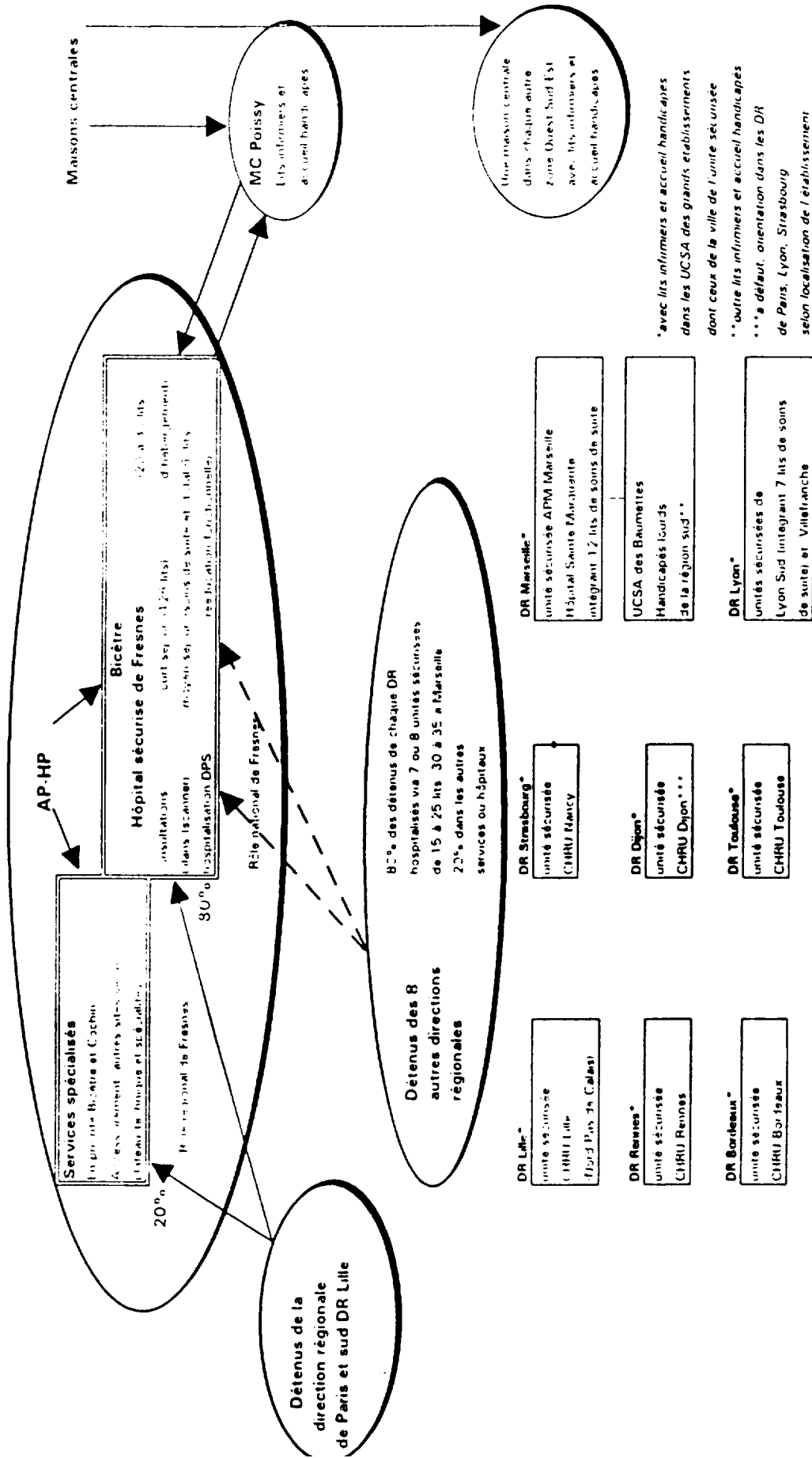
Le conseil d'Etat doit être saisi préalablement pour avis par les ministères concernés sur les modalités de mise à disposition à l'AP-HP des personnels pénitentiaires et sur la possibilité de déléguer au directeur général de l'AP-HP l'autorité sur les personnels de surveillance exerçant à l'hôpital de Fresnes.

**En conclusion**, la population carcérale présente un exemple très significatif de ce qu'est la **pathologie de l'exclusion**, et **la détention constitue un moment privilégié pour soigner et essayer d'éduquer à la santé, une population ordinairement peu accessible**. Le recours aux soins -dont ceux prodigués à l'hôpital -concourt, avec les actions d'éducation et de formation, à la réinsertion du détenu, tant l'on sait l'importance de la réhabilitation de l'image de soi à travers l'intérêt porté à la santé.

<sup>7</sup> *L'article L. 711-10 du CSP doit être modifié non seulement de façon à maintenir l'exclusion de la carte sanitaire des structures de soins destinées aux détenus, mais aussi l'affectation de personnels sur le site de Fresnes par le garde des sceaux.*



# Schéma national d'hospitalisation des détenus



## **ANNEXES**

## LISTE DES ANNEXES

### Introduction et préambule

- 1-1 Lettre de mission
- 1-2 Liste des personnes rencontrées
- 1-3 Glossaire

### Première partie

- 1-1 Evolution des suicides, tentatives de suicide et actes d'automutilation en milieu carcéral (3 documents)
- 1-2 Evolution du nombre de détenus connus atteints par le VIH (résultats de l'enquête "un jour donné" de l'administration pénitentiaire de 1988 à 1994)
- 1-3 Evolution de l'infection à VIH au centre pénitentiaire de Fresnes
- 1-4 Taux d'infection à VIH dans les établissements pénitentiaires (source : enquête "un jour donné" effectuée par l'administration pénitentiaire en juin 1994)
- 1-5 Bases du calcul, par le réseau national de santé publique, du taux de contamination à l'infection à VIH chez les toxicomanes
- 1-6 Méthode de calcul du taux de mortalité  
Tableaux et graphiques relatifs à la mortalité des détenus et de la population générale

### Deuxième partie

- 2-1 Tableaux relatifs aux flux et aux capacités d'hospitalisation des détenus
- 2-2 Tableau relatif aux transferts des détenus hospitalisés en 1994
- 2-3 Questionnaire adressé aux établissements pénitentiaires et résultats
- 2-4 Questionnaire adressé à 13 CHRU et résultats
- 2-5 Tableaux statistiques relatifs aux missions d'escorte et de garde à la charge de la police et de la gendarmerie
- 2-6 Comparaisons régionales
- 2-7 Comparaisons de l'hospitalisation en milieu ouvert et en milieu sécurisé
- 2-8 Comparaison des durées de séjour hospitalier des détenus suivant les structures d'accueil
- 2-9 Evolution des dépenses de santé en milieu carcéral

### Troisième partie

- 3-1 Moyens d'hospitalisation - Comparaisons
- 3-2 Répartition des hospitalisations des détenus de la région Nord en 1994
- 3-3 Tableaux relatifs à l'activité de l'EHPNF et aux détenus hospitalisés à l'EHPNF
- 3-4 Tableaux relatifs à l'activité de la prison-hôpital des Baumettes  
Répartition des hospitalisations des détenus de la DRSP de Marseille en 1994
- 3-5 Nombre de lits "infirmiers" dans les établissements pénitentiaires de métropole (enquête IGSI-IGAS)
- 3-6 Extractions médicales en 1994 (France métropolitaine - source : direction de l'administration pénitentiaire)

## **Quatrième partie**

- 4-1 Evolution de la population pénale
- 4-2 Carte des régions pénitentiaires et répartition du nombre des détenus par direction régionale

## **Cinquième partie**

- 5-1 Lettre du 7 novembre 1994 adressée par l'adjoint au directeur de l'administration pénitentiaire à M. Guillaume, maître des requêtes au conseil d'Etat
- 5-2 Note juridique de M. Guillaume du 30 novembre 1994

**Lettre de mission**

REPUBLIQUE FRANCAISE

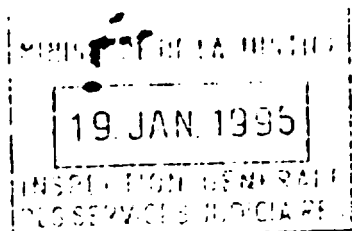
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTE ET DE LA VILLE

MINISTERE DE LA JUSTICE

Ministre Délégué à la Santé

Le Directeur du Cabinet

Le Directeur du Cabinet



Paris, le 17 JAN. 1995

NOTE

56

**pour Monsieur le chef de l'inspection générale  
des affaires sociales**

**pour Monsieur le chef de l'inspection générale  
des services judiciaires**

**OBJET :** Demande de mission conjointe de l'IGAS et de l'IGSJ : Evaluation des besoins prévisionnels en matière d'hospitalisation des détenus et propositions concernant l'évolution de l'établissement hospitalier public national de Fresnes (EHPNF).

L'article L. 711-3 du code de la santé public transfère l'ensemble de la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier. En milieu pénitentiaire, les soins aux détenus sont désormais confiés aux établissements publics de santé de proximité, dans le cadre de protocoles établis avec les établissements pénitentiaires. Parallèlement à la mise en place de ce nouveau dispositif de soins en milieu pénitentiaire qui sera achevée le 1<sup>er</sup> juillet 1995, nous souhaitons que soit rapidement défini le contenu du "volet hospitalisation" de la réforme et que les modalités d'évolution de l'EHPNF soient arrêtées.

Un schéma national d'hospitalisation des détenus, reposant sur les orientations fixées par l'article R. 711-19, doit être défini. Les nouvelles dispositions réglementaires distinguent deux niveaux d'hospitalisation :

- les hospitalisations présentant un caractère d'urgence ou de très courte durée relèvent des établissements signataires des protocoles;
- les autres hospitalisations d'unités implantées dans des établissements de santé dont la liste doit être fixée par un arrêté interministériel.

Cette option privilégie :

- la continuité des soins, en confiant les hospitalisations urgentes ou de très courte durée aux établissements publics de santé de proximité intervenant déjà en milieu pénitentiaire, au travers des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ;
- la rationalisation des opérations de surveillance en regroupant les autres hospitalisations dans des unités à vocation régionale ou interrégionale.

L'EHPNF, établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées doit être intégré dans ce schéma. Dans ce nouveau cadre, les missions suivantes pourraient lui être assignées :

- pôle régional d'hospitalisation, implanté en milieu pénitentiaire, pour les détenus de la région Ile-de-France;
- rôle national en matière de soins de suite et de longue durée ;
- rôle national en matière d'accueil des détenus justifiant de mesures particulières de sécurité.

Toutefois, l'EHPNF ne dispose ni du plateau technique, ni des services très spécialisés d'un centre hospitalier universitaire. Une complémentarité devra donc être trouvée auprès des services de l'assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP). Nos deux administrations considèrent, en accord avec le directeur général de l'AP-HP, qu'une association étroite entre l'EHPNF et l'AP-HP, voire une intégration au sein de cette grande administration hospitalière constitue la réponse la mieux adaptée à cette situation. Le statut juridique de l'EHPNF actuellement défini par les décrets 85.1391 et 85-1392 du 27 décembre 1985, pris en application de l'article L. 711-10 du code de la santé publique, devra évoluer en conséquence. Les décrets pré-cités sont actuellement en cours d'actualisation sur les plans budgétaires et financiers, afin de tenir compte de la substitution de l'assurance maladie à l'Etat, résultant de l'affiliation des détenus au régime général de la sécurité sociale.

Par ailleurs, il est envisagé de confier à la prison-hôpital des Baumettes, dont la vocation sanitaire n'est actuellement entérinée par aucun texte réglementaire, des missions similaires à celles de l'EHPNF au sein de la direction régionale des services pénitentiaires de Marseille, développées en s'appuyant sur un partenariat du même type avec l'assistance publique de Marseille.

Dans cette perspective, nous vous demandons :

1- Concernant le schéma national d'hospitalisation des détenus :

1°) d'indiquer la limite qu'il vous paraît souhaitable de donner à la notion d'hospitalisation de très courte durée, de façon à fixer la ligne de partage entre les deux niveaux d'hospitalisation retenus.

2°) d'établir les besoins des détenus en matière d'hospitalisation de courte durée, de soins de suite et de soins de longue durée, en précisant par ailleurs les besoins en matière de conditions d'accueil et de prise en charge des handicapés lorsque ceux-ci ne relèvent pas de soins de longue durée ;

3°) de préciser l'évolution prévisionnelle de ces besoins, au regard notamment de l'évolution de la population pénale (nombre de toxicomanes incarcérés, prévalence du VIH chez les toxicomanes...), des répercussions de la mise en oeuvre du nouveau dispositif de soins en milieu pénitentiaire, des mesures souhaitables vis à vis des sidéens à un stade avancé de la maladie.

## II- Concernant plus particulièrement la structure hospitalière de Fresnes :

1°) de préciser l'évolution du plateau technique et les capacités en lits de soins de courte durée, de suite et de longue durée nécessaires à cette structure pour répondre aux besoins de santé des détenus;

2°) de faire des propositions sur le statut juridique de cette structure qui vous paraissent le plus à même d'établir clairement le partage entre les responsabilités et les tâches de soins et de surveillance, dans le cadre de son association très étroite avec l'AP-HP, voire de son intégration au sein de celle-ci ;

3°) d'étudier les conséquences de cette évolution pour les personnels exerçant actuellement dans cet établissement.

Les membres de la mission prendront l'attache de nos services (mission E04 à la direction des hôpitaux et bureau GB3 à la direction de l'administration pénitentiaire) et de l'AP-HP et rencontreront les personnels de l'EHPNF.

Compte-tenu de l'urgence qui s'attache à ces questions, nous vous demandons de nous faire parvenir votre rapport de mission pour le 15 mars 1995.



**Christian CHARPY**  
Directeur du Cabinet



**Jean GAEREMYNCK**  
Directeur de Cabinet



**Liste des personnes rencontrées**

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

(par ordre alphabétique dans chaque structure ou institution  
avec indication de leur qualité lors de l'entretien avec la mission)

### MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE

#### Cabinet

**M. Grouchka**, conseiller technique

#### Direction des hôpitaux

**M. Bez**, chef de la mission sida

**M. le docteur Bourdillon**, mission sida

**M. Cabon**, directeur d'hôpital, bureau AF1

**M. Lenain**, chef de service, directeur par intérim

**Mme Ritz**, adjoint au chef du bureau AF2

**Mme le docteur Rousseau**, chef de la mission EO4

**M. Vincent**, directeur des hôpitaux

#### Direction générale de la santé

**Mme Conan-Clark**, bureau SP2

**Mme le docteur Dumont**, bureau SP2

**M. le professeur Girard**, directeur général de la santé

**Mme le docteur Fac-Penin**, division sida

#### DDASS DU VAL DE MARNE

**Mme le docteur Fuchs**, médecin inspecteur

**Mme le docteur Zaslabsky**, médecin chargé de la lutte contre le SIDA dans le département du Val de Marne

#### DRASS DE LA RÉGION RHÔNE-ALPES

**Mme Guerain**, inspecteur des affaires sanitaires et sociales

**M. Keller**, inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales

#### DDASS DU RHÔNE

**M. le docteur Bensadoun**, médecin inspecteur de santé publique

**Mme Jacquet**, inspecteur

#### DDASS DE L'ISÈRE

**M. le docteur Coudière**, médecin inspecteur de santé publique

**Mme Robin**, inspecteur

DRASS de Provence -Alpes -Côte d'Azur

**Mme Berger**, directeur régional  
**Mme Gisbert**, inspecteur  
**M. Laurent**, inspecteur principal  
**M. le docteur Provansal**, médecin inspecteur de santé publique

DDASS des Bouches du Rhône

**M. Carbona**, directeur départemental  
**M. Parodi**, inspecteur principal  
**Mme le docteur Prodhon**, médecin inspecteur  
**M. Sarfati**, inspecteur

DDASS des Alpes de Haute Provence

**Mme Hérellier**

DDASS du Var

**Mme le docteur Zimmermann**, médecin inspecteur de santé publique

DDASS du Vaucluse

**Mme le docteur Helfer**, médecin inspecteur de santé publique

DDASS des Alpes Maritimes

**Mme le docteur Bochot**, médecin inspecteur de santé publique  
**Mme Michezi**, chef de section

## **INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES**

**Mme le docteur Roquel**, inspecteur général

## **ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS**

Direction générale

**Mme Aoun**, chef de service à la direction des finances  
**M. Cordier**, directeur général  
**M. Devys**, directeur du cabinet  
**Mme Delahaye**, chargée de mission à la DROM  
**M. Paul**, adjoint au directeur des ressources et de l'organisation médicale  
**Mme Payre**, chargée de mission

## Hôpital de l'Hôtel Dieu

**Mme Charpiot**, directeur adjoint  
**M. le docteur Espinoza**, praticien hospitalier, chef du service des urgences  
**M. le docteur Segal**, médecin chef de la préfecture de police de Paris  
**Mme Soulas**, surveillante de la salle Cusco

## Hôpital Cochin

**M. Holte**, adjoint au directeur  
**M. Lepère**, directeur  
**M. le professeur Sicard**, chef de service de médecine interne

## Hôpital de la Pitié-Salpêtrière

**M. Pedoussaut**, directeur  
**M. le Professeur Piette**, médecine interne  
**M. Secret**, directeur adjoint, chargé des affaires médicales

**HÔPITAL D'ORSAY**

**M. Chodorge**, directeur

**HÔPITAUX CIVILS DE LYON**

## Direction générale

**M. Baptiste**, directeur général  
**M. Hanskens**, directeur adjoint, direction des affaires générales  
**M. Herzog**, directeur, direction des affaires générales  
**M. Plasse**, pharmacien chef de service de la pharmacie centrale des HCL  
**M. Roussel**, secrétaire général

## Hôpital Jules Courmont (centre hospitalier de Lyon Sud)

**M. le docteur Barlet**, médecin responsable de l'unité sécurisée  
**Mlle Besson**, surveillante à l'unité d'hospitalisation des détenus  
**M. Bourachot**, directeur des affaires financières  
**Mme Fabry**, directrice  
**M. Mercey**, infirmier général  
**M. le docteur Sourty**, praticien hospitalier contractuel à temps partiel à la prison de Saint Quentin Fallavier  
**M. le Professeur Védinne**, chef du service des urgences

**HÔPITAL DE VILLEFRANCHE SUR SAÔNE**

**M. le docteur Boutry**  
**M. le docteur Chérieff**  
**M. Pichon**, directeur adjoint

**ASSISTANCE PUBLIQUE DE MARSEILLE**

Direction Générale

**M. Rossi**, secrétaire général

Hôpital Sainte Marguerite (Marseille)

**M. le professeur Bouvenot**, chef de service, responsable médical de l'unité des "consignés"

**M. le docteur Delboy**

**M. le Professeur Farisse**, chef de service responsable de l'unité des "consignés"

**M. Gassin**, directeur

**M. le Professeur Gastaut**, CISIH de Marseille, centre Paoli-Calmette

**M. le docteur Ugarte**, chirurgien

**OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (RÉGION PACA)**

**Mme le docteur Obadia**, directeur

**M. le docteur Rotily**

**M. Tubiana**

**CENTRE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD DE VILLEJUIF**

**M. Coz**, directeur

**M. le docteur Dubois**, chef de l'Unité pour Malades Difficiles Henri Collin

**M. Pons**, directeur adjoint

**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE CAEN**

**M. Rayroles**, directeur général, membre de la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers régionaux

**INSERM**

**Mme Facy**, directeur de recherches

**MINISTERE DE LA JUSTICE**

Direction de l'administration pénitentiaire

**M. Antonini**, sous-directeur, sous-direction des ressources humaines

**M. Cantin**, directeur d'hôpital, bureau de l'action sanitaire et de lutte contre la toxicomanie

**M. Carbuccia-Berland**, chef du bureau de l'individualisation et des régimes de détention

**Mme Colin**, chef du service de la communication, des études et des relations internationales

**M. Darbeda**, chef du bureau de la réglementation et de la méthodologie

**Mme Decroix**, bureau de l'individualisation et des régimes de détention

**M. Goujot**, sous-directeur pénitentiaire, responsable du service national des transfèrements

**M. Herenguel**, directeur régional, membre de l'inspection des services pénitentiaires

**Mme Lescoffit**, chef du bureau des statuts et des relations sociales

**M. Maître**, chef du service de l'inspection des services pénitentiaires

**Mme Marlier**, bureau de la participation communautaire

**M. Moncomble**, chef de service pénitentiaire, membre du service national des transfèrements

**M. Pérol**, sous-directeur, soins-direction des affaires administratives

**M. Prévost**, préfet, directeur de l'administration pénitentiaire

**M. Rouleau**, adjoint au chef du bureau des affaires financières

**M. Sabatier**, chef du bureau des équipements et des techniques de sécurité

**M. Salerno**, directeur d'établissement, membre de l'inspection des services pénitentiaires

**M. Salvat**, sous-directeur, sous-direction de l'exécution des décisions judiciaires

**Mme Schaffner**, chef du bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie (GB3)

#### Direction des affaires criminelles et des grâces

**Mme Cosson**, chef du bureau des grâces et de l'application des peines

**M. Le Mesle**, sous-directeur, sous-direction de la justice criminelle

#### Direction régionale des services pénitentiaires de **Paris**

**M. Bonaldi**, directeur régional

#### Etablissement d'Hospitalisation Public National de Fresnes

**M. le docteur Atken**

**M. le docteur Bellon**

**M. le docteur Bizet**

**M. le docteur Blot**

**Mme le docteur Bouchard**

**M. le docteur Bouchard**, président de la CME

**M. Coche**, délégué CGT du personnel de surveillance

**Mme Ducrot**, chargée de l'antenne du greffe

**M. le docteur Durand**

**Mme Fraix**, assistante sociale

**M. Jacques**, surveillant, secrétaire médico-administratif

**Mme Lafortune**, infirmière chef

**Mme Lamoureux**, infirmière

**M. Legall**, chef de la détention  
**M. Lepouzet**, directeur adjoint  
**Mme Mathieu**, surveillante générale  
**M. Moguet**, délégué FO du personnel de surveillance  
**M. le docteur Movaci**  
**M. Ortolland**, président du conseil d'administration  
**M. le docteur Palou**  
**Mme Panis**, cadre des soins infirmiers, membre de la commission des soins infirmiers  
**M. le docteur Paraiso**  
**M. Paris**, directeur de l'établissement  
**M. le docteur Piciotto**  
**M. le docteur Polo-Devoto**  
**M. le docteur Saleun**  
**Mme le docteur Serres**  
**Mmes Tailhades et Kras**, fonctionnaires administratifs chargées du fichier  
**Mme le docteur Tarlevé**

#### Centre pénitentiaire de Fresnes

**M. Dicoliat**, surveillant (anciennement affecté au service des transfèremets)  
**Mme Guegan**, sous-directrice chargé de la 2ème division  
**M. le docteur Laurans**, médecin chef du SMPR  
**Mme Ribeaucourt**, chef du greffe judiciaire  
**M. Toulouse**, directeur  
**Mme le docteur Tuffelli**, médecin chef  
**Mme Waxin**, surveillante chef à la maison d'arrêt des femmes

#### Maison d'arrêt de la Santé

**Mme Manaud**, directeur  
**M. Tigoulet**, directeur, chef d'établissement  
**Mme le docteur Vasseur**, médecin chef

#### Maison d'arrêt de Fleury Mérogis

**M. Lintanff**, directeur

#### Maison centrale de Poissy

**M. Ridel**, directeur

#### Direction régionale des services pénitentiaires de Lyon

**M. Mowat**, directeur régional  
**M. Sammut**, adjoint au directeur régional  
**M. Peron**, chargé des affaires financières et de la réforme santé

## Prisons de Lyon

**Mme le docteur Beaupère**, médecin chef  
**M. le docteur Bissuel**, psychiatre au SMPR  
**Mme Charbonnier**, sous-directrice de ressources humaines  
**M. Katz**, directeur  
**M. Peyron**, adjoint au directeur  
**Mme Peyron**, attaché d'administration et d'intendance

## Maison d'arrêt de Villefranche sur Saône

**M. Fayreau**, directeur  
 Un médecin libéral intervenant dans l'établissement

## Centre pénitentiaire de Saint Quentin-Fallavier

**M. Llinarès**, directeur

Direction régionale des services pénitentiaires de **Marseille**

**Mme Coumes**, sous-directeur  
**M. Lebeau**, adjoint au directeur régional

## Centre pénitentiaire des Baumettes

**M. Delattre**, directeur  
**M. Ferrari**, chef de détention à la "clinique médicale des Baumettes"  
**Mme Flayol**, chef du greffe judiciaire  
**Mme le docteur Galinier-Pujol**, praticien hospitalier, détachée au centre pénitentiaire  
**Mme Jouanolou**, infirmière  
**M. Paris-Zucconi**, sous-directeur  
**M. le Professeur Soyfer**, pharmacien  
**Mme Viguié**, surveillante

**CONSEIL D'ETAT**

**M. Fougier**, conseiller d'Etat

**COUR D'APPEL DE PARIS**

**M. Burgelin**, procureur général  
**M. Tillet**, avocat général

**TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CRÉTEIL**

**Mme Guillaume**, juge de l'application des peines  
**M. Kurtz**, juge de l'application des peines  
**M. Le Fur**, premier substitut chargé du service de l'exécution des peines



## **COUR D'APPEL ET TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LYON**

**M. Coquillat**, procureur adjoint près le tribunal de grande instance de Lyon  
**M. Nadal**, procureur général près la cour d'appel de Lyon  
**Mme Thony**, juge de l'application des peines  
**M. Viout**, avocat général près la cour d'appel de Lyon

## **TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE MARSEILLE**

**Mme Baudron**, premier procureur de la République adjoint  
**M. Choquet**, juge d'instruction  
**M. Di Guardia**, procureur de la République  
**M. Etienne**, substitut  
**Mme Faglin**, vice-président chargé de l'application des peines  
**Mme Fusina**, juge de l'application des peines  
**M. Lemoussu**, juge de l'application des peines  
**Mme Roche**, juge d'instruction

## **MINISTERE DE L'INTERIEUR**

**M. Berlioz**, sous-directeur de la gestion opérationnelle et des ressources humaines à la préfecture de police de Paris  
**M. Chantereau**, contrôleur général (Marseille)  
**M. Clique**, commandant de CRS (Marseille)  
**M. Debue**, sous-directeur des missions à la direction centrale de la sécurité publique  
**M. Gehin**, préfet adjoint pour la sécurité (département des Bouches du Rhône)  
**M. Herbst**, directeur départemental de la sécurité publique (Marseille)  
**M. Hezard**, commissaire central, chef de la sûreté urbaine (Lyon)  
**M. Leclerc**, préfet adjoint pour la sécurité (département du Rhône)  
**M. Picone**, sous-direction des missions (DCSP)

## **MINISTERE DE LA DEFENSE**

**Colonel Commenville**, direction de la gendarmerie, sous-direction de l'organisation et de l'emploi, bureau de police judiciaire  
**Capitaine Vire**, commandant de la compagnie de Villefranche -sur -Saône

## **RÉGION NORD-PAS DE CALAIS**

Plusieurs responsables administratifs et médicaux de la région Nord Pas de Calais, notamment de Lille, ont été rencontrés, à l'occasion d'une autre mission, par un membre de l'inspection générale des services judiciaires, Mme Marie-Pierre de Liège.

## **Glossaire**

## GLOSSAIRE

ADN	acide désoxyribonucléique
AP-HP	assistance publique - hôpitaux de Paris
APM	assistance publique de Marseille
ASH	agent de service hospitalier
AVP	accident de la voie publique
BEH	bulletin épidémiologique hebdomadaire
CD	centre de détention
CDAG	centre de dépistage anonyme et gratuit
CED	corps étranger digestif
CFES	comité français d'éducation pour la santé
CH	centre hospitalier
CHG	centre hospitalier général
CHR	centre hospitalier régional
CHRU	centre hospitalier régional universitaire
CHS	centre hospitalier spécialisé (psychiatrique)
CIDAG	centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit
CISIH	centre d'information et de soins contre l'immunodéficience humaine
CME	commission médicale d'établissement
CNEH	centre national d'étude hospitalière
CNRS	centre national de recherche scientifique
CP	centre pénitentiaire
CPP	code de procédure pénale
CREDES	centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
CS	consultation spécialisée
CSP	code de la santé publique
DAP	direction de l'administration pénitentiaire
DCSP	direction centrale de la sécurité publique
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDSP	direction départementale de la sécurité publique
DGS	direction générale de la santé
DH	direction des hôpitaux
DMS	durée moyenne de séjour
DOM	département d'outre-mer
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRSP (ou DR)	direction régionale des services pénitentiaires (direction régionale)
ECG	électrocardiogramme
EEG	électroencéphalogramme
EHPNF	établissement d'hospitalisation public national de Fresnes
EMG	électromyogramme
ENAP	école nationale de l'administration pénitentiaire
ETP	équivalent temps plein
GAV	garde à vue
GDS	garde des sceaux
GIP	groupement d'intérêt public
HCL	hospices civils de Lyon
HIV	(voir VIH)

IGAS	inspection générale des affaires sociales
IGSJ	inspection générale des services judiciaires
ILS	infraction à la législation sur les stupéfiants
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	institut national de la santé et de la recherche médicale
IREP	institut de recherche épidémiologique sur la pharmacodépendance
IVG	interruption volontaire de grossesse
JAP	juge de l'application des peines
JO	journal officiel
MA	maison d'arrêt
Mc	maison centrale
MID	médecin inspecteur départemental
MS	moyen séjour
MST	maladie sexuellement transmissible
OMS	organisation mondiale de la santé
ORL	oto-rhino-laryngologie
ORS	observatoire régional de la santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PH	praticien hospitalier
PHB	prison-hôpital des Baumettes
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNAS	proceedings National Academy's of sciences
RF	rééducation fonctionnelle
RNSP	réseau national de santé publique
SAMU	service d'aide médicale urgente
SAU	service d'accueil d'urgence
SDF	sans domicile fixe
SESI	service des études statistiques et d'information
SIDA	syndrome d'immuno-déficience acquise
SMHPI	service médical d'hospitalisation des personnes incarcérées
SMPR	service médico-psychologique régional
TC	traumatisme crânien
TOM	territoire d'outre-mer
TS	tentative de suicide
UCSA	unité de consultations et de soins ambulatoires
UDVI	usager de drogue par voie intraveineuse
UFR	unité de formation et de recherche
US	unité sécurisée
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

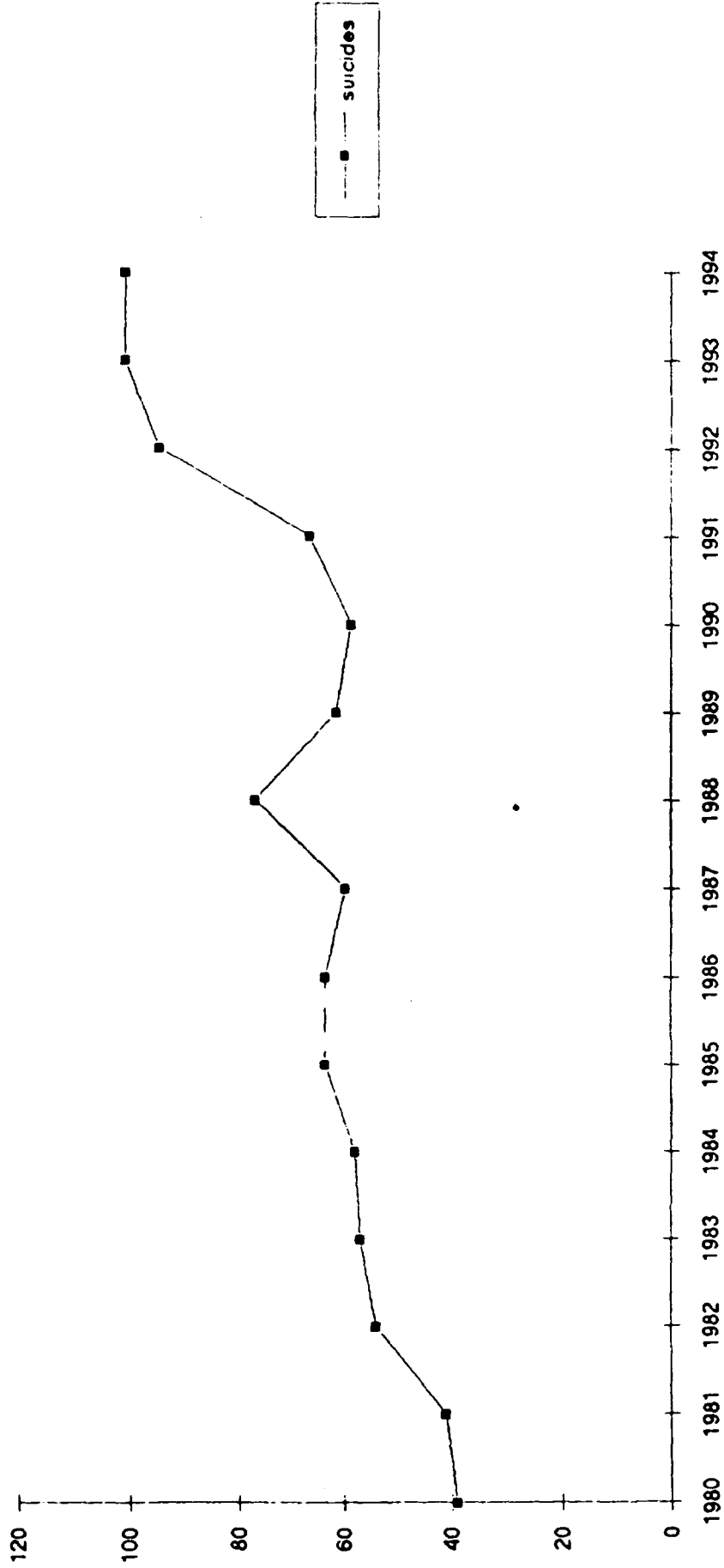
Evolution des suicides, tentatives de suicide et actes d'automutilation  
en milieu carcéral (3 documents)

Evolution des taux de suicide et de tentatives de suicides en milieu carcéral

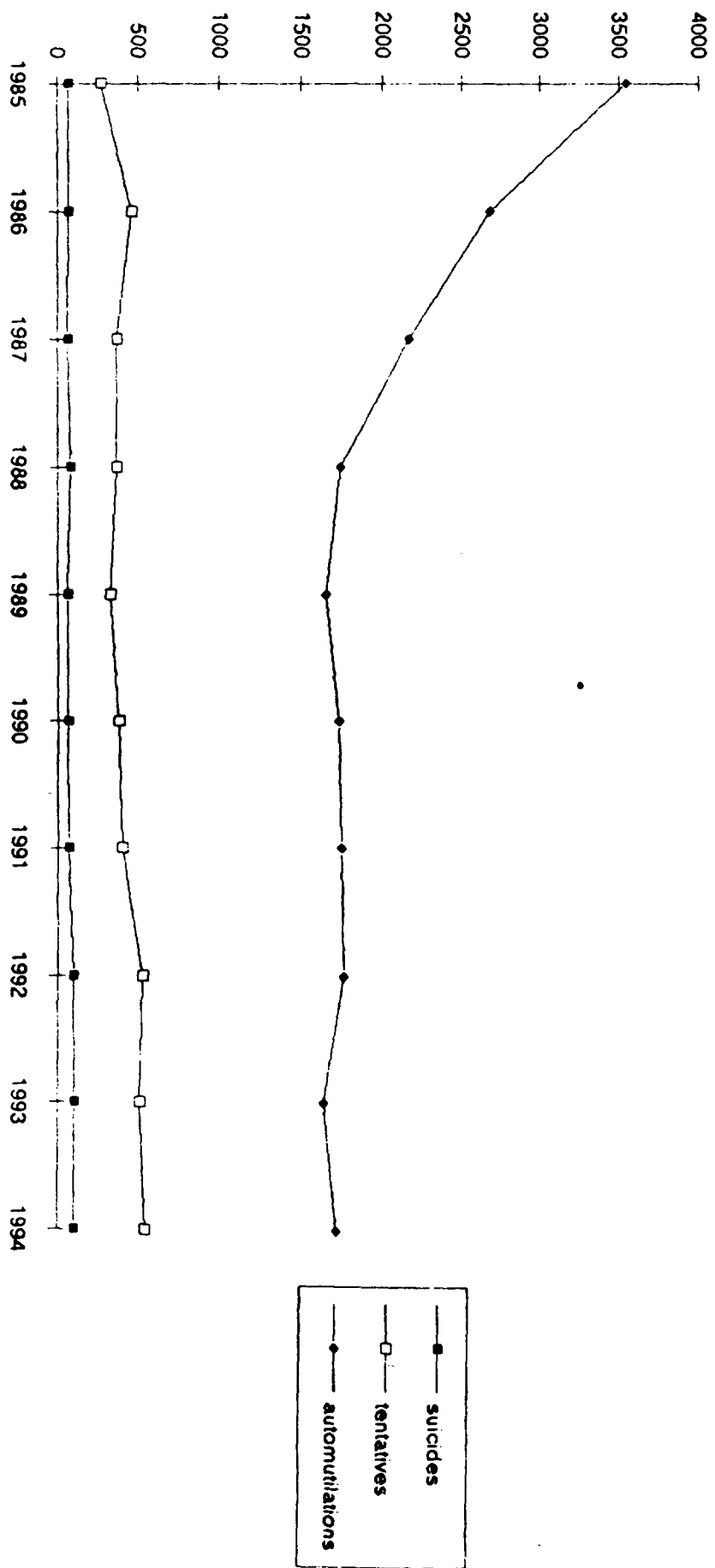
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
suicides	64	64	60	77	62	59	67	95	101	101
tentatives de suicide	269	461	365	363	322	377	398	523	507	537
population pénitentiaire	44504	44028	49116	50877	46531	45419	49105	50122	50352	52555
taux de suicide pour 1000 détenus	1,43807298	1,45362042	1,22159785	1,51345402	1,33244504	1,29901583	1,36442317	1,89537528	2,00587861	1,92179621
Tx de tentatives pour 1000 détenus	6,0444005	10,4706096	7,43138692	7,13485465	6,92011777	8,30049098	8,10508095	10,4345397	10,0691134	10,217867

Graphique 1 - Evolution du nombre de suicides

Evolution des suicides de détenus ces 15 dernières années



conduites suicidaires des détenus : évolution





Evolution du nombre de détenus connus atteints par le VIH  
(résultats de l'enquête "un jour donné" de l'administration  
pénitentiaire de 1988 à 1994)

## ANNEXE 1-2

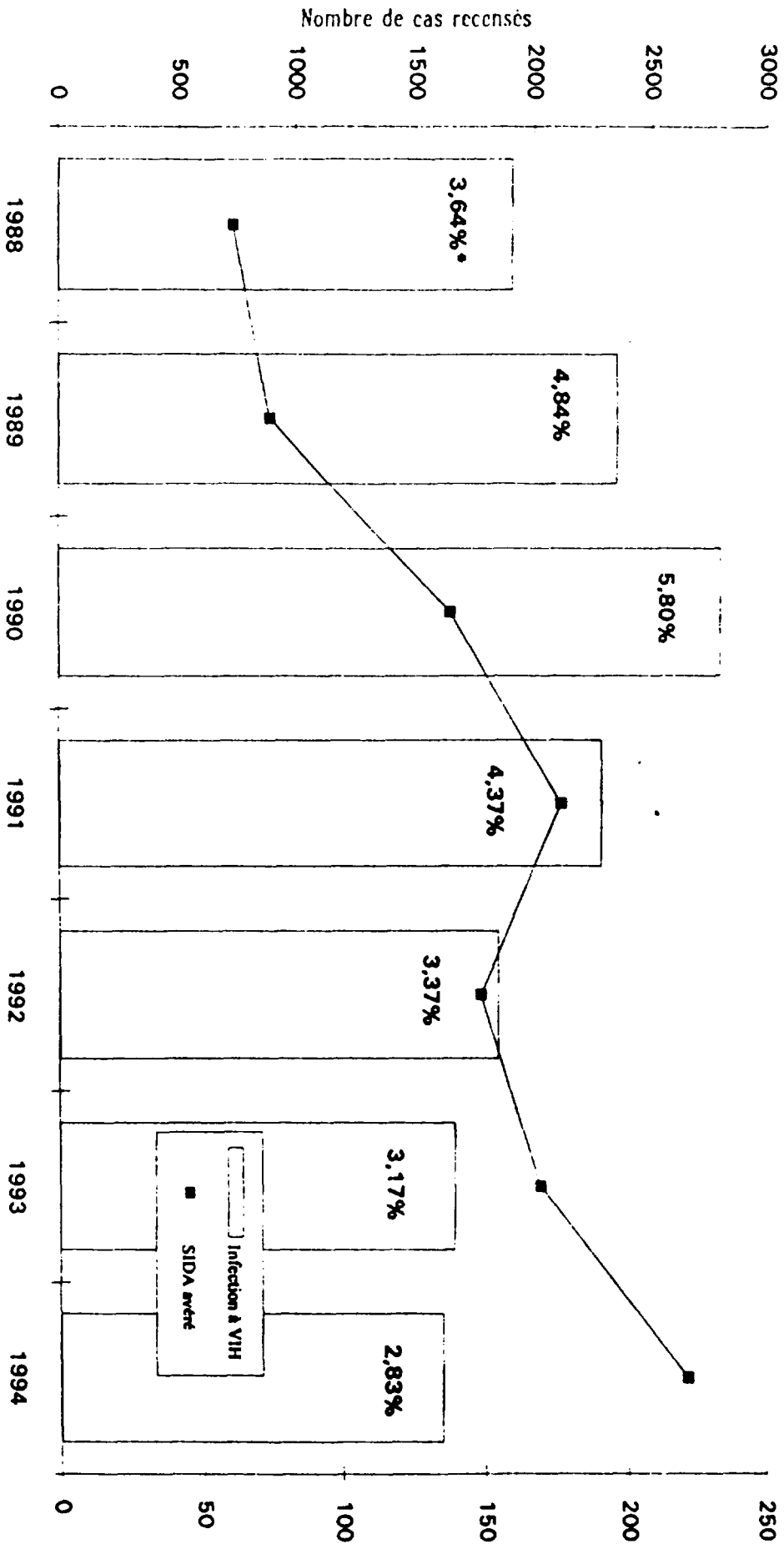
### Résultats de l'enquête réalisée à un jour donné dans les établissements pénitentiaires sur l'infection par le VIH de 1988 à 1994

ANNEE	Formes Asymptomatiques	Formes Symptomatiques	SIDA avéré	Total VIH	Population Pénale(*)	Prévalence de l'infection
1988	1300	545	61	1906	52384	3,64%
1989	1623	651	74	2348	48480	4,84%
1990	1774	883	137	2794	48166	5,80%
1991	1584	523	176	2283	52220	4,37%
1992	1059	642	148	1849	54811	3,37%
1993	934	565	169	1668	52544	3,17%
1994	1026	373	221	1620	57275	2,80%

(\*) Population pénale présente dans les établissements pénitentiaires le jour de l'enquête

## Prévalence de l'infection à VIH dans les établissements pénitentiaires

(enquête à un jour donné)



Source DAP-DH  
 % de la population pénale présente le jour de l'enquête

Evolution de l'infection à VIH au centre pénitentiaire de Fresnes

**L'infection à VIH au CP de Fresnes**

	1992	1993	1994
Informés	3135	3075	3141
Dépistés	2040	2085	1921
HIV +	173 (8,4%)	105 (5%)	83(4,3%)
HIV + connus	132	75	60
HIV + inconnus	41 (31%)	30 (27,7%)	23 (38,3%)
Toxicomanes	159	87	69
Orienta *CISIH	145	74	-
Refus suivi	10	6	-

Extrait du rapport d'activité du CP de Fresnes 1994

Taux d'infection à VIH dans les établissements pénitentiaires  
(source : enquête "un jour donné" effectuée par l'administration  
pénitentiaire en juin 1994)

**Taux d'infection à VIH  
dans les établissements pénitentiaires**

*(Source : enquête un jour donné effectuée par l'administration pénitentiaire en juin 1994)*

Outre ceux relevés dans les sept établissements les plus touchés, d'autres taux importants d'infection à VIH parmi les détenus (supérieurs à 4%) peuvent être mentionnés, même s'ils concernent moins de détenus en valeur absolue :

Dans la DR de Paris :

- La MA de Versailles 6 pour 84 détenues, soit 7,1%
- le CD de Châteaudun 32 pour 532 détenus, soit 6,01%
- le CP de Châteauroux 14 pour 267 détenus, soit 5,24%
- A noter le taux apparemment faible de la MA de Seine-St-Denis, 2,8%, soit 20 pour 705 détenus

Dans la DR de Marseille :

- Salon de Provence 28 pour 321 détenus, soit 8,72%
- Aix-Luynes 33 pour 706 détenus, soit 4,67%
- CP Draguignan 24 pour 559 détenus, soit 4,29%
- MA Nice 31 pour 722 détenus, soit 4,29%

Dans la DR de Bordeaux :

- MA Bordeaux 28 pour 700 détenus, soit 4%
- CD Neuvic 17 pour 344 détenus, soit 4,94%

Dans la DR de Strasbourg :

- MA de Metz-Queuleu 29 pour 684 détenus, soit 4,23% (la MA de Nancy est à 0,66%, ce qui montre bien les spécificités locales)

Dans la DR de Toulouse :

- MA de Tarbes 6 pour 115 détenus, soit 5,21%
- CP de Lannemezan 8 pour 193 détenus, soit 4,14%, taux le plus élevé de toutes les centrales

Dans les DOM-TOM, le taux le plus élevé est celui de la MA de Pointe-à-Pitre, 3,63%, soit 11 pour 303 détenus.

On peut également évoquer quelques taux particuliers dans des établissements étudiés par la mission :

- MA Villefranche 10 pour 594 détenus, soit 1,68%
- Prisons de Lyon 8 pour 869 détenus, soit 0,92%
- Un taux très faible à la MA de Loos-les-Lille 8 pour 1156 détenus, soit 0,69%

Bases du calcul, par le réseau national de santé publique,  
du taux de contamination à l'infection à VIH chez les toxicomanes



### **Bases du Calcul par le RNSP du taux de contamination à l'infection à VIH chez les toxicomanes**

L'estimation du taux de contamination des toxicomanes à l'infection VIH se fonde sur plusieurs sources :

- Parmi les héroïnomanes ayant été suivis en novembre 1992 dans les centres spécialisés et les hôpitaux, le pourcentage de séropositifs est de 35% (25% dans les centres spécialisés et 41,5% dans les hôpitaux). La surreprésentation des séropositifs dans les hôpitaux est liée au fait que cet état est lui-même à l'origine d'un certain nombre de recours au système sanitaire. Ces résultats doivent aussi être relativisés par un pourcentage de non-réponses élevé et le seul fondement de la déclaration de la personne.

- L'enquête de l'IREP (R. Ingold) sur 369 toxicomanes recrutés dans la rue et les institutions à Paris, Marseille et Metz, donne un taux de sérologie de 45% sur les 228 dont le statut est connu, variant selon le domicile, de 54% à Marseille à 42% à Paris et 38% à Metz. Élément important : parmi ceux qui se sont injectés de la drogue avant 1987, le taux de sérologie positive chez les dépistés est de 51% contre 6% ,chez ceux qui ont commencé à s'injecter de la drogue après 1987.

- Depuis 1989, l'INSERM (U302 F.Facy) organise des recueils de données auprès des toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanies des établissements. 2548 sujets héroïnomanes ont été observés entre 1991 et 1993, soit 69% des toxicomanes reçus. Ce sont neuf fois sur 10 des hommes, 21% des étrangers, 39% ont moins de 25 ans et 25% plus de 30 ans. 30% sont parents, 28% ont un membre de leur fratrie toxicomane, 17% ont un partenaire toxicomane, 87% ont effectué un test de sérologie.

En ajoutant les résultats d'une enquête Boullenger menée en 1990 en Ile-de-france, le RNSP estime que la proportion de toxicomanes infectés est (le 24% (20-29). Pour l'Ile de France et PACA, ce taux est estimé à 39% (35-43).

Méthode de calcul du taux de mortalité  
Tableaux et graphiques relatifs à la mortalité des détenus  
et de la population générale

## ANNEXE

### TAUX DE MORTALITE : METHODE

On pouvait se demander si le taux de mortalité devait être calculé sur le "flux" des détenus ou sur le "stock", compte-tenu de la mobilité considérable des détenus.

Si :

N = nombre de décès en prison

S = "stock" moyen des détenus

F = flux annuel de détenus

D = durée moyenne de séjour en détention

c = risque de mourir pour un détenu

T = Taux de mortalité des détenus

T' = Taux individuel de mortalité d'un détenu

Alors :

Le taux de mortalité T est égal, par définition, à  $N/S$

Le taux individuel de mortalité d'un détenu (qui tient compte de sa durée de séjour)

T' est, lui, égal à  $c/D$ .

Or le risque de mourir pour un détenu, c, est égal à  $N/F$ .

Mais  $D = S/F$

Donc  $c/D = (N/F)(F/S) = N/S$

Donc T' = T

**En conclusion, il est équivalent de calculer le taux de mortalité sur le flux ou sur le stock.**

Mortalité des détenus et de la population française

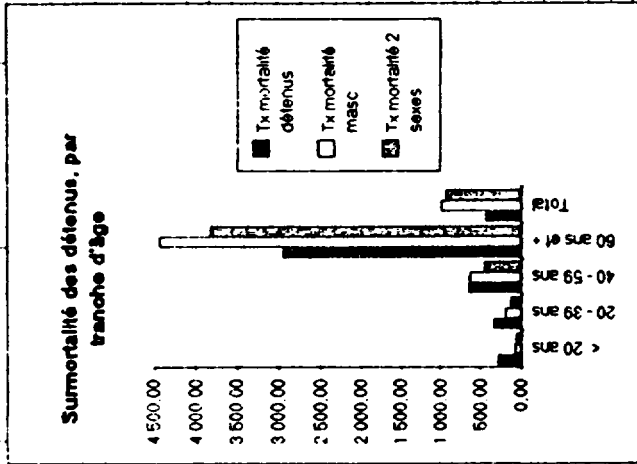
tranche d'âge	décès détenus	pop. détenus	décès masc.	France total	décès France	pop. masc. France	pop. France
< 20 ans	10	3 475	5 888	9 515	7 666 883	14 991 528	
20 - 39 ans	127	37 368	16 027	21 879	8 586 258	17 148 846	
40 - 59 ans	63	10 001	41 329	58 028	6 611 292	13 210 132	
60 ans et +	23	779	208 262	432 108	4 700 623	11 301 449	
Total	223	51 623	271 506	521 530	27 565 056	56 651 955	
Source	DAP et DACG	DAP	INSERM	INSERM	INSEE	INSEE	
Année	1994	01/01/1995	1993	1993	1990 actualisé 1994	idem	

Taux de mortalité des détenus, par tranche d'âge

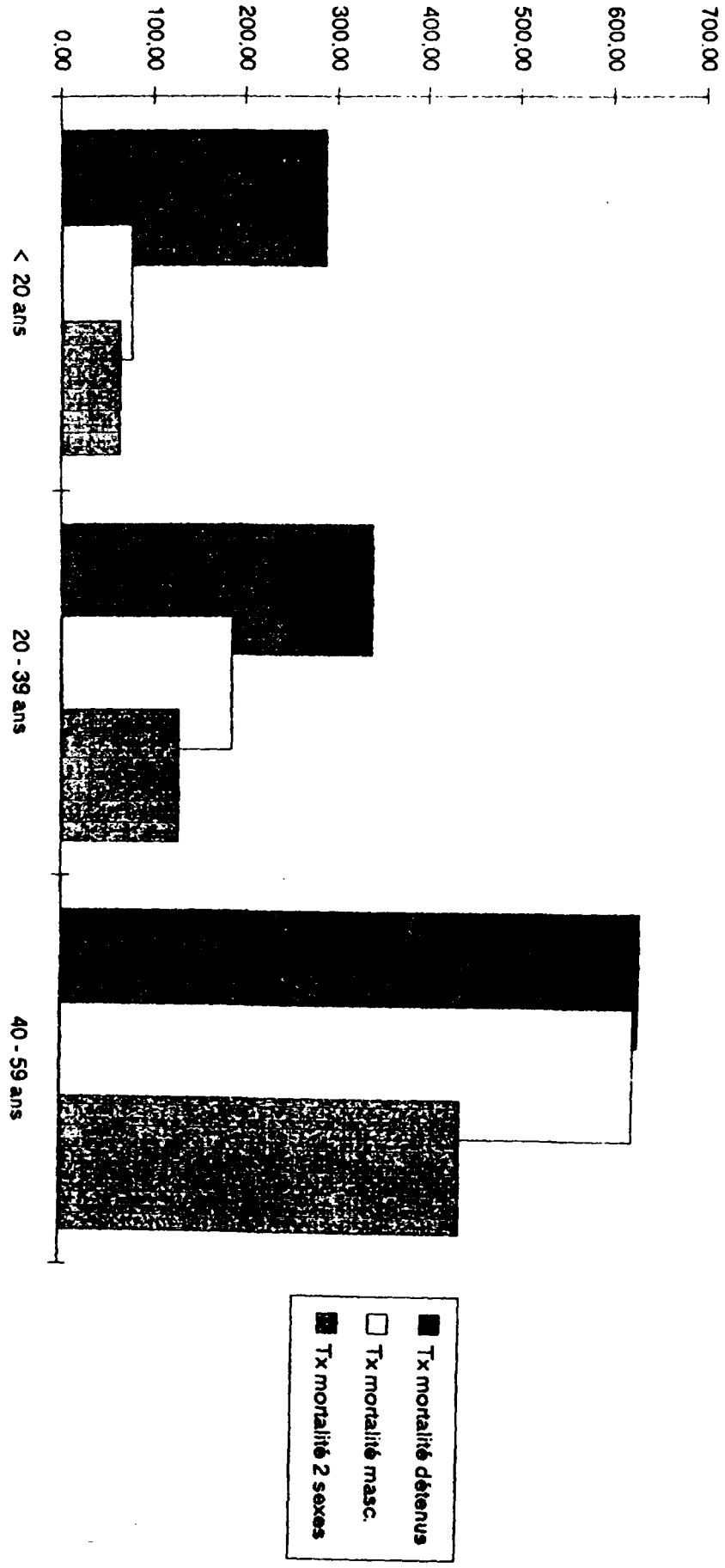
tranche d'âge	Tx mortalité d	Tx mortalité n	Tx mortalité 2 sexes
< 20 ans	287,769784	76,797833	63,4691807
20 - 39 ans	339,862984	186,658728	127,582929
40 - 59 ans	629,937006	625,127433	439,268888
60 ans et +	2952,50321	4430,5191	3823,47432
Total	431,977994	984,964442	920,586059

tranche d'âge	décès détenus	pop. détenus	décès masc France	total décès pop. masc France	pop. France
< 20 ans	10	3 475	6 888	9 515	7 666 883
20 - 39 ans	127	37 368	16 027	21 879	8 566 258
40 - 59 ans	83	10 001	41 328	68 026	6 511 282
60 ans et +	23	779	208 282	432 108	4 700 623
Total	223	61 623	271 606	521 630	27 666 066

tranche d'âge	Tx mortalité détenus	Tx mortalité masc	Tx mortalité 2 sexes
< 20 ans	287,77	75,80	63,47
20 - 39 ans	339,86	186,66	127,68
40 - 59 ans	629,94	626,13	439,27
60 ans et +	2 962,60	4 430,52	3 823,47
Total	431,98	984,96	820,59



### Sumortalité des détenus selon l'âge



Tableaux relatifs aux flux et aux capacités d'hospitalisation des détenus

**ANNEXE 2-1  
HOSPITALISATIONS DE DETENUS.  
1993-1994**

	Hôpitaux civils		EHPNF		Total	
	1994	1993	1994	1993	1994	1993
DR Bordeaux	268	286	43	40/42	311	328
DR Dijon	110	116	77	92	187	208
DR Lille	526	404	174	186	700	590
DR Lyon	595	392	6	6	601	398
DR Marseille	794	1207/ 1225	16	14	810	1221/ 1239
DR Paris	339	245/ 251	1732	1753/ 1618	2071	1998/ 1869
DR Rennes	263	321	57	89	320	410
DR Strasbourg	339	217	38	52	377	269
DR Toulouse	341	202	40	32	381	234
EHPNF	247	310			247	310
<b>Total hors Dom-Tom</b>	<b>3822</b>	<b>3700</b>	<b>2183</b>	<b>2263</b>	<b>6005</b>	<b>5963</b>
DOM-TOM	201	156	2	2	203	158
<b>Total hors EHPNF</b>	<b>3776</b>	<b>3546</b>	<b>2185*</b>	<b>2265</b>	<b>5961</b>	<b>5811</b>
<b>Total général</b>	<b>4023</b>	<b>3856</b>	<b>2185</b>	<b>2265</b>	<b>6208</b>	<b>6121</b>

\*rapport d'activité EHPNF 2285 en 1993, 2270 en 1994  
sources déclaration DRSP et ajustement d'après les données EHPNF (incertitudes Paris et Marseille)

**Taux d'hospitalisation par DRSP rapporté au flux d'entrants  
1994**

DR Bordeaux	6%
DR Dijon	3%
DR Lille	6%
DR Lyon	8%
DR Marseille	6%
DR Paris	7%
DR Rennes	4%
DR Strasbourg	6%
DR Toulouse	4%
France hors Dom-Tom	6%



## FLUX GLOBAUX D'HOSPITALISATION DES DETENUS

(M million)

<p>Population générale France(métropole)            au 1/1/93 57,527M            15/64 ans (65,54%) 37,707M</p>	<p>Population pénale (métropole)            au 1/1/93 48164            au 1/1/94 50240            au 1/1/95 51623            flux d'entrées 1994 : 95030            flux d'entrées 1993 : 92128            population moyenne 1993 : 49532            population moyenne 1994 : 53013</p>
<p>nombre d'hospitalisations CS            pop.globale 12,180M            pop.15/64 ans (60,7%) 7,39M</p> <p>tx d'hosp.global 21,2%            tx d'hosp.15/64ans 19,6%</p> <p>soins de suite et réadapt. 755 602</p>	<p>nombre d'hospitalisations (hors PHB)            1993 5963            1994 6005</p> <p>tx d'hosp(au 1-1): 11,9% en 94            tx d'hosp(au 1-1): 12,4% en 93</p> <p>tx d'hosp(pop.moyenne) : 12% en 1993            tx d'hosp(pop.moyenne) : 11,3% en 1994</p>
<p>nombre de lits d'hospitalisation            CS 284 718            soins de suite et réadapt. 93 605</p> <p>soit 6,6 lits pour 1000 h            dont 1,6 en s s r</p>	<p>estimation (hors PHB=50)            206(EHPNF)            + 236(u.sécurisées)            + milieu ouvert</p> <p>soit 8,3 lits (hors m.ouvert) pour 1000 h</p>

sources SESI (MAS) Direction de l'administration pénitentiaire (MJ)

Tableau relatif aux transferts des détenus hospitalisés en 1994

(source service des transfèrments, direction de l'administration pénitentiaire)

# HOSPITALISATIONS EFFECTUEES EN 1994 EN FRANCE METROPOLITAINE

(Article D. 384 et s. du Code de Procédure Pénale)

	En hôpital civil				Nombre de jours**	A l'établissement Hospitalier Public National de Fresnes (E.H.P.N.F.) ou à la Prison Hôpital des Baumettes (P.H.B.) <sup>(1)</sup>			En Hôpital Psychiatrique (art. D 398 du C.P.P.)			
	Nombre de convois *		Nombre de détenus	Nombre de convois *			Nombre de détenus	Nombre de convois *		Nombre de détenus		
	A	B		C		A		B	C		A	B
JANVIER	151	69	65	330	1773	101	4	18	24	7	4	36
FEBVRIER	177	89	67	347	1951	92	5	11	26	6	3	38
MARS	196	84	59	364	2324	120	7	26	22	9	3	43
AVRIL	183	83	83	371	2188	96	12	10	27	6	5	41
MAI	199	82	67	375	2286	102	5	11	17	6	0	27
JUIN	209	75	63	370	2156	121	11	13	25	9	5	43
JUILLET	169	75	67	346	2047	116	7	17	23	6	7	37
AOUT	163	73	63	332	1927	99	6	16	25	8	5	47
SEPTEMBRE	153	73	85	343	2130	107	3	11	19	3	3	31
OCTOBRE	181	97	62	368	2181	98	8	17	24	6	4	36
NOVEMBRE	183	69	65	326	2044	96	4	19	25	5	6	37
DECEMBRE	167	67	82	366	2103	96	5	12	15	6	4	32
TOTAUX	2131	936	828	4228	25110	1242	77	181	272	77	49	448
	3895					1500			398			

(1) soit 511 convois  
à l'admission. PHB à l'admission.

SOIT UN TOTAL DE 5 793 CONVOIS CONCERNANT 8 746 DETENUS.

\*\* Total de jours d'hospitalisation pendant le mois concerné représenté par l'ensemble des détenus hospitalisés durant le mois quelle que soit la date d'admission.

\* A = avec escorte Pénitentiaire seulement.

\* B = avec escorte des forces de l'ordre seulement.

\* C = avec escorte mixte.

Questionnaire adressé aux établissements pénitentiaires et résultats

**QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX DIRECTEURS ET CHEFS  
DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES  
SOUS COUVERT  
DES DIRECTEURS RÉGIONAUX DES SERVICES PÉNITENTIAIRES**

**Nom de l'établissement :**

**Catégorie de l'établissement :**

**Population au 1/1/1994 :**

**Population au 1/1/1995 :**

**Nombre d'entrants en 1994 :**

Flux d'hospitalisation

1. Nombre de détenus hospitalisés
  - en 1992 :
  - en 1993 :
  - en 1994 :
  
2. Nombre de journées d'hospitalisation en 1992 :
  - en 1993 :
  - en 1994 :
  
3. Nom et adresse de l'établissement hospitalier de proximité avec lequel est ou sera souscrite la convention UCSA :
  
4. **Pour 1994** seulement, nombre de détenus hospitalisés :
  - dans l'établissement hospitalier de proximité (CHG ou CHU):
  - dans un autre établissement hospitalier de la région pénitentiaire :
    - \* pour raison médicale :
    - \* pour des raisons autres que médicales (sécurité...) :
  - dans un établissement hospitalier **hors** de la région pénitentiaire :
    - \* pour raison médicale :
    - \* pour des raisons autres que médicales (sécurité...) :
  - à l'établissement hospitalier public national de Fresnes :
  - à la "clinique médicale des Baumettes" :



## Mesures d'application des peines pour motif médical

Tableau à compléter.

	Nombre total de mesures prononcées		dont pour motif médical	
	1993	1994	1993	1994
Suspensions de peine				
Fractionnements de peine				
Semi-liberté				
L.C. JAP				
L.C. GDS				
Grâces médicales				
Placements extérieurs				
Semi-liberté				
Permissions de sortir				
Autres				

Observations complémentaires ou problèmes locaux particuliers intéressant la question de l'hospitalisation des détenus :

**Nom de la personne responsable de la réponse à ce questionnaire :**  
**Coordonnées téléphoniques :**

**Ce questionnaire est à retourner pour le 23 AVRIL 1995 à :**

		MA (112)	CP (26)	CD (25)	MC (5)	Total
Population 1994		29.415	9.816	8.442	1.098	49.667
Population 1995		30.545	10.593	8.145	1.047	51.278
Nombre d'entrants 1994		85.370	27.101	6.486	344	120.951
Nbre de détenus hospitalisés	1992	2.841	1.112	353	75	6.298
	1993	2.984	1.266	466	105	6.709
	1994	3.519	1.399	493	100	7.405
Nbre de journées d'hospitali- sation	1992	24.404	14.690	2.001	686	43.087
	1993	32.131	14.692	2.096	899	50.912
	1994	31.544	16.040	2.822	1.330	52.400
Dans établissement hospitalier de proximité		2.233	709	355	20	3.297
Dans un autre etab. hop. région parisienne	raison médicale	408	94	49	22	551
	autres	7	0	5	0	12
Dans un autre etab. hop. hors région parisienne	raison médicale	9	33	6	3	48
	autre	2	0	0	0	2
Fresnes		1.030	607	169	38	1.806
Baumettes		47	513	15	7	575
Nbre de consultations médicales extérieures	1992	12.470	2.828	2.780	403	20.070
	1993	13.439	3.583	3.321	547	22.336
	1994	15.363	3.841	9.669	514	30.867
Extractions pour consultations médicales		56.301	28.510	21.404	5419	106.215
Escortes pour hospitalisation		10.838	4.665	2.742	477	18.245
Nbre de véhicules		5	4	1	0	10
Nbre d'agents		19	23	28	2	70
Nbre de cellules		84	48	19	15	151
Nbre de lits		108	89	19	15	216

NB. : Les résultats bruts de l'enquête effectuée auprès des établissements pénitentiaires figurant ci-dessus sont à considérer avec réserve compte tenu des risques de double compte et de l'interprétation donnée à certaines questions.



Questionnaire adressé à 13 CHRU et résultats

## **ANNEXE 2-4 : Enquête menée par l'IGAS et l'IGSJ auprès de 13 CHRU.**

### **QUESTIONNAIRE RELATIF A L'HOSPITALISATION DES DETENUS**

1) Existe-t-il des chambres sécurisées, ou du moins regroupées pour être affectées plus particulièrement à des détenus hospitalisés, dans votre établissement ? (exclure les services psychiâtriques)

OUI/NON

si oui, depuis quelle date? .....

combien de lits concernés? (capacité théorique) ...

(capacité réelle) ...

combien de chambres affectées? ...

quelle est la structure médicale concernée?

antenne/service/...

y a-t-il un responsable médical spécifique? ...

quels sont son statut ? (PH, PU-PH, vac...) ...

sa disponibilité? (temps plein, partiel)...

sa spécialité? ...

de quel service cette unité dépend-elle? (discipline) ...

2) si non, en avez-vous le projet?

pour quel volume?

à quelle échéance?

vers quel hôpital sont actuellement orientés les détenus?

3) Avez-vous passé convention pour créer une UCSA?

avec quel(s) établissement(s) pénitentiaire(s)?

4) Si vous disposez de chambres sécurisées,

qui en a financé l'aménagement?

pour quel montant global?

disposez-vous de sanitaires (lavabo, WC, douches) dans cette unité ?

à l'étage ?

dans les chambres?

disposez-vous de locaux et de matériels adaptés pour la kinésithérapie dans l'unité?

5) Quelle est la composition de l'équipe affectée à cette unité (personnel médical, personnel non médical, agents hospitaliers, kinésithérapeutes, psychologues... en équivalents temps plein)

6) Votre établissement dispose-t-il **sur le même site**

- d'un scanner? d'une IRM?
- d'appareils de radiothérapie? d'appareils de dialyse?
- d'une angiographie numérisée?
- d'un service de rééducation fonctionnelle?

7) En 1994, combien de détenus ont été hospitalisés

dans votre établissement?	dans l'unité spécifique?
entrées	entrées
jours	jours
actes en B	actes en B
actes en K	actes en K
actes en Z	actes en Z

**le cas échéant,**

DMS dans l'unité spécifique?

nombre de cas inf ou égal	à 72h	à 10j
"	à 30j	à 90j
"	à 180j	
" sup	à 180j	

Disposez-vous d'un **regroupement des RSS** de la population carcérale hospitalisée en 1994, validé ?

Dans ce cas, merci de l'annexer au questionnaire, ainsi que tout document d'étude sur la population carcérale hospitalisée, que vous jugeriez utile et qui serait immédiatement disponible.

8) La garde des détenus hospitalisés est assurée par

la police?... la gendarmerie?...

nombre de postes affectés?...

9) activité des SAMU-SMUR pour l'hospitalisation des détenus  
en 1993?... en 1994?...

**Personne responsable de la réponse à l'enquête :**

**coordonnées téléphoniques :**



Tableaux statistiques relatifs aux missions d'escorte  
et de garde à la charge de la police et de la gendarmerie

**ANNEXE 2-5 A**  
**CHARGES DE POLICE LIEES A L'ESCORTE ET LA GARDE DE DETENUS**  
 (France métropolitaine hors Paris)

	personnes concernées	heures fonctionnaires
Présentations-extractions-comparutions-transferts	205 876	1 039 208
police des audiences		793 058
tenue dépôts permanents ou occasionnels	60 808	650 047
garde détenus hospitalisés (1)	5 507	571 445
conduites aux soins(2)	9 463	43 881
total(3)	281 654	3 097 639
proportion (1 + 2)/3		19,8%

**ANNEXE 2-5 B**  
**CHARGES DE GARDES HOSPITALIERES DE LA GENDARMERIE**

Premier trimestre 1995 :

heures/fonctionnaires consacrées à l'escorte pour hospitalisations 3200  
 heures/fonctionnaires consacrées à l'escorte pour consultations 8000  
 heures/fonctionnaires consacrées à la garde hospitalière 44000

source Direction générale de la Police Nationale (bureau de police judiciaire)

**ANNEXE 2-5 C**  
**CHARGES DE GARDES HOSPITALIERES DE LA PREFECTURE DE POLICE**  
**DE PARIS**

*Le tableau ci-dessous a pour objet de mesurer les charges de gardes et escortes de la Préfecture de Police de Paris, en heures fonctionnaires théoriques. Pour ce faire, si l'on prévoit par exemple, deux fonctionnaires par vacation sur 24h pour garder un détenu, la charge en h/fonctionnaire sera retranscrite ainsi:*

*2\*24h*

*sans tenir compte du nombre des vacations.*

*Pour calculer le nombre de postes nécessaire pour remplir cette charge à Paris, il sera compté 1699h04 par agent, soit 5 agents pour assurer une présence de 24h. (ce chiffre varie en fonction de l'absentéisme local, et diffère d'une région à l'autre)*

dépôt Cusco	3 fonc/24h/an	3*24*365	26280h
dépôt Quentin	2fonct/24h/340j	2*24*340	16320h
détenus hospitalisés hors GAV	2fonct/24h/ 2702j(203+2499)	2*24*2702	129696h
<b>TOTAL</b>			<b>187704h</b>

Si l'on rapporte au nombre d'heures effectivement travaillées, l'équivalent en postes est de 187704h/1699h04

soit 110 agents.



## Comparaisons régionales

## ANNEXE 2-6

## COMPARAISONS RÉGIONALES

1994

	Ile-de-France et Centre(100%)	Nord-Pas de Calais et Picardie	PACA et Corse	Rhône -Alpes et Auvergne
population (EPR) (a)	10.908M + 2.418M = 13.326M 100%	3.986M + 1.835M = 5.821M 44%	4.380M + 0.253M = 4.633M 35%	5.350M + 1.319M = 6.79M 51%
pop.pénale (DRSP) (a')	12618 + 1905 = 14543(DRSP) 100%	4338 + 2206 = 6544 (DRSP= 8448) 45%	6415 + 422 = 6837(DRSP) 47%	3182 + 682 = 3864(DRSP) 26%
flux d'entrées pop.pénale (b')	26863	8245(EPR) 10310(DRSP)	11570	6859
activ.hosp.rég. CS (e) en million	2.206 + 0.464 = 2671	0.763 + 0.333 = 1.096	1.027 + 0.069 = 1.097	1.119 + 0.262 = 1.381
hospit. totales(c') dont EHPNF dont h.civils	2318 1732 586	700 174 526 dont 267 chrLille (38%)	810 16 794 dont 453 APM (56%) dont 36 Toul dont 23 Drag dont 282aut. (Avignon, Nice,Ajacc) + PHB= 511	610 6 604 dt 386HCL (63%) dont 127 Villefr. dont 19 chr Gren dont 72 autres
cap.hosp. régionales CS ssr (tx pour 1000)	58704 (5.4) + 10098 (4.2) 12480 + 3484	17130 (4.3) + 7568(4.1) 4917 + 2536	24511 (5.5) + 1582 (6.2) 12025 + 616	25665 (4.7) + 6417(4.9) 10998 + 2638
cap.hosp.détenus (d') (hors milieu ouvert)  tx pour 1000 d'/a'	206 EHPNF 10 Cusco 6 Quentin  (15)	5 Lille 6 Dunkerque 2 Douai 6 Valenciennes (3)	8 APM 10 Nice + Drag (50 PHB)  (2.6 ou 10)	16HCL 8Vill.  (6)
tx hosp (c/a) régional (c'/a')pénal	20% 15.9%	18.8% 8.3%	23.6% 11.8% sans PHB 19.3% avec PHB	20.3% 15.8%

sources SESI.DAP

On observe rive la région lyonnaise ne représente que le quart de la population pénale de Paris, alors qu'elle représente la moitié de la population civile régionale. Les taux d'hospitalisation sont les plus élevés, pour la population pénale, à Paris et à Lyon, où l'écart avec les taux d'hospitalisation généraux sont les plus faibles.

**Comparaisons de l'hospitalisation en milieu ouvert  
et en milieu sécurisé**

ANNEXE 2-7

HOSPITALISATION EN MILIEU OUVERT ET EN MILIEU SECURISE. COMPARAISONS

	PARIS		MARSEILLE			Lille 1994	Caen 1994	Orléans 1994	Limoges 1994	Nancy 1994	Borde aux	Montpel lier 1994	HCL 1994
	stat DR 93/94	EHPNF 93/94	1992	1993	1994								
entrées milieu ouvert (A)	251/ 245	339	129	129	165 178	192	59	0	0	137	79	52	66 (59)
DMS			6,6	5,5	4,9						8		
GAV cf police	Cuadro 430 dont 88 auas mdépm				137						nd		69x + 1ra
Entrées unité sécurisée 1994 (B)	2185 + 482 + 57 = 2724 dont 88 + 2 complés deux fois, comme gdx et comme détenus				287 275	80	23	36	33	92	23	20	404
RAPPORT B/A		4,7			1,7 4,8 avec PHB	0,7	0,4	100%	100%	0,7	0,3	0,4	6

Rapport flux unité sécurisée/flux milieu ouvert :

- à Paris. (avec EHPNF) 4.7 à 1
- à Marseille (hors PHB) 1.7 à 1
- (avec PHB) 4.8 à 1
- à Lyon 6 à 1
- à Lille 0.3 à 1

Comparaison des durées de séjour hospitalier des détenus  
suivant les structures d'accueil

## ANNEXE 2-8

## COMPARAISON DES DURÉES DE SÉJOUR HOSPITALIER DES DÉTENUS SUIVANT LES STRUCTURES D'ACCUEIL

SITES	DMS 1994	Total Entrées exploitées	Répartition des durées de séjour					
			-3j	-10j	-30j	-90j	-6m	+6m
PHB 1993	26,4	511	51	113	107	66	23	
		360 origine CP Baumettes	14%	31%	30%	18%	6%	
BHPNF	17	2306	118	544	952	523	118	51
		404 (avec gâv) 315 (RSS analysés)	5%	24%	41%	23%	5%	2%
Unité HCL (93)	12 13,3	404 (avec gâv) 315 (RSS analysés)	82	104	115	14		
		287 (avec gâv)	26%	33%	36%	5%		
Unité APM	7,7	287 (avec gâv)						
Cusco AP-HP	5,33	482 (avec gâv)						
CHR Montpellier	3,25	20	9	9	2	0	0	0
CHR Limoges	3,4	33	17	13	3	0	0	0
CHR Orléans	1,6	36	31	5	0	0	0	0
CHR Caen	1,78	23	22	1	0	0	0	0
CHR Nice	9,4	206	46	142	16	2	0	0
CHG Villefranche	11,3	132	22	67	35	7	1	0
CHR Rouen (1993)	3,5	31	24	4	2	1	0	0
CHR Bordeaux	6,9	10	5	2	6	0	0	0
	18,3 avec séjour post autre service	23 avec hospitalisations en provenance autres services	6	4	9	4	0	0

## SEULES DONNÉES DISPONIBLES POUR 6 CHR

CHR	DMS 1994	Entrées 1994
CHR Nantes	1,92	101
CHR Strasbourg	3,19	48
CHR Rennes	2,3	56
CHR Nancy	4,5	92
CHR Lille 1994 1990/1991	5,8 3,4	80 177
CHR Toulouse	2à3	36 (1-1 au 30-10-93)

Evolution des dépenses de santé en milieu carcéral



# ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

## DEPENSES DE SANTE

	1992	1993	1994
<i>Journées de détention</i>	18 917 159	19 085 284	20 227 631
<b>3190 MEDECINS CONTRACTUELS</b>			
Rémunérations	619 746	148 736	0
<b>3798 MEDECINS A L'ACTE</b>	12 158 554	14 295 700	3 381 871
<b>MEDECINS VACATAIRES</b>			
Rémunérations	10 195 668	11 555 137	1 686 679
psychologues			1 461 863
personnel para-médical			75 215
<b>INFIRMIERES C.R.F.</b>			
Rémunérations	28 931 195	31 437 129	19 569 960
<b>INFIRMIERES (Traitements, indemnités charges)</b>	15 077 858	20 341 756	20 800 000
Conventions hopitaux	4 497 140	1 342 635	12 868 297
<b>3423 FRAIS MEDICAUX</b>			
Pharmacie	47 343 479	53 424 654	50 489 391
Hospitalisations	125 890 709	128 461 354	190 674 384
Consultations analyses	28 195 138	26 996 507	22 195 697
<b>3610 HOPITAL DE FRESNES</b>	71 423 315	71 918 393	71 465 119
<b>TOTAL</b>	<b>344 332 802</b>	<b>359 922 001</b>	<b>394 668 476</b>

31 MAI 1995

Évolution des dépenses de santé de 1988 à 1992

	1988 Total	% année	1989 Total	% année	% évolut.
Jours de détention	18 127 370	99,73 %	17 003 872	99,70 %	- 6,20 %
Jours d'hospitalisation	48 997	0,27 %	51 163	0,30 %	4,42 %
<b>Total</b>	<b>18 176 367</b>	<b>100 %</b>	<b>17 055 035</b>	<b>100 %</b>	<b>- 6,17 %</b>

DÉPENSES

CHIA art.	Intitulés	1988 Total	% année	1989 Total	% année	% évolut.
31.90	MÉDECINS CONTRACTUELS	501 961	0,21 %	511 291	0,20 %	1,86 %
	Rémunérations	281 098	0,12 %	286 323	0,11 %	1,86 %
	Charges					

31.91	MÉDECINS A LACTE	12 615 649	5,23 %	10 706 567	4,18 %	- 15,13 %
72	MÉDECINS VACATAIRES	9 272 079	3,85 %	10 343 166	4,04 %	11,31 %
	Rémunérations	5 203 564	2,16 %	5 792 173	2,26 %	11,31 %
	Charges					
71	INFIRMIÈRES CRF	12 125 527	5,02 %	15 213 964	5,94 %	25,47 %
	Rémunérations	7 628 372	3,16 %	8 798 200	3,43 %	15,34 %
	Charges					

31.90	INFIRMIÈRES (travaux, indemnités, charges)	14 718 320	6,10 %	14 718 320	5,74 %	
-------	--	------------	--------	------------	--------	--

34.23	FRAIS MÉDICAUX (I.I.I. 31.30)	131 184 368	54,34 %	141 109 379	55,06 %	7,57 %
	dont pharmacie	41 577 887	17,22 %	45 691 122	16,43 %	9,89 %
	Hospitalisations	89 606 481	37,12 %	76 065 899	27,35 %	- 15,11 %
	Consultations/analyses	nd		19 352 358	6,96 %	nd

36.10	HÔPITAL DE FRESNES	47 858 734	19,82 %	48 793 333	19,04 %	1,95 %
	<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>241 409 672</b>	<b>100,00 %</b>	<b>256 272 716</b>	<b>100,00 %</b>	<b>6,16 %</b>

Source : 1988 à 1992 : Comptes des services pénitentiaires

1990 Total	% année	% évolut.	1991 Total	% année	% évolut.	1992 Total	% année	% évolut.
16 659 335	99,72 %	- 0,91 %	18 326 879	99,79 %	8,76 %	19 000 000	99,76 %	3,68 %
47 663	0,28 %	- 6,45 %	39 442	0,21 %	- 17,99 %	46 000	0,24 %	16,63 %
<b>16 806 998</b>	<b>100,00 %</b>	<b>- 0,92 %</b>	<b>18 366 321</b>	<b>100,00 %</b>	<b>8,68 %</b>	<b>19 046 000</b>	<b>100,00 %</b>	<b>3,71 %</b>

376 294	0,14 %	- 26,40 %	385 762	0,14 %	2,60 %			- 100,00 %
219 725	0,08 %	- 26,40 %	215 993	0,08 %	- 2,50 %			- 100,00 %

18 096 961	6,51 %	69,03 %	18 949 528	6,67 %	4,71 %			- 100,00 %
10 644 646	3,81 %	2,31 %	6 791 325	2,39 %	- 35,96 %			- 100,00 %
5 938 579	2,14 %	2,53 %	3 883 142	1,34 %	- 35,06 %			- 100,00 %
14 892 237	5,35 %	- 2,11 %	18 065 474	6,34 %	20,91 %			- 100,00 %
8 798 200	3,16 %		10 063 065	3,55 %	14,80 %			- 100,00 %

14 439 716	5,19 %	- 1,89 %	14 638 697	5,15 %	1,38 %			- 100,00 %
------------	--------	----------	------------	--------	--------	--	--	------------

143 308 936	51,56 %	1,62 %	143 876 828	50,63 %	0,34 %	149 000 000	100,00 %	17,46 %
48 436 362	17,42 %	6,01 %	45 034 374	15,85 %	- 7,02 %	56 000 000	29,59 %	11,03 %
71 128 712	26,29 %	- 3,86 %	73 645 583	25,93 %	0,76 %	99 000 000	51,29 %	22,14 %
21 823 862	7,85 %	12,77 %	25 356 863	8,85 %	15,27 %	29 000 000	17,16 %	15,28 %

61 379 430	22,07 %	25,78 %	67 444 511	23,71 %	9,90 %			- 100,00 %
278 116 664	100,00 %	8,52 %	284 184 259	100,00 %	2,19 %	149 000 000	100,00 %	- 40,53 %

**Moyens d'hospitalisation - Comparaisons**

ANNEXE 3-1 : MOYENS D'HOSPITALISATION - COMPARAISONS  
sources: Etablissements publics de santé, DRSP, Services de Police.

SITE	EHPNF	PHB	unité Barlet-HCL	unité cons APNI	unité Villefranche	Cusco AP-HP
population pénale DRSP 1-2-1995	14523	6837	3864	6837	3864	14523
1993	13703	6923	3504	6923	3504	13703
tx d'occupation	121%	120%	109%	120%	109%	121%
flux d'entrée de population pénale DRSP	1994 26863 1993 26598	11570 11063	6859 6880	11570 11063	6859 6880	26863 26598
nombre de lits théoriques effectifs	265 206	752 502	16 16	10 9	8 8	11 10
nbre entrées hosp	1994 2185/2270 1993 2265/2285 1992 2341	511 441 436	404 374 284	287 261 235	132 (127 sans PI) néant néant	482 (A + PI) 380 418
journées d'hosp	1994 55986 1993 57813 1992	13483 12815 10706	4842 4797 4901	2214 2372 2465	1495 néant néant	2570 2723 2745
coefficient d'occup hospit.	1994 77% 1993 81% 1992		83% 82% 84%	61% 65% 67%	51%	68,1%
DMS	1994 17,1 1993 18,1 1992	26,4 29 24	12 12,8 17,2	7,7 9	11,3 néant néant	5,33
nbre gardés à vue %	0	0	54 + 7 rél.adm. 15%	12 gav + rél.adm.?	0	405 (94) 300 (93) 418 (92) 78%
effectif médical	1FH*plein/20PHpart/12A ssplein/ 11consult	2PHplein/1PUPHphar/lrè sdplein/ 17consult	2PHplein/ Zatuchés	Interne résid	1PHpartiel / assistantplein	néant
effectif non médical	1CS1*/8Cl*/77IDE/49AS/2 OASH/4kin/15teclabo/7pr éiphar/6manipradio/2diéti /1engob	ICI / 6IDE* /12kiné / 4prépharm / 1/2manipradio	ICU/IDE/8ASD/4ASH/ O,Secerned	ICI / 6IDE / 3AS / 2ASH	ICI / 6IDE / 8 AS 1/2psy 1/4 kiné	ICI / 3IDE / 3AS / 1ASH

type de garde heures/fonct	pénitentiaire 3CSP*/RPS*/ 1SOS dont 10 médico-adm	pénitentiaire 40 S	police 44035h 47546 avec GAV	police 32675h	gendarmerie 24035h	police
-------------------------------	---	-----------------------	------------------------------------	------------------	-----------------------	--------

\*CSP chef surveillant pénitentiaire, PS premier surveillant

\*CSI cadre supérieur infirmier, CI cadre infirmier, IDE infirmière diplômée d'Etat, AS aide-soignante, ash agent de service hospitalier

\*PH praticien hospitalier

Répartition des hospitalisations des détenus  
de la région Nord en 1994

Tableau

**Répartition des hospitalisations des détenus  
de la région Nord en 1994**

(Extraits des réponses au questionnaire IGAS/IGSJ)

Année 1994	ARRAS	BÉTHUNE	DOUAI	DUNKERQUE	CD LOOS	MA LOOS	MAUBEUGE	VALENCIENNES
Population au 01/01/94	192	353	578	90	369	1048	382	382
Détenus hospitalisés	6	25	18	25	41	108	25	55
Journées	8	45	47	154	93	688	45	118
DMS	1,3	1,8	2,6	6,2	2,3	6,4	1,80	2,15
Hôpital local	6	25	16	24	28	108	15	0
Hôpital régional	0	0	2	0	0	0	0	0
EPHNF	4	3	15	1	13	1	4	8
Consultations à l'extérieur	70	168	385	148	331	525	52	91
Ratio consultations externes/détenus	0,36	0,48	0,65	1,64	0,90	0,50	0,14	0,24

**Tableaux relatifs à l'activité de l'EHPNF  
et aux détenus hospitalisés à l'EHPNF**



ANNEXE 3-3

CARACTERISTIQUES DE L'EHPNF

	1992	1993
nombre de lits théoriques réels	278 202	265 206
entrées avec PI sans PI	3189 2341	3272 2285
jours	57813	55986
DMS*	18,12	17,11
coef d'occupation	81%	77%
activité consult. dont pour les hospitalisés à l'EHPNF dont pour CP Fresnes dont pour autres	8935  2848 (32%)	8334  2923 (35%)  2512  2899
Effectifs équivalents temps plein 1994 médicaux		théoriques réels
non médicaux		29,3 29,3(dont 4,8 ETP de vacances)
CI IDE		210 187,5
AS		96 74,5
ASH		44 44
médicotech		17 17
administratifs		38 38
techniques		11 11
pénitentiaires		4 4
CEB		196 186
dét.classés		... 18
total		90 76
		525,3 494,8

sources EHPNF

\* DMS calculée sur le total des entrées, comprenant les passages intérieurs

## ANNEXE 3-3

## COMPARAISONS DE L'EHPNF EN MATIÈRE DE DOTATION EN PERSONNEL Et D'ACTIVITÉ

ratios utilisés par le SESI	ratio moyen de la catégorie CH (MCO,MS) 1992	ratio EHPNF 1992/1993
entrées/lits occupés	22,7	15,8/15,9
coefficient d'occupation	78,3%	81%/77%
DMS	12,3	18,1/17,1
médecine	8,2	
chirurgie	6,5	
moyen séjour	73,3	
entrées /personnel médical*	433/459 suivant MCO	78,3 sans PI (1994) 109,2 avec PI
entrées /personnel non médical**	88/104 suivant MCO	théo. réel( 94) 24      31 sans PI 33      44 avec PI
nombre de médecins pour 10 lits occupés (hors vacation)	0,85	1,42 (94)
nombre de CI/IDE pour 10 lits occupés	4,34	théo. réel (94) 4,7    3,7

sources EHPNF-SESI

\*équivalent temps plein non compris les internes

\*\*équivalent temps plein infirmières diplômées d'Etat, encadrement

## ANNEXE 3-3

**STATISTIQUES EHPNF  
CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION HOSPITALISÉE**

provenance 1994	détenus		jours EHPNF		jours Hôpitaux extérieurs %	
		%		%		
Centre Pénitent. et Maison d'arrêt (75%)	2083	92,5%	52344	93,6%	2881	88,8%
Maison Centrale (4%)	42	1,8%	1011	1,8%	152	4,6%
Centre de détention (21%)	122	5,4%	2482	4,4%	210	6,5%
<b>totaux</b>	<b>2247</b>	<b>100%</b>	<b>55837</b>	<b>100%</b>	<b>3243</b>	<b>100%</b>

Les chiffres entre parenthèses représentent la proportion des détenus France métropolitaine, placés dans ces différents lieux de détention.

**Analyse de la provenance en dehors de Fresnes, La Santé et Fleury.**

provenance	détenus hospitalisés		nombre de journées	
		%		%
Maisons d'arrêt et centres pénitentiaires	724	81%	22402	86,5%
Maisons centrales	42	4,7%	1011	4%
Centres de détention	122	14%	2482	9,5%
<b>Total</b>	<b>888</b>	<b>100%</b>	<b>25895</b>	<b>100%</b>

**Flux d'hospitalisation infra et extra DRSP de Paris et DMS relative en 1994.**

provenance	entrées	journées		DMS	
		EHPNF	hors	EHPNF	hors
<b>DRSP PARIS</b>	<b>1765</b>	<b>34632</b>	<b>2280</b>	<b>19,6j</b>	<b>1,3j</b>
dont CP Fresnes	770 soit 34%	18436	1605	24j	2,1j
dont MA Fleury	437	8580	267	20j	0,6j
dont MA Santé	152	2926	69	19,2j	0,4j
autres DRSP	482 soit 21%	21205	963	44	2
<b>TOTAL</b>	<b>2247</b>	<b>55837</b>		<b>24,8</b>	

Les détenus venus d'autres DRSP sont hospitalisés deux fois plus longtemps à l'EHPNF, en moyenne.  
NB : ces DMS sont calculées sur les entrées directes, sans passage intérieur

### NATIONALITÉ DES DÉTENUS DE L'EHPNF

	1993	1994
non déterminés	133 soit 7% de la pop.analysée	469 soit 25% de la pop.analysée
français	1078 (61%)	890 (62%)
étrangers	688 (39%)	539 (38%)
européens	98(14%)	116 (21%)
africains	534 (78%)	378 (70%)
algériens		236
marocains		124
tunisiens		40
autres		134
autres	56 (8%)	45 (8%)
total	1899	1898

La population étrangère est beaucoup plus élevée à Fresnes, que dans la moyenne des prisons françaises (39% contre 31%). Mais les chiffres de 1994 sont peu significatifs, compte tenu des non identifiés.

#### Répartition par âge

	1993	1994
- de 25	245 13%	306 16%
25/45	1277 67%	1201 63%
45/65	329 17,3%	341 18%
+ de 65	48 2,5%	50 2,6%
	1899 100%	1898 100%

#### Durée de séjour 1994\*

nombre d'entrées	ensemble EHPNF		hosp.externes	
- de 48h			40	
- de 72h	118	5%	73	46%
- de 10j	544		52	
- de 30j	952	65%	57	44%
- de 3 mois	523		21	
- de 6 mois	118		5	
+ de 6 mois	51	30%	0	10%
Total	2306		247	

\* Ces DMS sont calculées sur les entrées directes, sans passage intérieur

Tableaux relatifs à l'activité de la prison-hôpital des Baumettes  
Répartition des hospitalisations des détenus de la DRSP de Marseille en 1994

### ANNEXE 3-4

## Caractéristiques de la population pénale admise à la PHB

analyse du 1-9-93 au 28-2-94  
étude du Dr Prodhon, MIS départemental

1)

nombre de patients	total	119	27	4
	153			
nombre de séjours	total	1	2	3
	197			

Plus de un patient sur cinq a fait plus d'un séjour à la PHB, sur la période. Ceci confirme la fonction de surveillance et de pré et post hospitalisation de la structure.

2) origine des différents séjours (197)

provenance	nombre	poids relatif
APM	62	31%
unité des consignés	42	21%
milieu ouvert	20	10%
autres hôpitaux de la région	4	2%
CP des Baumettes	89	45%
région PACA autres	32	16%
dont Tarascon	10	
dont Salon	12	
Corse	4	2%
liberté	6	3%
total	197	100%

3) étude du Dr Galinier-Pujol (rapport d'activité 1994)

séjours PHB 1994	nombre	journées	DMS
origine Baumettes	438 (86%)	10896	25
autre origine	73 (14%) dont 30 Salon et Tarascon	2587	35,4
total	511	13483	26,4

La fonction de surveillance et de soins de suite apparaît à travers les DMS.

4) nombre d'hospitalisations en lien avec la PHB

	1994	1994
--	------	------

population de référence	511 entrants (73 hors CP)	511 entrants
type de recours à l'hôpital	76 venus en post-hosp (16 hors CP)	92 hospitalisés (21 hors CP)
part relative	15%	18%

ANNEXE 3-4  
 DONNÉES RELATIVES AUX CONSULTATIONS A LA PHB

éléments tirés du rapport du Dr Galinier-Pujol

Consultations spécialisées effectuées à la PHB

1992	1993	1994
672	1144	1271

Ainsi, malgré la chute des fibroscopies de 84 à 6 en trois ans, les consultations internes ont augmenté, du fait de la mise en place de vacations de chirurgiens (orthopédie-71- et chirurgie générale-99-) et ORL (145) en 1994.

Extractions médicales au CP Baumettes

	1992	1993	1994
avec police	28 (6%)	67 (10%)	65 (11%)
sans police	441	616	515
total* (B)	469	683	580

Consultations et examens externes identifiés

	1992	1993	1994
consultations	258	300	236
scanner	47 (10%)	120 (18%)	55 (9%)
L.B.A	3	5	9
autres	155	183	250
radiothérapie	9	57	54
total*	472 (100%)	665 (100%)	604 (100%)
annulations*	86 (18%)	61 (9%)	39 (6,5%)

\*ces totaux diffèrent pour quelques unités des extractions totales, même si l'on tient compte des annulations, qui peuvent intervenir avant ou après l'extraction.



**D.R.S.P de  
MARSEILLE**

1994	AD- LUTYNE S	AJACCIO	ARLES	AVIGNON	BORCO	CASABIANDA	DIGNI	DRAGUI- ONAN	GAP	GRASSE	MARSEILLE	NICE	SALON-DE- PROVENCE	TOULON	TARASCON
Population au 01/01/94	681	65	175	376	129	170	44	547	36	646	2063	647	553	320	545
Hospitalisés	31	17	28	43	25	29	5	35	8	64	333	108	10	60	32
Journées	300	52	199	434	282	302	12	16	11	573	2445	1463	35	175	182
DMS	9,7	3,1	7,1	10,1	11,3	10,4	2,4	0,5	1,4	9	7,3	13,5	3,5	2,3	5,7
Dont proximité	20	17	11	27	24	27	5	20	11	64	333	114	7	36	12
Régional	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0
Les Baumettes	5	0	7	15	1	0	0	2	0	0	511	7	0	16	17
adressés à EPHNF	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	1	2	0	0	15
CME	68	68	70	150	75	167	118	175	52	139	580	432	42	259	19

Source : Réponses des établissements pénitentiaires au questionnaire IGS/IGAS

• Consultations médicales extérieures

Activité médicale en 1994 à la PHB, dans l'unité sécurisée et dans le reste de l'AP de Marseille

Activité	PHB	Unité sécurisée	AP - M hors unité sécurisée
Activité médicale infectieux	65.5 %	70.0 %	22.0 %
<i>dont SIDA</i>	20.6 %	23.6 %	12.0 %
TS. automulation, GDF	13.8 %	8.2 %	13 %
cardio	3.9 %	7.2 %	
pneumo	1.9 %	4.5 %	
endocrino-MB	4.9 %	4.5 %	2.0 %
neuro	6.4 %	7.0 %	
néphro, dialyse	6.8 %	2.7 %	
gastro-entéro	3.4 %	0.0 %	4.0 %
cancéro	2.4 %	9.0 %	manque
réanimation	0.0 %	0.0 %	2.0 %
psy	2.9 %	2.7 %	
autres	7.3 %	0.0 %	2.0 %
<b>Activité chirurgicale</b>	<b>34.5 %</b>	<b>34.0 %</b>	<b>56.0 %</b>
orthopédique	20.8 %	14.5 %	
viscérale	9.3 %	5.4 %	2.0 %
ORL	2.5 %	7.2 %	
stomato-max. fac.	0.9 %	0.9 %	36.0 %
ophtalmo	0.9 %	0.9 %	4.0 %
plastique	0.0 %	0.0 %	12.0 %
autres	0.0 %	0.0 %	2.0 %
<b>Activité obstétricale</b>	<b>0.0 %</b>	<b>0.0 %</b>	<b>22.0 %</b>

Nombre de lits "infirmiers" dans les établissements  
pénitentiaires de métropole  
(enquête IGSJ/IGAS)

Tableau  
 Nombre de "lits infirmiers"  
 dans les établissements pénitentiaires de métropole

Région pénitentiaire	Établissement	Catégorie d'établissement	Nombre de cellules	Nombre de lits
BORDEAUX	BORDEAUX GRADIGNAN	MA	1	1
BORDEAUX	MAUZAC	CD	1	1
DIJON	CLAIRVAUX	CP	2	2
DIJON	JOUX-LA-VILLE	CD	2	2
DIJON	VILLENAUX LA G	CD	2	4
LYON	GRENOBLE-VARCES	MA	2	2
LYON	LYON	MA	13	21
LYON	MOULINS	CP	1	1
MARSEILLE	MARSEILLE	CP	35	70
MARSEILLE	TOULON	MA	1	6
PARIS	CHATEAUROUX	CP	1	1
PARIS	FLEURY-MEROGIS	MA	16	16
PARIS	FRESNES	CP	7	11
PARIS	LA SANTE	MA	35	38
PARIS	POISSY	MC	15	15
RENNES	ARGENTAN	CD	1	1
RENNES	CAEN	CD	2	2
RENNES	NANTES	CP	1	2
STRASBOURG	BAR-LE-DUC	MA	3	9
STRASBOURG	METZ QUEULEU	MA	10	22
STRASBOURG	MONTMEDY	CD	9	9
STRASBOURG	TOUL	CD	2	2
TOULOUSE	PERPIGNAN	CP	1	2
TOTAL			166	249

**Extractions médicales en 1994**  
(France métropolitaine - source : direction de l'administration pénitentiaire)

## Extractions médicales en 1994

(source service des transfètements, direction de l'administration pénitentiaire)

**EXTRACTIONS MEDICALES (Consultations) EFFECTUEES EN 1994  
EN FRANCE METROPOLITAINE**  
(Article D 291 du Code de Procédure Pénale)

Extractions médicales				
	Nombre de convois *			Nombre de détenus concernés
	A	B	C	
JANVIER	1541	342	369	2482
FEVRIER	1555	327	391	2513
MARS	1848	413	419	2985
AVRIL	1678	354	421	2742
MAI	1712	371	389	2703
JUIN	1787	402	436	3039
JUILLET	1509	328	398	2460
AOUT	1428	313	379	2467
SEPTEMBRE	1708	351	426	2743
OCTOBRE	1581	364	389	2549
NOVEMBRE	1475	349	358	2385
DECEMBRE	1621	335	398	2480
<b>TOTAUX</b>	<b>19443</b>	<b>4249</b>	<b>4770</b>	<b>31548</b>
	28462			

- \* A = avec escorte Pénitentiaire seulement
- \* B = avec escorte des forces de l'ordre seulement
- \* C = avec escorte mixte

Evolution de la population pénale

<b>Population incarcérée en métropole</b>		
		variation en %
01/01/1985	42 937	11,1
01/01/1986	42 617	-0,8
01/01/1987	47 694	11,9
01/01/1988	49 328	3,4
01/01/1989	44 981	-8,8
01/01/1990	43 913	-2,4
01/01/1991	47 160	7,4
01/01/1992	48 113	2
01/01/1993	48 164	0,1
01/01/1994	50 240	4,3
01/01/1995	51 623	2,8
(Source SCERI/DAP)		
Hypothèse à - 5% au 1/01/96		
	49 042	
Puis croissance de 3%		
		croissance 4%
01/01/1997	50 513	51 004
01/01/1998	52 029	53 044
01/01/1999	53 590	55 166
01/01/2000	55 198	57 372
01/01/2001	56 853	59 667



Carte des régions pénitentiaires et répartition du nombre des détenus  
par direction régionale



**Nombre de détenus  
par direction régionale au 1.05.1995**

D. R. Bordeaux	3999
D.R. Dijon	3470
D.R. Lille	8563
D.R. Lyon	4108
D.R. Marseille	7130
D.R. Paris	14567
D.R. Rennes	4937
D.R. Strasbourg	4374
D.R. Toulouse	3931

Lettre du 7 novembre 1994 adressée par l'adjoint au directeur  
de l'administration pénitentiaire à M. Guillaume,  
maître des requêtes au conseil d'Etat



Annexe S-1

Affaire suivie par :  
A. SCHAFFNER (44.77.68.42)  
941101rm - Réf. EHPNF

Monsieur le Maître des Requêtes,

L'Administration Pénitentiaire compte parmi son parc d'établissements une structure particulière, l'hôpital de FRESNES (Etablissement Hospitalier Public National de FRESNES) dit EHPNF.

Bien qu'hôpital public, cette structure spécialement destinée à l'accueil des détenus (art. L 711-10 du Code de la Santé Publique + décrets 85-1391 et 85-1392 du 27.12.85) n'est pas un établissement public de santé, mais un établissement public national à caractère administratif dans lequel les personnels sont nommés par le Garde des Sceaux.

Compte tenu de la loi du 18 janvier 1994 prévoyant le transfert de l'organisation des soins aux détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier, l'objectif commun des ministres de la Justice (DAP) et de la Santé (DH) serait d'articuler de façon étroite cet hôpital avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de PARIS.

Il nous est cependant apparu que l'Assistance Publique, établissement public de santé, en intégrant l'hôpital de FRESNES dans son sein, ferait perdre à cet établissement sa personnalité juridique ( R 716-3-1 et R 716-3-20 Code de la Santé Publique).

Ceci poserait une double difficulté :

- D'une part, l'Administration Pénitentiaire perdrait un certain droit de regard sur les activités de cet établissement.
- D'autre part, la structure ne bénéficierait plus des avantages, en termes de souplesse de gestion, d'autonomie et d'adéquation à une situation réellement spécifique en l'espèce, qu'offre le statut d'établissement public administratif.

**Monsieur Marc GUILLAUME**  
**Maître des Requêtes**  
**Conseil d'Etat**  
**Place du Palais Royal**  
**75001 PARIS**

Les dispositions de l'article L 711-10 du Code de la Santé Publique cesseraient, en une telle hypothèse, d'être applicables à l'EHPNF.

Afin de contourner cet effet induit de l'absorption de l'EHPNF par l'Assistance Publique, nous souhaiterions savoir dans quelle mesure il serait concevable, dans le cadre d'un rattachement à l'Assistance Publique de PARIS, de conserver un statut d'établissement public spécifique à l'EHPNF, intégrant à la fois ses caractéristiques hospitalières et pénitentiaires, au sein duquel seraient représentées, notamment dans le Conseil d'Administration, l'Administration Pénitentiaire, la Direction des Hôpitaux et l'Assistance Publique de PARIS, soit 2 administrations de l'Etat et 1 établissement public de santé.

Un tel montage est-il juridiquement concevable, sachant qu'il n'y a normalement pas de subordination d'un établissement public administratif à un autre, et dans l'affirmative, quelles seraient ses modalités de mise en oeuvre ?

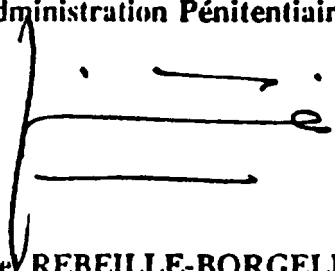
En vous remerciant de bien vouloir nous communiquer votre analyse sur ce sujet pour le début du mois de décembre 1994, je vous prie de trouver ci-joint quelques documents susceptibles de faciliter vos recherches.

Par ailleurs, Mme SCHAFFNER, Chef du Bureau de l'Action Sanitaire - GB3 (44.77.68.42) reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

Nous vous proposons une somme de 3.500 F. pour cette consultation, qui vous sera versée après dépôt de votre rapport, sur présentation d'un mémoire de règlement.

Veillez agréer, Monsieur le Maître des Requêtes, l'expression de ma considération distinguée.

L'Adjoint au Directeur  
de l'Administration Pénitentiaire



Emmanuel REBEILLE-BORGELLA

Note juridique de M. Guillaume du 30 novembre 1994

Le 30 novembre 1994

Monsieur,

Par lettre en date du 7 novembre dernier, vous m'avez fait part de vos interrogations pour réformer le statut de l'Etablissement Hospitalier Public National de Fresnes (EHPNF).

Vous m'avez alors demandé "*s'il serait concevable, dans le cadre d'un rattachement à l'Assistance Publique de Paris (APP), de conserver un statut d'établissement public spécifique à l'EHPNF*".

En réponse à cette question, le présent document comprend deux parties distinctes :

. La première partie reprend, d'une part, les exemples existants d'établissement public de coordination ou de direction et, d'autre part, la jurisprudence du Conseil d'Etat et du Conseil constitutionnel sur la notion de "*catégorie d'établissements publics*", au sens de l'article 34 de la Constitution.

. Au vu de ces éléments, la seconde partie propose trois modalités possibles de rapprochement entre l'Assistance Publique de Paris (APP) et l'Etablissement Hospitalier Public National de Fresnes (EHPNF).

## I) Le cadre légal et jurisprudentiel existant

### I.1) Les exemples existants d'établissement public de coordination ou de direction

Si l'on peut trouver plusieurs exemples d'établissements publics de coordination, il semble qu'il n'existe qu'un cas d'établissement public disposant d'un véritable pouvoir de tutelle sur d'autres établissements publics.



### **I.1.1 ) Les établissements publics de coordination**

\* L'assemblée permanente des chambres d'agriculture est, en vertu des dispositions de l'article L.513-3 du code rural, *"un établissement public doté de la personnalité civile"*. Elle est composée des présidents des chambres départementales d'agriculture qui sont elles-mêmes des établissements publics. Toutefois, ses attributions sont limitées puisque l'article L.513-1 dispose seulement qu'elle est *"auprès des pouvoirs publics l'organe consultatif et représentatif des intérêts généraux et spéciaux de l'agriculture"*.

\* La loi du 31 décembre 1970, modifiée par la loi du 3 janvier 1984, permet la création de *"syndicats interhospitaliers"* qui sont, aux termes de l'article 14-1 de la loi, des établissements publics. Les syndicats interhospitaliers sont créés par les hôpitaux qui sont eux-mêmes des établissements publics.

L'article 14-3 de la loi précise que :

*"Le syndicat interhospitalier peut exercer, pour tous les établissements qui en font partie, ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :*

*1° La création et la gestion de services communs (...);*

*Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie"*.

Les attributions des syndicats interhospitaliers sont plus étendues que celles de l'Assemblée permanente des chambres d'agriculture. Mais les syndicats de la loi du 31 décembre 1970 restent des organes de coordination qui n'ont de pouvoir qu'autant que les établissements qui les ont constitués leur ont conférés.

### **I.1.2) Les établissements publics de direction**

Je n'ai trouvé qu'un seul exemple d'établissement public de direction possédant un véritable pouvoir de tutelle sur d'autres établissements publics. Il s'agit des Charbonnages de France et des Houillères de bassin, qui sont, tous deux, des établissements publics industriels et commerciaux.

En effet l'article 2 de la loi du 17 mai 1946 relative à la nationalisation des mines de combustibles solides autres que la tourbe (inséré à l'article 146 du code minier) dispose que :

*"Les mines de combustibles minéraux nationalisées sont gérées par des établissements publics nationaux de caractère industriel et commercial dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière qui sont :*

*1°) Un établissement public central dénommé "Charbonnage des France" dont l'action s'exerce sur l'ensemble du territoire;*

*2°) Des établissements publics distincts, dénommés "Houillères du bassin de..." constitués dans chaque bassin houiller par des décrets"..."*

Le décret N° 59-1036 du 4 septembre 1959 a fixé le statut des Charbonnages de France et des Houillères de bassin. Son article 27 dispose que :

*"Les Charbonnages de France sont un organisme de direction, de coordination et de contrôle ayant pour attributions :*

*- d'exercer la direction d'ensemble des Houillères de bassin en vue d'assurer l'emploi le meilleur pour l'économie nationale, de leurs gisements et de leurs ressources de toute nature, sans préjudice de la personnalité civile, de l'autonomie financière et du caractère industriel et commercial de ces établissements ;*

*- de coordonner leurs diverses activités et de déterminer les règles générales de l'accomplissement de leur mission;*

*- d'organiser les services d'intérêt commun dont l'unité se justifie par des motifs d'efficacité et d'économie;*

*- d'assurer la représentation des Houillères de bassin auprès des pouvoirs publics et de tous les organismes dont l'autorité s'exerce sur le plan national ou international".*

Le décret du 4 septembre 1959 précise certaines des modalités des relations entre l'EPIC de direction, les Charbonnages de France, et les EPIC d'exploitation, les Houillères de bassin. Ainsi l'article 44 du décret dresse une liste de domaines dans lesquels les décisions des conseils d'administration des Houillères ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par le conseil d'administration des Charbonnages de France.

Sur ces liens entre les directions générales des Charbonnages de France et des Houillères de bassin, voir :

CE, 8 janvier 1992, Kryszanski et Birtel, N°74067

## **I.2) La jurisprudence du Conseil d'Etat et du Conseil constitutionnel relative à la notion de "catégorie d'établissements publics" au sens de l'article 34 de la Constitution.**

Les jurisprudences du Conseil d'Etat et du Conseil constitutionnel sont aujourd'hui concordantes. Elles donnent le sens suivant à la notion de "catégorie d'établissements publics" : établissements publics dont l'activité s'exerce territorialement sous la même tutelle et qui ont une spécialité analogue.

Il convient de relever que le caractère de l'établissement (administratif ou industriel et commercial) est indifférent à la détermination d'une catégorie d'établissements publics.

Voir pour le Conseil d'Etat :

CE, Ass, 24 novembre 1978, Syndicat national du personnel de l'énergie atomique.

CE, 17 juin 1985, Syndicat nationale des chercheurs scientifiques et autres.

CE, 11 octobre 1985, Syndicat général de la recherche agronomique CFDT et autre

Voir pour le Conseil Constitutionnel :

CC, décision N°61-15 L du 18 juillet 1961 relative à l'Institut des Hautes Etudes d'Outre-Mer.

CC, décision N°79-107 L du 30 mai 1979 relative à l'Agence nationale de valorisation de la recherche.

CC, décision N°79-108 L du 25 juillet 1979 relative à l'Agence nationale pour l'emploi.

### **I.2.1) "Une même tutelle".**

Comme le relève le rapport public du Conseil d'Etat, ce critère de la tutelle est normalement celui qui pose le moins de problème : *"le critère tiré de la même tutelle territoriale est d'un maniement aisé"*.

Les décisions rendues l'ont toujours été à propos de tutelle exercé par l'Etat ou une collectivité locale. Mais elles n'interdisent en rien qu'une tutelle sur un établissement public soit exercée par un autre établissement public. Simplement, dans ce cas, on aura les plus grandes chances d'avoir affaire, ipso facto, à une catégorie d'établissements publics : il n'y aura pas de catégorie existante auquel rattacher l'établissement public nouveau sous la tutelle d'un autre puisque cette situation est très rare.

### I.2.2) "Une spécialité analogue".

L'analogie de spécialité doit en premier lieu s'apprécier par rapport aux missions de l'établissement et au domaine dans lequel il exerce son activité. Il n'est nullement nécessaire à cet égard qu'il existe d'autres organismes ayant exactement les mêmes missions, exercées dans le même domaine. Il suffit qu'il soit possible de se référer à des établissements publics dotés de missions comparables et les exerçant dans des domaines voisins. En revanche si un établissement public est investi d'une mission originale ne présentant pas de similitudes avec celles des autres établissements publics existants, il constitue à lui seul une catégorie au sens de l'article 34 de la Constitution.

Ce critère de la spécialité est sans lien avec les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics considérés. Une même catégorie peut regrouper des établissements publics suffisamment dissemblables par leurs règles statutaires, pour que les uns aient le caractère d'établissements publics administratifs et les autres d'établissements publics industriels et commerciaux.

### II Au vu des éléments exposés dans la première partie, trois modalités de rapprochement apparaissent possibles entre l'Assistance Publique de Paris (APP) et l'Etablissement Hospitalier Public National de Fresnes (EHPNF).

Trois modalités de rapprochement sont possibles entre l'APP et l'EHPNF. Les éléments qui sont avancés ici seraient évidemment à préciser, le jour venu, en fonction des discussions qui s'engageraient entre ces deux intervenants, le ministère de la justice et celui de la santé. Les objectifs qui se dégageraient alors, notamment quant aux modalités de la tutelle ou au statut du personnel, imposeraient peut-être, d'eux-mêmes, l'une des solutions. Faute de ces précisions, les éléments ci-après demeurent encore très généraux.

Les trois modalités de rapprochement sont, de la modalité la moins "intégrante" à la modalité la plus "intégrante" :

. Le maintien de deux établissements publics avec lien contractuel entre eux; cette orientation nécessite une convention.

. Le maintien de deux établissements publics avec tutelle de l'APP sur l'EHPNF ; cette orientation nécessite une loi.

. La disparition de l'EHPNF comme établissement distinct de l'APP au sein duquel il serait intégré; cette orientation nécessite un décret qui pourrait prévoir des règles d'organisation et de fonctionnement différentes pour l'EHPNF de celles applicables aux autres hôpitaux de l'APP.

## **II.1) Une convention : Le maintien de deux établissements publics avec lien contractuel entre eux.**

Il n'est pas utile de développer, ici, longuement cette orientation. Le ministère de la justice la connaît bien. C'est celle retenue, à la suite du rapport Chodorge, par le décret N°93-704 du 27 mars 1993 relatif aux soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé : chaque établissement pénitentiaire doit passer convention avec un établissement public de santé situé à proximité et comportant un service d'accueil et de traitement des urgences. L'administration pénitentiaire n'est plus chargée que de la construction et de l'aménagement des locaux. L'hôpital doit fournir le personnel, l'équipement médical et non médical, assurer les examens et gérer les dossiers médicaux.

On se souvient que la base juridique de ces conventions hôpital/prison avait fait problème devant le Conseil d'Etat. Ce dernier avait cependant finalement accepté de considérer que cela relevait bien des missions des hôpitaux. En s'inscrivant dans le chapitre 1er - titre 1er - Livre VII du code de la santé publique, et donc en renvoyant à l'article L.711-7 du code, le décret du 27 mars 1993 a d'ailleurs créé une mission obligatoire pour les établissements publics de santé. Un rattachement aux actions de coopération aurait été indiqué par une écriture en R.713 dans le chapitre III.

## **II.2) Une loi : Le maintien de deux établissements publics avec tutelle de l'APP sur l'EHPNF.**

Cette orientation est rare. Les quelques exemples existants ont été rappelés en première partie.

Une loi serait nécessaire pour conserver deux établissements publics distincts tout en plaçant l'EHPNF sous la tutelle de l'APP. En effet, dans ce cas, l'EHPNF changerait en réalité de "*catégorie d'établissements publics*" au sens de l'article 34 de la Constitution. Il ne serait plus placé sous la même tutelle qu'actuellement sous le régime de l'article L.711-10 du code de la santé publique et des décrets N°85-1391 et 1392 du 27 décembre 1985. On peut rappeler que l'article 3 du décret N°85-1391 dispose que :

*"La tutelle des établissements d'hospitalisation publics spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées est exercée conjointement par le garde des sceaux, ministre de la justice, et par le ministre de la santé".*

Avoir recours à une loi est évidemment un inconvénient important du fait des exigences d'une telle procédure. Il en va d'autant plus ainsi que le Parlement vient de voter la loi N°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui comprend, en son titre Ier, le chapitre II "*Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus*". Cependant retourner devant le Parlement présente à l'inverse un avantage de souplesse et de "plasticité" des solutions juridiques. Avec une loi, un régime "à la carte" pourrait être établi pour l'EHPNF, que ce soit quant aux modalités de la tutelle exercée par l'APP, les personnels ou les ressources.

Cette orientation pourrait sembler la plus conforme à la lettre que vous m'avez adressée en date du 7 novembre 1994. Vous mentionniez comme objectif de la future réforme de "*conserver un statut d'établissement public spécifique à l'EHPNF dans le cadre d'un rattachement à l'Assistance publique de Paris*".

Ce montage juridique ne me paraît donc pas impossible. Il est très original juridiquement mais il existe au moins un précédent avec les Charbonnages de France et les Houillères de bassin. Il nécessite une loi mais celle-ci serait fort libre d'agir car l'on voit mal quels principes juridiques de valeur supra-législative elle aurait alors à respecter en la matière. On peut notamment rappeler qu'il n'existe pas de principe constitutionnel de libre administration des établissements publics comme il existe un principe constitutionnel de libre administration des collectivités locales. Le Conseil d'Etat l'a rappelé dans son rapport sur les établissements publics (Note et études documentaires, 1985).

Exigeante quant à la norme juridique, cette orientation permet d'être très libre quant aux modalités d'organisation et de fonctionnement. La troisième orientation possible présente un défaut et une qualité inverses.

**II.3) La disparition de l'EHPNF comme établissement distinct de l'APP au sein duquel il serait intégré : cette orientation nécessite un décret qui pourrait prévoir des règles d'organisation et de fonctionnement différentes pour l'EHPNF de celles applicables aux autres hôpitaux de l'APP.**

Cette troisième solution vise à intégrer l'EHPNF au sein de l'APP. La conséquence première en est, bien évidemment, la perte de la qualité d'établissement public pour l'EHPNF. La seconde est que la liberté sera moindre dans la fixation des modalités d'organisation et de fonctionnement. Cependant cette liberté ne sera pas pour autant inexistante. L'EHPNF pourrait avoir une organisation et un fonctionnement différent des autres hôpitaux de l'APP. Il conviendrait en conséquence de modifier la sous-section I "*Assistance publique-hôpitaux de Paris*" de la Section du chapitre VI du titre Ier du livre VII du code de la santé publique.

Des règles d'organisation et de fonctionnement différentes seraient prévues pour les hôpitaux actuels de l'APP (les hôpitaux "civils") et les "hôpitaux pénitentiaires" de l'APP (en réalité l'EHPNF) et par exemple :

. Actuellement le conseil d'administration de l'APP a beaucoup de pouvoirs et les commissions de surveillance de chacun des hôpitaux nettement moins. Pour les "hôpitaux pénitentiaires" de l'APP (en réalité l'EHPNF), une règle différente pourrait être instituée avec davantage de pouvoirs à la commission de surveillance.

. La composition de la commission de surveillance d'un "hôpital pénitentiaire" de l'APP pourrait être différente de celle d'une commission de surveillance d'un hôpital actuel de l'APP.

. La nomination du directeur d'un "hôpital pénitentiaire" au sein de l'APP pourrait ne pas relever de la seule compétence du directeur général de l'APP. Des modalités différentes pourraient être prévues, par exemple un pouvoir de nomination sur proposition.

Au total de nombreuses modalités de fonctionnement et d'organisation sont possibles. Un exemple récent le montre bien, celui du fonctionnement de l'Agence nationale du médicament vétérinaire (ANMV) au sein du Centre national d'études vétérinaires et alimentaires (CNEVA).

. Le CNEVA a été créé par un décret N°88-478 du 29 avril 1988. C'est un établissement public national à caractère administratif doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du ministre chargé de l'agriculture.

Un décret du 13 octobre 1994 a modifié le statut du CNEVA : Ce centre gère désormais l'ANMV. Cette agence, dénuée de la personnalité morale et de la qualité d'établissement public, constitue un nouveau service du CNEVA. Elle est cependant dotée d'une comptabilité distincte. En outre, pour les missions dévolues à l'ANMV, le CNEVA est placé sous la tutelle conjointe des ministres chargés de l'agriculture et de la santé. En conséquence les deux ministres peuvent soumettre des questions au conseil d'administration. Ils ont d'ailleurs tous deux, la possibilité de s'opposer aux délibérations du conseil d'administration. Désormais le directeur général du CNEVA est toujours nommé sur proposition du ministre chargé de l'agriculture mais après avis du ministre chargé de la santé. Enfin l'ANMV reçoit directement les produits issus de la perception des droits de mise sur le marché des médicaments vétérinaires.

Ainsi le décret a pu organiser des modalités de fonctionnement particulière à l'Agence nationale du médicament vétérinaire (ANMV) au sein du Centre national d'études vétérinaires et alimentaires (CNEVA). Il n'y a pourtant qu'une seule personnalité morale et qu'un seul établissement public. Mais l'un des services du CNEVA (l'ANMV) n'est pas organisé comme les autres. Pour ce service particulier, l'idée de base a été d'accorder une place au ministère de la santé alors que les autres activités du centre ne font place qu'au ministère de l'agriculture.

Il pourrait en aller de même pour l'EHPNF intégré au sein de l'APP. Celle-ci serait seule dotée de la personnalité morale et serait l'unique établissement public. Mais le décret aurait aménagé une place au ministère de la justice afin qu'il ne perd pas tout rôle pour les "hôpitaux pénitentiaires".

J'espère que les éléments réunis ci-dessus vous seront utiles dans votre recherche d'une nouvelle structure adaptée à l'Etablissement hospitalier public national de Fresnes. Ces éléments restent un peu théoriques car j'ignore quels sont vos priorités et vos choix dans les rapports EHNP/APP, et surtout quels sont les domaines respectifs du "possible" et du "souhaitable". Diverses questions très importantes sont d'ailleurs liées à ces questions d'organisation, par exemple celles des articles D 380 à D 390 du code de procédure pénale et de la garde des "patients-détenus".

Je vous prie de trouver ci-joint copie des documents que j'ai cités.

Je vous prie, Monsieur, d'agréer l'assurance de ma considération distinguée.



Marc GUILLAUME