

adsp

44

septembre 2003

# adsp

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

Recherche  
biomédicale :  
**la protection  
des personnes  
renforcée**

La violence des  
jeunes scolarisés :  
**un enjeu de santé**

Les systèmes de santé  
dans les pays nordiques  
de l'Union européenne :  
le Danemark

La participation des  
usagers aux politiques  
régionales de santé

dossier

La santé

en prison





Haut Comité de la  
Santé Publique

Ministère de la Santé, de la Famille  
et des Personnes handicapées

### Haut Comité de la santé publique

8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP

Télécopie : 01 40 56 79 49

[hcsp.ensp.fr](http://hcsp.ensp.fr)

[hcsp-secr-general@sante.gouv.fr](mailto:hcsp-secr-general@sante.gouv.fr)

### Président

Jean-François Mattei,  
ministre de la Santé, de la Famille  
et des Personnes handicapées

### Vice-Président

Roland Sambuc

### Rapporteur général

Anne Tallec

### Membres

Maryvonne Bitaud-Thépaut

Jean-François Bloch-Lainé

François Bonnaud

Christian Bréchet

Yves Charpak

Jean-Pierre Claveranne

Alain Coulomb

Édouard Couty

William Dab

Jean-François Dodet

Isabelle Durand-Zaleski

Isabelle Ferrand

Francis Giraud

Odetta Grzegzulka

Pierre Guillet

Jacques Hardy

Jacques Lebas

Daniel Lenoir

Dominique Libault

René Roué †

Roland Sambuc

Simone Sandier

Anne Tallec

Denis Zmirou

### Secrétaire général

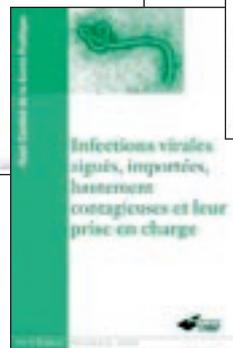
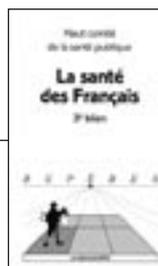
William Dab,  
directeur général de la Santé

### Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

# HCSP publications

## Nouvelles publications



### La santé en France 2002

Paris : La Documentation française,  
2-11-005112-4, 412 p., 20,00 euros.  
Diffusion La Documentation française  
et en librairie.

### La santé des Français, 3° bilan

Paris : La Découverte, collection Repères,  
2-7071-3590-9, 128 p., 7,95 euros.  
En vente en librairie.

### Infections virales aiguës, importées, hautement contagieuses, et leur prise en charge

Rennes : Éditions ENSP, ISBN : 2-85952-811-3,  
19,00 euros  
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

## Collection Avis et rapports

### Le panier de biens et services de santé

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., 120 F, 18,29 euros.  
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

### La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., 120 F, 18,29 euros.  
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

### Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., 170 F, 25,92 euros.  
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

### Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France

Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., 170 F, 25,92 euros.  
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

## La revue adsp

adsp est consultable sur [hcsp.ensp.fr](http://hcsp.ensp.fr) (en plein texte pour les numéros 1 à 23 et 26 à 31, en extraits pour les autres). Les numéros 1 à 23 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres (sauf les n°s 26 à 31 épuisés) sont en vente à La Documentation française (voir 3<sup>e</sup> page de couverture).

*Derniers numéros parus :*

juin 2003, n° 43, dossier : Rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

mars 2003, n° 42, dossier : Information en santé : développements européens.

décembre 2002, n° 41, dossier : Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables.

septembre 2002, n° 40, dossier : Le sida 20 ans après.

juin 2002, n° 39, dossier : L'innovation en santé.

mars 2002, n° 38, dossier : Les infections liées aux soins.

décembre 2001, n° 37, dossier : Les agences dans le système de santé : un nouveau paysage institutionnel ?

septembre 2001, n° 36, dossier : Droit des malades, information et responsabilité.

juin 2001, n° 35, dossier : Accréditation et qualité des soins hospitaliers.

mars 2001, n° 34, dossier : Médecine prédictive : mythe et réalité.

décembre 2000, n° 33, dossier : Organisation, décision et financement du système de soins.

### La Documentation française

29-31, quai Voltaire  
75344 Paris Cedex 07  
Téléphone : 01 40 15 70 00  
Téléphone : 01 40 15 68 00  
[www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

### Éditions ENSP

Avenue du P<sup>r</sup> Léon-Bernard  
35043 Rennes Cedex  
Téléphone : 02 99 54 90 98  
Télécopie : 02 99 54 22 84  
[www.editions.ensp.fr](http://www.editions.ensp.fr)

### HCSP

8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
Téléphone : 01 40 56 79 80  
Télécopie : 01 40 56 79 49  
[www.hcsp.ensp.fr](http://www.hcsp.ensp.fr)



## La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme

**P<sup>r</sup> Guy Nicolas**  
Conseiller médical  
auprès du directeur de  
l'Hospitalisation et de  
l'Organisation des soins,  
ancien vice-président  
du HCSP

**L**e HCSP a le légitime souci de suivre les dossiers auxquels il a consacré un rapport. Il ne pouvait laisser passer le 10<sup>e</sup> anniversaire de la promulgation de la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, qui réorganisait la prise en charge sanitaire des détenus, sans en dresser un bilan.

La santé de la population carcérale est un vrai sujet de santé publique et, en 1992, le système avait atteint les limites de ses possibilités, l'administration pénitentiaire seule responsable de la santé des détenus ne pouvant plus faire face, tant sur le plan organisationnel que financier, au développement des pathologies nouvelles – le sida en particulier – comme le rappelle justement Alain Blanc. Par une saisine conjointe des ministres de la Santé et de la Justice, le Haut Comité a été chargé de faire un état des lieux et de proposer des solutions. Pour ce rapport nous avons eu la chance de pouvoir bénéficier de l'aide de Michèle Colin, magistrat alors en poste à la direction de l'Administration pénitentiaire et de Gilbert Chodorge, directeur d'hôpital, apportant l'une sa parfaite connaissance du milieu carcéral et l'autre sa maîtrise du monde hospitalier. L'enjeu, en termes de santé publique, était de pouvoir donner à chaque détenu une protection sociale de droit commun et un accès aux soins conforme à celui de tout citoyen. Le rapport du Haut Comité avait été construit dans cet esprit, et ses conclusions ont été validées par les deux ministres puis adoptées par le Parlement. La prison n'était plus désormais un monde à part en matière de santé, le service médical faisait partie de l'hôpital, le détenu et ses ayants droit devenaient des assurés sociaux.

Le 18 janvier 1994, un grand pas a été franchi. La loi a permis d'assurer des soins de qualité aux détenus malades, sans toutefois atteindre la situation idéale d'une prise en charge globale et d'un suivi attentif dont a particulièrement besoin cette population fragile.

Il faut maintenant avancer vers cet idéal en gardant présent à l'esprit que le milieu carcéral impose des contraintes incontournables et qu'il s'agit de progresser au sein de deux cultures antagonistes. Au cours de la dernière décennie d'énormes progrès ont été réalisés, ils doivent être consolidés, sécurisés alors même que l'environnement devient de plus en plus difficile, la population carcérale ne cessant d'augmenter et les conditions de vie de se dégrader. Aller de l'avant devient alors une gageure si l'on ne fixe pas des priorités et des échéances. Dans cet esprit nous pourrions retenir trois objectifs à la fois accessibles et urgents à réaliser pour améliorer le système :

1. améliorer la permanence des soins notamment la nuit et le week-end, c'est actuellement un maillon fragile ;
2. organiser le suivi médico-social à la sortie du détenu, temps essentiel pour la santé publique, et pour cela la visite médicale de sortie doit devenir obligatoire ;
3. coordonner les prises en charge somatique et psychique de façon à ce que la personne soit accompagnée dans sa globalité sur le plan sanitaire car la dichotomie actuelle de ces deux domaines n'est pas satisfaisante.

Un second grand pas sera alors franchi. #

## Directeur de la publication

William Dab, directeur général de la Santé

## Rédacteur en chef

Patricia Siwek

## Comité de rédaction

Philippe Amiel, Gérard Badéyan,  
Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé,  
Pierre-Henri Bréchat, Étienne Caniard,  
Bernard Cassou, Sandrine Chambaretaud,  
Antoinette Desportes-Davonneau,  
Jean-François Dodet, Marc Duriez,  
Ruth Ferry, Pascale Gayraud,  
Geneviève Guérin, Alain Jourdain,  
Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

## Secrétaire de rédaction

Marie-Josèphe Strbak

## Coordonnées de la rédaction

Haut Comité de la santé publique  
8, avenue de Ségur  
75350 Paris 07 SP  
Téléphone : 01 40 56 79 56  
Télécopie : 01 40 56 79 49  
Mél. : [hensp-adsp@sante.gouv.fr](mailto:hensp-adsp@sante.gouv.fr)  
Site : [hensp.fr](http://hensp.fr)

## Demandes d'abonnement

La Documentation française  
Bulletin d'abonnement : 3<sup>e</sup> de couverture

## Réalisation

Philippe Ferrero

## Secrétariat

Riama M'Bae

## Ont participé à ce numéro

Marc Allaman, Philippe Amiel,  
François Baudier, Alain Blanc,  
Pierre-Henri Bréchat, Cyrille Canetti,  
Sandrine Chambaretaud, Marc Duriez,  
Jean-Luc Grangeon, Geneviève Guérin,  
Diane Lequet, Christian Magnin-Feysot,  
Guy Nicolas, Olivier Obrecht,  
Hélène Perrin, Evelyne Picherie,  
Pierre-Yves Robert

## adsp actualité et dossier en santé publique

est publiée par La Documentation française

## Revue trimestrielle 12,20 euros

Abonnement annuel (4 numéros) 39,10 euros

*En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et  
du Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992,  
toute reproduction partielle ou totale à usage collectif  
de la présente publication est strictement interdite sans  
autorisation expresse de l'éditeur.*

© 2003 Haut Comité de la santé publique

Dépôt légal février 2004. ISSN 1243-275X.

Commission paritaire : 0903 B 05201.

Imprimerie : Centre Impression, 87280 Limoges.

## éditorial

### 1 La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme

*Guy Nicolas*

## actualité

### 4 Recherche biomédicale : la protection des personnes renforcée

*La transposition de la directive  
européenne sur les essais  
de médicaments renforce  
la protection des personnes  
participant aux recherches  
biomédicales.*

*Philippe Amiel*

### 9 La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé

*Les rapports entre violence  
et santé chez les jeunes,  
renseignés par les enquêtes  
santé.*

*Hélène Perrin, François Baudier*

## rubriques

### international

### 55 Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne : Le Danemark

*Premier volet du triptyque sur  
l'organisation sanitaire des  
pays scandinaves.*

*Sandrine Chambaretaud, Diane  
Lequet*

## prochain numéro

### dossier n° 45

### La prévention du suicide

## rubriques

### international

### 58 La réforme du système de santé allemand : la recherche d'une régulation structurelle

*Les grandes lignes de la  
réforme du système de santé  
allemand adoptée en octobre  
2003.*

*Marc Duriez*

### régions

### 61 La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé

*Comment les usagers  
participent-ils à la définition  
et la mise en œuvre des  
politiques régionales de  
santé ?*

*Pierre-Henri Bréchat,  
Christian Magnin-Feysot,  
Jean-Luc Grangeon*

## repères

### 16 organisme

*Espace éthique  
de l'Assistance publique-  
Hôpitaux de Paris*

### 59 brèves européennes

### 67 formation

*Master européen  
de gérontologie (EUMAG)*

### 68 lectures

### 70 en ligne

### 71 lois & réglementation

### 72 calendrier

# La santé en prison

Depuis la réforme de 1994, la prise en charge sanitaire des personnes détenues est intégrée au système de santé de droit commun. Justice et Santé ont travaillé ensemble pour améliorer l'accès aux soins des détenus. Des progrès restent à faire concernant la permanence des soins et la prise en charge des pathologies mentales.

Dossier coordonné par **Geneviève Guérin**

**p. 17**

## **18 Contexte et genèse d'une réforme**

Histoire d'une réforme qui transféra la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier.  
*Geneviève Guérin*

## **21 La population carcérale**

Masculine à 95 % et plutôt jeune, la population carcérale présente des risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies (hépatites, alcoolisme...). Près de la moitié des détenus sont atteints de troubles psychiatriques.  
*Geneviève Guérin*

## **24 La violence contre soi-même**

*Pierre-Yves Robert*

## **26 Le dispositif de prise en charge**

La prise en charge sanitaire des détenus est assurée par le service public hospitalier à travers les UCSA et les SMPR.  
*Geneviève Guérin*

## **26 Les services médico-psychologiques régionaux**

*Cyrille Canetti*

## **30 Le rôle des infirmiers dans les prisons**

*Evelyne Picherie*

## **34 La prise en charge sanitaire**

L'accès aux soins des détenus reste à améliorer au niveau de la permanence des soins et de la faible répartition de l'offre de soins psychiatriques.  
*Geneviève Guérin*

## **37 Extrait de Monte-Cristo : journal des détenus des Baumettes**

## **44 tribunes**

**44 Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique**  
*Olivier Obrecht*

**46 Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement**  
*Alain Blanc*

**48 La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire**  
*Marc Allaman*

**50 La psychiatrie dans l'univers carcéral**  
*Cyrille Canetti*

## **54 bibliographie, adresses utiles**

dossier

# Recherche biomédicale : la protection des personnes renforcée

**Une directive européenne sur les essais de médicaments impliquait une modification de la « loi Huriet » de 1988. La loi relative à la politique de santé publique, en préparation, renforce la protection des personnes et harmonise les formalités administratives.**

**Philippe Amiel**  
Sociologue, professeur associé  
à l'université de Paris-VIII,  
chargé de mission,  
Laboratoire européen Droit et santé

**L'**Assemblée nationale, le 14 octobre 2003, a adopté en première lecture un texte qui réforme profondément la loi du 20 décembre 1988 (la « loi Huriet ») autorisant et organisant les recherches sur l'être humain en France [1]. L'économie générale de cette « refondation » — pour reprendre l'expression d'un parlementaire lors des débats — ne devrait pas connaître de bouleversements jusqu'à son adoption définitive prévue pour intervenir dans le courant de l'année 2004. Cette modification de la loi de 1988 est commandée par une directive européenne [2] sur les essais de médicaments ; elle vient satisfaire de surcroît les revendications d'une large partie du milieu de la recherche clinique pour un dispositif plus cohérent, mieux en ligne avec les normes déontologiques internationales actuelles et, au bout du compte, plus protecteur pour les personnes-sujets participant aux expérimentations, en particulier quand la recherche est combinée avec des soins.

Ce volet du projet de loi relatif à la politique de santé publique [3] concerne un phénomène de santé publique significatif. Les données de déclaration issues des comités para-administratifs (les CCPRB, comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale, dans le dispositif en vigueur) chargés de viser tout projet de recherche sur l'être humain avant sa mise en œuvre indiquent, pour l'année 2000, un nombre de sujets concernés par les projets de recherche supérieur à 550 000 personnes [4]. Soit, compte tenu de la durée des essais, qui

courent souvent sur plusieurs années, un volume de personnes effectivement sous protocole sans doute supérieur au million à l'instant *t*. (Le Comité national d'éthique [5], sur la base d'informations recueillies auprès de la DGS, avançait en 1998 le chiffre de 800 000 personnes pour l'année 1996.) Le nombre annuel « d'actes de recherche » — comme on parle « d'actes médicaux » (examens, gestes chirurgicaux, consultations, etc.) — se chiffre ainsi probablement à plusieurs millions par an, ce qui est loin d'être négligeable, même comparé, pour donner un ordre de grandeur, aux 365 millions d'actes médicaux cotés pratiqués en 1999 par les seuls 120 000 sociétaires du Gamm (assureurs médicaux), représentant 60 % des praticiens libéraux en France (Memeteau, p. 308) [6].

On rappelle ici, avec les grandes lignes du dispositif de 1988, les conditions de la formation de la loi, les avancées qu'elle a permises et les difficultés d'application rencontrées. On indique ensuite les principales modifications que le législateur entreprend d'apporter et on signale, en conclusion, les conséquences de ce qui constitue un véritable changement de logique du régime de protection des personnes se prêtant à la recherche.

## **La loi de 1988 sur la recherche biomédicale**

En France, jusqu'en 1988, les expérimentations sur l'être humain — et tout spécialement les essais pratiqués sur des sujets non malades (c'est-à-dire en dehors de toute justification thérapeutique) — sont

illicites ; elles tombent virtuellement sous le coup de l'incrimination pénale de coups et blessures, violences, administration de substances nuisibles à la santé. La loi pénale, en effet, réprime l'atteinte au corps humain ; c'est un principe d'ordre public dont la seule violation permise est celle s'autorisant, dans des conditions précises, de la nécessité thérapeutique. Dans ce contexte, la recherche sur l'être humain se pratique, mais dans une semi-clandestinité [7], avec pour corollaire un très faible niveau de contrôle et, en particulier, de contrôle scientifique : les essais sont le plus souvent « ouverts », c'est-à-dire non comparatifs ; il est fréquent qu'il n'existe pas même un protocole écrit détaillant l'expérimentation. Le « visa » puis, à partir de 1967, l'AMM (autorisation de mise sur le marché) sont accordés sur la foi d'affirmations d'experts qui font autorité, et non pas sur des tests répondant à des méthodologies rigoureuses.

En 1975, une directive européenne, relayée en France par divers arrêtés ministériels, impose que les médicaments soient testés selon des méthodologies rigoureuses avant leur mise sur le marché, et notamment que des tests d'innocuité sur des personnes non malades aient été pratiqués. En 1978, en France, la nouvelle Commission d'AMM exige des *preuves scientifiques* d'efficacité et d'innocuité des médicaments pour autoriser leur mise sur le marché ; l'expérimentation médicale sur le « *volontaire sain* » n'est pas autorisée, mais elle est exigible... En 1978, la nécessité d'une loi est avérée. L'industrie pharmaceutique et les pharmaciens se font de plus en plus pressants pour obtenir un cadre juridique. Après plusieurs tentatives infructueuses d'inspiration administrative, un premier texte est déposé en avril 1988 par le sénateur Claude Huriet, qui ne concerne que l'autorisation de recherches sur les volontaires sains [8]. À partir de ce texte, la commission des lois s'avise que, pour respecter le principe constitutionnel de l'égalité des citoyens devant la loi, s'il y a lieu de légiférer, c'est pour protéger tous les participants à des recherches, sains ou malades. Parallèlement, le gouvernement Rocard a chargé le Conseil d'État d'une étude sur l'autorisation des essais cliniques en France et sur la législation à mettre en place [9] ; la « direction de la pharmacie et du médicament » du ministère de la Santé

sait lever les réticences politiques à légiférer sur l'« *expérimentation humaine* » — en présentant les choses sous l'intitulé de « loi de protection des personnes » (Lechopier, p. 68) [10]. L'ensemble converge avec l'initiative d'un autre parlementaire, le sénateur Franck Sérusclat, pour aboutir au texte voté le 20 décembre 1988.

#### **Les dispositions en vigueur**

La loi de 1988 pose en tout premier lieu le principe que sont « *autorisés* » les « *essais ou expérimentations organisés et pratiqués sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales* » (art. L. 1121-1 dans la codification du nouveau Code de la santé publique).

Les dispositions principales du texte encore en vigueur peuvent être décrites sommairement de la manière suivante.

#### **La distinction entre recherches avec et sans « *bénéfice individuel direct* »**

La loi distingue d'emblée (art. L. 1121-1) entre deux types de recherches : celles « *dont on attend un bénéfice direct pour la personne qui s'y prête* », dénommées « *recherches biomédicales avec bénéfice individuel direct* », d'une part ; « *toutes les autres recherches, qu'elles portent sur des personnes malades ou non* », dénommées « *sans bénéfice individuel direct* », d'autre part. Le texte initial, voté en 1988, parlait de recherches avec ou sans « *finalité thérapeutique* ». Cette distinction, quelle que soit son expression, structure véritablement la réglementation en vigueur. Selon la qualification retenue, la recherche sera mise en œuvre dans des conditions sensiblement différentes, les contraintes étant alourdies pour les essais « sans bénéfice individuel direct », avec notamment : une autorisation des lieux de recherche (procédure administrative dissuasive), la responsabilité du promoteur engagée même sans faute de sa part, en cas de préjudice (assurance plus onéreuse). La différence de régime répond à cette idée que les personnes qui doivent être le plus spécifiquement protégées sont les « *volontaires sains* », pour lesquels aucun alibi thérapeutique ne peut être avancé pour justifier leur participation à une recherche ; dans cette logique, les personnes malades incluses dans des recherches « *avec bénéfice individuel direct* », parce qu'elles sont réputées retirer un avantage thérapeutique de leur participation, sont moins protégées.

#### **Le consentement**

En conformité avec les prescriptions éthiques et déontologiques des grands textes normatifs internationaux (Nuremberg, Helsinki) [11, 12], la loi dispose que, préalablement à son inclusion dans une recherche, le consentement « *libre, éclairé et exprès* » de la personne sollicitée est recueilli (art. L. 1121-2). Une protection spéciale est imposée aux incapables juridiques, mais aussi aux personnes « *privées de liberté* » (la population carcérale) ou dont le consentement engage plus qu'elles-mêmes (les femmes enceintes).

#### **La gratuité**

Dans la « doctrine française » [9] sur le statut du corps humain, le corps, substrat indissociable de la personne, est comme elle « *hors commerce* ». La personne ne saurait détenir un droit quelconque sur son corps, au sens des droits de « *jouir et disposer* » (par exemple : acheter, vendre, prêter, louer, donner, détruire, etc.) que le Code civil (art. 544) reconnaît au propriétaire d'une chose. En conséquence, la participation à une recherche biomédicale ne peut donner lieu à rémunération, interdiction inscrite explicitement dans le Code civil depuis les lois dites « de bioéthique » (loi 94-653 du 29 juillet 1994, notamment). Dans sa grande sagesse, le législateur, suivant en cela le point de vue avisé du Conseil d'État, a néanmoins prévu que les participants à une recherche « *sans bénéfice individuel direct* », sous réserve qu'il ne s'agisse pas de patients hospitalisés, pourraient être « *indemnisés* » à proportion des frais exposés et des contraintes subies. Il s'agissait de permettre l'activité de recherche sur « *volontaires sains* » conduite notamment aux fins de tests de médicaments (où la motivation financière des participants est souvent essentielle) — tout en préservant le dogme de la non-commercialité du corps humain.

#### **L'examen du protocole par un comité indépendant avant la mise en œuvre de la recherche**

Dans la continuité des prescriptions d'Helsinki, la loi de 1988 installe des comités indépendants chargés d'examiner les protocoles avant leur mise en œuvre. Des comités remplissant cette fonction avaient fleuri dès le début des années quatre-vingt pour répondre aux exigences des grandes revues américaines : les articles portant sur des recherches menées dans des

conditions non conformes à la déclaration d'Helsinki étaient de plus en plus systématiquement refusés. Les comités installés par la loi (CCPPRB) sont indépendants de l'autorité administrative ; leur avis est obligatoire pour que l'investigateur puisse commencer sa recherche, mais il n'est que consultatif (l'administration n'est pas tenue de suivre l'avis : elle peut requalifier une recherche « avec bénéfique » en recherche « sans bénéfique » ; ou interdire l'essai). Le caractère licite de la recherche est subordonné à une *déclaration*, par le promoteur, faite dans les règles (c'est-à-dire, notamment, en joignant l'avis du comité) à l'autorité compétente qui dispose d'un délai de rigueur pour réagir négativement.

#### Une loi bénéfique pour la recherche biomédicale

Les observateurs s'accordent à reconnaître les effets bénéfiques de la loi : elle a « sorti l'expérimentation humaine d'une ombre peu propice au contrôle social, et les investigateurs d'une insécurité juridique déstabilisante » (Fagot-Largeault) [7]. Le Comité national d'éthique relève pour sa part que, « *requérant à la fois l'examen préalable des projets de recherche [...] et la signature par les personnes pressenties pour la recherche d'un document qui témoigne de leur accord et de l'information reçue, elle a joué un rôle pédagogique, en même temps qu'elle rendait possible l'essor de la recherche biomédicale* » en France [5].

#### Une application problématique sur des points essentiels

Différentes dispositions de la loi de 1988 ont connu des difficultés d'application majeures pendant que, parallèlement, il apparaissait que des situations plus ou moins « limites » pouvaient être mal couvertes. La loi a fait l'objet de plusieurs ajustements, mais sans connaître, jusqu'à la loi relative à la politique de santé publique votée le 14 octobre en première lecture, la révision de fond que réclamaient les inadaptations relevées.

La distinction organisatrice centrale de la loi a montré rapidement ses limites : dans de nombreux cas la qualification de l'essai en recherche « avec » ou « sans » *bénéfice individuel direct* pose des problèmes insolubles. Ainsi, dans la réalité, il est de fait que l'essai d'un médicament nouveau pourra parfois profiter au patient, mais *dans certains cas seulement* et à une

double condition : que le médicament testé s'avère plus efficace que le placebo ou le médicament de référence auquel on compare le produit à l'étude ; et que le tirage au sort ait affecté le patient dans le groupe qui reçoit ce produit... Dans la pratique, note le rapporteur du projet de loi à l'Assemblée, « *les dispositions prévues par la loi Huriet sont bien souvent contournées, de nombreuses recherches étant abusivement qualifiées de recherches avec BID [bénéfice individuel direct]* » [13].

Le Comité national d'éthique, dans son avis de 1998, indique que cette distinction est « *source de perplexités depuis que la loi existe* », et relève qu'elle est « *contestée au niveau international* » [5]. Le rapporteur du projet de loi à l'Assemblée, ne craint pas de parler d'une « distinction complexe, voire trompeuse » [13]. C'est bien, en réalité, l'« *alibi de la nécessité thérapeutique* » (Lemaire) [14] comme argument justificatif qui se trouve mis en cause. De fait, les effets néfastes de cette approche ont été identifiés, notamment par enquête [15, 16], à plusieurs niveaux. En premier lieu, les médecins investigateurs se trouvent autorisés à ne pas reconnaître le caractère essentiellement scientifique (cognitif) — et non pas « *thérapeutique* » — de la visée expérimentale, et à laisser les patients méconnaître la finalité de l'entreprise pour laquelle on les sollicite : en pratique, les essais de médicaments sont facilement présentés au patient ou compris par lui comme une innovation médicale qu'on lui propose pour son bien — une « *tentative médicale* » — plutôt que comme une démarche expérimentale en vue de l'acquisition de connaissances généralisables (Amiel *et al.* ; Fagot-Largeault) [15, 7]. (Le quiproquo sur la visée de l'expérimentation médicale pose un problème éthique simple, mais de taille : le consentement du patient, exigence morale et légale préalable à son inclusion dans l'essai, perd toute sa valeur si l'on accepte que le sujet se méprenne sur la nature de la situation à laquelle on le sollicite de participer.) En second lieu, la qualité de la protection des personnes malades, par rapport à celle dont bénéficient les « *volontaires sains* », se trouve dégradée alors même que les personnes malades sont plutôt les plus vulnérables [12]. Enfin, cette approche fait obstacle à la reconnaissance du critère de protection réellement approprié qu'adoptent les réglementations modernes, qui est le

niveau de *risque concret* encouru du fait de la participation à l'essai : une biopsie ou la prise d'un médicament innovant sont plus risqués qu'un simple prélèvement de sang et imposent plus de protection pour le patient ; que le geste s'inscrive dans une recherche « avec » ou « sans » un hypothétique bénéfice individuel ne change rien à l'affaire.

#### De la directive européenne à la révision de la loi

La directive intègre l'approche pragmatique de la déclaration d'Helsinki dans sa version 2000 [12] : c'est le niveau de risque encouru qui doit déterminer la protection. Elle ne recourt nullement à l'« *alibi thérapeutique* » pour justifier l'expérimentation humaine ; si elle distingue, c'est entre les essais « *interventionnels* » — qui réclament une protection spécifique — et essais « *non interventionnels* » (directive, art. 2. c). Comparé au dispositif de la directive, la distinction « avec BID/sans BID » s'avérant sous-protectrice pour les patients-sujets inclus dans des recherches qualifiées comme étant « *avec bénéfice individuel direct* », il devenait nécessaire de l'abandonner. De ce fait, la transposition aboutit à une révision qui touche à la logique même de la loi de 1988 ; elle est l'occasion d'une modernisation radicale du dispositif français.

#### Les nouvelles dispositions

Le régime de protection différencié selon le bénéfice thérapeutique est abandonné au profit d'un régime de protection selon la balance risque-bénéfice. La distinction entre recherches avec et sans BID est abandonnée : le chapitre de la loi sur les « Principes généraux » n'y fait plus référence, le chapitre IV consacré aux « recherches sans bénéfice individuel direct » est supprimé. Amplifiant les ajustements opérés par la loi du 4 mars 2002 (art. L. 1224-6), le nouveau texte ne prévoit plus l'autorisation des lieux de recherche pour les essais conduits à l'hôpital sur des patients présentant une pathologie habituellement traitée dans le service et n'impliquant pas d'autres actes que ceux qui y sont habituellement pratiqués (nouvel art. L. 1121-13).

Le régime de responsabilité en cas de préjudice causé aux sujets est désormais homogénéisé ; il retient le principe de la « *responsabilité présumée* » (le promoteur

peut entreprendre d'apporter la preuve que le préjudice est sans lien avec l'essai ou sans lien avec une faute de sa part). En cas de préjudice sans faute, la victime est renvoyée vers les dispositifs couvrant l'aléa thérapeutique (nouvel art. L. 1121-10).

Autre effet de l'homogénéisation des dispositifs : la possibilité de participer à titre onéreux n'est plus réservée aux volontaires sains ; d'autres catégories de sujets peuvent également être « indemnisées » en

compensation des frais exposés et des contraintes subies (nouvel art. L. 1121-11). Les patients hospitalisés « à d'autres fins que la recherche » restent exclus de cette disposition, qui permettra, en revanche, d'indemniser les sujets atteints de pathologies chroniques (asthme, diabète...) suivis en ambulatoire et qui donnent de leur temps à la recherche.

Les conditions de l'information préalable et du recueil du consentement sont pré-

cisées et assorties de mesures nouvelles tendant à permettre aux patients-sujets de mieux distinguer entre la recherche et les soins. Le chapitre II « Consentement de la personne » change d'intitulé au profit de la formulation suivante : « Information de la personne qui se prête à une recherche biomédicale et recueil de son consentement ». Le changement de perspective est sensible : l'accent est mis, non plus sur l'acte du sujet (en réalité, cet acte est

## références

1. Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 (JO du 22 décembre 1988) relative à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales [dite « loi Huriet » ou « Huriet-Sérusclat », du nom des sénateurs Claude Huriet et Frank Sérusclat, ses rapporteurs], modifiée par la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 (JO du 25 janvier 1990), la loi n° 90-549 du 2 juillet 1990 (JO du 5 juillet 1990), la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 (JO du 20 janvier 1991), la loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 (JO du 23 décembre 1992), la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 (JO du 5 janvier 1993), la loi n° 94-89 du 1 février 1994 (JO du 2 février 1994), la loi n° 94-630 du 25 juillet 1994 (JO du 26 juillet 1994), la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 (JO du 29 mai 1996), la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 (JO du 2 juillet 1998), la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (JO du 5 mars 2002) ; codifiée pour former les articles L 1121-1 à 1126-7 du nouveau Code de la santé publique.
2. Directive 2001/20/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 avril 2001, concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain, JOCE 1<sup>er</sup> mai 2001.
3. Projet de loi n° 877, déposé le 21 mai 2003, relatif à la politique de santé publique : texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, le 14 octobre 2003. [www.assemblee-nat.fr/12/projets/pl0877.asp](http://www.assemblee-nat.fr/12/projets/pl0877.asp).
4. Amiel P. « Enquête sur les pratiques d'information et recueil du consentement dans la recherche biomédicale : consentir, mais à quoi ? », *Revue franç. des affaires sociales*, 2002, 3 : 219-34.
5. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), *Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*, rapport et recommandations, n° 58, 12 juin 1998. [www.ccne-ethique.fr/francais/pdf/avis058.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/francais/pdf/avis058.pdf)
6. Memeteau G. *Cours de droit médical*. Paris : Les études hospitalières, 2001.
7. Fagot-Largeault A. « Les pratiques réglementaires de la recherche clinique. Bilan de la loi sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales », *Médecine/Sciences*, 2000, 16 [1] : 1198-1202.
8. Proposition de loi relative aux essais chez l'homme d'une substance à visée thérapeutique ou diagnostique, présentée par Monsieur C. Huriet, sénateur ; *Sé debates* n° 286, seconde session ordinaire de 1987-1988, rattachée pour ordre au procès-verbal de la séance du 2 avril 1988.
9. Conseil État. *Sciences de la vie : de l'éthique au droit*. Paris : Documentation française (Notes et études documentaires 4855), 1988.
10. Lechopier N. *La distinction soin/recherche dans la genèse de la loi Huriet*, mémoire de DEA d'histoire et de philosophie des sciences, Université Paris-I Panthéon-Sorbonne, 2002. [www.gteps.net/Lechopier.pdf](http://www.gteps.net/Lechopier.pdf)
11. *Code de Nuremberg*. From Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law N° 10. Nuremberg, October 1946-April 1949. Washington DC : USGPO, 1949-1953. Nuremberg, 1947.
12. Déclaration d'Helsinki : *World Medical Association Declaration of Helsinki : Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975 ; 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983 ; 41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989 ; 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996 ; and the 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000 ; Note of Clarification on Paragraph 29 added by the WMA General Assembly, Washington 2002. [www.wma.net/e/policy/b3.htm](http://www.wma.net/e/policy/b3.htm)
13. Dubernard J.-M. *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n° 877) relatif à la politique de santé publique*, n° 1092, déposé le 25 septembre 2003, Assemblée nationale, 2003.
14. Lemaire F. *La protection des personnes qui se prêtent à la recherche médicale : de la loi Huriet à la directive européenne*. Rapport au ministre de la Santé, 2002.
15. Amiel P., Mathieu S., Fagot-Largeault A. « Acculturating Human Experimentation : an Empirical Survey in France », *J. of Medicine and Philosophy*, 2001, 26 [3] : 285-298.
16. Fagot-Largeault A., Amiel P. « Enquête sur les pratiques et conceptions de l'information et du recueil du consentement dans l'expérimentation sur l'être humain », *Cahiers de recherche de la MiRe* (Documentation française), 2002, 13/14 : 3-10.
17. Débats à l'Assemblée nationale, séance du 2 octobre 2003, compte-rendu analytique. [www.assemblee-nat.fr/12/cra/2003-2004/005.asp](http://www.assemblee-nat.fr/12/cra/2003-2004/005.asp)

parfait par principe : c'est pour cela qu'on le sollicite et que, ce faisant, l'on s'engage irrévocablement à le respecter), mais sur les modalités d'information préalable et de recueil du consentement (qui sont toujours améliorables). Le texte oblige à multiplier les « *marqueurs de situation* » : des signes nettement plus explicites pour le patient montrent que l'entreprise à laquelle on lui propose de participer n'est pas essentiellement un soin de plus, mais une recherche visant d'abord la production de connaissances généralisables.

Ainsi, pour les recherches sur des patients hospitalisés, le texte dispose que l'information devra être délivrée et le consentement recueilli par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe assurant la prise en charge (nouvel art. L. 1122-1). Dans le même ordre d'idées, l'information préalable devra préciser « *les éventuelles alternatives médicales* » à l'essai et « *les modalités de l'information sur les résultats globaux et individuels* » de la recherche (*ibid.*). Autre mesure touchant l'information : l'institution d'une « base de données nationale des recherches biomédicales » : la directive stipule que les informations sur les recherches portant sur les médicaments sont rassemblées dans une base de données européenne alimentée par les États membres ; le texte français va plus loin puisqu'il dispose que cette base de données porte sur toutes les recherches et qu'il prévoit, dépassant certaines réticences administratives, l'accès public — par l'Internet — à ces informations (nouvel art. L. 1121-15).

Sur le consentement, confirmant le mouvement amorcé par la loi du 4 mars 2002 (L. 1122-1), le nouveau texte prévoit que, en cas d'empêchement du patient, l'« *autorisation* » (nouvel art. L. 1122-2) de pratiquer la recherche — si elle permet, dans des conditions de risque « *minimal* » (nouvel art. L. 1121-8), d'escompter un bénéfice important pour le sujet ou pour les malades placés dans la même situation — peut être donnée par la « *personne de confiance* » qu'il a désignée ou à défaut par la famille. Le terme « *autorisation* » plutôt que « *consentement* » est choisi à dessein (personne ne peut juridiquement « *consentir* » pour un autre). Cette disposition contrevient d'une certaine manière à la directive qui exige un consentement préalable pour toute recherche, sans prévoir d'exception ; mais elle permet de couvrir la recherche

en situation d'urgence (en réanimation, typiquement), cas de figure que les rédacteurs de la directive ont tout bonnement oublié de prendre en compte.

#### *Les nouveaux « comités de protection des personnes » (CPP)*

Les comités perdent leur caractère purement consultatif et gagnent l'appellation simplifiée de « comités de protection des personnes » (CPP). Ils voient leurs missions précisées et élargies. L'ensemble de la procédure, qui était de « *déclaration* » des recherches, évolue vers un régime d'« *autorisation* » par l'autorité compétente (nouvel art. L. 1123-8), sur avis motivé du CPP. Différentes mesures techniques visent à améliorer l'efficacité et la transparence du fonctionnement des comités (notamment : déclaration des liens éventuels des membres de comités avec des promoteurs ou investigateurs de recherches ; nouvel art. L. 1123-3). Les « *représentants des malades et des usagers du système de santé* » y font leur entrée comme composantes à part entière (nouvel art. L. 1123-2).

#### **Une évolution souhaitable**

L'évolution de la loi de 1988 était souhaitable indépendamment de la nécessité de transposer la directive européenne sur les essais de médicaments. « *Reconstruite autour de la logique de l'évaluation de la balance bénéfice-risque, la loi répond bien aux deux objectifs qu'elle s'était fixé : la transposition en droit interne de la directive européenne 2001/20/CE et l'actualisation de la loi Huriet-Sérusclat réclamée de toute part. Ce texte marque la fin des régimes différents de protection des personnes participant aux recherches biomédicales ; il renforce cette protection et harmonise les formalités administratives* » (Fagniez) [17].

Tel qu'il se présente, le nouveau texte ouvre la voie à une reconnaissance plus nette, en France, qu'un conflit de devoir — et parfois d'intérêt — est présent au cœur de la recherche médicale ; que, dans le cas des recherches combinées avec des soins, le médecin-investigateur, à la fois soignant et chercheur, poursuit, au sein d'une même activité médicale, des objectifs différents — et parfois contradictoires — qui ne doivent pas être confondus.

Cette transparence qu'on doit aux personnes, et particulièrement aux malades, qui se prêtent avec confiance à

la recherche est un élément essentiel de leur protection. Affranchir notre droit de la notion de « *recherche thérapeutique* », qui entretient la confusion entre soins et recherche, participe puissamment de cette protection. ■

# La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé

**Hélène Perrin**

Chargée de recherche, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**François Baudier**

Médecin, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

**La violence des jeunes scolarisés est un phénomène complexe, difficile à appréhender, tout comme ses liens avec la santé. Les enquêtes santé en population générale, comme les Baromètres santé, complètent utilement d'autres sources de données statistiques et apportent un éclairage spécifique.**

**L**a violence à l'école, et celle des jeunes en général, est un sujet de plus en plus mis en avant, porté aussi bien par la sphère politique, médiatique que privée. La présentation par la presse de faits divers spectaculaires, souvent généralisés de façon excessive, tend à amplifier et déformer un phénomène réel. Il n'en reste pas moins que la perception de la violence produit aujourd'hui un sentiment de peur et d'insécurité largement partagé dans la société française contemporaine. En milieu scolaire, l'expression d'une souffrance, d'une inquiétude et de difficultés liées à la violence est émise aussi bien par les jeunes que par les professionnels du secteur éducatif.

Alors que faire ? Comment faire ? Comment prévenir et comment réagir ? De telles interrogations nécessitent, pour tenter d'apporter une réponse, une bonne connaissance du phénomène, de la population concernée et des mécanismes en jeu. Dans cette perspective, l'analyse des déterminants de la violence apparaît comme un préalable nécessaire à toute mise en place de projets et d'actions de lutte contre ce phénomène.

Plusieurs études récentes donnent un regard actualisé sur ce sujet. Ce sont en particulier des travaux à caractère épidémiologique comme les Baromètres santé réalisés par le CFES<sup>1</sup> en 1997 [1]

1. En application de l'article L1417-9 du Code de la santé publique, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a été substitué, en mai 2002, au Comité français d'éducation pour la santé dans l'ensemble de ses droits et obligations.

et 1999 [23], sur lesquels une partie de cette analyse portera. Ce sont aussi l'enquête européenne concernant l'alcool et les autres drogues (ESPAD 99) [13], l'enquête internationale permanente santé « Health Behavior in School-aged Children » (HBSC) réalisée en 1994 [8] et en 1998 [22], l'enquête Inserm de 1993 [11] et d'autres travaux sociologiques comme les enquêtes de Debarbieux de 1995 [14] et 1998 [15]. Par ailleurs, le regard de certains chercheurs en sciences humaines, spécialistes de cette question, permet de mettre en perspective les représentations actuelles de la violence avec les faits constatés au travers d'enquêtes ou de statistiques officielles (Bourdieu [7], Dubet [17, 19], Martucelli [18] et Lagrange [24-26]).

## **Violence et santé : quels liens ?**

La question de la violence n'est pas une préoccupation nouvelle et a fait l'objet de nombreux écrits dans la littérature, provenant de disciplines aussi diverses que la biologie, la neurologie, la psychologie, la sociologie [27] et, plus récemment, l'épidémiologie. Mais en quoi la violence est-elle liée à la santé des individus ? Pourquoi l'aborder dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques ? Cet élément suscite parfois un certain étonnement. Pourtant, la violence physique peut provoquer des blessures, être à l'origine d'hospitalisations, être source d'une grande souffrance morale et/ou de troubles psychologiques. Les conséquences sur la santé peuvent aussi être provoquées par

une violence non physique, verbale ou de situation. Différentes recherches mettent en avant des liens entre la violence et un état dépressif, une mésestime de soi, des consommations de substances psychoactives... Ces multiples interactions expliquent tout l'intérêt d'analyser la violence dans le cadre d'investigations épidémiologiques plurithématiques comme les Baromètres santé. Cela permet d'élargir le cadre d'étude de la violence, en prenant en compte, non seulement des dimensions socio-économiques et démographiques, mais aussi celles qui appartiennent au champ de la santé. Par ailleurs, certaines de ces enquêtes sont répétées, ce qui permet d'envisager une mesure de l'évolution du phénomène.

Les recherches en santé publique sur la violence donnent aussi des perspectives pour envisager des interventions concrètes en prévention. Elles éloignent le phénomène « violence » du terrain habituellement polémique et idéologique, pour le situer dans un champ plus pragmatique visant avant tout l'explication et l'intervention [4]. La prévention en matière de santé tient alors toute sa place à côté d'autres stratégies relevant de domaines différents et complémentaires : actions sur l'environnement physique, social, technologique, politique, économique et organisationnel. L'OMS s'inscrit dans ce cadre, à travers ses programmes visant la promotion de la sécurité (« safe community »). Ils s'appliquent aussi bien aux traumatismes non intentionnels qu'au suicide, à la violence et à la criminalité. Ce rapprochement de la santé et de la sécurité s'exprime dans la définition suivante : « La sécurité est un état où les dangers et les conditions de vie pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté. C'est une des ressources indispensables à la vie quotidienne qui permet à l'individu et à la communauté de réaliser ses aspirations » [30].

### La violence : une notion complexe et multiforme

Aborder la question de la violence est un sujet délicat, car cette notion est extrêmement complexe. Elle est d'abord difficile à cerner, car elle peut s'appliquer à une

multitude d'événements, de nature et de niveau de gravité très différents, allant des actes pénalement sanctionnés aux « micro-violences ». Ces dernières, en apparence moins graves, mais souvent plus fréquentes que les premières, peuvent contribuer à dégrader profondément le quotidien des individus. Les incivilités, les brimades, le harcèlement, les atteintes à l'intimité sont autant de micro-violences qu'ils peuvent subir. Comme le résume Baudry [6], « la violence ne se borne pas à ses manifestations spectaculaires, sanguinaires ou cruelles. Il y a des violences astucieuses, routinières, invisibles, légalisées ».

La violence est aussi complexe du fait des protagonistes pouvant être en jeu : elle peut s'exercer entre un individu et un corps social (violence économique, violence institutionnelle, violence de l'exclusion), entre des individus (violence physique, violence verbale) ou contre soi-même (anorexie, tentatives de suicide).

La notion de violence est également ambiguë car elle relève parfois d'une certaine subjectivité. Un fait peut être considéré par un individu comme un acte de violence alors qu'il ne le sera pas par un autre. Certains auteurs s'engagent sur ce point en affirmant que la violence est ce qui est décrypté comme tel par la victime ou, à la limite, par un observateur qui interprète un fait [27], [14]. Pour d'autres au contraire, des individus peuvent être victimes de violence sans réellement la percevoir. Il s'agit notamment de ce que Bourdieu [7] appelle (à la suite des théories de Weber) la violence symbolique, qui amène les dominés à adhérer au principe même de leur domination. Cette violence n'est alors pas ressentie de la même façon par les groupes dominés.

La prise en compte de la violence par la société pose aussi question. Certains actes de violence sont pénalement répréhensibles, d'autres ne le sont pas. Cela signifie-t-il que la société considère comme violents uniquement les actes répertoriés par la loi ? Comme s'interroge Nagels [27], « la violence est-elle transgression de la loi écrite ? C'est là la définition de la criminalité, de la délinquance, mais non de la violence qui englobe [...] des actes plus larges ». Selon cet auteur, « la violence est alors la transgression des lois non écrites, de la morale avec toute la subjectivité que cette notion comporte ».

### En milieu scolaire, des violences de la part des jeunes et des adultes

L'aspect multidimensionnel de la violence évoqué ci-dessus se retrouve aussi au niveau de la violence scolaire.

Pour Dubet [19], « les violences scolaires sont à la fois sociales et scolaires, à la fois externes et internes à l'école, elles sont à la fois subjectives et objectives ». Debarbieux [15] souligne à quel point la notion de violence scolaire dépend du contexte et évolue avec celui-ci : « la violence scolaire est une notion protéiforme, insaisissable. Elle est largement dépendante des codes moraux, des représentations sociales de l'éducation, de l'état des réflexions juridiques et des codes qui les cristallisent dans des constructions toujours provisoires ».

La violence scolaire est multiforme, notamment du fait que les protagonistes sont divers. Si l'on évoque le plus souvent la violence exercée ou subie par les élèves, le personnel d'encadrement peut aussi être victime ou exercer de la violence.

Les violences commises par les élèves peuvent inclure des actes graves d'un point de vue pénal (délinquance, coups de couteau...), mais ceux-ci sont relativement isolés au sein des établissements scolaires. Ce n'est pas là le quotidien de la plupart des enseignants et des élèves. Il est important de rappeler ici la place relativement bénigne des violences scolaires parmi les comportements ayant un effet légal ou des conséquences extrêmement graves du point de vue de la santé des individus. Ainsi, selon Debarbieux [16], « la plupart des travaux sont en accord sur le fait que, sans pour autant devoir les mésestimer, l'importance quantitative des crimes et délits en milieu scolaire est somme toute restreinte » (Debarbieux, 1996 [14], 1999 [15], Facy, in Charlot & Emin 1997 [9], Gill & Hearnshaw, 1997 [21]). Les résultats du Baromètre santé 2000 vont aussi dans ce sens : la part de jeunes scolarisés blessés par arme à feu est nulle et celle de blessés par arme blanche quasiment nulle.

Dependant, un autre type de violence plus lancinant, plus insidieux semble nettement plus fréquent dans le milieu scolaire. Il s'agit des brimades, des intimidations ou du harcèlement (nommé « bullying » dans la littérature anglophone et particulièrement étudié par Olweus [28]) exercés contre d'autres élèves souvent plus vulnérables, physiquement ou psychologiquement.

quement. Des violences verbales (insultes, rumeurs, injures racistes, sexistes) sont aussi adressées par les jeunes aussi bien à d'autres élèves qu'aux enseignants ou autres personnels d'encadrement.

Ces derniers peuvent eux-mêmes être amenés, consciemment ou inconsciemment, à accomplir des actes pouvant être perçus comme violents par les jeunes. Il s'agit par exemple des exclusions, de remarques blessantes voire humiliantes, d'une indifférence délibérée. De même, si la violence verbale semble le plus souvent le fait des élèves, il est intéressant de prendre conscience, avec Baudry [6], que « dans le registre de la violence verbale, il faut prendre en compte la maîtrise du langage et la maîtrise du langage par autrui. L'invalidation, la minimisation, l'infantilisation, l'éviction sont autant de procédés qui permettent de réduire l'autre sans recourir au registre agressif de l'insulte ».

Mais les enseignants et autres personnels d'encadrement scolaire sont aussi les victimes de violences de différents niveaux de gravité, qui rendent parfois l'exercice de leur métier extrêmement difficile : agressions physiques, dégradation de biens (voiture...), insultes et « faits associés à ce que l'on appelait naguère l'indiscipline » [20] qualifiés aujourd'hui plutôt d'incivilités. Il s'agit de faits qui « répétés au quotidien, sont extrêmement pesants : garder sa casquette en classe, manger, bavarder ou se déplacer pendant le cours, écouter son walkman, venir au cours sans ses affaires... L'absentéisme, également, contribue pour une large part à la perception que les enseignants ont du climat de violence dans l'école : il est vécu comme une remise en question de leur rôle, de leur identité » [20].

Les violences entre les élèves et les enseignants sont donc réciproques. Les enseignants ne sont pas seulement des victimes et les élèves pas seulement des acteurs de violence. Par ailleurs, les jeunes subissent eux-mêmes la violence, de leurs pairs.

### L'apport et les limites des enquêtes « santé »

Les enquêtes santé en population générale comme les Baromètres santé complètent utilement d'autres sources de données telles que les statistiques de la police qui, par nature, dépendent de l'intensité de l'activité policière. Elles peuvent donc

être largement liées à la nature des politiques mises en place. Dans la lignée des études de victimation, les Baromètres santé permettent d'interroger l'ensemble de la population et de dresser un panorama complet des violences exercées ou subies par tous les individus, que celles-ci aient été ou non déclarées à la police.

Néanmoins, une difficulté commune à toutes les enquêtes sur la violence a trait à la définition de cette notion. La violence comporte de multiples dimensions. Déterminer un ou plusieurs indicateurs permettant de la mesurer est de ce fait extrêmement délicat. Il apparaît illusoire de vouloir saisir la notion de violence dans sa totalité, mais il est nécessaire de faire des choix pour tenter d'en appréhender au moins certains aspects. Les Baromètres santé se sont ainsi attachés à trois dimensions : la violence auto-administrée qu'est la tentative de suicide, les violences sexuelles incluant les attouchements, les tentatives de viol et les viols, et la violence physique agie ou subie définie par le fait d'avoir porté ou reçu des coups au cours des douze mois précédant l'enquête. Dans la suite de cet article, une attention particulière sera portée à cette dernière composante. Si ce choix peut paraître réducteur, il a l'avantage de faire référence à des actes en principe facilement identifiables par les individus. Ce n'est pas toujours le cas d'autres dimensions de la violence, comme celles à caractère psychologique, sans doute moins faciles à cerner et, pour les enquêtés, à exprimer.

L'interprétation des résultats sur la violence définie comme telle dépend néanmoins de la nature des violences exercées et du contexte dans lequel elles le sont. Si les coups portés correspondent à des « simples » bagarres dans la cour d'école, ils ne revêtent pas le même sens que des violences intra-familiales. Or ces éléments ne sont pas systématiquement spécifiés dans les enquêtes de santé. L'intensité des violences, par exemple, n'est pas toujours mesurée alors que la notion d'hospitalisation pourrait être un de ces critères. C'est pourquoi des recherches spécifiques sur la violence (quantitatives ou qualitatives, représentatives ou non en terme d'échantillonnage) permettent un niveau d'investigation plus détaillé, qu'il est difficile d'obtenir dans des enquêtes multithématiques telles que les Baromètres santé.

### Une violence très variable suivant le sexe et l'âge

L'implication plus fréquente, dans des actes de violence, des garçons scolarisés par rapport aux filles a été montrée dans plusieurs enquêtes françaises et étrangères, quelle que soit la façon dont la violence est appréhendée (Baromètres santé [1], [23], enquête Inserm<sup>2</sup> [12], enquête « Élèves de Nuremberg » [16]). De même, il a également été observé que les garçons sont davantage victimes de violence que les filles (Baromètre santé 2000 [23], enquête Inserm [12], enquête HBSC [22]). Ils sont pratiquement trois fois plus nombreux qu'elles à avoir été victimes de coups (Baromètre santé 2000 ; enquête HBSC [22]). Les garçons apparaissent en effet plus souvent dans des actes visibles et actifs, liés à des prises de risques très extériorisées en groupe. Les filles, quant à elles, sont plus régulièrement en position de victimes, intériorisant leurs difficultés (idées suicidaires).

La diminution avec l'âge des conduites violentes des jeunes scolarisés est notée dans plusieurs enquêtes (Baromètre santé 2000, enquête Inserm de 1994 [12]). Les garçons sont particulièrement impliqués dans des échanges de coup lorsqu'ils sont au collège. Selon Debarbieux [15], ce type d'établissement apparaît comme le « maillon faible du système d'après tous les observateurs (par exemple Dubet et Martucelli, 1996 [18], Ballion, 1997 [2]) ». Ce phénomène est aussi observé dans d'autres pays européens, notamment l'Allemagne [16]. Ces conduites violentes ne renvoient probablement pas aux mêmes motivations en fonction de l'âge. Selon Godeau et al [22], « frapper » correspond sans doute plutôt à des conduites d'essai chez les plus jeunes et à des conduites plus agressives chez leurs aînés.

### Violence et environnement familial ou scolaire

Le Baromètre santé 2000 met en évidence des liens entre la violence exercée sur d'autres par les jeunes scolarisés et différents aspects de leur environnement familial. Ceux-ci relèvent, d'une part, du domaine psychoaffectif, appréhendé par des variables originales telles que la

2. Dans l'enquête Inserm, réalisée en 1993, sont considérés comme violents les jeunes ayant participé souvent à des bagarres et/ou cassé ou frappé souvent quand ils étaient en colère et/ou fait du racket.

facilité de dialogue avec les parents, la perception de leur écoute et, d'autre part, du champ socio-économique : revenu, catégorie socioprofessionnelle et statut professionnel des parents, structure familiale. Si, dans le Baromètre santé 2000, la violence apparaît indépendante du niveau de revenu du ménage par unité de consommation, elle est en revanche associée au statut professionnel des parents. Sur ce point, ces résultats mettent en avant une distinction assez intéressante entre les filles et les garçons. Chez les garçons, la violence est associée au statut professionnel de leur père alors que pour les filles, elle est reliée à celui de leur mère. En effet, des comportements violents sont davantage observés parmi les garçons dont le père ne travaille pas alors que, pour les filles, c'est le cas pour celles dont la mère n'a pas d'activité professionnelle. On peut émettre ici l'hypothèse d'un rejet du modèle parental. La référence des garçons au niveau professionnel est sans doute plutôt celui du père et, pour les filles, plutôt celui de la mère.

Dans le même sens, Lagrange [25], évoquant la délinquance des jeunes des quartiers défavorisés, analyse le lien entre la délinquance et le chômage des pères par le fait que ces derniers sont socialement dévalorisés et deviennent « absents comme référence sur le plan symbolique et comme modèle éducatif [...]. La coupure avec la génération adulte dérive de la perte de crédit de celle-ci. [...] Beaucoup des adultes de ces quartiers ont été dévalorisés et ne sont plus capables de servir de modèles, de référence ». En revanche, dans l'enquête Inserm de 1993, l'inactivité du père (chômage, invalidité ou longue maladie) n'apparaît pas associée à la violence telle qu'elle est définie dans cette étude [25].

Des liens entre violence et structure familiale sont aussi mis en évidence par plusieurs études. D'après les résultats du Baromètre santé 2000, les échanges de coups s'observent davantage chez les jeunes garçons scolarisés vivant au sein d'une famille recomposée, cela une fois contrôlée l'influence de l'entente familiale (appréhendée par une question relative à l'écoute des parents). Des résultats proches de ceux-ci ressortent de l'enquête Inserm de 1993 qui attribue « un poids appréciable » à la situation matrimoniale des parents sur les conduites violentes, les enfants de parents séparés étant plus concernés [12].

D'après plusieurs études (Baromètre santé 2000, enquête Inserm de 1993 [12]), l'insatisfaction scolaire apparaît aussi associée à la violence des jeunes élèves ou étudiants. Il en est de même, pour le redoublement [12]. Dans le Baromètre santé 2000, ce phénomène est particulièrement marqué pour les filles. La violence serait-elle un moyen d'affirmer son identité lorsque cela ne peut être fait par le biais de la réussite scolaire ?

Autre indicateur d'un malaise par rapport à l'école, l'absentéisme est avancé par certains auteurs comme un facteur associé à la violence. Il l'est notamment par Lagrange [25] dans le cas particulier de la délinquance des jeunes au sein des quartiers en difficulté. Selon lui, « dans plusieurs villes, on observe que les quartiers où les pourcentages de mineurs mis en cause pour des infractions pénales sont les plus élevés sont aussi des quartiers où l'absentéisme est important ». En revanche, les résultats du Baromètre santé 2000 ne mettent pas en évidence de lien entre les échanges de coups et l'absentéisme scolaire. La population considérée dans ces deux études et le degré d'intensité de violence analysé ne sont pas strictement comparables, ce qui peut expliquer la différence de résultats. La délinquance relève d'un type de violence probablement plus grave que la violence telle qu'elle est appréhendée dans le Baromètre santé 2000, et la situation dans les quartiers défavorisés est sans doute particulière par rapport à celle observée en population générale.

### Violence, santé mentale et autres prises de risques

Le lien entre les violences agies, les violences subies et les violences sur soi, révélé par plusieurs études (Baromètres santé 1997 et 2000, enquête Inserm [12]) conduit certains auteurs [13] à qualifier de « triptyque » cette association. Le Baromètre santé 2000 montre que les jeunes scolarisés ayant été frappés ou blessés par une ou des personnes au cours de l'année ont tendance à avoir été plus violents que les autres au cours de cette même année. Dans le même sens, la violence agie est plus probable parmi les filles ayant subi des agressions sexuelles au cours de leur vie. Elle l'est aussi parmi celles qui ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Comment expliquer ces interactions ? Une hypothèse est que ces différentes

formes de violence sont reliées par un facteur commun : la souffrance. Comme le dit Baudry [6], « la violence ne trouve pas sa source dans une barbarie mais dans la souffrance de celui qui s'y trouve acculé ». La violence agie serait-elle alors l'expression d'une souffrance provoquée elle-même par des violences subies ?

Les prises de risques « par défi ou par plaisir » (Baromètres santé 1997 et 2000) apparaissent aussi liées à la violence des jeunes garçons scolarisés. Il se peut que ces phénomènes, échanges de coups et prises de risques, soient deux modes d'expression d'une recherche d'affirmation de soi, d'affirmation de sa virilité.

Des conclusions quelque peu divergentes ressortent de différentes études en ce qui concerne l'association entre la violence et la consommation de substances psychoactives. Le Baromètre santé 2000 (comme celui de 1997) révèle des liens entre la violence et la consommation régulière d'alcool, mais aucun avec la consommation régulière de cannabis, ni avec le fait de fumer du tabac quotidiennement. Les résultats de l'enquête ESPAD 99 [13] effectuée en France auprès de jeunes scolarisés de 14 à 19 ans mettent en avant une association entre le fait de participer fréquemment à des bagarres et la consommation régulière de tabac, d'alcool<sup>3</sup> et de cannabis<sup>4</sup>, et ce quel que soit le sexe des jeunes scolarisés. La comparaison entre les deux enquêtes est néanmoins délicate dans la mesure où les questions relatives aux violences d'une part, et aux consommations d'autre part, ne sont pas posées exactement de la même façon<sup>5</sup>.

### L'évolution de la violence : différentes approches

Notre société est-elle de plus en plus violente ? Les jeunes aujourd'hui le sont-

3. Dans l'enquête ESPAD, la consommation régulière d'alcool correspond à une consommation « 10 fois et plus dans les 30 derniers jours » alors que dans le Baromètre santé 2000 elle correspond à « au moins trois fois par semaine ».

4. La même association apparaissait dans l'enquête de 1993 de l'Inserm [11] mais il s'agissait d'une simple association descriptive et non multivariée, établie entre les conduites violentes et les consommations d'alcool, de tabac et de drogues.

5. En particulier pour l'alcool, la période de rappel relative à la fréquence de la consommation d'alcool est de 30 jours dans l'enquête ESPAD, alors qu'elle est d'une semaine dans le Baromètre santé 2000.

ils davantage que ceux des générations précédentes ?

Ces questions font l'objet d'un débat de longue date. « À travers l'histoire, et c'est là une grande constante, les jeunes ont toujours été considérés comme étant plus violents que leurs aînés. Socrate déplorait cela il y a plus de 2 400 ans » [27]. De même les adages « la jeunesse n'est plus ce qu'elle était », « de mon temps... » sont vieux comme le monde. La nouveauté réside sans doute dans l'importance apportée à ce discours et à sa médiatisation. Qu'en est-il réellement de l'évolution de la violence ? Des réponses presque opposées sont apportées sur ce point par différents auteurs.

L'analyse historique de la violence, basée sur une comparaison de l'époque actuelle à d'autres plus anciennes, conduit certains auteurs à relativiser la violence de notre société actuelle par rapport à ce qu'elle était plusieurs siècles auparavant. Selon Galand [20] « nous sommes probablement, en Europe occidentale, dans une période très pacifique : il n'y a plus de guerre depuis cinquante ans ; on ne peut pas dire que des bandes de pillards rôdent dans nos campagnes, comme cela a été le cas pendant des siècles ; la société est relativement policée ». Pour Chesnais [10], « il y a eu, au cours des derniers siècles, une régression considérable de la violence criminelle ». Selon ces auteurs, l'opinion selon laquelle la violence augmente relève d'un paradoxe, le paradoxe de Tocqueville, selon lequel plus un phénomène désagréable diminue, plus ce qu'il en reste devient insupportable. Ainsi, d'après Galand [20], « moins une société est ouvertement violente (je parle des violences graves), moins les violences résiduelles paraissent tolérables ».

D'autres auteurs, tel le sociologue Hugues Lagrange [24], affirment qu'à l'aube du troisième millénaire, l'accroissement de la violence au cours des dernières décennies est bien réel. Selon lui, entre 1963 et 1989 et pour l'ensemble des individus, on assiste à une augmentation remarquable (multiplication par 2,5) des homicides volontaires, à une forte hausse des coups et blessures volontaires ayant entraîné une incapacité de plus de huit jours (multiplication par 2 entre 1974 et 1989) et à une explosion des vols avec violence (multiplication par 20). L'usage et la vente de stupéfiants, les vols de voitures connaissent des évolutions non moins fulgurantes.

En ce qui concerne l'évolution historique de la violence en milieu scolaire, les mêmes divergences s'observent. Plusieurs auteurs (Crubellier, 1979, Guerrand, 1987, Boumard et Marchat, 1993, Lelièvre, 1994, Debarbieux, 1992, 1996) évoqués par Debarbieux [15] ont pu noter « en utilisant les archives disponibles, que les violences scolaires du passé atteignaient en France une intensité remarquablement plus élevée que dans l'école de notre siècle ».

Les données du Baromètre santé ne font pas ressortir d'augmentation de la violence parmi les jeunes scolarisés de 12 à 19 ans au cours de la période récente (entre 1997 et 1999) lorsqu'on considère ces jeunes dans leur ensemble, tous sexes confondus. En revanche, une analyse par sexe révèle une légère augmentation de la violence agie parmi les filles.

La non-progression de la violence des jeunes scolarisés est aussi observée dans l'enquête HBSC [22]. De même, d'après Galand [20], « la violence scolaire est stable ». Selon lui, en Europe, on ne dispose pas de données sur de longues périodes, mais les enquêtes de victimation à l'école réalisées aux États-Unis depuis les années soixante-dix montrent que la tendance est à la stabilité.

Debarbieux [15], en revanche, comparant les résultats de deux enquêtes menées dans des collèges défavorisés en 1995<sup>6</sup> et en 1998<sup>7</sup>, conclut que les violences<sup>8</sup> ont nettement augmenté en l'espace de trois ans. Ces résultats ne doivent cependant pas être généralisés à la violence scolaire dans son ensemble car ils concernent uniquement des collèges socialement défavorisés. Dans le même sens, selon Lagrange [25], les années quatre-vingt-dix ont connu un développement spectaculaire des violences au sein des établissements scolaires. Selon lui, « même si l'on ne dispose pas de données rétrospectives susceptibles d'en mesurer avec précision

6. Enquête menée auprès de 4 118 élèves et 304 adultes.

7. Enquête menée auprès de 3 134 élèves et 314 adultes.

8. La violence est appréhendée dans cette enquête par :

- des indicateurs de victimation et de délits : rackets, vols, coups, racisme, insultes ;
- des indicateurs de « climat scolaire » : relations élèves entre eux et élèves adultes ;
- des indicateurs d'insécurité : violence et agressivité perçues.

l'ampleur, la diffusion du phénomène ne fait pas de doute ».

Au total, ces différentes données sont difficilement comparables dans la mesure où les échelles de temps pour effectuer les juxtapositions sont extrêmement diverses, allant des siècles à l'année. Il n'empêche que les conclusions en la matière sont diverses et montrent qu'il est difficile d'être aussi affirmatif que le sont de nombreux commentateurs (spécialistes ou non) sur la question de l'évolution de la violence en milieu scolaire.

### Prendre en compte la violence et la santé dans leur globalité

La violence des jeunes scolarisés est un phénomène complexe, difficile à interpréter et pour lequel il est nécessaire de rester prudent par rapport aux conclusions avancées. Phénomène analysé par diverses disciplines, la violence peut être étudiée sous des angles très différents. Le Baromètre santé 2000 a choisi de l'aborder sous plusieurs aspects ; dont la violence physique. À la lumière de ces résultats et d'autres travaux récents, un certain nombre de déterminants possibles se dégagent.

Si le fait d'avoir frappé ou blessé quelqu'un est avant tout associé au fait de l'avoir été soi-même, la violence est aussi particulièrement liée à l'environnement familial et scolaire. Le statut professionnel des parents, la structure de la famille, mais aussi la qualité du dialogue au sein de celle-ci sont déterminants. La satisfaction des jeunes par rapport à l'école joue aussi un rôle important. Mais la violence apparaît également liée à une profonde souffrance. Une tendance anxio-dépressive s'observe souvent parmi les garçons ayant des comportements violents et les filles ayant échangé des coups sont plus nombreuses à avoir effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Peu mise en avant lorsque la question de la violence est abordée, cette dimension doit aussi être prise en considération.

L'OMS va dans ce sens à travers le lien qu'elle établit entre santé et sécurité, la sécurité étant considérée comme une condition nécessaire pour préserver la santé des individus et en particulier leur santé mentale, dont l'OMS, dès son origine, a reconnu l'importance. En témoigne la définition figurant dans sa Constitution : « La santé est un état

complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ». L'OMS précise que la santé mentale est « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté » [31]. La promotion de la santé mentale est donc assurée par des processus qui donnent aux gens les moyens « de bien fonctionner » ou qui éliminent les obstacles

pouvant les empêcher de prendre en charge leurs problèmes, comme par exemple les phénomènes de violence. Ces interventions peuvent être prises au niveau de la collectivité (politique publique), ou à l'échelle individuelle vis-à-vis des aptitudes, attitudes et comportements qui favorisent une bonne santé mentale. Dans cette perspective, la santé mentale peut donc être considérée comme une ressource collective (par exemple au niveau de la communauté scolaire), à laquelle contri-

buent, tout autant, les institutions sociales (l'école) et la communauté entière que les personnes prises individuellement (élèves, professeurs, enseignants). « Il est évident que l'école demeure une institution sociale déterminante pour l'éducation des enfants et leur préparation à la vie. Les écoles doivent jouer plus activement un rôle éducatif complet favorisant le développement social et affectif sain des élèves. » (OMS) [31]. Le rôle de l'école, selon l'OMS, va donc au-delà d'une simple démarche visant

## références

- Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir.), *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : Éditions du CFES, collection Baromètre, 1998, 328 p.
- Ballion R., « Les difficultés des lycéens vues à travers les transgressions », in Charlot B., Emin J.-C. (coord.), *Violences à l'école. État des lieux*. Paris : Armand Colin, 1997.
- Baudier F., Pinochet C., Ferry B., Baldi C. « La santé des jeunes en milieu scolaire », *Revue française des affaires sociales*, 1993, 2 : 123-134.
- Baudier F., Guilbert P., Gautier A. « Prévenir la violence », *Concours Médical*, Tome 124-12, 30 mars 2002 : 826-831.
- Baudier F. « Ces jeunes qui nous font peur... », *Santé publique*, 2003, 15 : 181-189.
- Baudry P., « Conflit, image du corps et rapport à la mort », in Baudry P., Blaya C., Choquet M., Debarbieux E., Pommereau X. *Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser ? Que faire ?* Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2000 : 13 - 38.
- Bourdieu P., *Méditations pascaliennes*. Paris : Ed. du Seuil, 1997.
- Chan Chee C. *Baromètre santé jeunes 94*. Vanves : Éditions CFES, collection Baromètre, 1997 : 148 p.
- Charlot B., Emin J.-C. (coord), *Violences à l'école. État des savoirs*. Paris : Armand Colin, 1997.
- Chesnaï J.-C. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris : éd. R. Laffont, 1981.
- Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale, Analyses et prospective*. Paris : Éditions Inserm, 1994 : 346 p.
- Choquet M., « La violence des jeunes : données épidémiologiques » in *Les adolescents face à la violence*, sous la direction de C. Rey, Syros, 1996.
- Choquet M., Ledoux S., Hassler C. « Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée » *ESPAD 99 France European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* : 148 p.
- Debarbieux E. *La violence en milieu scolaire, 1 : État des lieux*. Paris : ESF éditeur, 1996 : 180 p.
- Debarbieux E. *La violence en milieu scolaire, 2 : Le désordre des choses*. Paris : ESF éditeur, 1999 : 190 p.
- Debarbieux E., Blaya C. (sous la direction de). *La violence en milieu scolaire 3 : Dix approches en Europe*. Paris : ESF, 2001 : 200 p.
- Dubet F. *La galère : Jeunes en survie*. Paris : Gayard, 1987.
- Dubet F., Martucelli F., À l'école. *Sociologie de l'expérience scolaire*. Paris : le Seuil, 1996.
- Dubet F., « Les violences à l'école », *Regards sur l'actualité*, vol. 243, 1998 : 41-53.
- Galand B. (interview de), « La parole aux élèves et aux équipes éducatives » in *Violence et adolescents. Les fausses évidences ? Bruxelles Santé*, n° spécial 2002 : 53-61.
- Gill M. et Hearnshaw, *Personal safety ans violence in schools*. Research report RR21, Londres, DFEE, 1997.
- Godeau E., Dressen C., Navarro F., Mouret G., Jeunier B., *Les années Collège. Enquête santé HBSC 1998 auprès des 11-15 ans en France*. Vanves : éditions CFES, 2000 : 114 p.
- Guilbert P., Baudier F. Gautier A. (sous la direction de). *Baromètre Santé 2000, Volume 23*. Vanves : Éditions du CFES, collection Baromètre, Vanves, 2001 : 470 p.
- Lagrange H. *La civilité à l'épreuve. Crime et sentiment d'insécurité*. Paris : PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1995 : 310 p.
- Lagrange H. « La délinquance des mineurs et les violences ». *Regards sur l'actualité*, vol. 243, 1998 : 3-25.
- Lagrange H. *De l'affrontement à l'esquive. Violences, délinquances et usages de drogues*. Paris : Syros, 2001 : 299 p.
- Nagels C. « La violence, un concept ambigu... » in *Violence et adolescents. Les fausses évidences ? Bruxelles Santé*, n° spécial 2002 : 26-36.
- Olweus D. *Harcèlement et brutalités entre élèves*. Paris : ESF, 1999.
- Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale pour la promotion de la santé : vers une nouvelle politique de santé publique*, 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.
- Organisation mondiale de la santé. *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels*. Monographie, Bibliothèque nationale du Québec, 1998 : 22 p.
- Organisation mondiale de la santé. *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Rapport sur la santé dans le monde 2001*. Genève : Édition OMS, 172 p.
- Ministère de l'Éducation nationale. « Lutte contre la violence en milieu scolaire et renforcement des partenariats ». *Bulletin Officiel*, n° 11, 15 octobre 1998.

à limiter les phénomènes de violence ; son positionnement en tant qu'institution éducative lui fait jouer un rôle essentiel dans la démarche préventive.

Au-delà de ces (« bonnes ») intentions et du cadre conceptuel qu'elles peuvent susciter, la réalité quotidienne de la violence à l'école appelle souvent les personnels en position d'autorité à entreprendre des actions très réactives. Pourtant il serait important que les enseignants, les élèves et leurs parents puissent aussi prendre un certain recul afin d'éviter des solutions visant uniquement à la résolution immédiate des urgences. Sans vouloir médicaliser à outrance toutes les démarches éducatives, le concept de santé tel qu'il est porté aujourd'hui par l'OMS à travers la charte d'Ottawa et la définition de la promotion de la santé [29] est une approche prometteuse, d'une part, pour analyser les phénomènes actuels liés à l'adolescence (en privilégiant l'expression des publics concernés) et, d'autre part, pour trouver des solutions au plus près des réalités et des intérêts des jeunes scolarisés (en donnant un rôle actif à la population considérée). Le fait, par exemple, que la seule

personne issue du monde de la santé dans les établissements scolaires, l'infirmière, joue un rôle essentiel auprès des élèves en difficulté témoigne de cette nécessité d'ouverture [3].

Néanmoins, ces perspectives nouvelles ne doivent en aucun cas opposer, à travers les solutions proposées, les jeunes et les adultes. Elles ne doivent pas non plus séparer les missions complémentaires de l'école, axées d'une part autour du savoir et de l'autorité, et, d'autre part, autour de l'écoute et de l'aide.

Les innovations souhaitées nécessitent très certainement d'autres formes d'organisation pour faire des collèges et des lycées de véritables lieux de vie où le cœur de l'organisation du travail des enseignants ne se ferait pas uniquement autour des cours magistraux et de la classe. Il serait important qu'il soit aussi ouvert sur des lieux de rencontre individualisés et pas uniquement centré sur l'apprentissage académique. Par ailleurs, dans cette perspective d'ouverture à une autre forme de dialogue et à une relation éducative différente, les élèves doivent disposer de réels droits, mais aussi de devoirs. Ils sont

bien identifiés dans le cadre des textes définissant la place des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté [32]. Dans cette perspective, les délégués de classe peuvent jouer un rôle central, non seulement dans des fonctions de représentation « officielle », mais aussi dans une position de soutien pour leurs pairs, en lien étroit avec les adultes ressources des établissements scolaires [5].

Au total, la pire des choses serait une exploitation partisane des travaux sur les relations entre santé, violence et adolescence. Les recherches entreprises doivent donc nous conduire à :

- une certaine humilité quant aux conclusions que l'on peut en tirer,
- un maximum de transparence et d'ouverture d'esprit pour un débat très large avec toutes les personnes concernées, les adultes enseignants ou non (sans oublier les parents) et les jeunes eux-mêmes (en valorisant le développement de certains modes d'expression en dehors du cadre habituel de la classe),
- une forte ambition et beaucoup d'imagination dans les actions à entreprendre. ■

# alcoologie et addictologie

2003 ; 25 [4] : 273-360

## Éditorial

- Indubitablement, nos avenir sont liés, *Jean-Michel Delile, Alain Morel*

## Mémoires

- Place de l'alcoolodépendance dans l'hospitalisation sous contrainte, *Georges Brousse, Pierre-Michel Llorca, Laurent Malet, Laurent Gerbaud, Michel Reynaud*
- Alcoolodépendants sevrés. Effets d'un passage en moyen

séjour sur l'état dépressif et l'estime de soi, *Grégory Ninot, Luc Bleyenheuft, Cathy Bleyenheuft, Alain Warnery, Jacques Desplan*

- Relation soins-alcool. Enquête auprès des soignants en milieu institutionnel, *Estelle Gangner, Isabelle Rocher*
- Contre-transfert et représentation des soins chez les soignants et les patients alcooliques, *Isabelle Boulze, Michel Launay, Jean-Louis Balmès*

## Mise au point

- L'addictologie hospitalière de liaison. Chronologie d'un dispositif innovant, *Raymund Schwan, Alain Rigaud, Benoît Fleury, Laurent Malet, Didier Boussiron, Pascal Bérenger, Pierre-Michel Llorca*

## Pratique clinique

- Les limites techniques de l'offre dans un point-écoute. Trois observations d'adolescents, *Pascal Hachet*

## Varia

- Typologie des ivresses. De l'ivreté aux ivresses associées et répétées, *François Gonnet*
- Hypothèses et réflexions sur le cas Antonin Artaud, *Thierry Lefebvre*

## Anaes

- Recommandations pour la pratique clinique. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins, *septembre 2001*

## Congrès

- ISAM, *septembre 2003, Amsterdam*

## Vie de la SFA

- Adhésion. Séminaires 2004. Prochaines réunions. Groupes

## Informations

- Annonces. Recherche. Actualités. Livres. Agenda. Index 2003



# Espace éthique de l'Assistance publique- Hôpitaux de Paris

## Date de création

1995

## Fondateurs

**Alain Cordier**,  
directeur général  
de l'AP-HP  
**Didier Sicard**,  
conseiller  
du directeur  
de l'AP-HP  
**Emmanuel Hirsch**,  
philosophe

## Direction

Emmanuel Hirsch  
Marc Guerrier

## Structure

Structure du siège  
de l'Assistance  
publique-Hôpitaux  
de Paris

## Coordonnées

CHU Saint-Louis  
1, avenue Claude-Vellefaux  
75475 PARIS Cedex 10  
Télécopie : 01 44 84 17 58  
Site : [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)  
Mél. : [hopitaux.paris@sls.ap-hp-paris.fr](mailto:hopitaux.paris@sls.ap-hp-paris.fr)

## Missions

L'Espace éthique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris constitue un lieu de réflexion consacré à la dimension éthique des pratiques professionnelles hospitalières et soignantes. Il s'agit d'un lieu d'échanges, d'enseignements universitaires, de recherches, d'évaluations et de propositions sur les responsabilités professionnelles des soignants et leurs enjeux.

Les activités de l'Espace éthique AP-HP se déploient dans deux sphères qui ne sont pas entièrement séparées : l'enseignement, avec l'Institut éthique et soins hospitaliers, et les activités de veille, recherche, analyse et publications regroupées sous l'égide de l'Observatoire éthique et soins hospitaliers.

## Institut éthique et soins hospitaliers

### Enseigner l'éthique hospitalière

L'enseignement de l'éthique hospitalière est multidisciplinaire. Il comprend plusieurs axes pédagogiques (philosophie morale, philosophie politique, histoire de la philosophie, épistémologie, sciences sociales, expertises de professionnels, etc.).

L'objectif est de mettre à la disposition des étudiants et des professionnels des compétences et des outils indispensables à l'accompagnement et au renforcement des mutations intervenant dans le champ hospitalier. Les enseignements sont ouverts aux personnes extérieures à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, et peuvent être suivis au titre d'auditeur libre, mais également conduire à l'obtention de diplômes. Des partenariats universitaires sur le plan national vont conduire en 2004 à la présentation d'un master éthique, science, santé et société.

## Observatoire éthique et soins hospitaliers

### Favoriser et prendre part à la réflexion éthique

L'Observatoire éthique et soins hospitaliers de l'Espace éthique AP-HP, associé au département universitaire de recherches en éthique de l'Université Paris-Sud 11/AP-HP créé en 2003, accompagne et soutient de nombreuses initiatives de réflexions pratiques relatives au soin. Doté d'un conseil scientifique, cette branche de l'activité fonctionne selon le principe des réseaux de compétences. Plusieurs groupes thématiques de travail sur le mode multidisciplinaire évoluent de manière parallèle, prolongeant les travaux de la Cellule de réflexion en place de 1995 à 1999\*. L'objectif de ces recherches relève de l'expertise et de la problématisation, et non d'une production normative. Des domaines diversifiés du soin et souvent inédits sont explorés. Sans en dresser une liste exhaustive on peut signaler : le soin en chambre mortuaire, le partage de l'information et la décision en pédiatrie, la recherche clinique, l'intérêt supérieur de l'enfant en oncopédiatrie, la place des bénévoles et des associations dans le soin, l'accueil des personnes en situation de vulnérabilité sociale, le refus de soin et le soin sous contrainte, les fins de vie et les soins palliatifs, la sclérose latérale amyotrophique, l'annonce du handicap, les états végétatifs persistants, etc.

Sollicité directement par les structures institutionnelles ou les personnes, l'Observatoire s'engage également dans un travail de proximité en intervenant comme partenaire directement sur le terrain. Il constitue alors une ressource pour les initiatives locales de réflexion, d'un point de vue méthodologique ou d'enseignement. Il n'a pas pour vocation d'aider à la décision au cas par cas, contrairement aux structures consacrées à l'éthique clinique selon l'acception anglo-américaine du terme. Il conduit également des travaux de recherche d'un point de vue transversal. Depuis un an, deux grandes enquêtes nationales ont été lancées : « Éthique et pratiques hospitalières », et « Loi du 4 mars 2002 : quelles influences sur les activités de soin à l'hôpital ? » Un suivi des activités de réflexion sur le plan européen est également assuré, notamment par la participation directe à des projets de recherche.

## Diffuser les acquisitions des travaux, travailler en réseau

Attentif à la pluralité des initiatives et au renforcement d'un souci de la réflexion éthique des professionnels hospitaliers, l'Espace éthique AP-HP est aujourd'hui susceptible de prendre une part significative dans

le cadre d'un travail de réseau sur les plans national et européen. Du point de vue national, il a constitué un répertoire des instances consacrées à l'éthique hospitalière et du soin. Ces dernières pourront, à terme, participer à la Fédération éthique et soins hospitaliers mise en place avec l'Espace éthique méditerranéen en 1999.

Huit ans après sa création, l'Espace éthique AP-HP trouve sa place spécifique dans le cadre d'un dispositif diversifié qui favorise les complémentarités avec des instances nationales comme le Comité consultatif national d'éthique, les structures professionnelles représentatives, les associations de personnes malades et nombre d'initiatives développées sur le terrain.

\* Les travaux de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique AP-HP ont fait l'objet de publications : *Éléments pour un débat, travaux 1995-1996* (510 p.) et *Éthique et soins hospitaliers, travaux 1997-1999* (635 p.), Paris, Ed. Doin.

## Publications

Les travaux thématiques sont publiés dans le cadre des publications de l'Espace éthique (la *Lettre de l'Espace éthique AP-HP*, et la nouvelle série d'ouvrages Collection), ainsi que sur le site Internet [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org).

# La santé en prison

Dossier coordonné par  
**Geneviève Guérin**  
Secrétaire général adjoint du  
Haut Comité de la santé publique

dossier

**L**a loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en les intégrant dans le système de santé de droit commun.

Le service public hospitalier est devenu le principal acteur de cette réforme de santé publique, soudain en charge de missions dont il n'était pas familier. En effet, si la loi hospitalière de 1991 prévoyait bien que les établissements de santé « *participent à des actions de santé publique* », cette disposition était jusqu'alors restée pratiquement inappliquée.

Il lui a fallu implanter en l'espace de deux ans, dans un milieu dont la culture et les traditions étaient très éloignées des siennes, un modèle de prise en charge susceptible d'apporter, au sein d'une seule et même unité fonctionnelle, une réponse globale aux besoins importants et diversifiés d'une population jusqu'alors tenue à l'écart du système de santé de droit commun.

Il a bénéficié pour cela de moyens financiers importants, et de la volonté des administrations de la Justice et de la Santé de dépasser leurs différences d'approche afin d'atteindre un objectif commun d'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues. Il a également pu s'appuyer sur l'expérience des établissements du Programme 13 000. Ces unités fonctionnelles, les UCSA, ont développé au sein des établissements pénitentiaires une prise en charge dont les données d'activité ont montré qu'elle avait atteint dès 1997 un volume important en termes d'accès aux soins des personnes détenues.

Cette progression quantitative s'est accompagnée d'une amélioration qualitative des soins médicaux et infirmiers

grâce au professionnalisme des équipes hospitalières.

Par ailleurs, l'indépendance de la démarche sanitaire a permis l'instauration de droits dont la jouissance était jusqu'alors refusée aux personnes détenues, aux premiers rangs desquels le libre accès aux soins, la non-discrimination en raison du motif d'incarcération et le respect du secret médical.

L'ensemble de ces facteurs permet de considérer que la réforme de janvier 1994 a eu des effets globalement positifs sur la prise en charge sanitaire en milieu carcéral, en dépit de problèmes de fonctionnement liés aux contraintes de la vie carcérale... Cependant, deux difficultés majeures sont liées à l'organisation même du dispositif :

- la permanence des soins n'est pas assurée de façon satisfaisante pour garantir la sécurité de la population détenue placée sous la responsabilité du service public hospitalier ;
  - le principe d'égalité d'accès aux mêmes soins que ceux dont dispose la population en milieu libre n'est pas respecté en ce qui concerne la prise en charge des pathologies mentales. Une répartition homogène de l'offre de soins psychiatriques devrait être recherchée sur l'ensemble du parc pénitentiaire, en particulier par le renforcement des moyens dans les établissements pour peine concentrant les populations qui présentent des pathologies lourdes.
- Enfin, après dix années de fonctionnement, le dispositif devrait maintenant être évalué régulièrement. Une enquête quinquennale portant à la fois sur l'état de santé des personnes détenues et sur l'activité des établissements publics de santé qui les prennent en charge permettrait de réajuster périodiquement l'offre de prévention et de soins en fonction des besoins. #

# Contexte et genèse d'une réforme

**En 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cette réforme répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral.**

**Geneviève Guérin**  
Secrétaire général  
adjoint du  
Haut Comité de la  
santé publique

Les références  
entre crochets  
renvoient à la  
bibliographie p. 54.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en les intégrant au système de santé de droit commun.

Jusqu'alors, aux termes de l'article D. 380 du Code de procédure pénale prévoyant que les détenus reçoivent gratuitement en prison les soins qui leur sont nécessaires, il incombait à l'administration pénitentiaire d'assurer leur prise en charge sanitaire au même titre que le gîte, le couvert et le chauffage. En 1993, elle y consacrait quelque 300 millions de francs (52 millions d'euros<sup>1</sup>), offrant un droit aux soins minimum *sauf* pour les consultations, opérations ou appareillages ne présentant pas un caractère d'urgence [1]. Une infirmerie était installée à l'intérieur de la prison, à laquelle était attaché, à temps complet ou partiel, un personnel médical et infirmier vacataire, recruté et rémunéré par le ministère de la Justice.

À la date de l'incarcération, les détenus et leurs ayants droit perdaient le bénéfice de la Sécurité sociale.

Dès le début des années quatre-vingt, le ministère de la Justice a entamé une réflexion visant à améliorer l'accès aux droits des détenus. Selon la loi en effet, la détention ne doit être que la privation, par une décision de justice, de la liberté d'aller et de venir. Le droit à la santé, comme le droit à la formation, à la culture

1. Afin de faciliter les comparaisons, toutes les valeurs en francs de ce dossier comportent en regard leur valeur en euros 2002, obtenue après application à l'année de référence du coefficient de transformation figurant dans le tableau de conversion de l'Insee ([www.insee.fr/fr/indicateur/achatfranc.htm](http://www.insee.fr/fr/indicateur/achatfranc.htm)).

ou au travail, doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes détenues peuvent prétendre à des soins équivalents à ceux qu'elles recevraient en milieu libre.

Cette volonté de prendre en compte le droit des détenus à l'accès aux soins, associée à une réelle inquiétude devant la montée des besoins sanitaires en prison, en raison de l'augmentation du nombre de personnes incarcérées infectées par le VIH et/ou toxicomanes, a amené le ministère de la Justice à mettre en place une politique dite de « décloisonnement » permettant aux services du ministère de la Santé d'assurer des compétences grandissantes en milieu pénitentiaire.

Le rôle de contrôle de l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 1984, la transformation de l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes en établissement public national de santé en 1985 ont constitué les premières avancées de ce rapprochement.

En 1986, la création dans le cadre de la sectorisation psychiatrique de 24 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés en maisons d'arrêt annonce le modèle d'organisation qui sera repris plus tard pour la médecine somatique.

En 1987, on assiste à un changement de cap avec la programmation de 21 établissements (dits du « Programme 13 000 » en raison du nombre de places d'accueil créées) qui ouvriront en 1990, dans lesquels la gestion de la santé, parmi d'autres fonctions, est déléguée à des groupements privés pour une période de dix ans. Un cahier des charges relatif à la médecine

générale, aux soins infirmiers et à la dentisterie définit des normes très supérieures à celles offertes par l'administration pénitentiaire dans les autres établissements. D'après Pierre Pradier, auteur d'un rapport d'évaluation sur la gestion de la santé dans les établissements du Programme 13 000, « *une véritable politique de santé publique dégagée des contraintes administratives commence à se faire jour et l'expérience de ces établissements inspirera le ton et le contenu de la loi de janvier 1994 qui assied l'autonomie du corps de santé dans tous les établissements pénitentiaires* » [2].

En 1989, le dialogue reprend entre l'administration pénitentiaire (qui selon Pierre Pradier n'avait guère souscrit à la privatisation amorcée avec le Programme 13 000) et le ministère de la Santé, sur fond de montée en puissance de l'infection à VIH, avec la signature de conventions entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le problème et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (Cisih), afin d'assurer des consultations au sein des prisons.

En 1992, ce modèle spécifique au domaine du sida initié entre Fleury-Mérogis et la Pitié-Salpêtrière est étendu à tous les soins somatiques dans trois conventions expérimentales passées entre les prisons de Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier et les centres hospitaliers de proximité.

La même année, le garde des Sceaux et le ministre de la Santé, constatant que « *ces avancées [notables] s'avèrent insuffisantes au regard des pathologies nouvelles et particulièrement complexes auxquelles l'administration pénitentiaire doit faire face [toxicomanie, VIH, tuberculose, hépatites B et C]* », demandent au Haut Comité de la santé publique (HCSP) de « *rechercher et proposer les modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique* ».

Le HCSP remet en 1993 un rapport [3] dans lequel il confirme la diversité et la gravité des pathologies qui affectent la population carcérale : conduites addictives, VIH, hépatites B et C, tuberculose, troubles de la santé mentale, et souligne la nécessité d'une réforme profonde du système de soins en milieu carcéral, en lui assignant des objectifs en référence à des valeurs partagées :

- la protection de la personne détenue comme de celle de ses proches,
- la lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale, en permettant à la population carcérale de bénéficier d'une couverture sociale et de soins d'une qualité identique à ceux qui sont offerts à la population générale.

Le Haut Comité de la santé publique considère par ailleurs que cette réforme doit s'inscrire plus largement dans un objectif de préservation de la santé de la population générale, dans la mesure où les personnes détenues sont majoritairement incarcérées pour des périodes de courte durée, et présentent ainsi un certain

nombre de risques pour elles-mêmes et pour le milieu libre qu'elles sont appelées à retrouver.

Il préconise donc la mise en place en milieu carcéral d'une politique de santé publique susceptible d'apporter des réponses à la hauteur des problèmes rencontrés, et notamment :

- le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues afin que les soins appropriés leur soient prodigués sans délai, les dispositifs d'éducation et de prévention pour la santé devant aussi être développés en prison,
- une qualité des soins curatifs égale à celle des soins dispensés en milieu libre, pour les pathologies somatiques et psychiatriques,
- la continuité des soins pour éviter la rupture de la prise en charge à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et lors du retour en milieu libre.

Cette double approche, individuelle et collective, est caractéristique de la démarche de santé publique. S'agissant de la population carcérale, certains auteurs se demandent cependant si elle n'est pas également le signe que la prise en compte de la santé des personnes détenues ne trouverait sa justification que dans la menace que font peser leurs pathologies sur la population générale [4].

Dans une perspective de santé publique, ces deux impératifs également légitimes — satisfaction des besoins de santé individuels des personnes détenues, préservation de la santé de la population générale — n'apparaissent pas antagonistes mais complémentaires.

Il faut cependant concéder que les experts et les politiques, conscients des réticences de la population générale devant toute réforme pouvant être perçue comme favorable aux personnes détenues, n'ont jamais manqué d'insister sur les bénéfices qu'elle pouvait en tirer.

Afin d'atteindre ces objectifs, le HCSP recommanda de structurer la réforme selon deux axes prioritaires :

- réorganiser l'offre de soins afin de pouvoir satisfaire la demande, en « couplant » chaque établissement pénitentiaire avec l'établissement public de santé de proximité, ce dernier ayant la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des soins, à la fois au sein de la prison par l'institution d'une permanence médicale, et à l'hôpital par l'accueil en consultations spécialisées ou en hospitalisation surveillée ;
- fournir les moyens nécessaires pour permettre cette mutation, en assurant aux personnes détenues françaises et étrangères et à leurs ayants droit, dès leur incarcération, l'affiliation au régime général d'assurance maladie et maternité.

Ces deux propositions ont servi de base à l'élaboration de la loi du 18 janvier 1994<sup>2</sup>, qui dispose que :

- « *Le service public hospitalier assure, dans des*

2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Chapitre II. Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus.

conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires » (article L 6112-1 du Code de la santé publique),

- « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de leur incarcération » (article L 381-30 du Code de la sécurité sociale). « Leurs ayants droit bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité, sauf si le détenu est un étranger en situation irrégulière. L'État est redevable pour chaque détenu affilié d'une cotisation calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale » (articles 381-30-1 et 2 du CSS).

Il faut s'arrêter ici sur les raisons qui ont conduit le législateur, suivant en cela les propositions du HCSF à confier la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier. D'autres approches auraient en effet pu être envisagées, par exemple la généralisation, expérimentée avec le Programme 13 000, de la concession de la fonction santé à des groupements privés.

Trois facteurs ont motivé les choix effectués.

- Le premier est lié au fait que, malgré un fonctionnement globalement satisfaisant du service médical, un certain nombre de difficultés étaient apparues dans les établissements 13 000, liées à la spécificité de cette expérience : mode de recrutement du personnel, taux de renouvellement important des équipes dans certains établissements, nombre élevé d'hospitalisations restant à la charge de l'administration pénitentiaire en sus du règlement du prix de journée, absence de liens avec les services des prisons en charge de la réinsertion [2, 3].

- Le second est lié à la montée en puissance d'une vision régaliennne de la santé considérant l'État comme responsable et garant de la santé publique. Le service public hospitalier apparaît dès lors comme le meilleur moyen d'exercer cette responsabilité en toute indépendance auprès d'une population placée sous la surveillance d'un autre service public, pénitentiaire celui-là.

- Enfin, les expériences de jumelage entre établissements pénitentiaires et établissements publics de santé, qui avaient été jugées positives, incitaient à proposer l'hôpital comme référent.

Avec l'entrée de l'hôpital dans les prisons, s'opère ainsi un véritable changement de perspective : la population pénale est prise en charge par une équipe médicale, indépendante de l'administration pénitentiaire, qui assure auprès d'elle les missions du service public hospitalier, elle est enfin intégrée dans le système de santé de droit commun (les établissements du Programme 13 000 seront intégrés en 2001 à l'expiration des contrats de concession).

Conformément aux textes d'application de la loi<sup>3</sup>, chaque établissement pénitentiaire a été jumelé par voie conventionnelle avec un établissement public de santé répondant à une double condition de proximité et de niveau de plateau technique, et habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences. Le cas échéant, si cet hôpital n'était pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, une deuxième convention a été passée avec l'établissement de santé de proximité en mesure d'assurer les soins psychiatriques.

Des protocoles fixent les conditions d'intervention des établissements de santé. Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 décrit très précisément les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme, notamment l'organisation et le fonctionnement du nouveau dispositif de soins, ainsi que l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier.

Il prévoit notamment que les soins en milieu pénitentiaire seront dispensés par des unités fonctionnelles du service public hospitalier, dénommées unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et que celles-ci auront également la charge d'organiser le recours à l'hôpital chaque fois que cela s'avérera nécessaire, qu'il s'agisse d'hospitalisations ou de consultations et examens spécialisés nécessitant un recours au plateau technique.

S'agissant des soins psychiatriques, un dispositif mixte est instauré ; il prévoit que les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux au sein des UCSA, et les soins plus spécialisés, y compris l'hospitalisation en milieu pénitentiaire, par les SMPR créés en 1986 (portés à 26 en 1994). Les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

La réforme a été mise en place entre 1995 et 1997 dans le parc pénitentiaire public, et en 2001 dans les établissements du Programme 13 000.

La prise en charge sanitaire des détenus est maintenant totalement assurée par le service public hospitalier. Le dispositif concerne 186 sites pénitentiaires, impliquant 239 établissements de santé publique et 88 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. #

3. Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers de services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à l'organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire et son guide méthodologique.

# La population carcérale

**À 95 % masculine, la population incarcérée est largement issue des classes populaires. Son état de santé général est bon pour 77 % des entrants. Certaines pathologies (sida, hépatites, diabète...) nécessitent des traitements durant la période d'emprisonnement. Près de la moitié des détenus présentent un trouble psychiatrique.**

**Geneviève Guérin**  
Secrétaire général  
adjoint du  
Haut Comité de la  
santé publique

La population carcérale est formée de prévenus (personnes détenues qui n'ont pas encore été jugées ou dont la condamnation n'est pas définitive) et de condamnés (personnes détenues en vertu d'une condamnation judiciaire définitive).

Au 1<sup>er</sup> avril 2003, 59 155 personnes étaient détenues dans les prisons françaises de métropole et d'outre-mer, pour une capacité d'accueil de 48 603 places. Ce chiffre est comparable à celui de la population carcérale en 1996, année au cours de laquelle la mise en place du dispositif prévu par la réforme de 1994 a été achevée. Le nombre de personnes détenues avait ensuite régulièrement baissé, avant d'augmenter à nouveau à partir d'octobre 2001 (figure 1).

En termes de mouvements, 64 730 entrées et 63 132 sorties ont été enregistrées en 2001. La durée moyenne d'incarcération est passée de 6,9 mois en 1994 à 8,7 mois en 2003.

Les prévenus représentent en moyenne 38 % de la population carcérale en 2003.

Selon leur catégorie pénale (prévenus ou condamnés) et selon la peine prononcée, les personnes détenues sont accueillies dans des établissements différents :

- Les maisons d'arrêt et quartiers de maisons d'arrêt reçoivent les prévenus ainsi que les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.
- Les centres de détention accueillent les condamnés considérés comme présentant les meilleures perspectives de réinsertion. Ils comportent à ce titre un régime principalement orienté vers la resocialisation des détenus.
- Les maisons centrales reçoivent les condamnés

à de longues peines et considérés comme les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

- Les centres pénitentiaires sont des établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régimes de détention différents (par exemple maison d'arrêt et centre de détention, maison centrale et centre de détention).

- Les centres de semi-liberté autonomes reçoivent les condamnés admis au régime de semi-liberté leur permettant de suivre un traitement médical ou d'exercer

figure 1

**Évolution du nombre moyen de détenus entre 1994 et 2003 (en milliers)**



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

une activité (travail, enseignement) au terme de laquelle ils sont astreints à rejoindre l'établissement pénitentiaire.

Le parc pénitentiaire comprend 186 établissements (dont 119 maisons d'arrêt) répartis en dix régions pénitentiaires, celles de Paris et Lille accueillant les effectifs les plus importants (figure 2). La densité carcérale varie considérablement selon le régime de détention de l'établissement : en avril 2003, le taux d'occupation moyen est de 121 %, mais il peut atteindre 200 à 250 % dans certaines maisons d'arrêt.

Dans le cadre d'un programme mis en place par les précédents gardes des Sceaux, six établissements d'une capacité totale de 4 000 places devraient être livrés d'ici à 2005. Cependant, aucune augmentation significative du nombre de places n'est à attendre car leur livraison s'accompagnera de la fermeture d'établissements vétustes. Par ailleurs, la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002<sup>1</sup> prévoit un nouveau programme de construction qui comportera 11 000 places, dont 7 000 consacrées à l'augmentation du parc et 4 000 au remplacement de places obsolètes.

### Un profil démographique et social très différent de celui de la population générale

La population incarcérée est masculine à plus de 95 % et bien qu'on observe un vieillissement depuis une vingtaine d'années, en raison notamment de l'allongement des peines et de l'augmentation de la population plus âgée des délinquants sexuels, elle reste une population jeune en comparaison de la population générale (figure 3).

Ce sont les hommes âgés de 18 à 24 ans qui sont les plus susceptibles d'aller en prison [5]. À l'arrivée en détention, la proportion de cette classe d'âge est six

figure 2

### Répartition des détenus selon les régions pénitentiaires en avril 2003 (en milliers)



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

fois plus élevée que dans la population générale (29 % contre 4,9 %). Globalement, en France métropolitaine, le taux annuel d'entrée en prison s'élève à 1,5 pour 1 000 personnes âgées de 13 ans et plus. Il atteint 7,5 pour 1 000 hommes âgés de 18 à 24 ans et 5,2 pour 1 000 hommes âgés de 25 à 39 ans.

À l'arrivée en prison, 17,5 % des entrants disent ne pas avoir de protection sociale. Cette population non affiliée apparaît comme une population plutôt jeune, le plus souvent sans activité professionnelle, disposant de revenus faibles et comportant une forte proportion d'étrangers. 5 % se déclarent sans abri, 10 % hébergés dans un domicile précaire.

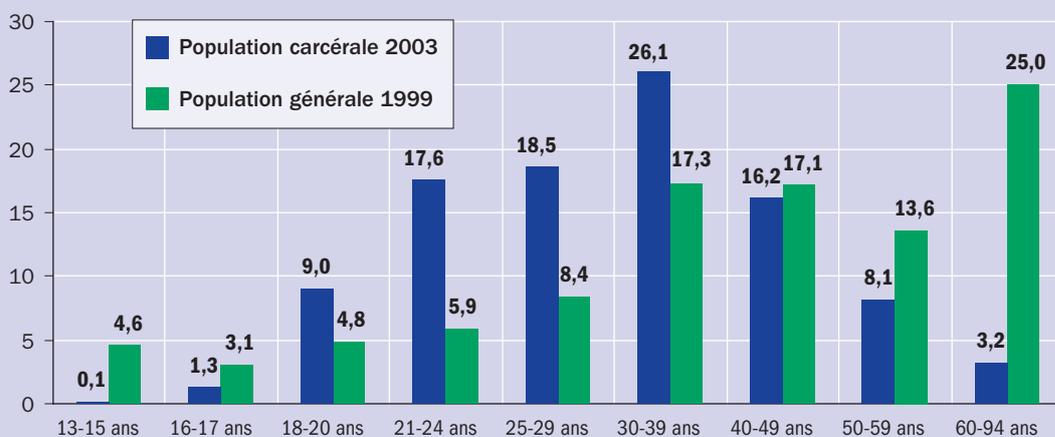
En avril 2003, selon les statistiques de l'administration pénitentiaire, plus de 11 % des personnes détenues se déclarent illettrées.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 54.

1. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

figure 3

### Structure comparée par tranche d'âge de la population carcérale et de la population générale (en pourcentage d'effectifs)



Sources : direction de l'Administration pénitentiaire, Insee.

L'allongement général des peines contribue de façon mécanique au vieillissement de la population pénale. Par ailleurs, la très forte augmentation des condamnations pour crimes ou délits sexuels concernait en 2000 près de la moitié des hommes détenus de plus de 50 ans, contre 21 % dix ans plus tôt [6].

### L'histoire familiale des détenus

À l'occasion du recensement général de la population de 1999 et dans le cadre de l'étude de l'histoire familiale conduite sur un échantillon de 400 000 personnes, l'Insee a pour la première fois réalisé une enquête spécifique sur l'histoire familiale de 1 700 hommes adultes incarcérés en maisons d'arrêt ou centres de détention [7].

Les résultats montrent que les hommes des classes populaires sont fortement surreprésentés parmi les détenus. Ils ont en général fait des études plus courtes : plus du quart ont quitté l'école avant 16 ans, les trois quarts avant 18 ans. Un détenu sur sept n'a jamais exercé d'activité professionnelle et un sur deux est ou a été ouvrier, contre un sur trois dans l'ensemble de la population.

La profession des parents confirme la surreprésentation des classes de faible revenu : 47 % des pères et 31 % des mères sont ouvriers. Plus de la moitié (54 %) des mères sont inactives. La relation entre les détenus et leurs parents est fragile : un détenu sur sept est parti du domicile familial avant 15 ans, un sur deux avant 19 ans (soit trois ans de moins que pour l'ensemble des hommes), 80 % avant 21 ans.

Les hommes nés à l'étranger sont plus nombreux en prison que dans l'ensemble de la population, 24 % contre 13 %, mais il faut savoir que le séjour irrégulier en France est en soi un motif d'incarcération pour des populations récemment immigrées.

Moins de la moitié des détenus déclarent vivre en couple, et 27 % vivent seuls après une rupture (contre 11 % de l'ensemble des hommes âgés de 20 à 49 ans). Le risque de rupture est très important au moment de l'incarcération : il concerne 11 % des détenus qui vivaient alors en couple ; 20 % des unions sont rompues la première année, 25 % dans les deux ans, 36 % dans les cinq ans.

### Les détenus indigents

De nombreux détenus, on l'a vu, intègrent la prison en situation de précarité. Outre la perte des revenus du travail, la précarité en détention peut aussi résulter de la perte du soutien familial, de l'impossibilité de travailler dans certains établissements d'accueil, de la suppression de prestations perçues en milieu libre : le RMI (au-delà de 60 jours d'incarcération), les allocations chômage, l'allocation de solidarité spécifique. Pour les personnes dépendantes, l'attribution de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) bute sur la notion de domicile — la prison n'en est pas un.

Les détenus dont les ressources propres sont infé-

rieures à 30 euros par mois reçoivent l'aide aux détenus indigents allouée par l'administration pénitentiaire selon les décisions arrêtées par la commission d'indigence de l'établissement (45 euros mensuels maximum), à laquelle vient parfois s'ajouter la fourniture gratuite d'équipements habituellement en location : télévision et réfrigérateur (respectivement environ 15 et 10 euros par mois).

En termes de prestations sanitaires, les dépassements pour les appareillages restent à la charge des personnes détenues. L'entrée en vigueur de la CMU complémentaire pour les plus démunis, en principe avant 2004, devrait contribuer à améliorer la situation.

Pour reprendre les termes du rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires [8], « cette population arrive en situation d'échec : échec du système scolaire, échec du milieu familial, échec du système économique ».

### Des risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies ou déterminants de santé

Il n'existe pas d'enquête épidémiologique nationale sur l'état de santé de la population incarcérée, ni a fortiori sur celle des personnes qui sortent de détention. Cependant, l'enquête nationale sur la santé des personnes qui entrent en prison menée en 1997 par la direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées permet d'approcher l'état de santé de cette population<sup>2</sup>.

Menée dans 135 établissements pénitentiaires sur une période de un à trois mois selon la taille de l'établissement, cette enquête a permis de collecter 8 728 fiches de recueil de données épidémiologiques sur les 10 171 entrants dans la période d'enquête, correspondant à un taux de couverture de 86 % [5].

L'état de santé général apprécié lors de l'examen clinique d'arrivée est jugé bon pour 77 % des entrants, franchement mauvais pour 1,6 %. Plus de la moitié des entrants ont besoin de soins dentaires, dont 2,6 % de soins urgents.

Cependant, les traitements médicamenteux en cours déclarés à l'entrée font apparaître des maladies dont la prise en charge doit se poursuivre en prison. Hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent d'asthme (3,7 %), de maladies cardio-vasculaires (2,3 %) et d'épilepsies (1,3 %).

46 % des entrants disent avoir fait un test de dépistage du sida avant leur incarcération et 1,7 % être séropositifs, 38 % de ces derniers ayant un traitement en cours par antirétroviraux. Un entrant sur quatre dit avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B, un sur cinq de l'hépatite C, les taux de séropositivité déclarés pour ces pathologies s'élevant respectivement à 2,3 % et 4,4 %. 14 % des personnes arrivant en prison déclarent

2. Cette enquête vient d'être renouvelée, les résultats seront publiés en 2004.

### La violence contre soi-même

La violence contre soi-même, ce sont tous les phénomènes auto-agressifs dont la plus parfaite image est le suicide qui atteint, en milieu carcéral, sept fois le taux de la population générale. Ce taux extrêmement important a généré de multiples réflexions. Les PRAPS s'en sont occupé, l'administration pénitentiaire a créé des cellules de réflexion, a mis en œuvre une politique de prévention qui a été largement diffusée, installant des équipes spécialisées, en postes fixes, dans les lieux repérés comme étant particulièrement suicidogènes :

- la « case arrivée »,
- la mise au quartier disciplinaire.

Le quartier disciplinaire est habituellement pris en charge par des surveillants en poste fixe, mais on constate que toutes ces mesures

n'ont absolument pas fait diminuer le nombre de suicides en prison et une récente mission confiée au P<sup>r</sup> Jean-Louis Terra, psychiatre à Lyon, cherche de nouveau à être innovante dans ce domaine.

Cette politique de prévention a plusieurs aspects intéressants, en particulier de par le fait qu'elle a, semble-t-il, bien ciblé les temps et les lieux où cette violence contre soi-même s'opère.

Mais l'abord psychologique du détenu qui va se donner la mort, n'a bien entendu encore jamais pu être fait (on a parlé d'autopsie psychique !) et il faut rechercher dans d'autres domaines, en particulier le moment de la coupure, au début de l'incarcération, avec la famille ; lors de la mise au quartier disciplinaire, avec les codétenus, des raisons permettant de s'expliquer et de prévenir si possible

le suicide. Il y a probablement des pistes non encore explorées à mettre en œuvre pour essayer de faire diminuer le taux de suicides en milieu carcéral.

Actuellement cette politique, il faut le reconnaître, est en échec. Les chiffres, même corrélés à l'augmentation importante du nombre de détenus, parlent d'eux-mêmes. Mais il n'y a pas que le suicide : un grand nombre d'automutilations, en particulier des coupures sur les membres ; sont autant de gestes de violence contre soi-même, violence qui vient traduire manifestement une impossibilité de communiquer, une impossibilité de dire le malaise, tant le malaise intérieur à la prison, le fait d'être incarcéré, mais aussi le malaise que peuvent ressentir des personnes qui n'ont plus d'action sur l'extérieur. #

**Pierre-Yves Robert**  
Médecin,  
responsable médical  
de l'UCSA du centre  
pénitentiaire de  
Nantes

avoir été vaccinées contre l'hépatite B, et 3,7 % des déclarés séropositifs pour l'hépatite C disent avoir un traitement en cours par interféron.

Pour le VIH, l'enquête de la Drees effectuée un jour donné en 1998 fait apparaître une baisse significative du taux de détenus infectés par le VIH et connus des services médicaux (5,79 % en 1990, 1,56 % en 1998). Parmi les 866 personnes détenues atteintes par le VIH en juin 1998, 19,1 % étaient au stade du sida, 21,1 % présentaient une forme symptomatique de la maladie et 59 % une forme asymptomatique de l'infection.

Dans un rapport remis en 2000, la mission santé/justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, se fondant sur des travaux de l'Institut de veille sanitaire (InVS), estime que la prévalence du VIH est trois fois supérieure et celle du VHC de quatre à cinq fois supérieure parmi la population détenue à celle constatée en milieu libre. Ces prévalences sont à mettre en relation avec la forte proportion d'usagers de drogues par voie intraveineuse incarcérés [9].

S'agissant de la santé mentale, 8,8 % des entrants déclarent avoir été régulièrement suivis par un psychiatre, un psychologue ou un infirmier psychiatrique ou avoir été hospitalisés en psychiatrie dans les douze mois précédant l'incarcération et, parmi eux, près de six sur dix ont un traitement en cours par psychotropes.

D'après une seconde enquête de la Drees effectuée en juin 2001 dans les SMPR auprès de 2 300 entrants, 55 % d'entre eux présentaient au moins un trouble psy-

chiatric (55 % de troubles anxieux, 54 % de troubles addictifs, 42 % de troubles psychosomatiques) et 20 % avaient déjà été suivis par le secteur de psychiatrie [10].

Par ailleurs, la population carcérale est fortement touchée par les différentes formes d'addiction. Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fument et près d'une consomme quotidiennement plus de vingt cigarettes.

La proportion de fumeurs est plus élevée avant 40 ans : environ quatre entrants sur cinq contre seulement deux sur trois entre 40 et 59 ans et un sur trois à partir de 60 ans.

Un tiers des entrants déclare une consommation excessive d'alcool, définie comme égale ou supérieure à cinq verres par jour ou égale ou supérieure à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois.

32,2 % déclarent une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération — en 1997, 20 % des condamnations sont liées aux infractions à la législation sur les stupéfiants. 12 % déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie, 7 % recourir à un traitement de substitution (neuf fois sur dix par Subutex®).

17 % déclarent un traitement en cours par médicament psychotrope, le plus souvent par anxiolytiques ou hypnotiques.

28 % des entrants déclarent au moins deux consommations à risque cumulées, l'association la plus

fréquente (13,5 %) concernant l'alcool et les drogues illicites. 30 % des consommateurs de drogues dures fument plus de vingt cigarettes par jour et 43 % ont une consommation excessive d'alcool.

Les mineurs, dont l'état général est jugé bon dans 95 % des cas, sont cependant eux aussi touchés par les consommations à risque : 79 % déclarent une consommation tabagique, et 6,7 % plus de 20 cigarettes par jour. 16 % déclarent avoir une consommation excessive d'alcool. 27 % ont eu recours aux drogues illicites de façon habituelle dans les douze mois précédant l'incarcération. Pour 24 %, il s'agit de cannabis, mais près de 4,8 % disent avoir régulièrement utilisé de l'héroïne, de la morphine ou de l'opium, assez rarement (1,4 %) par voie intraveineuse. Enfin, 4,5 % des mineurs arrivant en détention suivent un traitement par psychotropes et 9,1 % déclarent avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie au cours de l'année précédente.

D'après l'enquête HID-prisons, extension de l'enquête Handicaps Incapacités Dépendances réalisée par l'Insee en 1998 et 1999, plus de trois personnes détenues sur cinq déclarent être confrontées dans leur vie de chaque jour à des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales liées à des problèmes de santé [11].

Une personne détenue sur deux souffre soit de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps et dans l'espace (39,4 % contre 13,2 % dans la population générale), soit de troubles sensoriels (17,3 % contre 5,7 %), soit d'au moins une incapacité, définie comme la difficulté ou l'impossibilité de réaliser des actes élémentaires comme s'habiller, se lever, parler, etc.

Une personne détenue sur dix déclare avoir besoin d'une aide humaine ou matérielle ; ce besoin n'est satisfait que dans un cas sur trois.

### Les conditions de vie en détention sont elles-mêmes pathogènes

Dans des rapports récents, les commissions d'enquête de l'Assemblée nationale [12] et du Sénat [8] et l'Igas [6] ont rappelé ce que les professionnels de santé exerçant en prison ne cessent de dénoncer : les conditions d'accueil en détention constituent encore le plus souvent une atteinte fondamentale aux droits élémentaires des personnes incarcérées, et un obstacle majeur à l'implantation d'une démarche de santé publique.

En termes d'environnement physique, la vétusté et parfois l'insalubrité d'un nombre important d'établissements, l'exiguïté des cellules, les mauvaises conditions d'hygiène (trois douches hebdomadaires, des toilettes parfois isolées par un simple muret) sont autant de facteurs péjoratifs que la surpopulation vient aggraver par la promiscuité (à la maison d'arrêt de Nantes, par exemple, sept personnes cohabitent dans des cellules dont la surface ne dépasse pas 20 mètres carrés, et la septième doit dormir sur un matelas posé à même le sol).

Par ailleurs, la privation d'intimité, la déresponsabilisation de l'individu sur laquelle est construite l'organisation de la vie en prison, et la dépendance qu'elle génère, les violences envers les plus faibles que permet et exacerbe la promiscuité vont à l'encontre de l'objectif affiché par l'administration pénitentiaire de réinsérer les personnes détenues, et ont des effets délétères sur leur santé physique et mentale.

Elles favorisent notamment les comportements à risque : tabagisme, surconsommation médicamenteuse, prise de drogues illicites introduites en prison.

Elles conduisent parfois au suicide : le nombre de ceux-ci a considérablement augmenté au cours des vingt dernières années, passant de 39 en 1980 à 122 en 2002 (le point culminant étant de 138 suicides en 1996). Rapporté à l'effectif moyen de cette population, le taux de suicides est passé entre 1980 et 2002 de 10 à 22,8 pour 10 000. Le risque de passage à l'acte est particulièrement important dans les 48 heures qui suivent l'incarcération. Le quartier disciplinaire constitue également un lieu à haut risque. Contrairement à ce que l'on observe dans la population générale, le fait d'avoir une famille, son conjoint ou des enfants est un facteur de risque en détention : ce sont « ceux qui ont le plus à perdre » qui se suicident en prison<sup>3</sup>.

Les équipes hospitalières qui prennent en charge cette population spécifique doivent donc disposer de savoir-faire particuliers pour mener à bien leurs missions. #

3. In circulaire DGS/SD6C n° 2002-258 du 6 avril 2002 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires.

# Le dispositif de prise en charge

**La prise en charge sanitaire des détenus est confiée au service public hospitalier. 26 services médico-psychologiques régionaux et 189 unités de consultations et de soins ambulatoires interviennent dans les établissements pénitentiaires dans des conditions autonomes. Des difficultés sont sans cesse à surmonter : consultations à l'extérieur de la prison, articulation avec les personnels de surveillance, respect des règles d'éthique.**

**Geneviève Guérin**  
Secrétaire général  
adjoint du  
Haut Comité de la  
santé publique

Les missions imparties au service public hospitalier visent une prise en charge globale des personnes détenues, afin de leur permettre d'accéder à une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

En 2003, 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et 189 unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) desservent l'ensemble des établissements pénitentiaires à l'exception des centres de semi-liberté.

Les missions des UCSA s'organisent autour de quatre grands axes.

■ Les soins en milieu pénitentiaire qui comprennent :

- l'ensemble des prestations de médecine générale (visites et consultations médicales, notamment la visite médicale d'entrée qui permet d'établir le bilan de santé de la personne incarcérée),
- la fourniture des produits à usage médical, ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé,
- l'activité de soins infirmiers, incluant la distribution des médicaments,
- les soins dentaires,
- les consultations spécialisées techniquement réalisables sur place : gastro-entérologie, radiologie,

## Les services médico-psychologiques régionaux

Les SMPR sont des secteurs psychiatriques à part entière. Ils sont détachés d'un hôpital psychiatrique ou général au sein d'un établissement pénitentiaire, plus souvent maison d'arrêt qu'établissement pour peine. Ils sont aujourd'hui 26 en France pour 186 établissements pénitentiaires. Leur personnel est constitué de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'assistants sociaux et de secrétaires. Ils ont

pour mission d'organiser l'accueil des arrivants afin de dépister les pathologies mentales, d'assurer les soins psychiatriques, d'organiser le suivi psychiatrique de la population post-carcérale. Ils assurent également une mission de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Enfin, ils coordonnent les soins psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires alentour.

Les prisons qui ne sont pas dotées

de SMPR dépendent du secteur psychiatrique sur lequel elles sont implantées. Le chef de service du secteur a alors la responsabilité d'organiser des consultations dans l'établissement concerné. De ce fait, le temps médical est moindre et les prises en charge souvent plus ponctuelles. #

**Cyrille Canetti**  
Psychiatre, SMPR  
de Fleury-Mérogis

dermatologie, cardiologie, psychiatrie, psychologie, kinésithérapie (si la population détenue est faible, ces consultations peuvent être assurées dans l'établissement de santé),

- les examens de laboratoire, effectués sur place ou par l'établissement de santé,
- la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.

■ L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour des consultations ou examens nécessitant le recours à son plateau technique, ainsi que pour des hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures (les autres hospitalisations ont lieu à Fresnes, elles relèveront prochainement de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI).

■ La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

■ La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration, en accord avec les partenaires concernés (établissement pénitentiaire, services de l'État, conseil général, autres collectivités, organismes d'assurance maladie, associations), d'un programme annuel et pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé.

### Moyens financiers et humains

Pour permettre aux établissements de santé concernés de faire face à ces missions nouvelles en milieu pénitentiaire, et donc à des charges nouvelles, le ministère de la Santé a ouvert en 1994 une enveloppe nationale de 393 millions de francs (67 millions d'euros) pour financer les dépenses de fonctionnement, de personnel et d'équipement des UCSA et pour compléter le dispositif de prise en charge médico-psychologique existant (SMPR).

Parallèlement, le ministère de la Justice a investi environ 80 millions de francs (13,6 millions d'euros) dans la rénovation des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires [13].

Les moyens humains accordés aux UCSA ont été définis en fonction des grilles de référence indicatives figurant dans le guide méthodologique<sup>1</sup> annexé à la circulaire du 8 décembre 1994, selon deux critères.

● Le type d'établissement : maisons d'arrêt ou établissements pour peine, les premières nécessitant des moyens plus conséquents en raison d'importants flux d'entrée.

● La catégorie de personnel : les temps alloués sont exprimés en équivalents temps plein (ETP) et par tranches de 100 détenus pour les médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, spécialistes, infirmiers et préparateurs en pharmacie, et de 200 détenus pour les pharmaciens et secrétaires médicales (les temps d'intervention spécialisée incluent, outre les médecins

spécialistes, les masseurs kinésithérapeutes et les manipulateurs en électroradiologie).

Dès 1996, un premier bilan des conditions pratiques de la mise en œuvre du dispositif a été effectué par la direction générale de la Santé [14]. Établi à partir des synthèses régionales réalisées par les services déconcentrés des ministères de la Santé et de la Justice, il a montré que les moyens attribués aux hôpitaux avaient été effectivement consacrés à la mise en place des UCSA et mis en évidence une amélioration certaine de la qualité des soins dans les établissements pénitentiaires : visite médicale d'entrée généralisée, renforcement notable des prestations de médecine générale et de soins infirmiers, développement des consultations spécialisées sur place, distribution des médicaments par le personnel soignant, permanence des soins pour les urgences.

Ce bilan soulignait cependant l'insuffisance des moyens en personnel, notamment pour les chirurgiens dentistes, les infirmières et les secrétaires médicales, et des difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales et paramédicales : dermatologie, ophtalmologie, psychiatrie, massage kinésithérapie.

À la suite de ce bilan, les moyens ont été régulièrement renforcés (tableau 1).

En 1993, les crédits affectés à la prise en charge sanitaire des détenus (y compris les frais d'hospitalisation) étaient d'un montant équivalant à 52 millions d'euros 2002. On peut donc mesurer l'importance de l'effort financier développé par l'État en quelques années, puisque les moyens consacrés en 2002 aux seuls soins en milieu pénitentiaire ont été multipliés par 2,6 (figure 1).

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 54.

tableau 1

### Évolution 1994-2002 des crédits alloués par la DHOS aux établissements de santé pour les UCSA (personnels et fonctionnement) en millions de francs (millions d'euros)\*

Année	Soins somatiques	Soins psychiatriques	Toxicomanie	Total enveloppe	
				millions de F	millions d'euros
1994	333 (56,8)	60 (10,2) (60 MF antérieurs pour SMPR)		453,0	77,3
1995				474,2	79,6
1996			10 (1,58)	494,1	81,3
1997	40 (6,5)			538,1	87,5
1998		60 (9,7)		610,1	103,3
1999				623,7	100,1
2000				636,0	100,5
2001	Reprise des 21 sites du Programme		13 000	784,3	121,9
2002	+4,57 et +6,29 millions d'euros pour les établissements		13 000		134,5

\* Conversion en euros 2002, cf. note 1 p. 18.

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

1. Ce guide méthodologique est en cours d'actualisation.

figure 1

## Évolution des crédits entre 1993 et 2002 (en millions d'euros valeur 2002)



Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

Ces crédits ont été fléchés — c'est-à-dire spécifiquement destinés aux hôpitaux assurant les soins en prison — dans l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) jusqu'en 2002. Ils sont depuis 2003 intégrés dans les « mesures de santé publique », à charge pour les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de les répartir en fonction des besoins.

L'augmentation des moyens en personnels permise par la progression de ces crédits est présentée dans le

tableau 2 (qui concerne à la fois les UCSA et les SMPR pour les soins psychiatriques).

Les effectifs ont progressé pour l'ensemble des postes, en ETP budgétés et rémunérés. Cependant l'offre de soins effective est partout inférieure à celle qui était budgétée, soit que les établissements de santé aient affecté à d'autres services les postes prévus pour les UCSA et les SMPR, soit que ces postes n'aient pas été pourvus.

### Organisation

Les UCSA sont des unités fonctionnelles placées sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, et hiérarchiquement rattachées à un chef de service de l'établissement de santé. Il s'agit le plus souvent de services de médecine, mais on compte aussi des services d'urgence, de gastro-entérologie et, de façon plus surprenante, de médecine légale. (Ce dernier rattachement semble en effet source potentielle de difficultés au regard des règles déontologiques : on peut se demander si le même service est en mesure, sans risque de conflit d'intérêts, de prendre en charge à la fois la victime et son agresseur, et d'intervenir éventuellement comme expert, en cas de contentieux avec les détenus ou d'autopsie des personnes décédées en prison).

Les équipes hospitalières ont parfois gardé, dans des proportions variables, des médecins (peu nombreux) et des infirmiers qui intervenaient en prison avant 1994 et qui se sont vu proposer d'intégrer la fonction hospitalière. Elles sont cependant majoritairement constituées de professionnels de santé directement recrutés par les établissements de santé au sein de leur personnel.

Parmi les motivations de ces derniers à venir travailler en milieu carcéral, l'aspiration à exercer une médecine plus globale que celle que permet une activité strictement hospitalière, l'anesthésie ou l'urgence par exemple, est citée. D'autres facteurs liés aux conditions de travail ont pu également parfois intervenir, notamment, pour le personnel infirmier, la garantie d'avoir des services de jour difficiles à obtenir en milieu hospitalier.

### Une implantation autonome

Les UCSA constituent au sein de l'établissement pénitentiaire des zones de soins autonomes dont l'aménagement récent offre souvent un contraste important avec la médiocre condition des bâtiments qui les accueillent. Cette configuration, qui manifeste la présence du service public hospitalier au sein de la prison, et son indépendance, ne va pas sans susciter parfois des difficultés dans les relations avec l'administration pénitentiaire.

Pour autant, les UCSA ne bénéficient pas, loin de là, de l'espace et des conditions d'accès nécessaires à la fréquentation quotidienne de plusieurs dizaines de patients. Ces contraintes trouvent leur origine dans le fait que, compte tenu de la surpopulation pénale et des moyens limités de l'administration pénitentiaire, seul un dixième des mille places de détention qui auraient

tableau 2

## Évolution entre 1997 et 2001 des moyens en personnels hospitaliers des UCSA et SMPR en équivalents temps plein

Personnels	Équivalents temps plein	1997	2001	Évolution
<b>Soins somatiques</b>				
Médicaux	Budgétés	209,28	265,23	26,7 %
	Ratio pour 100 détenus	0,48	0,56	16,7 %
	Rémunérés	199,99	257,31	28,7 %
	Ratio pour 100 détenus	0,46	0,54	17,4 %
Non médicaux	Budgétés	644,74	938,02	45,5 %
	Ratio pour 100 détenus	1,49	1,98	32,9 %
	Rémunérés	636,86	910,20	42,9 %
	Ratio pour 100 détenus	1,47	1,92	30,6 %
<b>Soins psychiatriques</b>				
Médicaux	Budgétés	123,91	172,57	39,3 %
	Ratio pour 100 détenus	0,29	0,36	24,1 %
	Rémunérés	114,31	146,10	27,8 %
	Ratio pour 100 détenus	0,26	0,31	19,2 %
Non médicaux	Budgétés	422,98	581,37	37,4 %
	Ratio pour 100 détenus	0,98	1,23	25,5 %
	Rémunérés	394,32	561,82	42,5 %
	Ratio pour 100 détenus	0,91	1,19	30,8 %

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

## Exemple : l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy

**L'**UCSA de Bois-d'Arcy (Yvelines), maison d'arrêt pour hommes construite en 1979, accueille de 900 à 1 000 détenus.

### Ressources humaines

- un généraliste temps plein\*, deux généralistes temps partiel, une vacation hebdomadaire de généraliste, deux vacations mensuelles d'ophtalmologiste, une vacation hebdomadaire de dermatologue, une vacation mensuelle de gastro-entérologie (et fibroscopie), deux chirurgiens dentistes temps partiel ;
- un cadre infirmier\* ;
- dix infirmières ;
- un manipulateur radio à trois quarts temps ;

- deux préparatrices en pharmacie ;
- une secrétaire médicale ;
- un agent administratif à mi-temps.

### Locaux

300 m<sup>2</sup> comportant trois bureaux de consultation, une salle d'urgence dotée de matériel de réanimation, quatre salles de soins et prélèvements biologiques, une salle de radiologie, un secrétariat, une pharmacie « centrale », une salle de staff et de détente, deux bureaux administratifs (chef de service et cadre infirmier).

Desservis par un escalier étroit rendant difficile l'accès des patients handicapés et le brancardage.

### Fonctionnement

De 8 heures le matin à 18 heures le soir du lundi au vendredi et de 8 heures le matin à 16 heures le samedi, avec une astreinte téléphonique infirmière les dimanches et jours fériés.

- Consultations médicales et dentaires quotidiennes du lundi au samedi inclus ;
- Consultations d'ophtalmologie, dermatologie et kinésithérapie hebdomadaires, fibroscopie digestive et CISIH bimensuelles. #

\* Ils assurent également des fonctions d'encadrement à l'UCSA de la maison d'arrêt de Versailles.

été nécessaires au respect des normes hospitalières d'installation initialement définies a finalement pu être dédié aux nouvelles unités [13].

### Fonctionnement

Les soins aux personnes détenues sont généralement dispensés à partir de 8 heures du matin jusqu'à 18, voire 19 heures le soir. Dans l'ensemble des établissements il existe une permanence de soins infirmiers une partie du samedi et une astreinte téléphonique infirmière pendant les dimanches et jours fériés. La question de la permanence des soins en urgence est abordée plus loin.

Selon que l'UCSA se trouve en maison d'arrêt ou en établissement pour peine, son fonctionnement présente des caractéristiques différentes.

Pour l'équipe hospitalière des maisons d'arrêt, où les entrées et sorties sont très fréquentes, il faut gérer un flux considérable de patients et initier des traitements tout en sachant qu'ils ne pourront peut-être pas être menés à terme.

Dans les établissements pour peine, la population est plus stable donc plus facile à suivre au long cours, elle est aussi souvent plus âgée, atteinte de pathologies somatiques chroniques et, en maisons centrales, d'affections psychiatriques graves.

### Les contraintes du milieu carcéral

Un certain nombre de contraintes liées à l'environnement pénitentiaire singularise le fonctionnement des UCSA par rapport à celui d'une unité hospitalière classique.

### Une unité à part pour l'hôpital

Les liens de l'UCSA avec le service hospitalier de rat-

tachement sont fréquents, surtout s'il s'agit du service des urgences (les médecins des UCSA y prennent des gardes), et généralement de bonne qualité. Selon le Dr Anne Galinier-Pujol<sup>2</sup>, qui exerçait en prison avant la réforme, cependant, le nouveau dispositif a fait de l'UCSA, aux yeux de l'administration pénitentiaire, un prestataire comme les autres (par exemple le corps enseignant), tandis que l'hôpital ne la considère pas comme une unité fonctionnelle prioritaire.

### L'incertitude des plannings

Parloir, audience chez un magistrat, transfert vers un autre établissement pénitentiaire, autant d'événements de la vie des personnes détenues qui interfèrent avec la prise en charge sanitaire, et dont le médecin n'est pas informé ou informé trop tardivement.

En effet l'emploi du temps des personnes détenues leur reste largement inconnu, ce qui a pour conséquence l'annulation de consultations de généralistes, mais aussi de consultations de spécialistes qui ne viennent que périodiquement à l'UCSA. Il en va de même pour des consultations hospitalières parfois fixées plusieurs semaines à l'avance, ce qui provoque l'incompréhension des services concernés.

Les transferts de patients vers d'autres établissements pénitentiaires peuvent ainsi compromettre à tout moment les prises en charge au long cours.

Il arrive aussi que la défection soit provoquée par un refus de soins de la personne détenue.

Par ailleurs, l'accès aux consultations spécialisées et au plateau technique de l'hôpital de référence pose

[suite page 32](#)

2. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes.

## Le rôle des infirmiers dans les prisons

**Il existe une véritable spécificité de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral pour les infirmier(ère)s du service public hospitalier.**

**L**a loi du 18 janvier 1994 a confié la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier, et la circulaire du 8 décembre 1994 a posé comme objectif d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population.

C'est ainsi que les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont vu le jour.

Des équipes soignantes hospitalières ont alors été formées pour prendre en charge les personnes incarcérées dans leur globalité, c'est-à-dire en tenant compte de la dimension curative, relationnelle, préventive et éducative du soin. L'infirmier(ère) a découvert une population en grande souffrance physique et morale, et a dû apprendre à articuler habilement chacune de ces dimensions afin d'améliorer la qualité des soins et d'offrir aux détenus un sentiment de mieux-être.

Pour exercer en milieu pénitentiaire, le soignant doit avoir acquis de bonnes aptitudes techniques afin de pouvoir répondre à des demandes très variées sur le plan somatique.

Il doit assurer tous les soins prescrits par le médecin lors des consultations, suivre de façon journalière certains patients à risques (exemple : surveiller des suites post-opératoires, prendre en charge les grévistes de la faim ...) et surtout répondre à toutes les demandes ponctuelles d'accès aux soins formulées par les détenus eux-mêmes.

De plus, l'infirmier(ère) doit avoir une parfaite connaissance des gestes d'urgence. Il doit être apte à secourir toute personne en danger vital, en présence ou en l'absence du médecin. Il a pour cela à sa disposition un matériel de réanimation



Maison d'arrêt de Nantes.

et des protocoles signés par le médecin responsable du service. C'est pourquoi une bonne maîtrise de soi et une bonne méthodologie dans la réalisation de ces actes sont absolument indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) auprès de la population carcérale.

L'arrivée de l'UCSA dans les prisons a également modifié le mode de préparation et de distribution des médicaments. Cela a permis aux professionnels de santé de prendre en charge totalement ce domaine, et de ce fait, de dégager de cette mission les surveillants pénitentiaires, qui en avaient la responsabilité avant 1994.

Il est fini le temps des petites fioles qui contenaient tout le traitement des 24 heures. Désormais, l'infirmier(ère) prépare des piluliers qu'il distribue de façon journalière ou hebdomadaire. Chaque patient reçoit son traitement individuellement dans sa cellule. C'est dans la journée un moment important d'échange entre le soignant et le soigné.

Un temps privilégié est consacré aux détenus substitués par Subutex® ou méthadone. En effet ces patients sont appelés chaque

matin à l'infirmierie pour recevoir leur traitement.

L'infirmier(ère) a également un rôle très important dans l'accueil des « détenus arrivant ». Une personne incarcérée pour la première fois arrive souvent dans un état de détresse extrême et demande à être reçue rapidement par le service médical. L'infirmier procède alors à l'établissement d'une « fiche infirmière ». Ce premier contact avec le détenu permet de le mettre en confiance, et surtout de lui faire comprendre que son mal-être et sa santé vont être pris en compte. C'est aussi un moment où le soignant doit pouvoir dépister une fragilité physique ou psychologique qui pourrait mettre le nouvel arrivant en danger, et s'il y a lieu en alerter l'administration pénitentiaire.

L'incarcération modifie énormément la perception individuelle de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique. C'est pourquoi l'infirmier(ère) a un rôle fondamental d'écoute, d'aide et de soutien. Lors des consultations, il n'accueille jamais un individu en tant que détenu, mais en tant qu'être humain avec son vécu et ses

**Document réalisé par Evelyne Picherie au nom de l'équipe infirmière de l'UCSA de la maison d'arrêt de Nantes.**

difficultés. Savoir écouter permet de mieux comprendre, de créer cette relation de confiance indispensable dans le soin, de signifier au patient qu'il peut être entendu, aidé, soigné et que la prison n'est plus ce lieu d'exclusion qu'il fut autrefois. Il est fréquent que ces quelques instants d'échange fassent réaliser que les maux décrits par le patient ne sont que la traduction d'un mal-être. Une relation d'aide individuelle est très souvent instaurée lors des consultations infirmières ; cela évite et remplace régulièrement la mise en place de traitements médicamenteux. Écouter, et tenir compte de la douleur de l'autre, c'est déjà permettre, surtout en prison, de traiter la moitié des symptômes. Reste maintenant à l'infirmier(ère) à bien connaître ses limites, à protéger ses propres affects et à garder suffisamment de distance, afin que la relation soignant-soigné demeure saine et efficace.

L'arrivée des UCSA au sein des prisons a également permis d'offrir aux détenus une meilleure prise en charge de leur santé. Elles ont proposé à chacun de nouveaux dépistages, par exemple des recherches



**L'aide relationnelle est une dimension importante du soin, et fait partie de la prise en charge globale du patient.**

sérologiques (VIH, hépatite B, hépatite C) ou, comme à la maison d'arrêt pour hommes de Nantes, un bilan de son état bucco-dentaire par la réalisation de panoramiques dentaires. Ainsi, de nouveaux moyens ont été mis en place, afin de permettre au personnel soignant d'exercer pleinement ses missions de prévention et d'éducation auprès de la population carcérale. Régulièrement, des ateliers de réflexion autour d'un thème ciblé sur la santé

sont proposés aux détenus. Le but est d'informer, d'éduquer, et surtout de laisser à chacun la possibilité de communiquer ses angoisses et ses interrogations.

Le rôle de l'infirmier(ère) au sein de ces groupes est en premier lieu de permettre un échange, mais aussi d'apporter un maximum de réponses à des problèmes liés à la santé. En dehors de ces rencontres, l'éducation du détenu se fait à chaque instant, que ce soit lors d'un soin à l'infirmierie ou tout simplement lors d'une conversation dans un couloir de la détention.

Les UCSA ont mis en œuvre de grands moyens afin d'améliorer l'état sanitaire des prisons. Elles ont voulu, avant tout, prouver que la santé est un droit pour tous. Les infirmier(ère)s hospitalier(ère)s y ont beaucoup collaboré en apportant leur technique dans le soin, l'initiation dans la nouvelle gestion des traitements médicamenteux, l'aide relationnelle dans l'écoute et leur capacité pédagogique. #

**Soigner derrière les barreaux, c'est avant tout proposer la même qualité de soins qu'à l'extérieur, mais c'est aussi assurer le respect inhérent à la personne humaine**



**Les piluliers permettent une meilleure gestion dans la dispensation et dans la prise des traitements.**

suite de la page 29 aux UCSA d'épineux problèmes d'organisation. Le guide méthodologique prévoit que les escortes sont de la compétence de l'administration pénitentiaire, excepté dans les petits établissements qui ne disposent pas du personnel et de l'équipement en véhicules nécessaires. Ces escortes sont alors de la compétence des forces de l'ordre (police ou gendarmerie).

Les gardes statiques lors des hospitalisations relèvent des forces de l'ordre.

Les transferts de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé (aussi appelés « extractions ») nécessitent donc la coordination de trois partenaires différents :

- l'administration pénitentiaire,
- les forces de l'ordre qui accompagnent le détenu,
- l'établissement de santé.

Les deux premières accomplissent de mauvaise grâce ce qu'elles considèrent comme une prestation non prioritaire par rapport à leurs autres missions, et très coûteuse en temps de personnel (en 2000, plus de 116 000 heures de prise en charge tous services confondus, d'après la Direction de l'administration pénitentiaire).

Le personnel du centre hospitalier, de son côté, s'accommode mal des contraintes liées à la prise en charge de patients détenus : présence de personnes menottées en salle d'attente, demandes pressantes et répétées de passage prioritaire des surveillants désireux de regagner rapidement la sécurité de l'établissement pénitentiaire.

Le nombre limité d'escortes ainsi que le manque d'harmonisation entre les plages horaires des escortes pénitentiaires et des consultations hospitalières obligent les UCSA à supprimer des rendez-vous, et même des hospitalisations programmées, pour accorder la *priorité* aux soins les plus urgents, ce qui peut avoir pour conséquence une perte de chance pour les patients écartés.

### **L'articulation avec les professionnels pénitentiaires**

Les premiers pas des UCSA dans les établissements pénitentiaires ont souvent été difficiles. L'arrivée de professionnels de santé investis d'un fort pouvoir symbolique, complètement indépendants de la hiérarchie pénitentiaire, peut-être désireux de bien le faire savoir, a souvent été vécue par les surveillants — qui participaient avant la réforme à la vie du service médical, distribuaient les médicaments, géraient l'agenda, parfois même les dossiers médicaux — comme une perte de pouvoir sur les personnes détenues et une relégation à la seule fonction de garde. S'estimant évincés, ils se sont souvent repliés sur des attitudes plus ou moins ouvertement hostiles.

Brimades, insultes des syndicats, « emprunt » de médicaments, consultation des dossiers médicaux, autant d'incidents qui ont émaillé les premières années de

cohabitation. Malgré une évolution assez disparate, il semble qu'un *modus vivendi* se soit progressivement installé et les relations entre les professionnels de santé et de surveillance sont assez souvent devenues cordiales.

L'introduction d'enseignements et de tables rondes sur la santé en prison dans la formation initiale de l'ensemble des professionnels pénitentiaires [15] a sans doute contribué à cette évolution : les nouvelles promotions arrivent en ayant déjà intégré la réforme de 1994, qui a, semble-t-il, été imposée à leurs aînés sans qu'une explication sur les enjeux leur permette de se l'approprier.

La collaboration au quotidien des professionnels de santé et des surveillants apparaît d'ailleurs incontournable : dans la mesure où ces derniers ont un rôle important en termes d'accès des patients au médecin, de surveillance au sein du service médical, de repérage des problèmes de santé des détenus, ils peuvent contribuer efficacement à l'amélioration de l'organisation des soins en détention.

Au sein de l'administration pénitentiaire, d'autres professionnels travaillent d'ailleurs d'ores et déjà en partenariat avec les équipes des UCSA. Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), créés en avril 1999, ont parmi leurs missions de faciliter l'accès des détenus aux droits sociaux, aux soins et à l'éducation pour la santé.

Par ailleurs, les chefs d'unité des actions sanitaires (CUAS) sont responsables, au niveau des directions régionales des services pénitentiaires, de toutes les questions se rapportant à la mise en place des soins et à la prévention, notamment les actions d'éducation pour la santé.

### **L'éthique des soins en prison**

Les détenus sont des personnes comme les autres, et les médecins exerçant en milieu pénitentiaire sont soumis aux mêmes règles déontologiques que les autres. Ces deux principes sont rappelés dans un rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire issu d'une concertation entre le Conseil national de l'Ordre et des médecins exerçant en prison [16].

*« Les détenus sont des personnes comme les autres : ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination, ni en raison de leur détention ou de ses causes, ni en raison de leur marginalité. Au contraire, en tant qu'individus privés de liberté, ils doivent faire l'objet d'une attention spéciale, notamment si le médecin constate des sévices ou des mauvais traitements. [...] Les détenus — malades plus particulièrement, mais aussi ceux qui n'ont pas d'atteinte pathologique caractérisée — doivent pouvoir être suivis ou médicalement pris en charge aussi bien que d'autres personnes et bénéficier de mesures de prévention ou d'hygiène générale. [...] Le consentement du détenu aux soins est indispensable comme ailleurs, peut-être plus qu'ailleurs, pour éviter d'ajouter une contrainte*

supplémentaire. [...] Le secret médical, d'intérêt public et privé, n'a aucune raison d'être moins respecté en milieu pénitentiaire, au contraire. [...]»

Les médecins doivent quant à eux observer les règles de la profession relatives notamment à l'indépendance, au secret professionnel, à la liberté de prescription, à l'information du patient et au recueil de son consentement.

L'application de ces principes ne va pas sans poser aux médecins des UCSA quelques difficultés, évoquées notamment sur le site internet du Collège des soignants en prison ([www.penitentiaire.com](http://www.penitentiaire.com)).

- La non-discrimination qu'ils observent dans la prise en charge de leurs patients, dont ils ignorent le motif d'incarcération, est parfois source de tensions avec les professionnels de surveillance, dont certains estiment qu'ils sont mieux soignés que la population générale.

- Le contingentement des extractions peut les amener, on l'a vu, à sélectionner de fait parmi leurs patients ceux qui bénéficieront en priorité de la prise en charge hospitalière dont ils ont besoin.

- La détention en quartier disciplinaire, sanction du prétoire (tribunal interne siégeant en cas de conflit grave avec un surveillant), constitue pour certains médecins une atteinte à l'intégrité mentale et à la dignité des personnes détenues, et la visite bihebdomadaire qu'ils ont l'obligation d'effectuer dans ce cas leur apparaît comme une caution apportée à l'administration pénitentiaire.

Par ailleurs, certains praticiens considèrent que les médecins des UCSA eux-mêmes doivent rester vigilants pour éviter la suradaptation au milieu pénitentiaire.

- En matière de secret médical par exemple, l'ancienne pratique des consultations en présence d'un surveillant en dehors de tout contexte de dangerosité persiste dans plusieurs établissements. De même, les demandes de consultation des personnes détenues, si elles sont le plus souvent remises au personnel infirmier ou déposées dans des boîtes relevées par celui-ci, transitent encore par les surveillants sur certains sites.

- Il arrive également que le dossier médical d'une personne transférée parvienne au médecin sous pochette plastique transparente, avec le diagnostic figurant en première de couverture.

- Par ailleurs, si l'ensemble des actes et des prescriptions est porté sur le papier à en-tête du centre hospitalier, les coordonnées de l'établissement pénitentiaire y figurent aussi quelquefois. Cette pratique peut être préjudiciable aux personnes détenues à leur sortie, en particulier aux prévenus dont certains bénéficieront d'un non-lieu, et on peut considérer qu'elle constitue une violation du secret professionnel. Le cachet du praticien ou le numéro de l'unité devraient suffire à assurer la traçabilité des actes et des prescriptions.

Certains remarquent enfin qu'en prison, les maladies n'appartiennent pas aux malades, mais aux médecins. L'avis des praticiens sur les besoins des patients n'est pas nourri par l'expression des besoins de ceux-ci, et

aucune association de patients ne joue, comme en milieu libre, le rôle d'interlocuteur avec lequel s'instaurent des échanges sur les modalités de prise en charge des pathologies. Le patient ne peut pas discuter son traitement, voire changer de praticien s'il l'estime nécessaire. L'expression du consentement aux soins devient alors une faculté toute relative, et la liberté de la personne détenue se résume au refus de soins. En prison, l'UCSA est l'unique interlocuteur de la santé des personnes détenues, c'est, selon l'expression du D<sup>r</sup> Philippe Griguère<sup>3</sup>, « une instance maternelle dans une structure paternelle dure », qui doit sans cesse veiller à ne pas devenir une mère abusive. #

3. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Château-Thierry.

# La prise en charge sanitaire

**Les UCSA ont permis une amélioration quantitative et qualitative de l'accès aux soins des détenus ; des difficultés persistent cependant au niveau de la permanence des soins, insuffisamment assurée. La faible répartition de l'offre de soins psychiatriques spécialisés (26 SMPR) pose problème alors que la population incarcérée présente de nombreuses pathologies mentales.**

**Geneviève Guérin**  
Secrétaire général  
adjoint du  
Haut Comité de la  
santé publique

Les données les plus récentes sur l'activité des UCSA émanent de l'enquête de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues, effectuée durant le premier trimestre 1997 [17]. La population pénale écrouée au 1<sup>er</sup> février 1997 dans les établissements pénitentiaires concernés par la réforme<sup>1</sup> était de 43 226 personnes détenues.

## Données d'activité

Cette enquête n'a pas été renouvelée depuis 1997, on ignore donc si les moyens supplémentaires qui ont été attribués depuis ont permis de réduire les disparités constatées entre les régions, s'ils ont effectivement permis aux UCSA de renforcer leur activité, et s'ils sont maintenant suffisants au regard des besoins.

Au cours du premier trimestre 1997, 153 285 consultations de médecins généralistes, spécialistes et chirurgiens dentistes ont été dispensées pendant les horaires de présence médicale prévus par le protocole (tableau 1).

Les consultations de suivi ou demandées par les personnes détenues représentaient la part la plus importante de l'activité de médecine générale des UCSA (tableau 2).

Les consultations de spécialistes (non psychiatres) hors UCSA s'élevaient (sur les trois mois d'enquête) à

9 267, dont 95 % en milieu hospitalier, le recours au cabinet libéral restant exceptionnel.

Les soins ou interventions en psychiatrie ambulatoire s'élevaient à 76 690 (tableau 3), les 26 établissements dotés de SMPR concentrant la majorité de l'activité en psychiatrie du parc pénitentiaire.

Par extrapolation, on peut estimer que le nombre annuel de consultations par détenu s'élevait en 1997 à 10,12 pour les généralistes (visites obligatoires comprises) et 2,26 pour les spécialistes (psychiatres inclus).

À titre de comparaison, l'enquête Credes santé et protection sociale (ESPS) 2000 permet d'estimer qu'en population générale le nombre de séances par personne et par an s'établit à 3,96 pour les généralistes et 2,64 pour les spécialistes.

## Les soins en milieu pénitentiaire

### La visite médicale d'entrée

Prévue par l'article D 285 du Code de procédure pénale, elle doit être effectuée dans les délais les plus brefs et a pour objectif principal de « déceler toute affection de nature contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents ». Elle est la seule visite obligatoire au cours de la détention, à l'exception toutefois de la visite bihebdomadaire en quartier disciplinaire et en quartier d'isolement, et du suivi des grévistes de la faim.

Elle permet également de réaliser un premier bilan de l'état de santé, des risques somatiques et psychologiques potentiels afin d'organiser une prise en charge

Les références  
entre crochets  
renvoient à la  
bibliographie p. 54.

1. C'est-à-dire hors les établissements du Programme 13 000, qui rejoindront le dispositif en 2001.

sur des bases documentées des demandes ultérieures de la personne détenue ou des professionnels de surveillance.

Le dossier médical est constitué par l'infirmier(ère) au cours d'un entretien comportant la recherche des antécédents et des pathologies en cours de traitement, l'approche du vécu psychologique de l'incarcération, la prise de mesures biométriques et biologiques (poids, taille, pression artérielle, recherche d'albuminurie, de glycosurie, de cétonurie). Suivent une visite médicale et un bilan dentaire. Dans les deux jours est réalisée la radiographie pulmonaire de dépistage de la tuberculose. La recherche de syphilis a été abandonnée en juillet 2001.

Le dépistage du VIH et des hépatites, la vaccination contre l'hépatite B sont proposés, et une information est délivrée sur les modes de transmission des virus, les moyens de prévention et les traitements possibles en cas de pathologie déclarée. Les dépistages sont réalisés par les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou par l'UCSA.

D'après le Dr François Moreau<sup>2</sup>, « cette visite est fondamentale dans la prise en charge médico-sanitaire des détenus ; de ce premier contact avec le service médical hospitalier dépendra souvent la qualité des relations et du niveau de confiance avec le détenu. Le service médical est, pour le nouvel incarcéré, le premier interlocuteur institutionnel [...] qui ne relève ni du judiciaire ni du pénitentiaire ».

La visite d'entrée n'est obligatoire que pour les personnes venant du milieu libre, mais certaines UCSA voient également systématiquement les personnes transférées depuis d'autres établissements.

Le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 a prévu la mise en place d'un recueil de données épidémiologiques lors de la visite d'entrée. Il a été répondu à cette obligation par une enquête périodique sur la santé des entrants (cf. page 23).

### L'accès aux médicaments

Dans ce domaine, les progrès apportés par la réforme sont importants.

La situation antérieure [6] se caractérisait par une organisation incompatible avec une réelle sécurité sanitaire : approvisionnement et gestion des stocks déficitaires en raison d'un manque de professionnalisation (peu de pharmaciens et de préparateurs), mode de prescription et de distribution inapproprié (manque de contrôle et absence de réexamen des prescriptions, mise en solution des médicaments pour plusieurs jours par les détenus, dans des fioles distribuées par les surveillants).

L'approvisionnement en médicaments et la gestion des stocks sont maintenant assurés par l'hôpital. Une vérification des contre-indications et de l'absence d'interférences est effectuée par le pharmacien. Quelques

tableau 1

### Consultations somatiques dans les UCSA, premier trimestre 1997

Type de consultation	Nombre	Proportion du total	Ratio par détenu	Nombre par ETPR*
Généralistes	109 504	71 %	2,53	1080
Spécialistes	12 344	8 %	0,28	424
Dentistes	31 437	21 %	0,73	613

\* Équivalent temps plein rémunéré.

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

tableau 2

### Activité de médecine générale dans les UCSA, premier trimestre 1997

Consultations sur demande et de suivi	69 %
Visites médicales d'entrée	20 %
Visites au quartier disciplinaire	6 %
Visites au quartier d'isolement	4 %
Visites aux grévistes de la faim	1 %

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

tableau 3

### Prise en charge psychiatrique ambulatoire, premier trimestre 1997

SMPR	Antennes SMPR	Secteurs (à l'UCSA)	Total	Ratio par détenu
49 443	6 422	20 825	76 690	1,77

Source : direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins.

problèmes d'information mutuelle se posent cependant dans certains des établissements dotés à la fois d'une UCSA et d'un SMPR.

Les UCSA disposent dans leurs locaux d'armoires sécurisées accessibles au seul personnel soignant (une pharmacie « familiale » reste accessible à l'extérieur de l'UCSA quand celle-ci est fermée).

Les médicaments sont distribués sous leur forme galénique et uniquement par le personnel infirmier.

Selon les établissements, la politique de distribution varie.

Dans certains établissements, le personnel infirmier, accompagné d'un surveillant, fait quotidiennement le tour des cellules pour distribuer les médicaments à chaque patient. Cette solution est très consommatrice de temps infirmier et selon certains médecins responsables, n'apporte pas les effets attendus en termes de contact avec les patients.

La distribution au patient de son traitement pour plusieurs jours, à l'UCSA ou en cellule, est pratiquée dans de nombreux établissements, afin de créer une démarche de responsabilisation. Celle-ci suppose que le patient soit effectivement en mesure de gérer son traitement. À la maison d'arrêt de Nantes, par exemple, les patients toxicomanes, illettrés ou à tendance suicidaire,

2. Médecin des UCSA des maisons d'arrêt de Bois-d'Arcy et de Versailles.

pour des raisons de sécurité, reçoivent leur traitement sur une base quotidienne à l'UCSA.

La dépense moyenne par détenu et par jour, d'après une estimation de l'Igas, est passée de 2,69 F (0,50 euro<sup>3</sup>) en 1990 à 6,20 F (0,99 euro<sup>3</sup>) en 1999.

### Les soins dentaires

L'accès aux soins dentaires représente un des motifs de réclamation les plus souvent présentés à l'Igas par les personnes détenues. Les soins dentaires jouent en effet un rôle très important en milieu carcéral car ils représentent un soin esthétique symbolique pour les personnes détenues, une aide à la restauration de l'image de soi.

Les personnes détenues, on l'a vu, présentent souvent à leur incarcération un état bucco-dentaire médiocre en raison de la consommation fréquente d'opiacées et de conditions de vie précaires.

Le bilan effectué par la DHOS en 1997 [17] montrait que, selon les établissements, le délai d'attente allait de une à deux semaines à un mois.

La moyenne nationale était de 0,73 consultation par détenu sur trois mois.

L'accès des détenus aux soins conservateurs ne pose pas de problèmes particuliers, bien que le tarif de responsabilité leur laisse une part des dépenses. Les prothèses hors nomenclature, en revanche, restent entièrement à leur charge, obstacle financier important que la mise en place de la CMU complémentaire devrait permettre de surmonter prochainement pour les détenus indigents. Le recours au service de santé des armées permet également à certaines UCSA de contourner ces difficultés.

Les conditions d'hygiène dans les cabinets dentaires, primordiales si l'on considère la prévalence de maladies comme l'hépatite C dans la population carcérale, ne sont pas toujours satisfaisantes (ce sont les détenus qui assurent, contre une faible rémunération, l'entretien de l'UCSA comme du reste de l'établissement). Aux Baumettes, qui reçoivent 45 patients par jour pour soins dentaires, deux des trois cabinets ont été fermés par la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales pendant un an en raison de problèmes d'hygiène, allongeant de façon critique la liste d'attente pour le seul cabinet disponible.

### Les consultations spécialisées

En 1997, sur trois mois, plus de 12 300 consultations spécialisées avaient été délivrées au sein des UCSA, soit 57 % de l'ensemble du total des consultations de spécialité. La moyenne nationale était en 1997 de 0,28 consultation somatique par détenu sur trois mois. La moitié des régions sanitaires assuraient entre 15 et 30 consultations pour 100 détenus.

Dans les établissements où les effectifs n'appellent pas des consultations de spécialité sur une base régu-

lière, et dans ceux où les vacations de spécialité ne sont pas pourvues, la réponse aux besoins s'effectue par le recours aux consultations spécialisées de l'établissement de santé.

Entre 1997 et 2000, les consultations spécialisées réalisées en milieu hospitalier sont ainsi passées de 37 118 à 45 155, contribuant majoritairement en volume au recours à l'hôpital.

Ce développement, s'il témoigne de la recherche d'un niveau et d'une qualité des soins équivalents à ceux dispensés en milieu libre, est aussi le signe de la difficulté que rencontrent les UCSA pour faire venir les praticiens hospitaliers à l'UCSA ou recruter des spécialistes sur vacations.

Le développement de la télé-médecine, qui permettrait de contenir pour certaines disciplines le nombre de transferts sous surveillance vers l'hôpital, est en cours d'expérimentation sur 14 sites pénitentiaires. Cette solution a ses partisans, qui considèrent qu'elle rendrait bien des services aux UCSA des établissements implantés loin de l'hôpital « de proximité », qui peuvent être amenés à limiter de fait l'accès aux soins compte tenu des difficultés liées aux transferts. Elle a aussi ses détracteurs, qui estiment que la télé-médecine n'est pas favorable au patient dans la mesure où elle le prive de la possibilité d'un deuxième examen clinique, et que la notion d'éloignement géographique dans un pays comme le nôtre peut être discutée.

### La prise en charge psychiatrique

La prise en charge par le service public hospitalier des soins psychiatriques aux personnes détenues a débuté en 1986 avec la création des SMPR<sup>4</sup> et s'est poursuivie avec la réforme de 1994, qui a instauré un dispositif mixte avec deux niveaux de soins :

- les soins courants sont assurés à l'UCSA le plus souvent par l'équipe du secteur de psychiatrie générale locale, mais aussi par des psychiatres vacataires ;
- les soins plus spécialisés sont dispensés dans les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) majoritairement installés dans de grandes maisons d'arrêt. Leur compétence s'étend aux patients issus des autres établissements pénitentiaires relevant du même secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les SMPR sont notamment en charge de l'hospitalisation avec consentement du patient. Ils assurent également les soins courants dans l'établissement pénitentiaire où ils sont implantés.

Seules les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

Sauf cas exceptionnels (personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans

4. Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et arrêté du 14 décembre 1986 modifié relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux.

3. Conversion en euros 2002, cf. note 1 p. 18.

## Le dossier médical : une gestion difficile

La gestion du « voyage » du dossier médical des patients pose d'épineux problèmes d'organisation aux UCSA.

Quand le patient quitte la prison pour le milieu libre, s'il passe par l'UCSA, une copie des éléments importants de son dossier lui est remise ou est envoyée à son médecin traitant s'il en fait la demande.

Quand le patient est transféré

dans un autre établissement pénitentiaire, son dossier lui est remis (si l'UCSA est informée à temps de son transfert) ou est transmis à l'UCSA de l'établissement de destination. Cette règle souffre cependant quelques exceptions, certaines UCSA conservant le dossier du patient et ne transmettant que les photocopies du dernier bilan, privant ainsi l'UCSA suivante d'informations importantes

sur les antécédents pathologiques du patient.

En termes d'archivage, le dossier du patient est traité comme celui de tous les patients de l'établissement de santé. L'UCSA procède à un archivage provisoire (deux à trois ans) des dossiers, puis les envoie à l'établissement de santé qui l'archive selon ses propres procédures. #

ou moins précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie), les personnes susceptibles de nécessiter un suivi médical ou psychologique ne sont pas systématiquement orientées vers les établissements disposant d'un SMPR. En effet, le jugement et l'incarcération s'effectuent dans le département où a été commise l'infraction, département qui ne dispose pas toujours d'un SMPR. Cette approche géographique est lourde de conséquences pour la prise en charge des personnes détenues présentant des pathologies psychiatriques.

L'enquête 1997 de la DHOS relevait en effet d'importantes disparités entre les SMPR d'une part, mais surtout entre les sites pourvus d'un SMPR et les autres. Les moyens en effectifs rémunérés allaient de 1 à 4

entre deux régions sanitaires métropolitaines pourvues de SMPR et de 1 à 24 entre la région pourvue de SMPR la mieux dotée et la région dépourvue la moins bien dotée.

L'Igas souligne par ailleurs que les SMPR étant considérés comme recours pour les cas lourds relevant des établissements pénitentiaires de leur secteur, ils concentrent une grande partie des moyens (77 % des temps de psychiatrie et 79 % des temps non médicaux). Cependant, ils répondent avant tout aux besoins de leurs établissements pénitentiaires d'implantation — qui n'hébergent que 40 % de la population pénale — et beaucoup moins à ceux des établissements de leur secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, dont certains sont d'ailleurs souvent géographiquement éloignés. Ainsi,

## Extrait de *Monte-Cristo* : journal des détenus des Baumettes

*Monte-Cristo*, journal du Centre de ressources multimédia des Baumettes, est réalisé par des détenus. Un entretien avec le D<sup>r</sup> Anne Galinier, médecin chef de la prison, a été publié en novembre 2001 et réactualisé en novembre 2003 dans l'extrait reproduit ici.

Pour répondre à quelques-unes de nos préoccupations, pour être mieux informés sur nos droits et comprendre comment les soins sont dispensés en détention, nous avons rencontré le D<sup>r</sup> Galinier, médecin chef aux Baumettes, qui a courtoisement accepté de répondre à nos questions. Cependant nous avons volontairement écarté les sujets concernant l'alcool et la drogue. Nous envisagerons éventuellement d'en parler dans un prochain numéro.

*Monte-Cristo* : Pour entamer notre débat nous souhaiterions vous entretenir sur l'hygiène. Les douches ainsi qu'un grand nombre de locaux sont insalubres alors que la majorité des détenus s'emploient à maintenir propre

leur cellule. En tant que responsable de la santé, avez-vous une influence auprès de l'administration pénitentiaire pour améliorer l'hygiène ?

D<sup>r</sup> Galinier : Aucune ! Nous ne sommes absolument pas en charge de l'hygiène. Nous n'avons même pas à entrer dans les douches et nous n'avons pas à intervenir sur leur fréquence ou sur la température de l'eau, même si nous savons qu'elle est trop chaude et que cela provoque des décapages de la peau. Nous n'avons pas droit au chapitre !

*M.-C.* : Comment sommes-nous couverts par la Sécurité sociale ?

D<sup>r</sup> Galinier : Vous et vos ayants droit, même pendant un an après votre libération, êtes pris en charge à 100 % dans le cas des personnes âgées ou gravement malades, et à 70 % pour les autres. Le complément des 30 % reste à la charge de la pénitentiaire.

*M.-C.* : Et pour les soins particuliers tels que l'optique, le dentiste, etc. ?

D<sup>r</sup> Galinier : Tel qu'à l'extérieur, on se retrouve devant l'absence d'une bonne couverture sociale. Pour l'optique, soit le détenu a des moyens pour acheter ses verres et sa monture auquel

le nombre de personnes transférées pour soins vers leur SMPR de rattachement est passé de 597 en 1997 à 317 en 1999, d'autant que les équipes médicales des SMPR, à l'exception des grands établissements comme Fresnes ou les Baumettes, n'assurent pas de permanence de nuit, ce qui aboutit de fait à généraliser le système des hospitalisations de jour.

Par exemple, la maison centrale de Château-Thierry, dont un quart des 70 détenus est psychotique, rencontre de grandes difficultés dans leur prise en charge ; le SMPR de Nice est trop éloigné de la maison d'arrêt de Borgo ou du centre de détention de Casabianda (qui accueille pourtant nombre de délinquants sexuels) pour leur apporter un réel soutien.

Ainsi, le dispositif mixte de prise en charge psychiatrique instauré par la réforme crée des disparités importantes dans la prise en charge des personnes détenues. Selon que l'établissement dispose d'une permanence psychiatrique sur place avec l'un des 26 SMPR, qu'il bénéficie de l'intervention effective du secteur psychiatrique ou qu'il doit faire appel à des vacations de psychiatre, le niveau de prise en charge est très variable. Ainsi, les SMPR étant majoritairement installés en maison d'arrêt, les patients en établissements pour peine qui ont les plus grands besoins en soins psychiatriques spécialisés sont-ils aussi ceux qui y ont le moins facilement accès.

### La prise en charge des addictions

La prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies

relève des SMPR dans les établissements qui en sont dotés et sur les autres sites de multiples intervenants coordonnés par l'UCSA : antennes spécialisées des SMPR, secteurs de psychiatrie générale, partenaires sanitaires et sociaux extérieurs.

Une note interministérielle du 9 août 2001<sup>5</sup> vise à coordonner les services internes et externes, notamment pour le repérage des situations d'abus et de dépendance. Un responsable de projet doit être choisi au sein de l'UCSA ou du service psychiatrique pour mettre en place une organisation répondant à un cahier des charges DGS-DHOS-DAP. Selon la DHOS, 50 % des responsables sont actuellement désignés.

On ne compte que 4 antennes de centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en milieu carcéral et très peu d'interventions de CCAA extérieurs dans les autres établissements [18].

Le dispositif développé a en effet principalement porté sur les drogues illicites (16 centres spécialisés de soins aux toxicomanes, CSST, ex-antennes pénitentiaires, 57 établissements dans lesquels interviennent des CSST extérieurs).

L'enquête un jour donnée sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire réalisée en décembre

5. Note interministérielle DGS/DHOS/DAP/MILDT du 9 août 2001 sur les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

Monte-Cristo

cas il les paye, soit il est considéré comme indigent (l'indigence telle que définie dans le règlement, c'est moins de 300 F sur le compte les trois derniers mois) et dans ce cas les lunettes sont prises en charge à 100 % par la pénitentiaire (verres et montures simples et avec un délai actuel de deux mois). Pour les dents, les soins tels que caries, détartrages, prothèses sommaires sont couverts à 70 % par la Sécurité sociale et 30 % par la pénitentiaire. Cependant les prothèses de bonne qualité restent à la charge du détenu.

*M.-C. : On entend dire que le cabinet dentaire et son matériel laisseraient largement à désirer.*

D' Galinier : Les fauteuils et leurs accessoires sont neufs de l'année et sont encore sous garantie. Il y a un fauteuil au bâtiment A et B, ainsi qu'à la maison d'arrêt des femmes. Il n'y en a pas au bâtiment D faute de locaux disponibles. Cependant la radio tombe parfois en panne, les détartrages ne sont pas toujours parfaits et il y a surtout le petit matériel dont nous attendons le renouvellement suite aux nouvelles normes de stérilisation en vigueur.

*Novembre 2003. Les cabinets dentaires ont été en réparation pendant 18 mois et nous travaillons encore à ce jour en mode dégradé. Les cabinets ont été entièrement refaits aux normes d'hygiène et de sécurité 2003, le matériel est*

*stérilisé à la stérilisation centrale de Sainte-Marguerite tous les jours et est sous double emballage stérile, avec mise en place de la traçabilité dès la stérilisation. Nous avons demandé, pour améliorer encore la qualité des soins, des assistantes dentaires qui pourraient aider le dentiste au fauteuil, gérer les rendez-vous et le matériel. Cette demande a été prise en compte par l'Assistance publique et les personnels sont en cours de recrutement.*

*M.-C. : Existe-t-il une discrimination envers les détenus de la part des différents services médicaux ?*

D' Galinier : La prise en charge des prisonniers reste toujours du domaine de l'*a priori* personnel. Au sein de l'Assistance publique ou des services hospitaliers, il peut effectivement exister des *a priori* négatifs vis-à-vis de la prise en charge des détenus. Donc nous essayons de sélectionner des équipes médicales qui ne font pas de différence entre les patients libres ou détenus.

*M.-C. : Ils ont oublié leur serment d'Hippocrate ! !*

D' Galinier : Certains sûrement, mais globalement l'Assistance publique répond à notre demande, sachant que c'est à nous de défendre nos besoins.

*M.-C. : Cependant les détenus se plaignent de ne pouvoir*

2001 par la DHOS et la DGS auprès des UCSA montre une augmentation de la part des personnes sous substitution au moment de l'incarcération : 12,4 % en 2001 contre 5,8 % en 1999, année de la précédente enquête, et une augmentation du nombre de personnes détenues bénéficiant d'un traitement de substitution : 5,4 % en 2001 contre 3,3 % en 1999. Le Subutex® est plus largement utilisé que la méthadone et concerne 85,6 % de ces traitements. Le nombre d'UCSA qui ne pratiquent pas de substitution diminue sensiblement (34 en 1999, 19 en 2001 — en majorité des établissements d'effectifs inférieurs à 100). L'évolution la plus remarquable concerne les interruptions de traitement de substitution lors de l'incarcération, qui sont passées de 19 % en 1999 à 5,5 % en 2001 [19].

Les transferts de détenus toxicomanes sous traitement de substitution vers des établissements où celle-ci n'est pas pratiquée posent au sein même de l'institution pénitentiaire, au-delà du défaut de soins qui pourrait éventuellement susciter un contentieux, la question de la mise en cohérence des politiques officiellement poursuivies.

#### La prise en charge du VIH et des hépatites

Dans les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés à l'infection par le VIH (en particulier Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, départements d'outre-mer), la prise en charge est assurée sur place par des médecins relevant des CISIH en lien avec les médecins de l'UCSA. Dans les autres établissements,

les patients sont pris en charge par les praticiens des UCSA ou adressés en consultation spécialisée.

L'Igas, se fondant sur une enquête DHOS de 1997 auprès d'un échantillon de 46 établissements, estime que la prise en charge du VIH en prison est satisfaisante, et que l'accès aux traitements antirétroviraux est similaire à celui qui existe en milieu libre, rappelant toutefois que les conditions de vie en milieu carcéral (promiscuité, carences de l'hygiène) et les transferts entre établissements sont des facteurs péjoratifs dans la prise en charge optimale des patients séropositifs ou atteints du sida.

S'agissant du traitement de l'hépatite C, en revanche, l'Igas, citant l'enquête un jour donnée réalisée par la Drees en 2000, souligne que seulement 17,6 % de patients séropositifs ont réalisé une ponction biopsie hépatique (PBH), et attribue ce décalage d'une part au faible pourcentage d'UCSA disposant de consultations d'hépatologie (44 %), d'autre part au nombre insuffisant d'extractions — en 1999, l'UCSA des Baumettes indiquait avoir dû annuler pour cette raison 50 % des PBH initialement prévues. En revanche, d'après l'enquête réalisée en 2000 par le Réseau hépatites, la prise en charge les patients incarcérés qui ont réalisé une PBH se fait dans des conditions très semblables à celles du milieu libre (41 % bénéficient d'un traitement par interféron et/ou ribavirine) [20].

#### La permanence des soins

Le médecin responsable de l'UCSA doit organiser les

*être traités en urgence, tenant compte de la douleur que provoque le mal aux dents.*

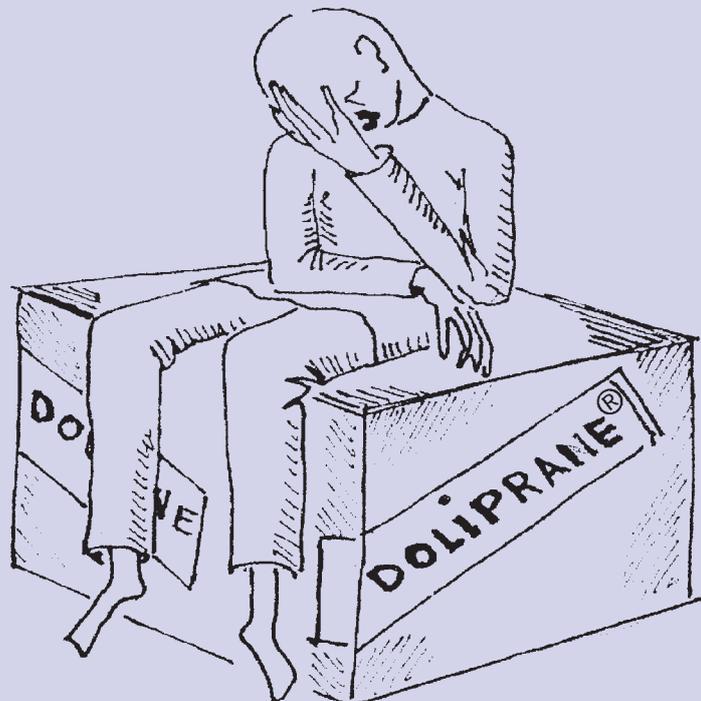
D' Galinier : Il faut tout traiter en urgence ! Et quand on a 1 500 détenus c'est impossible ; manque de place ! C'est pourquoi il est recommandé de faire une visite annuelle à titre préventif (d'autant que l'on sait que la prise de drogue ou de méthadone est toxique pour les dents).

*M.-C. : Et pour la douleur ? Il est essentiellement distribué du Doliprane®, ce n'est pas suffisant !*

D' Galinier : Le traitement de la douleur est médical. Donc quand vous allez voir l'infirmière, elle peut répondre à votre douleur soit par un antalgique paracétamol (Doliprane®) ou vous proposer un rendez-vous chez le médecin.

*M.-C. : Et dans l'attente de la visite chez le médecin, pour une douleur plus violente, les infirmières ont-elles la possibilité de donner quelque chose de plus fort ?*

D' Galinier : Les dentistes ont établi un protocole que les infirmières respectent, elles peuvent suivant leur perception de la douleur donner de l'Advil®. Mais elles sont aussi responsables des overdoses, des médicaments détournés et de ceux qui au lieu d'être absorbés sont sniffés ou fumés. La relation de confiance est prépondérante.



Dessin extrait de Monte-Cristo n° 6.

modalités de recours à un médecin en cas d'urgence, et les consigner dans un document à disposition du personnel pénitentiaire.

Pendant la période de présence de l'équipe hospitalière, les urgences sont assurées par les médecins et les infirmières selon un protocole remis à l'administration pénitentiaire.

Hors de cette période, c'est-à-dire la nuit, les week-ends et jours fériés, seuls les plus grands établissements comme La Santé, Fresnes, Lyon, Fleury-Mérogis bénéficient d'une garde médicale sur place ou d'une astreinte spécifique.

Dans les autres sites, le problème de la permanence des soins se pose de façon récurrente pour les urgences.

En ce qui concerne la régulation des appels, le centre 15 doit obligatoirement être contacté en cas d'urgence vitale. Dans les autres cas, la régulation est préférentiellement confiée au centre 15, mais peut aussi reposer sur d'autres dispositifs en mesure de déclencher l'intervention.

La réponse aux demandes d'intervention de l'établissement pénitentiaire doit être assurée par le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) de l'hôpital pour les urgences vitales. Les urgences de médecine générale relèvent d'autres systèmes qui doivent être prévus localement par convention : système de garde libéral, urgentistes libéraux de type SOS médecins.

Ces dispositions, dont la mise en œuvre pose pro-

blème, ont été rappelées aux ARH par note DHOS du 6 mars 2002.

En 1997, 44 % des établissements, correspondant à 52 % de la population pénale, avaient recours au système hospitalier ; les autres faisaient appel au système libéral. Rapportée à la population pénale, le nombre de consultations au titre de la permanence des soins était de 8 pour 100 détenus, en moyenne nationale sur trois mois [6].

Les responsables des UCSA indiquent qu'il devient de plus en plus difficile d'obtenir l'intervention des dispositifs de garde libéraux. En effet, ces dispositifs ne sont plus généralisés, comme en témoigne la montée en charge du recours aux urgences hospitalières par la population générale. Les consultations relevant de la permanence des soins tendent donc à être dirigées systématiquement vers le service d'accueil des urgences de l'hôpital. Cette situation génère une surcharge d'activité pour l'administration pénitentiaire et les forces de sécurité, et crée une situation d'insécurité et de danger pour les personnels et les usagers de l'hôpital.

Dans tous les cas, la permanence des soins en urgence présente deux difficultés importantes : pour le personnel pénitentiaire, premier interlocuteur de la personne détenue, il s'agit de savoir s'il doit ou non donner l'alerte. Le médecin, quant à lui, aurait besoin du dossier médical de la personne concernée, dossier auquel le surveillant n'a naturellement pas accès.

On peut penser qu'une astreinte répartie entre l'en-

Monte-Cristo

*M.-C. : Nous vous écoutons avec un grand intérêt, mais nous pouvons penser que dans la pratique les choses sont différentes. Et quels sont les délais pour les spécialistes ?*

D' Galinier : Ils sont différents. Certains consultent ici et le délai peut aller de quinze jours à un mois ; pour les consultations à l'extérieur, il y a des demandes pour lesquelles nous n'avons pas de problèmes pour obtenir un rendez-vous, mais nous n'avons pas de la place avec l'escorte. Et on peut attendre une place avec l'escorte durant trois semaines ! Pour d'autres spécialistes, il peut y avoir deux à trois mois d'attente. Il faut savoir que certains rendez-vous sont très rares, si on les décommande trop souvent parce que le patient ne vient pas, il est allé à un parler, nous perdons notre crédibilité auprès de ces spécialistes qui nous disent : « Attendez, les Baumettes, vous prenez des rendez-vous et il n'y en a que la moitié qui viennent ! » Donc ensuite ils ne sont plus motivés pour nous donner rapidement des rendez-vous.

*Novembre 2003. La crise médicale est actuellement à son début mais déjà nous la ressentons au niveau de l'hôpital. Les médecins sont moins nombreux, la mise en place des 35 heures et des repos de sécurité conformément aux directives européennes a réduit le nombre de consultations. Ainsi, comme pour les malades en milieu ouvert, les délais*

*d'attente sont désormais à deux mois pour une consultation extérieure. Heureusement la présence dans l'établissement de médecins à plein temps permet de répondre sans délais aux demandes de consultation comme auparavant.*

*M.-C. : Des détenus parlent tout de même de délais allant de deux à six mois. L'un nous a dit avoir attendu trois mois pour l'ophtalmo.*

D' Galinier : Ce n'est pas vrai ! L'ophtalmo est là tous les quinze jours. Si la personne n'est pas allée à son rendez-vous, comme il y a beaucoup de demandes elle repart à la queue.

*M.-C. : On a vraiment le sentiment que règne de l'incompréhension. Au niveau de la santé, pensez-vous que les choses soient faites de la même manière d'un bâtiment à l'autre ?*

D' Galinier : Non, les choses ne sont pas faites de la même manière, c'est sûr. Au-delà de 350 détenus, nous n'arrivons plus à gérer la demande du patient ou de l'infirmière en temps réel. Exemple : au D l'infirmière peut dire au surveillant « appelle-moi le gars du 2<sup>e</sup> étage », et ensuite le gars descend au A et au B c'est impossible ! Et plus particulièrement au A, parce que c'est une très grosse infirmerie avec beaucoup de passages et tous les services. On fonctionne par des billets qui sont rédigés par

semble des médecins du service auquel est rattachée l'UCSA permettrait au service public hospitalier de garantir à la fois la permanence des soins à la population carcérale, et la sécurité à ses autres usagers.

### L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé

L'UCSA organise, en liaison avec l'établissement de santé de proximité dont elle dépend, les consultations qui requièrent des installations absentes en milieu pénitentiaire ainsi que les hospitalisations urgentes ou programmées de moins de 48 heures. Au-delà, les personnes détenues sont adressées à l'établissement public national de santé de Fresnes (EPNSF).

Le recours à l'hôpital a augmenté de près d'un quart entre 1997 et 1998 et est resté relativement stable ensuite (tableau 4).

Le schéma national d'hospitalisation des détenus<sup>6</sup>, deuxième volet de la réforme de 1994, prévoit que les hospitalisations programmées supérieures à 48 heures (hors psychiatrie<sup>7</sup>) doivent être organisées dans huit unités hospitalières sécurisées inter-régionales (UHSI) (tableau 5). Dans sept inter-régions, elles seront implantées en centres hospitaliers universitaires

6. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées. JO du 31 août 2000.

7. La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoit la création de dix unités d'hospitalisation sécurisées de psychiatrie (UHSP) pour une capacité de 244 lits.

tableau 4

### Évolution des extractions vers l'hôpital entre 1997 et 2000

	1997	1998	1999	2000	Évolution
Soins d'urgence	4 040	6 268	6 215	6 922	71 %
Consultations et hospitalisations de jour	37 118	45 342	45 744	45 155	22 %
Hospitalisations programmées	4 445	4 558	4 884	4 799	8 %
<b>Total</b>	<b>45 603</b>	<b>56 168</b>	<b>56 843</b>	<b>56 876</b>	<b>25 %</b>
<b>Ratio pour 100 détenus</b>	<b>79</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>109</b>	<b>38 %</b>

Source : direction de l'Administration pénitentiaire.

tableau 5

### Implantation et capacité des UHSI

Implantation	Nombre de lits
Bordeaux	16
Lille	21
Lyon	23
Marseille	45
Nancy	17
Paris	146
Rennes	19
Toulouse	16
<b>Total</b>	<b>303</b>

les surveillants. Les billets partent par les surveillants plus ou moins motivés et qui, pouvant être dérangés dans leur tâche vont oublier et se rendre compte qu'ils ont les billets dans leur poche en repartant le soir, et après il sera impossible de rattraper les gars.

*M.-C. : En rapport avec ce dysfonctionnement, ne pouvez vous pas intervenir auprès de l'administration pénitentiaire ?*

D' Galinier : On essaye ! Depuis dix ans que je suis aux Baumettes, on essaye d'avoir une solution, mais on se heurte à des refus de la part de l'administration. Mais il y a aussi d'autres problèmes : le détenu peut perdre ou se faire voler son billet, il peut oublier sa convocation, le médecin peut avoir à déplacer le rendez-vous... Au bâtiment A, pour ne plus avoir de pertes dans les demandes de consultations, on a mis une boîte aux lettres dans laquelle les détenus déposent directement leurs demandes. Les surveillants ne ramassent plus les demandes avec le courrier. C'est une solution, elle n'est pas parfaite mais il y a déjà beaucoup moins de pertes.

*M.-C. : Pourquoi la distribution des convocations ne peut-elle pas être faite par les infirmières ?*

D' Galinier : Pour l'instant ça n'a pas été possible, la rédaction des billets et leur distribution sont réservées aux surveillants.

*M.-C. : Pourtant les infirmières passent tous les jours dans les étages pour les traitements, cela devrait être possible de faire qu'elles distribuent également les billets !*

D' Galinier : Oui bien sûr, mais encore faut-il qu'elles en aient le temps. Par exemple : dernièrement le surveillant qui accompagnait les infirmières est allé déjeuner au milieu de la distribution des médicaments. Donc il a fallu interrompre et revenir une heure après pour terminer.

*M.-C. : Il semblerait que vous êtes tout le temps en rapport de force avec l'administration ?*

D' Galinier : Non non, les rapports de force, c'est terminé ! C'est un rapport de consensus ; le rapport de force, on n'y arrive pas, ce n'est pas la peine. On essaye de faire comprendre que la santé c'est important, que c'est l'intérêt de tous et que les surveillants ont le devoir de répondre au service médical comme au service de la justice. C'est aussi important d'aller à l'infirmierie qu'au palais.

*M.-C. : Nous vous interrompons, excusez-nous, il faut que vous sachiez que nous publierons ce que vous nous*

(CHU), la huitième reposera sur un fonctionnement complémentaire entre l'EPNSF et une unité sécurisée implantée au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière. La première UHSI devait ouvrir à Nancy en 2003.

### La préparation du suivi sanitaire à la sortie

L'UCSA doit organiser le suivi médical à la sortie de la détention, en collaboration avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Elle n'est pas toujours en mesure de le faire. On pourrait en effet penser qu'une visite médicale est prévue dans le circuit de sortie des personnes prises en charge par l'UCSA ou le SMPR durant leur détention, mais il n'en est rien (seule la visite d'entrée est obligatoire).

Dans les maisons d'arrêt en particulier, la libération peut intervenir à tout moment sans information préalable de la personne détenue. Dans tous les cas, les personnes détenues ont deux heures pour quitter la prison après leur libération et l'administration pénitentiaire, qui au-delà serait responsable de détention abusive, veille à ce qu'il en soit ainsi.

Ces facteurs conjugués font que, d'après les praticiens, seuls 2 % de patients repassent par le service médical avant de quitter la prison.

Avec la visite médicale de sortie qui permettrait de faire le bilan de l'état de santé du patient au terme de sa détention et d'assurer la continuité des soins, le dispositif gagnerait pourtant beaucoup en cohérence et en lisibilité.

### La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé

Les actions de prévention en milieu pénitentiaire reposent sur les compétences et les financements de différents partenaires que l'UCSA doit coordonner : services de l'État, conseils généraux, comités d'éducation à la santé (Codes), organismes d'assurance maladie, réseaux et associations spécialisés...

### Les actions de dépistage

Le dépistage du VIH est proposé lors de la visite d'entrée, puis effectué, si la personne incarcérée l'accepte (85 % de réponses positives à Bois-d'Arcy), dans des conditions généralement satisfaisantes. Cependant, l'Igas relève des difficultés liées à l'intervention des CDAG dans certains établissements, qui aboutissent, si l'UCSA ne prend pas le relais, à une quasi-absence de dépistage.

S'agissant de l'hépatite C, l'enquête du Réseau Hépatites citée par l'Igas indique que le dépistage ne serait proposé que dans 29 % des établissements.

En maison d'arrêt, les programmes de vaccination doivent prendre en compte la durée de détention. À Nantes, par exemple, le D<sup>r</sup> Pierre-Yves Robert<sup>8</sup> a mis en place un protocole accéléré de vaccination contre l'hépatite B (0, 7 jours et 21 jours) pour les incarcérations inférieures à trois mois. Les prélèvements

8. Médecin responsable de l'UCSA du centre pénitentiaire de Nantes.

Monte-Cristo

*dites, cependant nous savons que tous propos critiquant l'administration sont censurés.*

D<sup>r</sup> Galinier : Mais... dans l'administration il y en a qui sont bien et qui comprennent. La difficulté réside aussi parfois d'un rapport entre personnes. Tel médecin avec tel surveillant, cela ne passe pas et alors on ne peut plus travailler.

*M.-C. : Nous parlons de rapports entre les gens et de communication ; l'information qui est donnée aux arrivants ne pourrait-elle pas être améliorée ? Nous pensons à ceux qui ne savent pas lire : comment peuvent-ils prendre connaissance du règlement ? Une information vidéo ne serait-elle pas une solution ?*

D<sup>r</sup> Galinier : On a réfléchi à un système d'accueil vidéo, ce que vous dites serait très bien, et d'ailleurs je crois que l'administration pénitentiaire avait réalisé une cassette et je pense qu'elle était vue, mais ce n'est pas nous qui l'avons faite et donc je ne peux pas en dire plus.

*M.-C. : Une projection dans une salle d'attente lorsqu'on est arrivant ne pourrait-elle pas être envisagée ?*

D<sup>r</sup> Galinier : Mettre des arrivants ensemble dans une pièce avec du matériel coûteux et fragile (télévision, magnétoscope), à voir dans quel état sont les salles d'attente, on sait très bien

qu'à la première frustration, par exemple, les appareils seront cassés. Il est donc impossible d'obtenir l'autorisation de mettre du matériel dans une salle.

*M.-C. : Et utiliser régulièrement le canal 8 (interne) pour diffuser l'information et le règlement intérieur ?*

D<sup>r</sup> Galinier : Oui, c'est vrai que cela serait pas mal de pouvoir présenter l'info par ce canal, mais il ne marche pas bien, on ne peut pas s'en servir comme d'un outil fiable, cela ne pourrait être qu'un appoint.

*M.-C. : Reste l'information orale par les infirmières. Mais tout ce que vous nous exposez nous laisse présumer que la communication, la compréhension demeurent des problèmes au détriment de la santé des détenus. L'amélioration du dialogue entre les services de la santé et ceux de l'administration pénitentiaire, est-ce une utopie d'y penser ?*

D<sup>r</sup> Galinier : Non, pas du tout ! Je suis arrivée aux Baumettes pour préparer et ensuite mettre en place la réforme de 1994. Cette réforme a apporté beaucoup de bien, comme la couverture sociale pour tous. Actuellement nous avons avec l'administration pénitentiaire des rencontres trimestrielles (comité de suivi) et établissons un rapport d'activité. Tous les médecins qui exer-

ultérieurs montrent une bonne prévalence du taux d'immunisation.

La clandestinité des pratiques pose par ailleurs des problèmes d'organisation de la réduction des risques. Les mesures de prévention (accès aux préservatifs, à l'eau de Javel) sont inégalement appliquées dans les établissements.

### L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé reste difficile à mettre en œuvre en prison. Les conditions de vie qui y règnent font d'ailleurs que l'exercice relève de la gageure : manque d'hygiène, privation de l'intimité nécessaire à la satisfaction des besoins les plus élémentaires (toilettes et douches communes), dépendance totale vis-à-vis de l'institution dans la gestion du temps et des actes de la vie courante... Le contexte ne se prête guère à une démarche de responsabilisation des individus dans la prise en charge de leur santé.

Quand elles sont menées, les actions sont prioritairement fléchées vers les problèmes de santé liés aux comportements à risque : addictions, maladies sexuellement transmissibles. Elles sont menées en relation avec les CDAG, CSST, comités d'éducation pour la santé, conseils généraux et, au sein de l'institution, avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Elles sont financées par l'État, les conseils généraux et même par certaines communes (à Marseille, par exemple). L'administration pénitentiaire à elle seule a attribué, en 2003, 1,5 million d'euros

de crédits à l'éducation pour la santé, qui relève de sa mission de réinsertion.

Quelques UCSA ont aussi mis en place des programmes développant une approche globale (par exemple à Bois-d'Arcy, actions de santé communautaire sur le thème « Corps et santé », ateliers d'observance thérapeutique, formation au secourisme des jeunes détenus) ou associant culture et santé (aux Baumettes, ateliers dessin sur la santé).

Mais d'une manière générale les UCSA ont peu développé leur mission d'éducation à la santé. La pauvreté des ressources locales en termes d'intervenants, l'éloignement de l'établissement pénitentiaire, la difficulté de coordonner de multiples intervenants sont parfois évoqués pour expliquer cette insuffisante activité. Mais l'argument le plus fréquent concerne la nécessité d'accorder la priorité au curatif sur le préventif en raison d'importantes contraintes de personnel, notamment paramédical.

Dans l'esprit des promoteurs de la réforme, la promotion de la santé devait constituer un axe fort de la réorganisation. Mais ils avaient sans doute sous-estimé la difficulté qu'éprouveraient des équipes de culture hospitalière à acquérir et maîtriser les savoir-faire nécessaires à la conduite de programmes d'éducation pour la santé. #

cent en prison sont fédérés en syndicats ou associations. Nous organisons également annuellement un congrès. Nous sommes un interlocuteur ministériel et nous participons à toutes les commissions de réflexion sur la santé des détenus.

### M.-C. : On n'est pas abandonnés !

D' Galinier : Pas du tout ! Nous nous efforçons, également, pour que l'accès aux soins en détention soit équivalents quelle que soit la prison. On n'y arrive pas encore mais... Et il y a des projets tels que la construction de 45 lits dans le secteur de l'hôpital Nord. Il y a une volonté ministérielle nette d'améliorer la prise en charge des détenus, et une volonté de la part de l'administration pénitentiaire d'améliorer les conditions de détention, certes pour 2015 ! Mais il y a tout de même une avancée globale.

### M.-C. : Une question plus personnelle, vous êtes « médecin femme » ; l'univers carcéral, et pendant dix ans, est-il difficile ?

D' Galinier : Il est vrai que moi je suis venue aux Baumettes dans une démarche un peu plus militante et j'ai trouvé intéressant de pouvoir permettre à l'hôpital de s'investir dans ce lieu, la prison, qu'il ne connaissait pas. Il y a dix ans, j'étais un peu plus agressée sur le plan de ma féminité, mais j'ai toujours été respectée. Je n'ai pas eu de problèmes particuliers du fait de

travailler dans un milieu d'hommes. C'est un travail intéressant, certains patients sont particulièrement difficiles, mais dehors aussi, certaines personnes peuvent être désagréables. Il ne faut pas idéaliser l'extérieur ! #

*Si nous devons faire une conclusion nous écrivons : Si la loi de janvier 1994, rattachant les services de santé en milieu carcéral au régime hospitalier de droit commun, a apporté des améliorations notables, de nombreuses défaillances subsistent : délais d'attente souvent trop longs, soins rarement assurés la nuit ou le week-end, coordination difficile entre les services de santé et ceux de l'administration pénitentiaire... Cependant notre propre comportement induit aussi des difficultés. L'absence de respect envers le personnel médical, la détérioration du matériel ou du mobilier, le manque d'hygiène (nourriture jetée par les fenêtres, mégots de cigarette, crachats et même dans les salles d'attente) et plus généralement tout ce qui peut traduire un manque de civilité entraînent inévitablement de la déconsidération à notre égard et entrave la bonne volonté de certains. Si nous ne montrons pas, par l'exemple, notre dignité, comment la faire respecter ? Comment exiger davantage, ne serait-ce que nos droits ? #*

# Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

**Si l'accès aux soins est un droit pour les personnes emprisonnées, sa mise en œuvre rencontre des difficultés dues à l'organisation et quelquefois aux préjugés.**

**Olivier Obrecht**

Praticien hospitalier, ancien chef du service de médecine en milieu pénitentiaire du Centre hospitalier sud-francilien (maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis ; Essonne) ; chef du service Études et développement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

**D**onner la responsabilité et le contrôle de l'offre de soins en prison à l'administration de la santé correspond à une évidence. Tous les professionnels de santé œuvrant en prison dépendent désormais, par convention, d'un hôpital de rattachement, qu'il s'agisse des soins somatiques (UCSA : unités de consultations et de soins ambulatoires) ou psychiatriques (SMPR : services médico-psychologiques régionaux), en rupture avec leur isolement antérieur au sein de l'administration pénitentiaire.

Sur un plan de santé publique, cette nouvelle approche est aussi séduisante, par l'objectif visé de considérer la personne emprisonnée comme un citoyen devant bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins qu'une personne libre. La prison est un lieu où se concentrent de nombreux problèmes de santé publique. Les détenus présentent des pathologies en rapport avec leur mode de vie ainsi qu'avec la précarité des conditions sociales qui sont bien souvent les leurs à l'extérieur des murs carcéraux [1].

La réforme des soins en milieu pénitentiaire, dont l'aboutissement est constitué par la loi du 18 janvier 1994, est le fruit d'une longue maturation, parallèle à la prise de conscience progressive de la société face aux conditions carcérales. Ce mouvement a comporté plusieurs étapes importantes. En 1984, l'Inspection générale des affaires sociales est chargée du contrôle sanitaire des prisons, remplaçant l'inspection médicale dépendant du ministère de la Justice. En 1986, l'organisation des soins psychiatriques est rattachée aux hôpitaux et les SMPR sont créés. En 1994, enfin, la loi du 18 janvier prévoit que

*« les détenus doivent bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population » et que « le service public hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier. Il concourt dans les mêmes conditions aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires » [2]...*

L'objectif de la loi est d'autant plus ambitieux que l'état sanitaire de départ était mauvais, comme l'ont rappelé avec constance les études ou analyses publiées, à commencer par le rapport du Haut Comité de la santé publique (janvier 1993), qui a servi de catalyseur final pour la réforme actuellement en application dans tous les établissements pénitentiaires de France [3].

La prise en charge sanitaire des détenus tant à l'intérieur de la prison qu'à l'extérieur est donc désormais garantie dans des principes équivalents à ceux de tout citoyen. Cette réforme, pour innovante qu'elle soit, était préconisée depuis de nombreuses années par plusieurs instances. Elle prend place dans l'évolution contemporaine de la prison, marquée par une « porosité » croissante des murs, une multiplication des interlocuteurs externes et une émergence sociale de la conscience des droits des détenus. Elle s'inscrit aussi dans un contexte international de dispositions et recommandations, telles que la recommandation de 1987 du Conseil de l'Europe sur les « règles pénitentiaires européennes », qui rappelle que le système pénitentiaire ne doit pas aggraver les souffrances inhérentes à la situation de privation de liberté ; positions

réaffirmées par une recommandation du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe en 1998 [4].

Parallèlement, les règles professionnelles s'appliquant aux différents professionnels de santé sont les mêmes en milieu carcéral, qu'il s'agisse des professionnels paramédicaux ou du Code de déontologie médicale. Ce dernier d'ailleurs a fait l'objet d'un examen précis de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins afin de rappeler les exigences particulières en matière déontologique de l'exercice dans ce contexte particulier [5].

Un certain nombre d'écueils sont néanmoins à prendre en compte au moment où l'on va considérer que la prison peut être un lieu où l'on est soigné, la seule restriction s'appliquant théoriquement au détenu étant celle d'aller et de venir. L'exercice de ce droit n'est pas total. Quelques exemples éclairent cet écart entre une situation de droit et une situation de fait.

#### Un accès aux soins très encadré

Tout détenu qui souhaite voir un médecin en urgence doit passer par l'intermédiaire du surveillant pénitentiaire. Pour une demande de consultation, le détenu peut écrire pour être reçu, mais dans ce cas encore c'est le surveillant qui régule le mouvement en détention pour permettre l'accès à l'unité de soins. On ne peut donc pas dire de façon absolue et générale que les détenus ont un libre accès aux soins, du fait de cette médiation obligatoire. Cette procédure passe en général par une demande écrite (hors urgence) et peut également être source de délais.

Le deuxième élément concerne le libre choix du praticien. Ce libre choix est un principe fort de l'exercice de la profession médicale en France, rappelé notamment par le Code de déontologie médicale ainsi que le Code de la Sécurité sociale. Ce libre choix n'existe pas, de fait, pour les personnes détenues — elles sont tenues d'être soignées par les médecins présents dans l'établissement pénitentiaire qui les héberge. Les établissements disposant de plusieurs médecins peuvent néanmoins organiser une manière de choix pour les détenus, mais celui-ci reste de toute façon très formel entre deux ou trois personnes. Cette disposition, manifestement contraire au droit général, a été corrigée dans le corpus réglementaire du Code de procédure pénale (décret du 8 décembre 1998 modifiant le Code de procédure pénale), en particulier l'article D. 365 qui précise que « *les détenus ne peuvent être examinés et soignés par un*

*médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Ils doivent alors assumer les frais qui leur incombent du fait de cette prise en charge* ». On mesure à quel point cette disposition du libre choix existe dans la théorie, permettant notamment d'éviter les foudres de la Cour de justice de la Communauté européenne de Strasbourg, mais aussi à quel point l'exercice de ce droit est limité, restrictif, voire impossible.

La situation des malades psychiatriques est encore plus difficile, dans la mesure où les détenus hospitalisés en psychiatrie le sont aujourd'hui uniquement en hospitalisation d'office, sans garde statique de police, au nom d'une confusion persistante entre l'enfermement pour raisons d'ordre public et pour motif psychiatrique. Les conséquences en sont une quasi-impuissance des équipes à l'intérieur des prisons et une réticence forte des équipes extérieures à accueillir des détenus. Le dysfonctionnement est tel désormais que la réforme est inéluctable et urgente.

#### Le secret médical malmené

Du fait même de l'organisation des soins en milieu carcéral, la préservation stricte du secret médical se révèle bien difficile. En effet, tout détenu se rendant à l'unité de soins est connu, d'une part du personnel de surveillance et, d'autre part, le plus souvent, d'une partie des codétenus. Cela génère chez certains patients une méfiance qui peut les conduire à refuser des soins ou des traitements afin d'éviter une stigmatisation en détention. Les surveillants pénitentiaires, quant à eux, bien que tenus au secret professionnel aux termes de l'article 226-13 du Code pénal, peuvent être dans certains cas sollicités, en particulier par leur hiérarchie, pour rapporter des informations dont ils pourraient être les dépositaires. Cette situation de double contrainte peut se révéler, pour ces professionnels, difficile à gérer au quotidien ; c'est pourquoi les services médicaux travaillant en prison doivent apporter un soin particulièrement attentif à la gestion des dossiers médicaux et à la préservation du circuit des informations médicales circulant en leur sein.

Le problème de la confidentialité devient même aigu lors des consultations en milieu hospitalier, c'est-à-dire lorsque le détenu est extrait de l'établissement pénitentiaire pour bénéficier en milieu libre d'une consultation. Dans ce cas, les personnels pénitentiaires ou les policiers chargés de sa garde ont les plus grandes réticences à quitter des yeux le détenu

même pendant les consultations médicales. Cette logique sécuritaire, compréhensible par le risque d'évasion qui peut être réel, ne devrait pourtant s'appliquer selon les termes même du Code de procédure pénale qu'à certains détenus particulièrement signalés et dangereux. En pratique, ce n'est pas le cas et cette intransigeance des forces de l'ordre ou des surveillants pénitentiaires entraîne deux conséquences : d'une part, des violations flagrantes du secret professionnel constituant autant d'entraves à la dignité de l'individu et au principe du colloque singulier entre le médecin et son patient, d'autre part, des tensions fréquentes entre les personnels hospitaliers et les forces de police.

Le cas du détenu hospitalisé apparaît encore plus dérogatoire dans la mesure où de nombreux principes de la Charte du patient hospitalisé ne s'appliquent pas à lui. C'est notamment le cas de toutes les dispositions prévoyant que l'intimité du patient doit être préservée ainsi que sa tranquillité ; de même le respect de la confidentialité des informations qui le concernent est bien difficile à garantir dans la mesure où, systématiquement et pendant toute la durée de l'hospitalisation, des policiers assurent la garde jour et nuit (sauf exceptions de permissions de sortir pour hospitalisation qui demeurent encore actuellement trop rares).

Sur un plan soignant en revanche, le détenu hospitalisé ne reçoit des soins qu'après information et obtention d'un consentement libre et éclairé. Cela n'exclut pas que certaines situations compliquées conduisent les praticiens à se retrouver au centre d'enjeux dépassant largement la relation soignant/soigné : c'est le cas des grèves de la faim prolongées pour lesquelles la tentation est grande de voir jouer au médecin le rôle d'arbitre, voire de décideur en hospitalisant, au besoin sans son consentement, le détenu. De telles pratiques, si elles sont condamnables et font l'objet de recommandations très fermes de la part du Conseil national de l'Ordre, n'en posent pas moins au quotidien des débats éthiques aux praticiens qui exercent en milieu carcéral.

#### Des professionnels hospitaliers en majorité peu sensibilisés, voire réticents

La loi suppose des correspondants hospitaliers pour accueillir les patients. C'est là une réelle avancée de la réforme, dans la mesure où l'hôpital de rattachement devient le partenaire naturel pour l'essentiel des soins non réalisables à l'intérieur des murs, hormis les

[suite, références et fin page 52](#)

# Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroïsonnement

**Président de cour d'assises, Alain Blanc salue le décroïsonnement qui a suscité la réforme des soins en milieu carcéral et propose de l'élargir à d'autres professionnels : sociologues, psychologues et travailleurs sociaux, notamment pour le traitement de la délinquance sexuelle.**

**Alain Blanc**  
Conseiller à la cour d'appel de Paris,  
président de cour d'assises

**A**vant 1983, dans les prisons, les choses se présentaient, en ce qui concerne la santé des personnes détenues, comme dans les autres domaines : le ministère de la Justice assurait tout et était responsable de tout, y compris des carences en hommes et en équipements. Les médecins et les infirmières relevaient de l'administration pénitentiaire, qui mettait à disposition de ces volontaires des moyens inadaptés et vétustes. Pour sortir de cette situation de misère, mais surtout choquante au regard des droits des personnes momentanément détenues, il a fallu que soit posé un principe général, celui dit du « décroïsonnement » selon lequel toute prestation ou tout droit ne relevant pas de la Justice doit être assuré et garanti en prison par le ministère et les professionnels qui en ont la charge en milieu libre. Ce qui, finalement, n'était que la déclinaison du principe posé en 1974, après les révoltes dans les prisons, par le jeune président Giscard d'Estaing : « *la prison, c'est la privation de la liberté et rien d'autre* ». Certes, la psychiatrie avait initié le processus, avec la circulaire du 30 septembre 1967 qui créait les centres médico-psychologiques au sein des prisons. Mais ces structures dépendaient encore de l'administration pénitentiaire.

## **Les luttes pour un nécessaire décroïsonnement**

On le sait — ou bien on l'a oublié —, c'est une intersyndicale de travailleurs sociaux, de médecins, de psychiatres, d'infirmiers, de magistrats et d'enseignants, avec quelques bénévoles militants, regroupés dans la Coordination syndicale pénale qui, dès 1980, avait posé les principes de ce décroïsonnement, à la

suite de plusieurs scandales liés en particulier à l'état du dispositif sanitaire, mais aussi à la suite d'une réflexion sur l'état de droit en prison dans les domaines de la formation, de la culture ou plus généralement de certaines pratiques autoritaires de l'administration pénitentiaire.

Cette réforme a été initiée en 1983 par celle à qui on la doit : Myriam Ezratty, que Robert Badinter venait de nommer à la Direction de l'administration pénitentiaire. Magistrat, elle avait passé plusieurs années au cabinet du ministre de la Santé, Simone Veil — elle-même magistrat — et posé la première pierre de la réforme : les décrets du 26 janvier 1983 et du 2 février 1984 qui transféraient la charge de l'inspection des services de santé des prisons à l'Inspection générale des affaires sociales. Le reste a suivi, au rythme de toutes les réformes de structure de l'État. Mais ce ne fut pas simple. Non pas à cause de la complexité des textes ou des alternances politiques, mais parce qu'en dehors de la plupart des professionnels de santé intervenant en prison, et, il faut le souligner, de quelques directeurs d'hôpitaux militants de la santé publique, pour le ministère de la Santé et l'assurance maladie cette réforme a longtemps représenté surtout des charges nouvelles. De mon poste de l'époque, j'ai d'ailleurs constaté la même réaction au ministère de la Culture, quand le directeur du Livre d'alors, Jean Gattegno, expliquait aux bibliothécaires et responsables de la lecture publique qu'ils devaient travailler aussi avec la prison où se trouvaient des personnes ayant de considérables besoins de lecture qu'il appartenait au service public de satisfaire.

Il faut le dire aussi : je ne suis pas sûr que

cette réforme aurait abouti si l'irruption du VIH n'avait pas fait prendre conscience à l'opinion que, mal soignés, les détenus faisaient courir à leur sortie de prison un risque sanitaire à toute la population.

### Une mobilisation et une confrontation positives

Président d'assises aujourd'hui, quelles leçons ai-je tirées de ces années pendant lesquelles j'ai participé à la mise en œuvre de cette réforme à la direction de l'Administration pénitentiaire, entre 1985 et 1995 ?

J'ai appris pendant ces années-là ce qu'il en était de ce que l'on pourrait appeler l'art ou la mesure du possible : une telle réforme de structure, de bon sens et conforme à l'intérêt de tous puisque relevant de la santé publique a exigé, pour être menée à bien, du temps, de l'intelligence et des énergies exceptionnelles. De la part de hauts responsables — je pense ici, entre autres, au professeur Guy Nicolas, mais aussi à la passion communicative qui a animé des directeurs d'hôpitaux dont Guy Bezzina, et Gérard Vincent à la tête de la direction des Hôpitaux — des médecins, des directeurs d'établissement pénitentiaire sans l'enthousiasme et la conviction desquels rien n'aurait abouti.

S'agissant de la capacité des institutions à se réformer, j'ai acquis la conviction qu'une institution évolue difficilement grâce à ses seules forces internes. Dans cette affaire de la santé en prison, outre un environnement social et politique « progressiste », il a fallu la conjonction de quelques médecins et magistrats militants, mais aussi, pour reprendre la formule de Daniel Defert, le contexte dramatisant du sida « réformateur social » pour que leurs administrations de tutelle et les politiques se mobilisent. Je ne sais pas ce que leur investissement dans les prisons a pu changer pour les hôpitaux, mais je sais combien la présence de ces derniers dans les prisons a contribué non seulement à améliorer la santé et l'éducation sanitaire des personnes détenues, pour le bien de tous, mais, au-delà, à faire en sorte que l'administration pénitentiaire se recentre sur ses missions propres et se « détende » en acceptant que, dans ses murs, d'autres institutions fonctionnent dans le respect de normes et de logiques autres que les siennes.

D'une certaine manière, c'est aussi à cette confrontation positive que sont invités les juges, les services pénitentiaires et les médecins depuis la création par la loi du 17 juin 1998 de la peine de suivi socio-judiciaire qui impose

des soins obligés<sup>1</sup> aux auteurs reconnus de délits ou de crimes sexuels.

Mon expérience du travail avec les équipes soignantes intervenant en milieu carcéral n'est sans doute pas étrangère à mon souci de considérer l'audience comme un moment à partir duquel le sens et la portée de la condamnation peuvent être déterminants pour l'accusé, et donc aussi pour son environnement. C'est ce qui m'a amené à élaborer, avec mes collègues et les services pénitentiaires de la région parisienne, un canevas de rapport sur la situation en détention de chaque accusé détenu, à propos duquel, auparavant, n'étaient fournies à l'audience que les informations de type disciplinaire. Et à saisir parfois l'administration pénitentiaire, après le procès, de ce que la cour a pu constater à l'audience et qui peut être de nature à définir les modalités d'une prise en charge adaptée pour le condamné, en particulier quand des problèmes de santé ou des difficultés d'ordre psychologique sont apparus à l'audience.

### Les améliorations à poursuivre

Toutes les étapes de la réforme résultant de la loi du 18 janvier 1994 m'ont donné le goût du recours au croisement des disciplines et des savoirs pour comprendre non seulement les accusés ou les victimes, mais aussi les éléments de contexte susceptibles d'expliquer le crime et tenter de ne pas en aggraver les conséquences par une sanction inadaptée. À cet égard, il reste, je crois, beaucoup à faire : je me bornerai ici à lister les quelques questions « santé/justice » qui me paraissent prioritaires vues au bout de trois années de pratique des cours d'assises.

Si le dispositif sanitaire dans les prisons a été transformé, il reste que les besoins de santé (à ne pas confondre avec les demandes qui n'émanent que de ceux, très minoritaires, qui sont conscients de leurs besoins) des personnes détenues demeurent considérables et attestent que c'est en amont que des politiques de santé et d'éducation sanitaire doivent être menées de manière volontariste à l'égard des publics les plus défavorisés.

Une bonne partie des accusés, et surtout ceux dont les procès n'intéressent pas la presse sauf si les faits ont un caractère spectaculaire, relèvent, au sens large, de soins psychiatriques. C'est une question récurrente, pertinemment actualisée récemment par le

D<sup>r</sup> Cyrille Canetti<sup>2</sup>, de savoir si les prisons ne sont pas devenues le lieu de soins privilégié des malades mentaux asociaux.

### Les questions posées par la délinquance sexuelle

Le contentieux de la délinquance sexuelle tel qu'il est actuellement traité par la justice — juridictions et services pénitentiaires — avec les médecins experts ou soignants pose plusieurs problèmes.

Un premier, d'ordre quantitatif : en 1984, un arrêt d'assises sur quatre concernait un viol. En 2001, on est passé à un sur deux (au cours de ma dernière session d'assises à Melun, les cinq dossiers étaient des affaires de viol). Selon les analyses du ministère de la Justice, le quantum moyen des peines d'emprisonnement est passé, pendant la même période, de 2,6 à 4 années d'emprisonnement ferme. Au 1<sup>er</sup> janvier 2001, 7 101 hommes étaient détenus pour des faits de viols, contre 1 451 en 1984<sup>3</sup>. À cela, il convient d'ajouter que le Parlement examine actuellement un projet de loi qui prévoit de porter le délai de prescription pour viol, qui est actuellement de 10 ans après la majorité de la partie civile, à 30 ans. Ce qui est de nature à accroître encore le nombre des affaires de ce type. Sommes-nous préparés à y faire face ?

Un second, concernant l'approche du phénomène : si l'on ne peut que constater aux audiences à quel point les souffrances révélées à l'occasion des procès consécutifs aux plaintes sont lourdes, on peut aussi se demander si l'approche exclusivement médicale qui est aménagée dans le cadre du traitement judiciaire est toujours pertinente : mon expérience de trois années aux assises m'a amené à constater que 80 % des affaires de viols relevaient plus d'une violence sexualisée que d'une pathologie de la sexualité : ce qui est en cause dans la plupart des dossiers, quel que soit l'âge de l'accusé, ce sont les carences éducatives, l'incapacité à respecter le désir ou les droits d'autrui, le rapport à la loi, toutes données qui, que je sache, ne relèvent d'aucune pathologie particulière mais plutôt d'un défaut de socialisation. Ce constat rejoint d'une certaine manière, me semble-t-il, les analyses de Claude Balier<sup>4</sup>

suite et fin page 53

2. Cf. « Vers la carcéralisation de la santé mentale », *Libération* du 19 janvier 2003.

3. Pierre Tournier in *Les soins obligés*, op. cit. p. 206.

4. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, PUF, 1999.

1. Cf. *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Actes du colloque organisé par l'Association Française de criminologie, Dalloz 2002.

# La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire

Après un « choc culturel » aussi bien pour les services pénitentiaires que pour les services hospitaliers, la réforme de 1994 a instauré une collaboration permettant une meilleure prise en charge sanitaire des détenus.

**Marc Allaman**

Directeur du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes

Depuis la promulgation de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont transférées au service public hospitalier, y compris dans les établissements à gestion mixte pour lesquels la prise en charge a eu lieu au cours des quatre premiers mois de l'année 2001 lors de la reconduction des marchés de prestations de services avec les groupements privés.

Cette réforme fondamentale constitue une des pierres angulaires d'une politique de décloisonnement menée dans le domaine de la réinsertion par l'administration pénitentiaire et entamée depuis plus de dix ans dans celui plus particulier de la santé.

## L'organisation du dispositif

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1994, toute personne détenue est obligatoirement affiliée à l'assurance maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale à compter de la date de son incarcération. L'État doit acquitter les cotisations sociales correspondantes et financer également la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie : le ticket modérateur pour les soins lors des consultations et hospitalisations, et le forfait journalier lors des hospitalisations. Les ayants droit des détenus français et des détenus étrangers en situation régulière bénéficient également des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), qui est une unité fonctionnelle d'un service hospitalier, est implantée dans chaque établissement pénitentiaire.

Les soins, tant somatiques que psychiatriques, sont pratiqués par des équipes pluridisciplinaires de l'hôpital. Au plan local, cette organisation nouvelle est formalisée au travers d'un protocole, signé par le directeur de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'hôpital, sous l'égide des autorités régionales sanitaires et pénitentiaires.

La charge de l'organisation des soins aux détenus est financée par les budgets des hôpitaux principalement et, en partie, à partir des cotisations sociales versées chaque année par le ministère de la Justice pour l'ensemble de la population pénale et du montant des frais non pris en charge par la Sécurité sociale, versé par le ministère de la Justice aux hôpitaux au titre du remboursement du ticket modérateur et du forfait journalier. Parallèlement, l'administration pénitentiaire assure le financement de l'aménagement ou de la rénovation des locaux sanitaires (UCSA et SMPR) des établissements pénitentiaires, la sécurisation des chambres destinées à l'hospitalisation des personnes détenues en milieu hospitalier et les travaux de sécurisation des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

Ce dispositif vient d'être complété par les dispositions de la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, en son article 48, qui prévoit la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Ces structures nouvelles doivent permettre l'hospitalisation complète pour troubles mentaux, avec ou sans consentement.

Il devrait ainsi être mis fin à l'hospitalisation (complète) en SMPR, et toute personne détenue atteinte de troubles mentaux

nécessitant une hospitalisation complète sera hospitalisée dans les unités de santé créées par la loi, avec ou sans son consentement ; les SMPR recentreront donc, à terme, leur mission sur les soins ambulatoires.

### Le choc des cultures

La loi du 18 janvier 1994 a constitué une double révolution culturelle pour deux services publics.

Pour le service public pénitentiaire, habitué à tout contrôler en détention, à tout savoir sur la personne placée sous main de justice, bref à avoir un œil « totalitaire » sur le fonctionnement de son univers.

Pour le service public hospitalier, pour lequel la liberté de prescrire, le choix du praticien, un secret médical absolu, donc non partagé, peut s'accommoder difficilement des contraintes de sécurité inhérentes au bon fonctionnement de la prison.

Et pourtant, il convient de souligner, d'une manière générale, la pleine adhésion des services pénitentiaires et hospitaliers aux principes de la réforme et leur forte implication dans sa mise en œuvre.

Ce partenariat a permis d'instituer un nouveau partage des responsabilités impliquant des liens étroits entre ces services — elle nécessite cependant le respect réciproque de deux déontologies, l'une pénitentiaire qui privilégie le contrôle social sur le groupe, l'autre médicale qui place l'individu au centre des préoccupations.

### Le constat

Force est de constater qu'une bonne collaboration s'est progressivement instaurée, permettant une meilleure prise en charge du détenu patient.

Cette amélioration s'est traduite par une augmentation de la présence médicale et para-médicale.

De fait, c'est du personnel infirmier que dépendent, en grande partie, les avancées de la santé en prison.

Personnage central de l'activité de soins, l'infirmier est présent sur place pendant des plages horaires plus étendues que le médecin. Plus disponibles, plus proches des détenus, ces personnels entretiennent avec les surveillants, et plus particulièrement ceux en charge des UCSA, des rapports quotidiens dont la qualité facilite la compréhension des obligations et des servitudes de chacun.

Interface précieuse entre le monde de la santé et les impératifs de sécurité, entre les détenus et les surveillants, l'infirmier est

souvent en capacité d'écoute et d'analyse des démarches, un élément de soutien de la santé physique et morale des détenus.

Car en prison, la demande de soins est beaucoup plus pressante qu'à l'extérieur.

La médiocrité de l'état de santé à l'entrée, notamment en maison d'arrêt, donne une explication partielle de cette différence. Mais une bonne part de cette demande va bien au-delà de la plainte pour « petit bobo » (céphalée, trouble digestif...) : le recours à l'UCSA est en fait, de la part du détenu, une demande de contact, un besoin de parler en confiance, d'attirer l'attention. Parallèlement les « exigences » des détenus vont croissant au fur et à mesure que se développe la notion de « droit à la santé ». Cette revendication doit être gérée avec beaucoup d'attention, la qualité de l'écoute étant dans un nombre de cas plus importante que le nombre de comprimés prescrits, même si la demande de médicaments confine parfois au « mini-chantage » dont certains détenus sont coutumiers.

Nombreux sont ceux, en effet, qui sont en appétit de « cachets » pour les aider à supporter les conditions souvent difficiles de la vie carcérale.

Mais, comme le soulignait le Dr Pierre Pradier dans un rapport commandé en 1999 par le garde des Sceaux et le ministre de la Santé, « *il n'existe pas de pilule du bonheur* ».

Les soignants qui exercent en milieu pénitentiaire doivent savoir aussi dire non, un non parfois difficile, mais un non qui doit être un « acte pédagogique ».

### Les relations surveillants-soignants

Elles sont essentielles au bon fonctionnement de la prise en charge des détenus. Si globalement existent de bons rapports personnels, demeurent parfois des difficultés à avoir une communauté de vues sur les décisions à prendre, liées à la différence de leur formation respective à la nature de leur activité au quotidien, aux approches dissemblables des détenus.

Les soignants sont parfois désarçonnés devant des comportements déviants : ils vivent souvent mal la violence institutionnelle. Les surveillants, quant à eux, sont désireux parfois qu'une caution médicale vienne conforter ou se substituer à une mesure disciplinaire.

De surcroît, l'intervention de nombreux personnels extérieurs a fait que les surveillants, qui étaient jusqu'alors les intermédiaires obligés, voient leur rôle se rétrécir à celui de « porte clés ». Alors même que ces derniers ont un niveau de recrutement plus élevé,

cette amélioration du recrutement est vécue à travers une sensible restriction des domaines d'intervention de ces personnels.

Ce n'est que grâce au travail obstiné mené à l'échelon local à travers des participations communes et croisées que l'on évitera l'instrumentalisation des uns par les autres.

### Des améliorations à conduire

Au-delà des soins, l'engagement d'une véritable politique de prévention et d'éducation pour la santé de la population pénale paraît déterminant pour l'avenir.

L'éducation pour la santé relève de la mission confiée aux équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire, mais elle ne s'inscrit efficacement auprès des personnes détenues que si elle est portée par une démarche conjointe avec les services pénitentiaires. L'objectif est de responsabiliser la personne détenue vis-à-vis de sa santé et de favoriser sa réinsertion ultérieure.

Des formations sur site en direction des professionnels sanitaires et pénitentiaires ont été mises en place afin d'aider à l'élaboration de véritables programmes annuels d'éducation pour la santé. On assiste à cet égard actuellement à une véritable mobilisation des établissements pour intégrer cette problématique pluri-institutionnelle, tant il est vrai que les « usagers » de la prison font très souvent preuve d'une méconnaissance des notions les plus élémentaires d'hygiène. L'inculture sanitaire de l'immense majorité des détenus impose de mettre en œuvre des programmes pédagogiques adaptés.

Le second volet de la réforme du système de santé en prison concerne la détermination d'un schéma national d'hospitalisation.

Si les principes fixés par les textes répondent globalement aux besoins exprimés dans ce domaine, la difficulté majeure aujourd'hui réside dans la répartition des fonctions entre les services pénitentiaires et les services de police et de gendarmerie, s'agissant de la garde des détenus hospitalisés. Même si les orientations et décisions sont annoncées, leur mise en œuvre au quotidien est encore aujourd'hui une source de tensions au niveau local, qui ne peuvent être traitées que globalement par des moyens humains et financiers à la hauteur de cette mission.

Deux sujets cependant sont une source d'insatisfaction, tant pour les services médicaux que pénitentiaires.

Les soins dentaires d'abord, qui constituent un véritable point noir dans l'organisation des

suite et fin page 53

# La psychiatrie dans l'univers carcéral

**Le nombre de malades mentaux incarcérés augmente. D'une part la prison génère des troubles psychiques et, d'autre part, on y enferme des personnes souffrant de graves troubles. La prison doit ainsi prendre en charge un problème qui la dépasse et pour lequel elle n'est pas conçue.**

**Cyrille Canetti**  
Psychiatre,  
SMPR de Fleury-Mérogis

Si de tout temps la prison a abrité les malades mentaux, l'entrée de la psychiatrie dans l'univers carcéral date de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et la notion de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est beaucoup plus récente. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, les maisons de force et les dépôts de mendicité accueillent les insensés. Le Code civil voit le jour en 1804. Le Code pénal lui fait suite en 1810. L'époque est aux réformes. Pinel déclare que les aliénés «*loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante*». Pinel et Esquirol révolutionnent le concept de maladie mentale, le fou devient un malade susceptible de recevoir des soins. Esquirol souhaite une loi établissant un système d'assistance et remplaçant le système d'exclusion. L'isolement devient un moyen thérapeutique et non plus l'arme de la répression. La loi de 1838 sur l'internement s'inscrit dans une démarche d'aide au malade mental. L'article 64 de l'ancien Code pénal permet d'orienter les déments irresponsables vers les asiles psychiatriques. En quelques décennies la psychiatrie est née, elle revendique ses fous.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les psychiatres font leur entrée en prison en tant qu'experts. Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre mondiale pour que la notion de soins à dispenser aux malades mentaux incarcérés voie le jour. En 1967, les centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) sont institués, mais le personnel médical reste soumis à l'autorité de l'administration pénitentiaire. Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dont la tutelle est transférée au ministère de la Santé sont créés en 1985 et voient leurs

missions définies dans l'arrêté du 14 décembre 1986 (voir encadré page 26).

## **La prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire**

Deux principes de base sont à rappeler pour appréhender le fonctionnement des soins en milieu pénitentiaire. Premièrement, le secret médical est applicable en prison comme partout ailleurs et les contrevenants s'exposent à des sanctions prévues dans le Code pénal. Deuxièmement, toute prise en charge sanitaire est soumise au consentement du détenu. Les soins psychiatriques sous contrainte sont régis par la loi du 27 juin 1990 du Code de la santé publique et seuls les établissements hospitaliers régis par cette loi sont habilités à recevoir des individus présentant des troubles mentaux et non consentants à leur prise en charge. La confusion est souvent faite avec l'obligation de soins ou la loi de suivi socio-judiciaire concernant les auteurs d'agressions sexuelles. Dans ce cadre, l'individu qui refuse de se soumettre aux soins imposés à l'extérieur s'expose à des sanctions pénales.

Lorsque les psychiatres constatent chez un détenu opposant une pathologie nécessitant une prise en charge, ils ont l'obligation de recourir comme à l'extérieur à une hospitalisation d'office réalisée par arrêté préfectoral. Ces hospitalisations se font dans des secteurs classiques de psychiatrie ou dans des unités pour malades difficiles en fonction de la dangerosité psychiatrique ou criminologique du détenu. Naturellement, face à des situations de crise, des mesures d'urgence visant à assurer la sécurité du personnel, de la population pénale ou du détenu lui-même peuvent être

prises, mais elles doivent se solder par une hospitalisation d'office si le patient continue de s'opposer aux soins.

Dans la majorité des cas, la prise en charge des détenus se fait à leur demande. Ils ont accès aux soins par l'intermédiaire du courrier intérieur. Parfois les détenus nécessitant des soins sont repérés lors de l'entretien d'accueil, d'autres fois ils sont signalés par un membre de l'UCSA (équipe médicale chargée des soins somatiques), de l'administration pénitentiaire, des services sociaux ou par tout autre intervenant extérieur. Dans ce cas, ils sont convoqués à l'infirmerie. Lorsque le comportement à l'origine du signalement ne représente pas un danger pour autrui ou pour eux-mêmes, leur refus de se rendre au rendez-vous est accepté, dans le cas contraire, à titre exceptionnel, une visite en cellule peut être organisée afin de juger de la nécessité de mettre en place une hospitalisation d'office.

De façon générale, les consultations ont lieu à l'infirmerie. Elles peuvent donner lieu à une prescription médicamenteuse et les détenus se voient distribuer leur traitement en cellule de façon quotidienne ou bi hebdomadaire en fonction de leur capacité à gérer leur traitement de manière responsable. Certains SMPR disposent d'une unité de soins constituée de cellules mises à leur disposition par l'administration pénitentiaire. Ces unités, appelées abusivement unités d'hospitalisation, permettent la prise en charge de patients consentant aux soins et nécessitant une prise en charge plus intensive ou ayant, du fait de leur pathologie, des difficultés à s'intégrer à la vie en détention classique. Si la présence de soignants est renforcée au sein de ces unités, le régime pénitentiaire prime sur le régime sanitaire.

Enfin, un certain nombre de consultations ont lieu au quartier disciplinaire ou à l'isolement. Les psychiatres s'y rendent soit à la demande des détenus qui y sont placés, soit sur signalement de l'UCSA ou de l'administration pénitentiaire. Ils ont alors la possibilité de rédiger un certificat s'ils estiment que l'état de santé du détenu est incompatible avec l'application de la sanction.

### Malades mentaux incarcérés : une population en constante augmentation

Certaines enquêtes récentes font état d'un pourcentage alarmant de détenus présentant des troubles mentaux. Par ailleurs, tous les intervenants en milieu pénitentiaire s'accordent à dire que la population des malades

mentaux incarcérés augmente au cours des années et que les pathologies lourdes et ingérables sont de plus en plus représentées, mettant en grande difficulté les agents de l'administration pénitentiaire. Il semble que la proportion inquiétante des troubles mentaux repérés chez les détenus relève au moins de deux phénomènes. D'une part la prison génère de la folie, d'autre part la société enferme ses fous.

#### La prison produit ses fous...

On peut distinguer deux sous-catégories de troubles mentaux engendrés par la prison. D'une part, les troubles qualifiés de réactionnels regroupent dépression, anxiété, insomnie, voire agitation ou épisode délirant et sont consécutifs, soit directement à l'enfermement, soit à la rupture qu'il occasionne soit encore à l'acte à l'origine de l'incarcération. D'autre part, les troubles qui relèvent du défaut d'interaction avec l'environnement. En effet tout individu se situe sur un axe entre normalité et folie, plus ou moins près de l'une ou de l'autre extrémité. Une interaction permanente sur l'environnement permet d'aménager le quotidien pour le rendre plus supportable. Fermer la fenêtre quand il fait froid ou l'ouvrir quand cela sent mauvais à l'intérieur, téléphoner à un proche lorsque la solitude se fait sentir, allumer une cigarette ou fouiller dans le frigidaire quand le sommeil ne vient pas, c'est faire face aux contrariétés plus ou moins importantes en interagissant avec l'extérieur et préserver son équilibre psychique. En prison, la situation est tout autre : toute interaction avec l'extérieur se heurte au cadre qu'imposent à la fois le régime de l'enfermement et la promiscuité. Lorsque l'air est irrespirable en cellule, il faut l'accord de celui qui a le statut de caïd pour ouvrir la fenêtre. De même pour la fermer quand il fait froid. Il n'est pas possible de faire appel à un proche lorsque la solitude se fait sentir et il est difficile d'allumer la lumière ou de bouger dans la cellule quand les établissements sont surpeuplés comme ils le sont et qu'une cellule prévue pour une personne est occupée par trois. On imagine dans ces conditions combien il peut être difficile de gérer les contraintes carcérales et *a fortiori* l'annonce d'une mauvaise nouvelle telle qu'un deuil ou une rupture. Le caractère immuable du contexte carcéral engendre ainsi dépression, anxiété, délire, agitation, voire passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

Par ailleurs l'enfermement interdit la gestion du temps et de l'espace également indispen-

sable à l'équilibre mental. Cette incapacité à intervenir sur le temps et l'espace place les détenus dans une position de passivité. D'où les réactions parfois si violentes traduisant une réelle souffrance face à une promesse non tenue (qu'elle émane de l'extérieur ou de l'intérieur) ou à un courrier resté sans réponse (il faut rappeler que toute sollicitation en prison, qu'il s'agisse d'une entrevue, d'un travail ou d'un soin, passe par un courrier). Ainsi, le simple fait d'informer les détenus de la date de leur consultation fait considérablement diminuer les automutilations considérées souvent comme l'ultime recours pour avoir le sentiment d'être entendu et par conséquent d'exister. Et de même qu'il n'était pas rare que des états prépsychotiques décompensent lors de l'incorporation à l'armée, la prison par le cadre de vie rigide et non aménageable qu'elle impose déstabilise un certain nombre d'états pré-pathologiques que la souplesse de l'environnement permettait de contenir. Et plus le cadre est rigide, plus il fait basculer dans la maladie ces personnalités fragiles. Le quartier disciplinaire est ainsi un gros pourvoyeur de décompensations pathologiques. Le nombre de suicides qui s'y produisent en atteste.

#### ... La société y envoie les siens

Si la prison génère ses fous, la société y envoie les siens. On voit en effet de plus en plus souvent arriver en détention des individus qui de toute évidence devraient bénéficier davantage d'une hospitalisation que d'une incarcération. On peut voir différentes explications à ce phénomène.

D'une part, depuis quelques années, les victimes ont fait leur apparition dans le système triangulaire de la justice qui mettait jusqu'alors en jeu l'accusateur, le juge et l'accusé et qui avait pour fonction de restaurer la souveraineté de l'ordre public. Peu à peu, l'idée a fait son chemin que le procès est indispensable pour effectuer un travail de deuil. Par conséquent, que l'auteur soit malade mental ou sain d'esprit ne change rien, il faut qu'il y ait, en vue de la réparation, condamnation. Il est ainsi question de faire comparaître pour un « simulacre » de procès les malades pour lesquels un non-lieu est prononcé. Et l'on ne peut s'empêcher de penser que certaines condamnations ont pour seule fonction la réparation des victimes. Certes, les procès ont parfois des vertus thérapeutiques pour les victimes, mais faut-il rappeler que le rôle de la justice est de dire la loi et non de soigner ?

Par ailleurs, de plus en plus d'experts ima-

ginent que la condamnation et l'incarcération du malade mental ont des vertus thérapeutiques ; ils concluent alors à une altération et non à une abolition du discernement au moment des faits (c'est la différence entre les deux alinéas de l'article 122-1 du Code pénal). Ainsi le nombre de non-lieux prononcés en dix ans a été divisé par cent. On ne demande pourtant pas non plus aux experts de soigner l'auteur des faits, mais d'établir son degré de responsabilité.

Pire encore, la constatation d'une atténuation du discernement devrait entraîner une plus grande clémence de la part des juges, or on assiste généralement au prononcé d'une peine plus sévère que si l'individu avait été considéré sain d'esprit. En effet, les attentes sécuritaires de la société ainsi que l'idée que les hôpitaux psychiatriques ne remplissent plus leurs missions aboutissent à la condamnation plus lourde des malades mentaux.

Ensuite les procédures de comparution immédiate, dont le champ d'application a été récemment étendu, entraînent également l'incarcération de bon nombre de malades mentaux, soit parce que leur trouble n'est pas apparu au tribunal, soit parce que les

juges ont de plus en plus le sentiment que l'on peut être soigné en prison de la même façon qu'à l'extérieur.

Enfin la politique des secteurs de psychiatrie, la réduction du nombre de lits dans les services, le courant de fermeture des hôpitaux psychiatriques au profit de petites structures au sein des villes, celui d'intégration des services hospitaliers au sein des hôpitaux généraux et la volonté des psychiatres de ne plus s'occuper que des patients consentants ont pour conséquence de diminuer la durée des séjours hospitaliers et *a fortiori* celle des soins sous contrainte. Toute une population de malades mentaux se retrouve donc à la rue. Il ne lui reste comme moyen de subsistance que la délinquance, qui la conduit tout naturellement en prison.

Il va de soi que les agents pénitentiaires ne sont pas formés pour prendre en charge une telle population et que, face aux désordres qu'engendrent certaines pathologies, l'administration pénitentiaire n'a parfois d'autre recours que le quartier disciplinaire tant pour protéger les malades que leurs codétenus et le personnel de surveillance.

Les gouvernements successifs tentent d'ap-

porter une réponse aux difficultés qu'entraîne cette augmentation de la population malade mentale incarcérée, par exemple en créant des unités d'hospitalisation aménagées, sortes d'hôpitaux-prisons. Pourtant la vraie question n'est pas de savoir comment soigner les fous en prison, mais comment faire pour qu'ils n'y entrent pas.

Henri Ey déclarait : « *La maladie mentale sous toutes ses formes et à tous ses degrés constitue essentiellement une pathologie de la liberté où, par l'impossibilité d'accéder à un empire suffisant sur soi-même, ou par la force de l'inconscient qui pèse de tout son poids dans la détermination des actes et des sentiments, le malade mental est anormalement enchaîné au fond de lui-même* ».

À ce titre, on peut se demander si la société, en envoyant ses fous derrière les barreaux et en pénalisant la maladie mentale, n'applique pas une fois encore le principe de la double peine. #

---

### Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

suite de la page 45

hospitalisations de plus d'une journée. Une dynamique médicale peut ainsi se créer.

Mais les hôpitaux ne sont pas (toujours) prêts à recevoir ces malades particuliers qui, pour être des patients comme les autres, n'en sont pas moins, aux yeux de beaucoup, des individus dangereux perturbant le fonctionnement habituel de l'hôpital, par les mesures spéciales d'accueil ou les circuits particuliers qu'il peut être indispensable de mettre en place. Le malade détenu est avant tout un détenu malade pour la majorité. C'est une dimension qui prendra encore du temps : le service public hospitalier doit s'organiser pour être au service de tous, sans exception.

Ces quelques exemples illustrent la difficulté qui demeure pour respecter au quotidien le principe fondamental énoncé d'un accès des détenus aux mêmes soins que la population

libre. L'Ordre des médecins a rappelé que « *les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale* » [5]. Les principes sont clairement posés. C'est en revanche l'exercice de ces différents droits qui n'est, soit pas total, soit rendu complexe par les habitudes ou les résistances de ceux dont les missions premières ne sont pas de soigner, mais aussi parfois de ceux dont c'est la mission.

Pouvoir être soigné selon l'état de l'art médical, pouvoir choisir son médecin et entretenir avec lui une relation de confiance sont des droits dans notre pays. Située à l'intersection de plusieurs logiques policières, judiciaires et médicales, la prison est un lieu

de tension permanente et de confrontation d'acteurs aux objectifs divergents. Porter une attention à l'homme malade, indépendamment de son statut de détenu, reste encore aujourd'hui un combat qui n'est pas gagné. #

---

### Références

1. Mouquet M.-C., Dumont M., Bonnevie M.-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : Drees, *Études et résultats*, janvier 1999, n° 4.
2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
3. Chodorge G., Nicolas G., Colin M., Fuchs D. *Santé en milieu carcéral*. Paris : Haut Comité de la santé publique, 1993.
4. Recommandation R 98-7 du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe sur la santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998).
5. Hoerni B. et al. *Rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire* ; CNOM, 1996.

## Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement

suite de la page 47

qui a tant fait pour contribuer à repenser l'approche de cette question à partir de son travail à la maison d'arrêt de Varcès Grenoble. À cet égard, il est encore trop tôt pour faire le bilan de la mise en œuvre de la peine de suivi socio-judiciaire instituée par la loi du 17 juin 1998 : les décrets d'application ont tardé, et tous les rouages du dispositif ne sont pas encore en place sur l'ensemble du territoire. Mais il est temps de se fixer des échéances dans ce domaine tant au niveau national qu'au niveau des secteurs psychia-

triques et des juridictions, conformément à l'une des préconisations de la conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001 sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle tendant à la création de « réseaux santé justice intersectoriels organisés par bassin de vie » et rappelant la tradition de la collaboration entre magistrats et médecins depuis la loi du 30 juin 1838. J'y ajouterai pour ma part la nécessité de travailler ces sujets avec les tenants de disciplines autres que le droit ou la médecine : sociologie,

psychologie et travail social en particulier, même si, dans ces domaines comme dans d'autres qu'ont à connaître les cours d'assises, on attend beaucoup des suites données par le ministre de la Santé aux conclusions des derniers États-généraux de la psychiatrie<sup>5</sup> concernant l'état de la santé mentale de la population générale. #

5. Cécile Prieur. « Un rapport préconise 140 pistes de réforme pour sortir de la psychiatrie en crise », *Le Monde* daté du 7 octobre 2003.

## La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire

suite de la page 49

soins et qui méritent l'attribution de moyens supplémentaires conséquents. En effet, l'état bucco-dentaire des entrants en primo-incarcération est véritablement désastreux : caries multiples, soins commencés puis abandonnés, édentés partiels ou sub-totaux sont la marque d'un décrochage de liens sociaux.

Plus préoccupante encore est l'importance du nombre de personnes détenues souffrant de troubles mentaux, sa persistance et son augmentation ces dernières années.

Un faisceau d'indicateurs témoigne de ce phénomène : augmentation très forte des hospitalisations d'office, résultats de différentes enquêtes des entrants en prison ayant reçu auparavant des soins psychiatriques, persistance d'un nombre important de suicides en détention (122 en 2002), augmentation des agressions subies par les personnels pénitentiaires dont une partie peut être liée à des troubles mentaux ou de l'adaptation, repérage et signalement de nombreux cas de troubles du comportement par les surveillants.

Même si le dispositif a considérablement amélioré la prise en charge des pathologies et troubles mentaux, il se révèle encore insuffisant du fait de l'ampleur des besoins en prison.

Les principales difficultés à cet égard sont les suivantes :

- la possibilité réduite des SMPR d'accueillir les patients en hospitalisation complète du fait du défaut de présence sanitaire et de difficultés d'accès aux établissements pénitentiaires durant la nuit,
- les réticences des établissements de santé à recevoir des personnes détenues en hospitalisation d'office en l'absence de garde statique par les forces de l'ordre,
- l'insuffisance globale des temps d'intervention des secteurs de psychiatrie définis dans les protocoles,
- d'une façon générale, l'évolution des méthodes en psychiatrie a consacré les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment.

Si l'administration pénitentiaire n'est pas compétente pour intervenir dans le champ sanitaire, elle est demanderesse d'une amélioration de l'offre de soins aux personnes détenues, tant du fait de sa mission générale de mise en œuvre de l'accès aux droits en prison, que pour améliorer les conditions de vie et d'exécution des peines fortement

affectées par les nombreux cas de maladies mentales.

Incontestablement, ces dix dernières années sont marquées par une évolution globale positive du dispositif d'offre de soins.

La volonté d'affirmer la primauté du soin, celle de clarifier le plus possible les missions respectives des services publics pénitentiaire et hospitalier, conditions essentielles de nature à prévenir tout risque de confusion préjudiciable aux droits de la personne, sont aujourd'hui une réalité.

Elles prennent toute leur dimension dans le travail pluridisciplinaire sur le terrain et au quotidien des hommes et des femmes qui assurent une mission de service public au service du « public » détenu. #

### bibliographie

- Ce dossier est partiellement issu du mémoire *Le service public hospitalier et la prise en charge sanitaire en milieu carcéral : le rôle des UCSA* (directeur de mémoire : Guy Nicolas) présenté par Geneviève Guérin en 2003 pour le DESS «Analyse et gestion des établissements de santé» (université de Paris 7, faculté de médecine Lariboisière Saint-Louis et université de Paris 6, faculté de médecine Pitié-Salpêtrière ; responsables du diplôme : P<sup>r</sup> Dominique Bertrand et D<sup>r</sup> Pascal Astagneau).
- Colin M, Jean J.-P. « Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables ». *Revue française des affaires sociales* ; 1997, 1 ; 17-29
  - Pradier P. *La gestion de la santé dans les établissements du Programme 13 000 : évaluation et perspectives*. Ministère de la Justice ; 1999, 109 p.
  - Haut Comité de la santé publique. *La santé en milieu carcéral*. Rennes : Ed. ENSP ; 1993 ; 127 p.
  - Lhuillier D. « La santé des détenus et l'enfermement ». *in Espace éthique La lettre* ; 12-13-14 ; 2000 ; 34-38.
  - Mouquet M.-C., Dumont M., Bonnevie M.-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques, 1999 ; 4 ; 10 p.
  - Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires. *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*. Paris ; Inspection générale des affaires sociales ; 2001 ; 196 p.
  - Cassan F, Toulemon L, Kensey A. « L'histoire familiale des détenus ». *Insee Première* ; 706 ; avril 2000 ; 4 p.
  - Hyst J.-J., Cabanel G.-P. *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*. Paris : Sénat, 2000 ; 775 p.  
[www.senat.fr/rap/I99-449/I99-449.html](http://www.senat.fr/rap/I99-449/I99-449.html)
  - Stankoff S., Dhérot J. *Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral*. Paris : direction générale de la Santé ; direction de l'Administration pénitentiaire, 2000 ; 85 p., annexes, 244 p.
  - Coldefy M., Faure P., Prieto N. *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*. Paris : direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des statistiques ; 2002 ; 181 ; 10 pages
  - Désesquelles A. « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur ». *Insee Première* ; 854 ; 2002 ; 4 p.
  - Mermaz L., Floch J. *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises*. Paris : Assemblée nationale ; 2000 ; 893 p.  
[www.assemblee-nat.fr/rap-enq/r2521-1.asp](http://www.assemblee-nat.fr/rap-enq/r2521-1.asp)
  - Feltz F. « Des soins sous contrainte ». *Revue française des affaires sociales* ; 1997 ; 1 ; 85-93.
  - Direction générale de la Santé. *Bilan de la mise en œuvre des protocoles conclus entre les établissements de santé et pénitentiaires dans le cadre de la réforme instituée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994*. 1997 ; 52 p. (non publié).
  - Peyron Ph. « Interface Santé Justice ». *in Actes du 3<sup>e</sup> Congrès national des services médicaux en milieu pénitentiaire* ; 2001 ; 124-127.
  - Hørni B., Balouet P., Benezech M., Dusserre L., Glorion F., Haehnel P., et al. *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*. 1996 ; 6 p.  
[www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/0/e7ec8dfd11212bffc1256a940053a0f0?OpenDocument](http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/0/e7ec8dfd11212bffc1256a940053a0f0?OpenDocument)
  - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. *Enquête sur l'activité des établissements de santé auprès des personnes détenues dans le cadre de la réforme instituée par la loi du 18 janvier 1994*. 1999 ; 104 p. (non publié).
  - Direction générale de la Santé, direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, direction de l'Administration pénitentiaire. *Améliorer la prévention et la prise en charge sanitaire des personnes détenues*. 2002 ; 56 p. (non publié).
  - Morfini H., Feuillerat Y. *Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire*. Paris : ministère de la Santé ; 2001 ; 6 p. (non publié).
  - Remy A.-J., Benhaim S., Khemissa F. *Hépatite C-prison 2000, une enquête nationale de pratiques : résultats d'une étude sur 82 établissements pénitentiaires en France*. Centre hospitalier de Perpignan (service d'hépatogastro-entérologie), Réseau hépatite C de Catalogne et du Pays d'Oc ; 2000 ; 13 p.

### adresses utiles

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées  
<http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de la Justice  
<http://www.justice.gouv.fr>

Collège des soignants intervenant en prison  
<http://www.penitentiaire.com>

Ban public : Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe  
<http://www.prison.eu.org>

Observatoire international des prisons  
<http://www.oip.org>

# Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne

## Le Danemark

**Sandrine Chambaretaud**

Chargée de mission,  
Commissariat général au plan

**Diane Lequet**

Chargée de mission sur les dossiers  
internationaux, direction de la  
Recherche, des Études, de l'Évolution et  
des Statistiques (Drees)

**Les pays scandinaves ont des systèmes de santé souvent cités en référence. Adsp se propose de présenter successivement, dans trois numéros, l'organisation sanitaire de ces pays. Nous commencerons par le Danemark.**

Les systèmes de santé des trois pays nordiques de l'Union européenne (Danemark, Suède, Finlande) reposent sur des principes fondateurs communs : une couverture et un accès universels aux soins, un financement essentiellement assuré par l'impôt, une très forte prédominance du secteur public — tant en ce qui concerne le financement que la fourniture des soins — et une structure très décentralisée. Cette dernière caractéristique est ce qui distingue ces systèmes de santé des autres systèmes de type « béveridgien<sup>1</sup> » comme le NHS britannique. Dans les pays scandinaves, les autorités locales — comtés en Suède et au Danemark, municipalités en Finlande — sont responsables du financement. Elles disposent donc du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. Elles sont également responsables de l'organisation et de la fourniture des soins. Il s'agit de modèles fonctionnant selon le principe de subsidiarité, l'intervention de l'État central étant limitée à certains domaines spécifiques tels que, par exemple, la définition d'un panier de soins minimum, les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments... L'État central joue toutefois un rôle important dans la définition des priorités et des grands objectifs de santé publique.

Cette série d'articles propose un

1. Il s'agit de systèmes de santé influencés par le rapport de Beveridge de 1942 sur la sécurité sociale (rapport qui est à l'origine de la mise en place du NHS britannique).

éclaircissement sur ces systèmes de santé afin d'en appréhender, au-delà de ces points communs, les spécificités.

### Regards sur le Danemark

Durant la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle au Danemark, salariés, agriculteurs et artisans s'organisent au sein de syndicats pour les uns, de coopératives pour les autres, afin d'offrir une protection contre le risque maladie. Bismarckienne à son origine, l'assurance maladie s'éloigne de ce modèle en 1973 quand le gouvernement social-démocrate abolit les différents régimes existants pour les remplacer par un service national de santé inspiré de la logique de Beveridge.

L'administration du service national de santé est très décentralisée. Elle est fondée sur les structures locales (comtés, municipalités) du système antérieur. Elles sont gouvernées par des conseils élus. Toutes les propositions faites au niveau central sont appliquées librement par les autorités locales. Si l'action des municipalités, au nombre de 275, est plus axée sur les problèmes sociaux et la prise en charge des personnes âgées et handicapées, les comtés sont responsables du fonctionnement du système de santé. En effet, les 14 comtés, dont la population varie de 46 000 à 600 000 personnes, consacrent près de 75 % de leur budget à la gestion des services de santé. Ils sont propriétaires des structures hospitalières et autorisent l'installation des médecins généralistes.



**Danemark, Suède, Finlande  
Quelques données  
socio-démographiques**

Parmi ces trois pays, la Suède est celui qui compte la population la plus importante avec 8,9 millions d'habitants contre 5,3 millions pour le Danemark et 5,2 millions pour la Finlande ; c'est aussi le pays où la part des plus de 65 ans est la plus forte (17,4 % de la population en 2000), les personnes de plus de 65 ans en Finlande et au Danemark représentant environ 15 % de la population.

La densité de la population est particulièrement faible en Finlande (15 hab. par km<sup>2</sup>) et en Suède (20 hab. par km<sup>2</sup>), alors que le Danemark est relativement plus peuplé (122 habitants par km<sup>2</sup>). En termes de richesse, c'est au Danemark que le produit intérieur brut par tête est le plus élevé (29 340 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000), la Finlande et la Suède ayant un produit intérieur brut par tête de l'ordre de 25 000 euros en parité de pouvoir d'achat en 2000. L'espérance de vie en 1999 était pour les hommes de 73,8 ans en Finlande, 74,2 ans au Danemark et 77 ans en Suède ; pour les femmes, elle était de 79 ans au Danemark, de 81 ans en Finlande et de 81,9 ans en Suède.

Sources : OCDE-Ecosanté, OMS

**Offre de soins  
et modalités d'accès aux soins**

L'offre de soins est proche de la moyenne européenne en ce qui concerne la densité médicale ; elle est, en revanche, plus faible pour l'hôpital. La place du secteur public est prépondérante tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Les lits privés représentaient moins de 1 % de l'offre de soins hospitaliers (entre 100 et 200 lits) en 1999.

Les médecins généralistes exercent dans un cadre libéral (avec un paiement à l'acte), mais n'en sont pas moins rémunérés par le service national de santé. La participation des usagers est relativement marginale et concerne uniquement les soins dentaires et les médicaments. Les consultations médicales et l'hospitalisation sont entièrement financés par le service national de santé.

Les patients accèdent aux soins secondaires<sup>2</sup> après une consultation avec un médecin généraliste, excepté en cas d'urgence où les assurés peuvent se rendre directement à l'hôpital. Toutefois, l'assuré a la possibilité d'échapper à la filière de soins en finançant une partie de ses soins, mais 3 % seulement des Danois ont choisi cette option.

Les délais d'accès aux soins secondaires sont parfois importants et la persistance de listes d'attente est un problème majeur. Depuis 1993, les patients choisissent librement leur hôpital dans leur comté de résidence ou à l'extérieur si les soins qui leur sont nécessaires n'y sont pas dispensés. En 2002, la liberté de choix des patients a été élargie aux hôpitaux privés et étrangers lorsque le service national de santé ne pouvait prendre en charge ces patients dans un délai de deux mois. De plus, le nouveau gouvernement danois vient d'engager 200 millions d'euros pour financer investissements et heures supplémentaires dans les hôpitaux qui réduisent effectivement les listes d'attente.

La qualité des soins est une préoccupation majeure dans l'ensemble des pays nordiques. Un comité national est actuellement chargé de réfléchir à un modèle d'accréditation pour l'ensemble des hôpitaux danois et, depuis 1993, la moitié des comtés a mis en place un système de

2. Les soins secondaires comprennent les soins fournis par les médecins spécialistes et les soins hospitaliers.

conventions avec les hôpitaux qui décrit les objectifs à atteindre en termes d'activité et de qualité, les hôpitaux restant toujours financés dans le cadre d'un budget global ; ces contrats ne prévoient pas de sanctions en cas de non-respect des objectifs, mais des manquements persistants peuvent entraîner des réductions de salaires des gestionnaires hospitaliers.

**L'état de santé de la population :  
le prix du tabac et de l'alcool**

Bien que l'espérance de vie ne puisse être considérée en elle-même comme un indicateur pertinent des performances d'un système de santé, elle reste un élément important d'appréciation de l'état de santé d'une population. L'espérance de vie des Danoises à la naissance est la plus faible parmi les treize pays européens pour lesquels on dispose de données en 1999 (c'est-à-dire sans l'Italie et la Grèce) et les résultats en termes d'espérance de vie masculine sont relativement peu satisfaisants. On retrouve le même phénomène lorsqu'on analyse l'espérance de vie à 65 ans, à la fois pour les hommes et pour les femmes.

Le Danemark se singularise ainsi des autres pays européens dans la mesure où, entre 1980 et 1995, l'espérance de vie à la naissance des femmes n'a progressé que de 6 mois ; sur la même période, l'espérance de vie des femmes a augmenté de 2,5 ans en Suède et de 3,5 ans en France.

Le taux de mortalité infantile et son évolution depuis 1980 confirment ces résultats sanitaires plutôt décevants ; en effet, alors que le taux de mortalité infantile était relativement faible au Danemark en 1980, les progrès réalisés y ont été beaucoup plus lents que dans les autres pays européens (tableau 1).

tableau 1

**La mortalité infantile :  
taux de décès pour 1 000  
naissances vivantes**

	1980	2000	Progression 1980-2000
Danemark	8,4	5,3	-37 %
Moyenne UE	12,3	5,0	-60 %

Source : Eco-Santé OCDE 2002

D'autres éléments, liés aux comportements et aux modes de vie, sont également intéressants à noter. Le taux de mortalité par cancer est, par exemple, largement supérieur à celui observé dans les autres pays (222 décès sur 100 000, contre 159 en Finlande et en Suède), mais l'incidence des cancers y est aussi supérieure (561 cas pour 100 000, contre 420 en Finlande et 483 en Suède).

Une étude parue dans le *British Medical Journal* en 2000<sup>3</sup> met en évidence la forte mortalité associée au tabac chez les femmes. Si, durant les années cinquante, le tabac était responsable de 1 % des décès des femmes entre 55 et 84 ans, en 1990 ce chiffre s'élevait à un quart des décès.

Les chiffres publiés par l'OMS sur les causes de décès corroborent cette analyse. Le Danemark arrive en tête des pays européens en ce qui concerne les décès liés à l'alcool pour les femmes et deuxième pour les décès liés au tabac<sup>4</sup>.

### Des dépenses de santé par tête plus élevées qu'en France, mais dont le poids dans la richesse nationale est mieux contrôlé

Les dépenses de santé par habitant sont relativement élevées au Danemark, qui arrive en 6<sup>e</sup> position derrière les États-Unis, la Norvège, l'Allemagne, le Luxembourg et le Canada (figure 1).

Ces dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 81 % par le secteur public, les dépenses privées étant concentrées sur les médicaments, les soins dentaires et la kinésithérapie.

Entre 1988 et 1999, les dépenses de santé totales ont crû à un rythme annuel moyen de 2,3 %. Un des faits marquants de cette croissance est l'évolution des dépenses pharmaceutiques, qui représentaient 35 % des dépenses en soins de ville en 1999 contre moins de 30 % dix ans plus tôt. Un autre poste a connu une croissance rapide, celui de la « médecine

figure 1

### Les dépenses de santé par habitant dans les principaux pays de l'OCDE en 2000



Données : Eco-Santé 2002 et OMS

physique» (kinésithérapie, ostéopathie, etc.). Dans le même temps, le poids des consultations de généralistes et de spécialistes a diminué.

Si les dépenses de santé sont relativement élevées, leur progression est restée modérée et, surtout, proche de celle de la richesse nationale. Depuis 1984, la part des dépenses de santé dans le PIB est stabilisée entre 8,7 % et 8,2 %.

### Pour conclure ...

Deux problèmes sont au cœur des discussions actuelles sur le système de santé danois : la persistance de listes d'attente importantes, la décentralisation du système.

Le rapport de l'OMS sur le système de santé danois (*Health Care Systems in Transition*, 2001) souligne l'existence de disparités importantes entre comtés en termes de listes d'attente ou d'accès aux innovations médicales, disparités qui seraient liées à la décentralisation. Cependant les inégalités entre comtés

concernent surtout les soins secondaires, les soins primaires étant à peu près uniformément répartis sur le territoire.

Durant les dernières élections, les usagers avaient tout de même fait part de leur mécontentement à ce sujet et des débats ont été ouverts sur le niveau optimal de décentralisation. Un comité chargé d'étudier une réforme du système de santé a remis un rapport au gouvernement en janvier 2003. Trois solutions sont envisagées : supprimer certains des 14 comtés pour donner à cet échelon décentralisé la taille efficiente pour organiser réellement une planification sanitaire ; créer des régions sanitaires couvrant de 400 000 à 700 000 habitants, qui reprendraient les responsabilités du comté dans le secteur hospitalier ; enfin, à l'instar du modèle finlandais, donner aux municipalités la responsabilité sanitaire et sociale en leur permettant de faire jouer la concurrence entre les structures et de passer des contrats avec les hôpitaux de leur choix. ■

3. Knud Juel. « Increased mortality among danish women : ppopulation based register study », *BMJ*, 5 ;321, 2000.

4. Il faut toutefois rester très prudent car l'indicateur OMS comptabilise les décès dus à des pathologies dont on sait que le tabac (et respectivement l'alcool) est un facteur de risque. Il s'agit donc d'un indicateur assez brut, qui ne mesure pas exactement le poids du tabac (et respectivement de l'alcool) dans la mortalité.

# La réforme du système de santé allemand : la recherche d'une régulation structurelle

**Marc Duriez**

Chargé de mission au Haut Comité de la santé publique

**Le Bundesrat, chambre haute du Parlement, a adopté en octobre la réforme du système de santé allemand, qui avait fait l'objet d'un compromis entre la coalition et l'opposition. Les remboursements sont limités, sollicitant les assurés et rendant obligatoire l'affiliation à une assurance complémentaire.**

**L**e 21 juillet 2003, la coalition au pouvoir en Allemagne et l'opposition sont arrivées à un compromis sur un projet de réforme du système de santé. Certes il fallait faire passer le texte au Bundesrat (représentation des Länder) à majorité CDU-CSU et le projet de réforme finalisé en mai dernier ne pouvait, dans l'esprit de ses promoteurs, se dispenser d'un examen de passage préalable. L'événement est important et le processus envisagé par les responsables SPD très significatif du modèle de concertation allemand, bien qu'il se soit cantonné ici à la sphère politique. Lors d'une conférence de presse, la ministre de la Santé actuelle, Ulla Schmidt, et Horst Seehofer l'ancien ministre de la Santé CDU, ont tenu à indiquer qu'ils avaient réussi finalement « à redistribuer l'inéluctable », soulignant par-là les impératifs financiers auxquels aucun gouvernement ne pouvait se dérober. Selon Ulla Schmidt, l'accord passé avec l'opposition « est un compromis qui assure la qualité des soins et en même temps, casse des structures encroûtées ».

## Les motifs d'une réforme

Le système de santé allemand c'est, fin 2002, presque 3 milliards d'euros de déficit, résultat d'une tendance continue depuis une dizaine d'années ; c'est aussi une croissance importante du taux de cotisation moyen, 14,4 % en moyenne nationale contre 12,3 % en 1991 avec, en outre, une accélération sensible sur les deux dernières années. La variabilité du taux de cotisation, du fait de l'autonomie de

gestion des caisses, a toujours constitué, en Allemagne, un signal fort pour déclencher des réformes. Le compromis prévoit de baisser le niveau moyen de ce taux à 13,6 % au début de 2004 et à 12,1 % en 2007. Économies recherchées par la mise en œuvre de l'ensemble des mesures : 23 milliards d'euros en quatre ans. Effet d'annonce fort qui rappelle étrangement ceux qui ont accompagné chaque grande réforme depuis 1990 !

Des motivations d'ordre financier certes, qui deviennent récurrentes dans le cadre de la régulation allemande, et ce depuis une vingtaine d'années, mais la commission du Président Rürup, mise en place par Ulla Schmidt au début 2003 s'est voulu plus ambitieuse.

« Nous voulons mettre un terme à la rigidité des structures [...] et faire passer le système de santé du XIX<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle. Le système allemand a besoin de plus de transparence, d'une plus grande efficacité, de plus de compétition pour nous permettre une meilleure qualité et des réserves financières suffisantes ». Dans son discours d'intention sur la modernisation du système de santé allemand, Ulla Schmidt dévoilait, en janvier, de grandes ambitions.

Il est vrai que le système de santé allemand s'illustre aussi par de grandes insuffisances. Peu de listes d'attente il est vrai, mais l'Allemagne se situe dans les derniers rangs de l'Union européenne en matière d'espérance de vie ; les maladies cardio-vasculaires représentent 50 % des causes de décès et, si leur prévalence décroît, elle le fait moins rapidement

# BRÈVES EUROPÉENNES

9 octobre 2003

## Semaine européenne de lutte contre le cancer

La semaine européenne contre le cancer (2<sup>e</sup> semaine d'octobre) a été l'occasion d'un nouveau financement de 100 millions d'euros versé par l'Union européenne. Ce financement pour la recherche contre le cancer est versé au titre du sixième programme-cadre de lutte contre les grandes maladies (2002-2006). Ces investissements répondent au souci d'unir les recherches de tous les pays européens pour éviter la duplication des efforts en créant un espace de recherche européen.

10 octobre 2003

## Sécurité alimentaire

Le Conseil a adopté le règlement concernant des mesures de sécurité sur les arômes de fumée. Dorénavant, l'évaluation scientifique sera effectuée par l'autorité européenne de sécurité des aliments selon une procédure transparente et fournira des règles pour les fabricants et les utilisateurs. Ce règlement harmonisera les règles nationales relatives à l'autorisation et à l'utilisation des arômes de fumée, qui sont disparates d'un pays à l'autre. En effet, certains membres appliquent une procédure très stricte, alors que d'autres n'en ont aucune. Ces arômes donnent un goût fumé à la viande, au poisson et aux en-cas, et sont considérés comme moins dangereux pour la santé que le fumage traditionnel.

16 octobre 2003

## Lutte contre les maladies animales

La Commission européenne a approuvé une enveloppe financière de 147 millions d'euros pour lutter contre les encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST) et d'autres formes de maladies animales (brucellose, rage, zoonoses) en vue d'améliorer le statut des élevages communautaires. L'objectif est d'éradiquer ces maladies, car elles ont des incidences à la fois sur la santé humaine et sur la santé animale.

29 octobre 2003

## Santé dans les prisons

Lors d'une réunion organisée par des responsables des prisons et du secteur santé publique en collaboration avec le Bureau européen de l'OMS, a été adoptée une déclaration commune sur la nécessité d'établir dorénavant des liens étroits entre les services de santé des prisons et ceux de la santé publique. On repère en effet dans le milieu carcéral de plus en plus de cas de maladies transmissibles (tuberculose, sida, hépatite) chez les détenus, qui ne sont pas sans répercussions sur celle de la population générale.

5 novembre 2003

## Accord-cadre entre la France et l'OMS

Le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, le ministre délégué à la Coopération, Pierre-André Wiltzer, ont signé avec le directeur général de l'OMS, le Dr Jong-Wook Lee, un accord-cadre pour unifier l'ensemble des actions de coopération au sein des réseaux d'alerte et de surveillance. Cet accord-cadre conclu pour la période (2003-2006) conforte par ailleurs les initiatives contre les maladies transmissibles et prévoit la définition de règles éthiques et l'organisation d'une lutte contre les dépendances (comme le tabac), visant ainsi à améliorer les politiques de santé à l'échelle mondiale. D'autres chantiers communs sont programmés tels que la santé maternelle et infantile, la recherche, l'amélioration des systèmes de santé...

que dans les autres pays. En outre, les instruments de bonnes pratiques médicales se sont peu développés jusqu'à la fin des années quatre-vingt-dix, bien que des études aient permis d'initier ponctuellement des programmes de *disease management*.

Cela implique de s'interroger sur la qualité des soins, sur leur adéquation avec la demande, voire de se référer au concept de panier de biens et services afin de rationaliser la prise en charge de l'assurance maladie. Cela implique également d'associer à ces préoccupations l'ensemble des acteurs, et le système allemand est un système articulé autour d'acteurs représentant des pouvoirs forts : caisses d'assurance maladie, médecins, hôpitaux, industrie pharmaceutique, administrations nationale et régionales.

### Des mesures qui se veulent structurelles

Les dispositions de l'accord, qui ont été votées par le Parlement à la rentrée 2003, s'articulent autour de plusieurs axes :

- L'originalité du compromis réside surtout dans une problématique de détermination d'un panier de biens et services centré sur les soins au sens strict du terme. Ce panier est déterminé en termes d'exclusion : exclusion de la prise en charge de l'assurance maladie légale des prothèses dentaires, des lunettes et verres de contact, ainsi que des indemnités liées à la maladie et à la maternité. La sortie du panier de biens médicaux tels que les prothèses dentaires s'accompagne d'une obligation pour les patients de contracter une assurance « complémentaire » au premier euro auprès d'une assurance publique ou privée.

- La concurrence entre les financeurs, initiée par la réforme Seehofer en 1996, devrait en ressortir renforcée. Elle portait essentiellement sur la qualité de la gestion ; désormais la nature des prestations proposées par chaque financeur sera différente. Il s'agit là d'une dimension structurelle importante de la réforme qui, par ailleurs, tendrait à constituer une référence pour des pays à protection sociale multiple.

En outre, on perçoit une volonté d'initier un autre type de gestion du système qui s'oriente non plus seulement vers les moyens de garantir un financement sain,

[suite page 60](#)

[suite de la page 59](#)

mais aussi vers les résultats sanitaires que le système peut proposer. Les objectifs présentés par Ulla Schmidt, « *une plus grande professionnalisation et une orientation vers la gestion de la pathologie et de son traitement* », indiquent bien une volonté d'impliquer les caisses au-delà de leur mission de gestion des cotisations et des prestations par l'exercice de contrôles d'efficacité et d'efficience des soins. Dans la continuité des réformes entreprises à la fin des années quatre-vingt-dix, on encouragera les fusions de caisses (« *350 caisses actuellement c'est encore trop* »), cela afin d'harmoniser les conditions de la concurrence...

On notera la persistance d'une affirmation du pouvoir des caisses vis-à-vis des offreurs de soins. Elles ont constitué de tout temps le pivot des réformes. Elles ont une gestion autonome, jouissent d'une certaine latitude dans la fixation de leur niveau de cotisation et constituent ainsi un relais entre la protection sociale maladie et la régulation économique du pays.

- Les relations partenariales entre caisses et médecins conventionnés (médecins de caisses en Allemagne) devraient être sensiblement transformées d'ici à 2007 par l'institution d'un conventionnement individuel et de nouvelles modalités de rémunération : rémunération selon la pathologie traitée en fonction d'une grille élaborée au niveau de la Fédération.

- L'instauration de filières de soins sera intégrée dans un dispositif de fidélisation du malade et de médecin référent associé à la réduction de 50 % de la participation aux frais et au paiement d'un supplément à la charge du patient consultant directement un spécialiste sans lui être adressé par le médecin généraliste (d'un montant maximum de 15 euros par trimestre). Dans une optique de conception globale de la santé associant prévention, soins curatifs et coordination des activités, des soins intégrés seront développés. Une carte de santé électronique sera introduite en 2006 en support informationnel à ces dispositions.

- Un Centre allemand pour la qualité de la médecine, institution scientifique indépendante, aura pour mission d'évaluer les besoins en soins médicaux et la qualité des prestations médicales, d'élaborer des recommandations de bonne pratique pour les professionnels et les caisses. Espérons

que ces dispositifs répondront au souci de plus de transparence et de plus d'efficience dans le système. Leur efficacité dépend aussi d'une volonté politique de leur donner les moyens nécessaires en personnel et en budget. La mise en œuvre du dispositif sera sans doute lente dans un système où la culture de l'évaluation a tardé à se développer.

- La « réforme Seehofer » de 1996 tendait à rompre la dichotomie entre médecine de ville et médecine hospitalière. Une coordination avait été imposée aux établissements situés dans les zones défaillantes en soins de ville. Désormais les hôpitaux spécialisés, notamment en oncologie ou diabétologie et ceux qui s'inscrivent dans des protocoles de soins intégrés ou dans des programmes de *disease management*, devront s'ouvrir plus largement aux soins de ville.

### Le compromis entre formations politiques : une distance par rapport aux acteurs du système de santé

Les réactions qui se développent en Allemagne depuis la présentation du projet sont révélatrices des enjeux forts induits par l'évolution suivie depuis une douzaine d'années. Il faut remarquer que le système allemand est un système articulé autour d'acteurs très jaloux de leurs prérogatives.

Les syndicats de salariés appuyés par l'aile gauche du SPD ainsi que nombre d'associations de consommateurs s'élèvent très fortement contre les coupes prévues dans les remboursements et contre l'introduction d'un ticket modérateur sur les consultations médicales.

Les assureurs privés regrettent « *le manque de courage* » du projet qui ne s'inscrit pas dans une vraie compétitivité de la protection sociale maladie. Les modalités de la concurrence imposent aux caisses de fournir les mêmes produits. Les différences de niveau de coût de gestion désavantageraient les compagnies d'assurance privées selon la PKV, Union des assurances privées.

Les caisses publiques manifestent également leur inquiétude. Elles craignent que la diminution des niveaux moyens de cotisation remettent en péril l'équilibre comptable des caisses.

Les industriels de la pharmacie, fortement sollicités par les réformes précédentes, se

sont opposés avec succès par l'intermédiaire de la CDU-CSU à l'élaboration d'une liste positive de médicaments (liste de médicaments remboursés). Les laboratoires pharmaceutiques de recherche portent plutôt leurs critiques sur la remise de 16 % demandée sur 2003 et l'introduction de prix de référence sur les médicaments protégés par un brevet.

Les médecins libéraux expriment un fort malaise face à un changement structurel du schéma de leurs relations avec les financeurs qui constituait jusqu'ici le pilier de la régulation des soins de ville. « *L'assurance va pouvoir choisir ses médecins. Nous serons toujours opposés aux tentatives de conventionnement individuel* », clament-ils. En 2007, leur rémunération par enveloppe négociée avec les caisses sera remplacée par une rémunération en fonction d'une cotation par pathologie.

Sans doute les hôpitaux s'inscriront-ils plus facilement dans l'esprit et l'application de la réforme, notamment en ce qui concerne la concurrence. Un millier d'hôpitaux sont actuellement en autogestion sur la base d'un mandat public. Ils ont un budget garanti et utilisent le système de DRG pour la fixation de leurs prix.

Ces réactions expriment bien la distance qui s'est installée en Allemagne entre d'une part la classe politique et d'autre part la société civile. Le compromis entre formations politiques obtenu le 21 juillet n'est pas synonyme, pour autant, de consensus social. Une rupture semble s'opérer par rapport aux pratiques traditionnelles. ■



# La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé

**Pierre-Henri Bréchat**

Médecin inspecteur de santé publique, direction générale de la Santé, SD1A ; chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (ENSP)

**Christian Magnin-Feysot**

Représentant d'usagers, conseiller technique des insuffisants rénaux francs-comtois, membre de la Conférence nationale de santé (CNS)

**Jean-Luc Grangeon**

Médecin inspecteur de santé publique, direction générale de la Santé, SD1

**De 1996 à 2002, des usagers ont été associés à l'élaboration des politiques régionales de santé et de ce fait ont contribué à ancrer un modèle de concertation régional dans les institutions de santé.**

C'est au milieu des années quatre vingt-dix qu'a été développée par les pouvoirs publics l'idée de promouvoir la participation des usagers<sup>1</sup> dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Un faisceau d'arguments complémentaires est venu enrichir cette idée pour la capitaliser et la faire fructifier dans les premières instances consultatives régionales de santé :

- Le rapport général du Haut Comité de la santé publique publié en 1994 ne proposait-il pas, pour faire diminuer la mortalité évitable, de modifier les comportements qui dépendent des décisions individuelles et collectives des usagers ?
- Certains pays porteurs d'une forte culture de santé publique, comme le Québec, n'ont-ils pas considéré que toute action de santé publique devient légitime dès lors qu'il y a consensus des usagers eux-mêmes sur les actions à mettre en œuvre pour modifier les comportements ?

Cette participation fut donc initiée lors de l'élaboration des priorités régionales de santé au sein des conférences régionales de santé (CRS) dès 1996, et pour les priorités de soins au sein de groupes de travail lors de l'élaboration des schémas régionaux

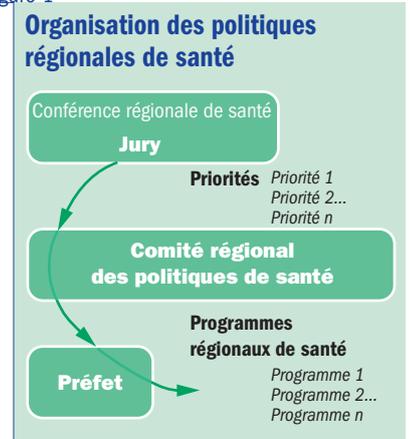
1. Il faut noter qu'en 1995, dans les travaux préparatoires à la rédaction des textes relatif aux CRS, la valeur symbolique du terme « citoyen » a été sans doute jugée trop forte [5]. En 1998, la notion d'usager a été intégrée d'emblée pour la préparation du Sros II. Le terme d'usager, représenté par la catégorie de l'usager, semble être devenu le synonyme de malade, patient, client et citoyen, qui sont tous concernés par la santé.

d'organisation sanitaire de deuxième génération (Sros II) entre 1998 et 1999. Les usagers participent aussi depuis 1996 à la mise en œuvre des priorités régionales de santé sous la forme de programme régional de santé (PRS)<sup>2</sup>.

Les CRS ont pour objet d'analyser les besoins de santé et leur évolution afin d'établir des priorités et faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le préfet y choisit les priorités qui feront l'objet d'un PRS, ainsi que leur échelonnement dans le temps (figure 1), aidé par le comité régional des politiques de santé. Ce dernier est composé par les représentants des principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé : directions

2. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps) peut être considéré comme un PRS.

figure 1



régionale et départementale des Affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), services de l'Éducation nationale et collectivités territoriales régionales et départementales. Le préfet coordonne l'élaboration et la mise en œuvre des PRS [2]. L'ARH élabore et suit les priorités issues du Sros II.

En donnant un rôle de contre-pouvoir face aux professionnels de santé et aux représentants de l'État et de l'assurance maladie, les pouvoirs publics imaginaient que l'utilisateur pouvait servir à rendre les débats plus transparents face à des logiques plus instrumentales, qu'elles soient professionnelles ou technico-administratives [1].

Malgré cette volonté politique, nous pouvons nous demander après sept années de réalisations quelle est la réalité de cette participation et ce qu'elle a pu apporter dans la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

### L'état des lieux

Conférences, programmes et schémas ont chacun sollicité la participation du citoyen à des degrés divers.

#### La participation des usagers aux CRS

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins institue les CRS et stipule qu'y participeront les représentants d'usagers. Le décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux CRS élargit cette représentation aux citoyens engagés [11]. L'ancien article L. 1411-4 du Code de la santé publique de 2001 fait des CRS un lieu de rassemblement de représentants de l'État, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux et des usagers. Ces textes de loi associent des usagers (du système de santé) aux CRS, alors que ces débats pourraient concerner des citoyens, ce qui augmenterait les possibilités de débat<sup>3</sup>. Les CRS sont ouvertes à tous dans la limite des places disponibles [5].

En pratique et à la lecture des nombreux travaux qui ont été réalisés pour s'approprier le sujet, on s'aperçoit que la question des usagers a été traitée par plus d'une région sur deux (16 régions et

## Méthodologie

Ces données sont issues de l'exploitation des comptes-rendus de 23 entretiens semi directifs téléphoniques auprès de référents nationaux et régionaux et d'usagers participant à des CRS, PRS, Praps et Sros II. En plus, les données sur le Sros II ont été complétées par celles issues des résultats d'une enquête sur un échantillon national par choix raisonné : deux séries de 42 entretiens, notamment chez des professionnels et des usagers, à six mois d'intervalle, ont été enregistrées et une analyse thématique a été réalisée par le Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (Lapss) de l'École nationale de la santé publique (ENSP), selon une grille d'entretien validée

[3]. Des discussions lors de la formation « Management des politiques régionales de santé » de l'ENSP (promotion 2003-2004) et lors de la réunion de la DHOS sur les Sros III ont enrichi ces données.

Ce travail ne prend pas en compte les travaux réalisés sur ce sujet par les États généraux de la santé [8], l'assurance maladie, les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral, les associations et les élus. La participation des usagers à la qualité des soins, qui peut être considérée comme complémentaire de cette approche, ne sera que citée.

Dom) et a fait l'objet d'une priorité pour au plus près une région sur sept (4 priorités dans 4 régions) [2], mais que les débats sont restés limités à un public d'initiés (usagers engagés ou « professionnels ») [5]. Bien que la CRS soit appréciée [12] et considérée comme un lieu de débat public, que le nombre des personnes qui y participent aille toujours croissant, que l'utilité des CRS soit de plus en plus reconnue par les acteurs et financeurs de la santé [7] et que la participation des usagers semble être appréciée, reconnue comme légitime et utile, les usagers s'y expriment peu et sont peu associés au processus des CRS [5]. Il est vrai que le cadre même des CRS ne permet pas une expression facile : les débats se déroulent sur une journée, ils revêtent un aspect formel et très protocolaire et l'accès à l'information reste difficile [13].

Mais les usagers ont trouvé un lieu où ils ont, entre autres, rencontré les interlocuteurs de la Drass et de l'ARH pour tenter de faire prendre en compte leurs priorités dans celles de la région et de favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention et de soins (PRS et Sros II). Ils ont ainsi pu se positionner en « contre-pouvoir » potentiel (comme peuvent l'être les élus) face aux professionnels de santé, aux

représentants de l'État et de l'assurance maladie, même si le rapport de force est nettement en leur défaveur. Si ces usagers, essentiellement représentants d'usagers, ont pu comprendre les enjeux de santé ainsi que le système de santé en participant à l'élaboration des priorités de santé publique et des programmes de santé de la région, leur participation n'a sans doute pas encore pu contribuer au changement des comportements des citoyens (usagers « profanes » [3] ou « usagers/citoyens »). L'ensemble des CRS est encore à la recherche d'une participation accrue du « citoyen » ou de l'« usager », même si certaines ont réalisées de nombreuses expériences. D'autres mécanismes de participation restent à imaginer, tant au niveau régional que local [5]. Les perspectives sont cependant prometteuses parce que le besoin s'y « légitime » de mieux, qu'il s'agisse des thématiques comme l'éducation pour la santé, d'expression d'un besoin de santé pour lequel il existe encore peu de données (evidence based medicine) ou de surveillance limitée, comme en santé-environnement [2].

#### La participation des usagers aux programmes régionaux de santé : PRS, Praps et PTS

Les quatre possibilités d'implication des usagers dans les programmes en garantissant la qualité et l'effectivité<sup>4</sup> :

- les usagers et leurs représentants ont été associés à l'élaboration des priorités régionales de santé publique lors des CRS.

3. Cette possibilité est apportée par l'article 1411-3-1 du Code de la santé publique de 2002 qui précise que le conseil régional de santé peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens et que sa formation plénière comprend des usagers. Les décrets d'application ne sont pas parus.

Par la suite, certaines de ces priorités ont fait l'objet de programmes régionaux de santé (PRS et Praps)<sup>5</sup>,

- des représentants des associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion ont été associés aux consultations préalables aux travaux d'élaboration du Praps<sup>6</sup>,

- les usagers et leurs représentants ont participé, ou *participent aux groupes de programmation qui élaborent les PRS*<sup>7</sup> (groupes de suivi). Afin de conforter ces démarches, des « formations-actions » ont été réalisées par l'ENSP, la DGS et l'université de 1995 à 1998. Elles ont permis de former plus d'une centaine de personnes, dont des représentants d'associations, à la méthodologie de projet (état des lieux, objectifs de santé, appels d'offres et évaluation),

- les usagers proposent et mènent des actions dans les PRS et sont contactés lors des évaluations des Praps. D'une façon générale, il semble que plus le programme régional de santé est proche du territoire et plus les usagers y sont associés. Dans le Nord-Pas-de-Calais, une adaptation territoriale des PRS se met en place avec l'élaboration de programmes territoriaux de santé (PTS). La place des usagers y est la même qu'au niveau régional : ils sont acteurs des différents comités (programmation, suivi et pilotage), proposent et mènent des actions. Cette organisation favorise la mise en œuvre de « micro-projets » et rejoint celle de la politique de la ville qui œuvre pour la promotion de la santé et l'éducation pour la santé.

S'il n'y a pas de PRS « usagers » [2], l'éducation pour la santé et la promotion de la santé sont présentes dans tous les PRS même si certains programmes, de par leur thème, sont plus naturellement portés à développer ces dimensions comme, dans la région Nord-Pas-de-Calais, le PRS « Santé des enfants et des jeunes » ou « l'inter-

PRS sur le thème de l'alimentation » (voir plus loin).

L'observation de ces expériences montre plusieurs transformations, dont les principales portent sur le début d'un partage des informations entre représentants de l'État, de l'assurance maladie, des professionnels de santé, des usagers professionnels et des citoyens et l'élaboration d'une culture de santé publique régionale. Celle-ci donne une place de plus en plus importante à une approche privilégiant la promotion des comportements favorables à la santé au détriment d'une approche par pathologie stricte, et favorise l'amélioration de l'efficacité de l'éducation pour la santé et la sécurité sanitaire dans la région. Les débuts de la territorialisation de la programmation des actions de santé s'effectuent dans un souci partagé de plus grande cohérence des actions sur le terrain.

#### **La participation des usagers aux Sros II**

L'utilisateur a pu jouer, lors de l'élaboration du Sros II<sup>8</sup>, entre 1998 et 1999, le rôle d'arbitre dans le cadre des recommandations que formulent les groupes techniques du Sros II. La démarche de faire participer les usagers à la construction du Sros II semble favoriser une meilleure prise en charge des besoins de santé d'une région. Les groupes de travail permettent de mettre en présence, en toute légitimité, confiance et compétence, les acteurs de la planification sanitaire avec les usagers. Leurs échanges permettent la constitution de recommandations. Les usagers peuvent ainsi contribuer concrètement aux actions de restructuration hospitalière, de réduction des inégalités de soins, d'organisation de réseaux de soins et de prévention et de qualité des soins en cours et à venir. Aux postes avancés de ces réformes, ils sont sur le terrain, participent aux projets de l'hôpital de demain, sans toutefois maîtriser le processus de décision [3].

L'introduction de l'utilisateur dans les procédures d'élaboration des Sros II a été réalisé dans seulement sept régions, dont une a réalisé des formations pour les usagers. Ce démarrage a été suivi d'autres expérimentations comme la réalisation de sondages, consultations, forums, auditions et la création d'un « Observatoire du service

rendu à l'utilisateur ». Certaines ARH se sont appuyées sur l'expertise d'utilisateurs en oncologie, maladies mentales, sida et insuffisance rénale chronique. Pour cette dernière, une expérience exemplaire franc-comtoise montre que les représentants de l'État et les usagers sont des partenaires efficaces pour parvenir à une prise en compte de qualité d'un besoin de santé, tout en répondant aux attentes de la population concernée [4]. Cela peut être le témoin du démarrage de ce nouveau partenariat réalisé surtout avec des utilisateurs « professionnels » porteurs de projets.

### **Le bilan de la participation des usagers**

#### **Un démarrage difficile mais prévisible...**

En premier lieu, la participation des utilisateurs aux politiques régionales de santé, si elle a été vivement souhaitée, s'est révélée plus complexe à décliner dans la réalité. La représentation officielle des utilisateurs, que ce soit lors des CRS, des PRS ou dans certains groupes de travail du Sros II [3], est manifestement un progrès, mais les modalités pratiques de mise en œuvre de cette participation se sont révélées difficiles. Les associations d'utilisateurs (de malades, de personnes handicapées, de consommateurs, d'organisations familiales, etc.) sont jugées trop peu représentatives et la majorité des personnes interrogées semblent avoir une vision plus segmentée du système [3]. Certains souhaitaient que soient sollicités des utilisateurs/citoyens profanes, tandis que d'autres voulaient plus de représentants d'associations d'utilisateurs « professionnels » avertis et aguerris par la fréquentation des services de santé [1].

En France, les utilisateurs, qui commencent à participer au système de santé, semblent être moins impliqués qu'au Québec et répondent moins à la notion d'utilisateur « alibi » (porteur d'une impression personnelle) [1].

L'État, l'assurance maladie et les professionnels de santé et les utilisateurs eux-mêmes étaient peu préparés à prendre en compte les attentes des uns et des autres.

De plus, s'il y a en France une vitalité du fait associatif et une augmentation du nombre d'associations d'utilisateurs, ce n'est actuellement pas dans les secteurs sanitaires et sociaux. Ces dernières sont en plus souvent spécialisées (associations

4. Circulaire DGS/SD6D n°2002/100 du 19 février 2002 relative aux Praps.

5. Article L. 1411-3. du code de la santé publique tel qu'il a été codifié le 15 juin 2000 et article L.1411-3-3 du Code de la santé publique tel qu'il ressort de la L. n°2002-303 du 4 mars 2002.

6. Article L. 1411-5. du Code de la santé publique tel qu'il a été codifié le 15 juin 2000 et article L. 1411-5 du Code de la santé publique tel qu'il ressort de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

7. Circulaire n°97/731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences et programmes régionaux de santé.

8. La circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des Sros donne les principes généraux et la méthode d'élaboration du Sros II.

contre la myopathie, le diabète, etc.) et de ce fait semblent avoir peu de perception et de proposition d'actions globales sur notre système de soins. Il y a aussi peu de bénévolat en France en comparaison du Québec par exemple, où les personnes des classes sociales le plus souvent favorisées qui estiment ne pas avoir un service public de qualité peuvent choisir le système privé (cliniques, chambres et médecin de leur choix), mais aussi s'investir dans le système en place pour obtenir le service de qualité qu'elles désirent, sachant que ces catégories d'usagers bénéficient en général de plus de temps et de moyens [1].

### **...qui s'avère cependant bénéfique**

Les multiples sollicitations des usagers ont cependant eu des aspects bénéfiques, dans la mesure où cette participation a favorisé un apprentissage de la place et du rôle de chacun entre représentants de l'État, de l'assurance maladie et des usagers pour commencer à construire une connaissance partagée des enjeux du champ de la santé publique. Cela a nécessité un long travail d'association, fait de partage d'information et de dialogue, qui a favorisé l'élaboration d'une culture de santé publique régionale commune [3, 12].

Une certaine mise en cohérence des politiques régionales de santé a été rendu possible : les usagers ayant bien investi les CRS, PRS et Sros II, ils ont pu ainsi participer à l'élaboration de réseaux de soins [3], établir des partenariats avec le secteur privé, des organismes de formation médicale continue et des sociétés savantes médicales pour que soit prise en compte leur priorité de santé dans un continuum prévention-soins-réhabilitation,

Ils ont été impliqués dans la détection des risques. Aucun système d'information ne peut tout prévenir, surtout pour les risques émergents pour lesquels il y a peu de données (evidence based medicine) et des systèmes de surveillance encore peu développés (santé-environnement).

Les usagers peuvent être un « contre-pouvoir » potentiel, certes *a minima* dans ce dispositif, vis-à-vis des administratifs et des gestionnaires. Le respect des droits de l'utilisateur est un moyen de dépasser les corporatismes et les cloisonnements. Cette participation fait évoluer la représentation que les professionnels se font des usagers en favorisant l'affranchissement de l'asymétrie « infériorisante » qui caractérise la

relation entre le professionnel et le profane. Leur participation est appréciée, reconnue comme légitime et utile.

Le mouvement de participation des usagers à la définition et à la mise en œuvre de politiques régionales de santé semble acquise, d'autant qu'il fait partie d'un ensemble vaste de possibilités de participation comme la conférence nationale de santé [1, 6, 8], les États généraux de la santé et les consultations régionales. Cela va dans le sens d'une meilleure communication des pouvoirs publics avec les usagers et d'un associatisme au service de l'utilité publique [1]. Le dispositif des CRS, PRS et Sros II donne aux usagers un rôle quand il s'agit d'arbitrer entre deux actions dont l'une devra être différée. Il y a des exemples étrangers de réussite d'une telle organisation comme l'expérience de l'Orégon aux États-Unis d'Amérique [3].

Dans certaines régions, la dynamique de maturation et de concertation collective permet, maintenant, de prioriser les actions à mettre en œuvre non plus par pathologies mais sur des critères plus transversaux de promotion des comportements favorables à la santé. Ces actions tentent de modifier les comportements à risque pour arriver à l'objectif d'efficacité voulu en 1995. Dans le Nord-Pas-de-Calais, la promotion de comportements alimentaires favorables à la santé est un objectif qui s'est décliné dans plusieurs programmes régionaux de santé. Aussi, un « inter PRS » a-t-il été créé pour permettre aux différents acteurs concernés d'établir, en commun et en lien avec les experts reconnus, les stratégies d'actions à développer (grille d'analyse des projets, modalités des formations, etc.). Les projets déposés dans les PRS sont le plus souvent portés par des associations : à ce titre, les usagers sont associés à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé ou d'éducation à la santé et, aussi, aux formations qui sont mises en place dans ce cadre. Des comités régionaux d'usagers s'installent dans les ARH pour améliorer l'accès et la qualité des soins.

L'ensemble de ces constats et des bénéfices observés, malgré certaines limites, permet de conclure à la réussite de cette première étape de participation des usagers à la régionalisation des politiques de santé et de faire des propositions visant à améliorer ce dispositif.

## **Des propositions pour renforcer ces dynamiques**

Nous sommes aujourd'hui dans une période de transition vers de nouvelles formes de participation des usagers/citoyens, qui doivent pour réussir davantage se mobiliser, s'organiser et se former. Cela pose également la question de l'évolution des pratiques, des formations des professionnels de santé publique et de l'emploi d'un langage clair et simple. La question de la représentativité entre usagers/représentants d'associations d'usagers (professionnels d'associations d'usagers spécialisées pour des maladies, associations d'action en justice, associations gestionnaires d'établissements, etc.), usagers/citoyens (profanes d'associations d'usagers consommateurs de soins et d'actes de prévention) et élus qui représentent aussi les usagers et les citoyens doit être dépassée. Cela peut se faire au profit d'un usager/citoyen participant au processus de décision (contre-pouvoir et cogestion). Cette étape peut en ouvrir une autre : l'utilisateur, en participant à la construction de politiques publiques, mêmes régionales, pourra se faire citoyen. Cela témoigne d'une tendance à la transformation de l'action publique et de changements culturels et des mentalités pouvant encore évoluer. Cette dynamique semble irréversible. De plus, pour améliorer l'état de santé de la population, il va falloir donner plus à certaines populations. Il faudra pouvoir expliquer et communiquer sur la différence entre égalité et équité, qui nécessite des choix.

Pour favoriser la participation des usagers, plusieurs propositions peuvent être faites à partir de ce travail.

### **Préciser le profil de l'utilisateur**

Quels sont les interlocuteurs ? Représentants d'associations d'usagers (professionnels) ou citoyens ? Et qui les désigne ? À quel niveau vont-ils intervenir (représentants d'associations d'usagers au niveau régional CRS, Sros II, PRS) et citoyens au niveau local [PTS] ? À quels moments vont-ils être associés (représentation à des moments stratégiques, suivi en amont et en aval) ? Et pour quoi ?

### **Améliorer les méthodes**

Élaborer et valider des procédures de consultation des usagers/citoyens permettant d'avoir des débats publics sur des sujets

qui en valent la peine (référendum local, etc.) ; étudier les logiques d'articulation de prises de parole tant au niveau régional que local et évaluer leurs domaines d'impact ; promouvoir les recherches et évaluations concernant la participation citoyenne aux programmes et actions de santé.

### Donner une place plus importante aux usagers/citoyens

- Au niveau régional en continuant de développer un débat public régulier à la définition des priorités et au suivi des programmes régionaux et locaux de santé (figure 2).

Un « guichet unique » pourrait être chargé de recueillir les demandes et les questionnements des usagers (lieu de dialogue [8]). L'ensemble de ces travaux pourrait alimenter les débats publics régionaux et locaux.

Un professionnel qualifié en santé publique pourrait participer à l'adaptation des besoins exprimés en actions de santé et permettre de gérer la contradiction entre les modèles démocratiques et l'efficacité par la gestion de projets. Il continuerait à développer la participation des représentants d'associations d'usagers et des citoyens tant lors des priorisations que lors de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des politiques de santé régionales et territoriales dans un continuum prévention (PRS, Praps, PTS), soins et réhabilitation (Sros, amélioration de la qualité des soins).

La participation des usagers dans les organismes qui gèrent ou évaluent le système de santé devrait être favorisée, ce qui leur permettrait d'agir au mieux grâce à une meilleure compréhension des enjeux de santé. Les personnes interrogées [3 et majorité des référents nationaux et régionaux et d'usagers interrogés] jugent qu'une meilleure information des usagers sur le système de soins est nécessaire. Cela peut aussi améliorer les rapports entre professionnels de santé et usagers/citoyens [1].

- Au niveau national en développant l'organisation de débats publics [8] de type conférence citoyenne et la remontée d'informations venant des régions. Ces travaux seraient réalisés en lien avec ceux de l'Union européenne et de l'OMS [10].

### Aider les usagers/citoyens à s'organiser [8], s'informer et à participer par une démarche d'accompagnement et non de substitution

Par exemple, les associations d'usagers de Franche-Comté viennent de se fédérer au sein de la Fédération régionale des associations en santé (Fras) avec l'aide de la Drass. La Fras devrait participer à la future maison régionale de prévention et de santé publique. Des formations pourraient être proposées car le dispositif est complexe et évolue rapidement [1]. Elles pourraient être dispensées en même temps aux usagers/citoyens, aux professionnels de santé, aux élus ainsi qu'aux représentants de l'État et de l'assurance maladie.

Permettre aux usagers de s'approprier ces données, c'est favoriser ensuite un réel débat démocratique. L'organisation de journées de rencontre régionale favoriserait les échanges d'expériences entre petites et grandes associations afin d'améliorer les partenariats et l'élaboration de propositions d'actions. Une aide méthodologique pour construire des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des usagers et de la qualité des soins pourrait être envisagée. Enfin, l'indemnisation de la participation des usagers (frais de transports, présence, formations) serait souhaitable.

La participation des usagers ne se développera pas de façon univoque, mais par l'utilisation simultanée de plusieurs de ces méthodes accompagnées sans doute d'un déplacement du débat vers le niveau local [5].

### Mettre à disposition des moyens

La mise à disposition de moyens humains (intervenants qualifiés en santé publique), organisationnels (chefs de projets), de formations (management<sup>9</sup>, animation de réunions) et financiers est aussi à envisager.

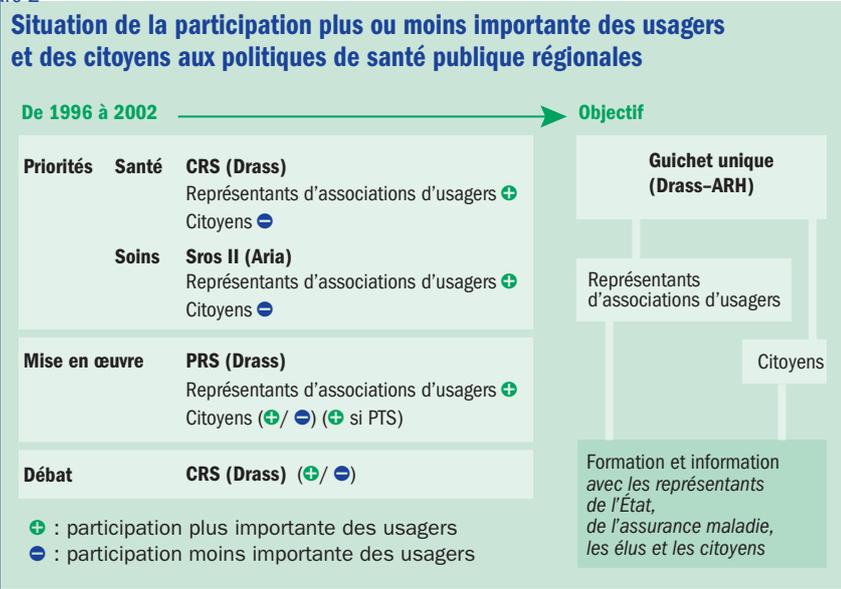
### Conclusion

Ce sont surtout des représentants d'associations d'usagers (usagers professionnels), et peu de citoyens (usagers/citoyens) qui, lors des CRS et PRS et des Sros II, ont ouvert la voie de la participation de la société civile à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé.

Ce cheminement commun entre usagers et représentants de l'État et de l'assurance maladie a favorisé des apprentissages collectifs et organisationnels, ainsi que l'établissement d'une reconnaissance mutuelle et de rapports confiants favorisant l'élaboration et la mise en œuvre d'actions communes [3, 4]. Ce début de maturation collective des mentalités est le fruit d'un lent travail dans le temps du fait notamment que ce processus d'intégration des usagers commence et que le champ de la santé est complexe. Cette première période de participation des usagers aux

9. Comme les formations « Pôle 2 : régulation, aide à la décision, planification » de l'École nationale de la santé publique pour les médecins inspecteurs de la santé publique et les inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales et « management des politiques régionales de santé » de l'ENSP.

figure 2





politiques régionales de santé peut être considérée comme l'ancrage institutionnel d'un modèle participatif régional en santé, qui favorise aussi un apprentissage collectif d'une culture de santé publique, et d'un continuum prévention-soins-réadaptation. Il favorise l'articulation entre la santé publique et un intérêt général qui se définit *a posteriori*, issu de débats avec des usagers élaborant des priorités de santé lors des CRS et de soins lors du Sros II, ainsi que des mises en œuvre d'actions de prévention comme des PRS. Les professionnels de santé publique de l'État sont ainsi devenus les construc-

teurs (locomotives) d'un intérêt général articulé à la santé publique dans un jeu d'acteurs qui se complexifie et dans un but d'efficacité.

À travers cette expérience, il apparaît que les pouvoirs publics sont en train d'apprendre à faire participer les usagers à la prise en compte de leurs besoins de santé pour les responsabiliser et améliorer l'efficacité du système de santé. Cependant, avant de pouvoir parler de « démocratie sanitaire », il semble que ces « droits des usagers » doivent être rejoints par des « devoirs »<sup>10</sup>, comme pour les représentants de l'État et de l'assurance maladie. Cette

irruption de l'usager dans la sphère de la santé peut contribuer à faire progresser la qualité des décisions et celle des soins. Cela peut favoriser l'amélioration de l'état de santé de la population, avec une participation plus grande des usagers aux décisions et au fonctionnement global du système de santé, mouvement de fond citoyen auxquels l'information de plus en plus importante et accessible ainsi que les crises sanitaires récentes ont servi de catalyseur [3]. La population a une perception moins optimiste de l'évolution future de l'état de santé, qui peut être rapprochée de sa prise en compte grandissante des facteurs sociaux comme déterminants de l'état de santé, de sa perception beaucoup plus aiguë des risques liés à l'environnement et de l'augmentation de la judiciarisation.

La nouvelle loi en santé publique devrait pouvoir bénéficier de ces acquis. Des indicateurs de suivi de cette participation et de son incidence sur l'amélioration de l'organisation des soins, de la qualité des soins et de l'état de santé de la population pourrait y être proposés.

Les représentants des associations d'usagers et les citoyens peuvent se mêler de tous les domaines dont la santé et ses déterminants pour améliorer leur état de santé et celui de la population [7, 9, 10] dans un contexte devenant concurrentiel aux niveaux national et européen. ■

10. Qui peuvent être le respect de prescriptions comme l'arrêt du tabac, la perte de poids ; l'arrêt du nomadisme médical ; la soumission aux contrôles du service médical de l'assurance maladie.

### Remerciements

Nous remercions particulièrement Pierre Aballéa, Fabienne Coquelet, René Demeulemeester, Alain Jourdain et Hélène Pochat, qui ont soutenu et participé à ce travail.

Nous remercions Marie-Christine Avarguès, Delphine Bessière, Jean-Marie Bonel, François-Paul Debionne, Samuel Debuys, Marie-Françoise Guérin, Françoise Jabot, Christian Lahoute, Joëlle Le Moal, Christian Nicolas, Jacqueline Patureau, Hélène Phaner, François Piednoir, Anne Pinteaux, Nicolas Prisse, Emmanuelle Salines, Françoise Schaezel, la sous-direction de l'Organisation du système de soins de la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) et Marie-Claire Tramoni qui ont participé à ce travail.

Nous remercions Hélène Khodoss et Philippe Roger qui ont soutenu ce travail.

### références

1. Bréchat P.-H., Danzon A., Schaezel F. *Évaluation de la qualité des soins et accréditation : prise en compte de l'usager au Québec. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. « Recherche santé sociale », 2000 : 31-36.
2. Bréchat P.-H., Roger P. « Les conférences régionales de santé de 1995 à 2002 ». *Adsp* 2003 ; 42 : 11-16.
3. Bréchat P.-H., Jourdain A., Schaezel F., Monnet E. « Les usagers pendant la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération ». *Revue de la SFSP* (à paraître).
4. Bréchat P.-H., Goguy M., Magnin-Faysot C., Monnet E., Jourdain A., Chalopin J.-M., Geoffroy L.-R. *Rôle des usagers insuffisants rénaux chroniques francs-comtois dans le traitement d'une priorité régionale de santé publique*. *Adsp* (à paraître).
5. Demeulemeester R. *L'usager dans les conférences régionales de santé. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, collection « Recherche Santé Sociale ». 2000 : 25-29.
6. Lahoute C. *Droit des usager du système de santé. De la réglementation à la pratique. Les usagers du système de soins*. Rennes : Éditions de l'ENSP, coll. « Recherche santé sociale », 2000 : 17-24.
7. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Inspection générale des affaires sociales. *Rapport annuel 2002 : Politiques sociales de l'État et territoires*. Paris : La Documentation française, 2002.
8. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Caniard E. *La place des usagers dans le système de santé*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2000 (et *adsp* 2000, 31 : 12-14).
9. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Inspection générale des affaires sociales. *Rapport annuel 2001 : Les institutions sociales face aux usagers*. Paris : La Documentation française, 2001.
10. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002.
11. Petitjean F. *Évolution du rôle des citoyens dans la conférence régionale de santé après les états généraux de la santé. Exemple de la région Bretagne*. Mémoire de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique pour l'obtention du diplôme de santé publique, École nationale de santé publique, Rennes, 2000.
12. Verpillat P. Demeulemeester R. « Évaluation des Conférences régionales sur l'état de santé et les priorités de santé publique ». *Santé publique* 1997, 1 : 91-103.
13. Wyart J.-L. *L'expression de la parole des usagers face aux professionnels du système de santé dans le cadre de la conférence régionale de santé*. Mémoire de fin de formation de médecin inspecteur de santé publique pour l'obtention du diplôme de santé publique, École nationale de santé publique, Rennes, 1999.

# Master européen de gérontologie (EUMAG)

diplôme inter-universitaire

## Responsables pédagogiques

Pr Kees Knipscheer (coordonnateur)  
Pr Jean-Claude Henrard  
Pr Andreas Kruse  
Pr Simon Biggs

## Partenaires organisateurs

- Universités libre d'Amsterdam
- Versailles, Saint-Quentin-en-Yvelines
- Heidelberg
- Keele

## Renseignement

[jean-claude.henrard@spr.ap-hop-paris.fr](mailto:jean-claude.henrard@spr.ap-hop-paris.fr)

## Public

Professionnels (dans le domaine de la décision ou de la pratique) travaillant en gérontologie dans le secteur sanitaire, social et de la protection sociale vieillesse  
Étudiants ayant une formation mono disciplinaire dans un domaine de la gérontologie

## Coût

3 250 euros par an.

## Conditions d'admission

Avoir acquis un diplôme (bac + 3) comprenant un enseignement mono-disciplinaire de gérontologie  
Une validation d'acquis professionnels peut être accordée sur avis de la commission pédagogique

## Validation

Travaux personnels écrits pour chacun des modules ; mémoire écrit et présenté oralement en fin de cursus

## Objectifs

- Développer un modèle de curriculum pour un programme de troisième cycle (postgraduate) de Master (bac + 5) de gérontologie qui soit à la fois multidisciplinaire et européen et qui soit valable dans l'Union européenne.
- Utiliser un cadre souple pour faciliter la collaboration d'équipes universitaires de disciplines différentes, d'universités de différents pays de l'Union européenne.

## Enseignement

D'une durée de 2 ans il se déroule à temps partiel pour faciliter la participation de professionnels poursuivant pour partie leur activité. Il est calculé sur la base du système européen de transfert de crédits : 90 crédits, 1 800 heures pour les 2 ans.

- La première année d'étude comprend les modules du tronc commun :
- module introductif (incluant la biologie du vieillissement, pour des non-biologistes) et de psycho-gérontologie pour le premier semestre ;
- modules de gérontologie sociale et de sciences de la santé appliquées à la gérontologie pour le second semestre.

Les aspects de méthodologie (recherches quantitatives et qualitatives en gérontologie) sont dispensés dans les différents modules.

Chaque module comporte un enseignement initial de 8 à 10 jours, suivi de travail personnel sur 6 semaines.

L'ensemble comporte au total 7 à 8 semaines pleines (38-40 heures) d'études sur place, dans quatre ou cinq universités participant au tronc commun.

Au moins deux des modules doivent être suivis dans une autre langue que la langue maternelle.

L'année se termine par un module intégré et une école d'été au cours desquels l'accent est mis sur l'interdisciplinarité et l'approche comparative internationale.

- La seconde année d'étude comporte des modules électifs et la réalisation d'un mémoire. Les modules électifs sont choisis par les étudiants en fonction de besoins professionnels. Trois filières sont grossièrement envisagées, conduisant à une augmentation des compétences en :

- travail de professionnel de terrain ;
- travail de gestionnaire ou de responsable administratif ;
- travail de recherche appliquée.

Chaque module électif peut se dérouler dans une université reconnue par le comité pédagogique sur la base de 2 à 5 jours de présence et d'environ 60 à 80 heures de travail personnel.

Le programme centré sur la résolution des questions soulevées par le vieillissement procure l'opportunité d'une spécialisation individuelle en rapport avec les besoins professionnels des étudiants. Ils obtiendront aussi des qualifications fondamentales et des compétences nécessaires pour réfléchir et travailler dans le cadre d'évaluations multidisciplinaires et pour jouer un important rôle d'« amplificateur » dans les différents domaines sociétaux de l'action gérontologique.

## hôpital & médicament

### Médicaments et hôpital : la nouvelle donne, « le médicament facteur de restructuration hospitalière »

Regarder autrement, n° 3, septembre 2003, 111 pages.

Depuis quelques années, l'hôpital public a dû faire face à la complexité croissante de ses missions. Tout en assurant son rôle médical traditionnel, l'hôpital est devenu le lieu quasiment monopolistique de l'expérimentation et de la mise en œuvre des techniques médicales les plus innovantes, souvent les plus efficaces et, partant, les plus coûteuses, rappelle l'auteur de ce rapport. Cette transformation est due en grande partie au rôle que joue le médicament dans la diminution des durées de séjour, en rendant possible la poursuite du traitement en ville d'un nombre croissant de pathologies et en permettant d'offrir des solutions thérapeutiques ambulatoires alternatives

à des patients hospitalisés. Ainsi, la découverte des antibiotiques a permis de fermer des sanatoriums, des neuroleptiques ont évité à des patients d'être enfermés dans des établissements psychiatriques, et plus récemment les traitements concernant le sida, initiés à l'hôpital, ont pu être poursuivis en ville. Le médicament permet également d'éviter de nombreuses opérations chirurgicales en apportant des solutions thérapeutiques innovantes et efficaces. C'est donc essentiellement le coût de l'innovation qui alourdit le poste « médicament » dans les dépenses hospitalières, bien qu'il existe des dispositifs de régulation permettant de contrôler les dépenses médicamenteuses trop onéreuses.

Pour l'auteur de ce rapport, il importe de faire reconnaître le rôle de l'innovation médicamenteuse dans la diminution des durées de séjour à l'hôpital et sa contribution à l'efficacité des soins hospitaliers dans ce contexte d'évolution et de réforme que connaît actuellement l'hôpital public.



## maladie d'Alzheimer

### Vivre avec la maladie d'Alzheimer ; L'aide aux aidants : approche internationale

Fondation Médéric Alzheimer, édition 2003, 208 pages 12 euros.

La Fondation Médéric Alzheimer a, dans cet ouvrage, rassemblé les données sur la situation actuelle de la maladie d'Alzheimer en France et à l'étranger (Royaume-Uni, Suède, Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Suisse, Italie, États-Unis, Canada, Japon et Australie) ainsi que les actions innovantes qui devraient se mettre en place dans les prochaines années. Certains pays s'orientent vers une approche conjointe de la maladie et de ses effets associant patients et entourage. En effet, dans tous les pays considérés, deux tiers des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer vivent à domicile, accompagnées le plus souvent d'un membre de la famille, acteur incontournable qui vient en complément de la prise en charge médicale. Mais la question se pose, face à l'accroissement de cette maladie, de développer et de diversifier des dispositifs d'aide et de réseaux pour les aidants familiaux ou professionnels dont les ressources physiques, psychiques ou financières sont durement éprouvées. Par ailleurs, de nombreuses personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont hospitalisées et des tentatives ont été développées depuis une dizaine d'années pour mieux prendre en compte leurs derniers mois de vie et éviter l'exposition au double risque de l'acharnement ou de l'abandon thérapeutique. Ainsi les soins palliatifs se sont élargis, à des degrés variables selon les pays, aux maladies neuro-dégénératives. L'ouvrage aborde également les mesures de protection juridique. En effet, selon les pays, les systèmes juridiques ne prennent pas en compte de la même façon la

## prévention

### Peur et prévention

Bruxelles Santé, n° spécial 2003, supplément au n° 31, septembre 2003, 50 pages.

Ce numéro spécial de Bruxelles Santé pose la question de la notion et de l'usage de la peur dans les messages de prévention. Dans la société actuelle, quel rôle joue la peur ? Comment évoluent les attitudes face à la maladie et à la mort ? Face à ce questionnement, cinq articles s'attachent à décrire l'évolution des comportements depuis le Moyen Âge jusqu'à



nos jours. Autrefois, on avait peur des épidémies souvent liées aux guerres et aux famines... Aujourd'hui, dans le domaine de la santé, la prévention recoupe vite le souci de la sécurité (le contrôle des aliments, par exemple). Les campagnes de prévention ont

occasionnellement recours à des images ou des situations effrayantes (par affiches ou moyens audiovisuels) pour lutter contre des effets négatifs (en effet, on n'utilise pas la peur pour promouvoir une alimentation saine). S'agit-il de promouvoir la santé dans une situation de danger ou de risque ? De pratiquer une éducation pour la santé par des messages positifs en valorisant des attitudes favorables à la santé ? Faire une approche de « communication pédagogique du risque » reposant sur des éléments classés dans un courant informatif et éducatif mais pas forcément dans un courant persuasif ? Autant de questions auxquelles les auteurs de cette publication ont cherché à répondre.

De nombreuses reproductions d'affiches illustrent ce numéro spécial.

## alimentation

### Histoire des peurs alimentaires, du Moyen Âge à l'aube du xx<sup>e</sup> siècle

Madeleine Ferrières

Paris : Seuil (*L'univers historique*), octobre 2002, 480 pages, 25 euros.

Les peurs sont un fait, qu'elle soient fondées ou non. Le livre de Madeleine Ferrières, professeure à l'université d'Avignon, montre la persistance de ce fait dans notre rapport à l'alimentation depuis le Moyen Âge, et la mise sous surveillance de la chaîne alimentaire qui en résulte. La « charte de Mirepoix » octroyée par Jean de Lévis le 1<sup>er</sup> en 1303 — sous Philippe le Bel, donc — encadre le commerce des viandes dans cette petite ville du Haut-Languedoc, en pays occitan. La sécurité sanitaire est au centre des préoccupations ; la précaution est la règle. Cette normalisation croise l'expérience réelle — le constat empirique que les viandes malades rendent malade —, et l'expérience imaginaire, les croyances. Le cas est loin d'être unique : les textes de ce type sont nombreux entre 1 200 et 1 500. Madeleine Ferrières montre

comment ces réglementations combinent médecine rationaliste, médecine vétérinaire de terrain et représentations populaires — avec des nosographies dont la consistance s'est perdue et qui ne manquent pas d'évoquer celles que décrit Foucault dans sa *Naissance de la clinique*.

À six siècles de distance, en 1906, le roman d'Upton Sinclair, *La Jungle*, connaît un succès planétaire. Il concrétise un autre type de peur : celle de l'industrialisation alimentaire, avec ses chaînes de production déshumanisées (Sinclair décrit le fonctionnement des usines de corned-beef à Chicago), pas plus sensible à la sécurité des travailleurs qu'à celle des consommateurs. Les inspecteurs véreux, l'ouvrier tombé dans la cuve et qu'on laisse prétendument finir en saindoux : « *L'industrie cannibale* » impose jusqu'à son cannibalisme au consommateur. L'enquête de Sinclair sur les « *empoisonneurs de Chicago* » est à l'origine de la première grande loi fédérale américaine sur la sécurité alimentaire (Pure Food and Drug Act, 1906). Dans le chapitre (terminal) consacré à cette affaire, Madeleine Ferrières indique brillamment comment ces peurs nouvelles sont des peurs renouvelées, et le rôle, véritablement nouveau quant à lui,

que jouent trois acteurs anciens : l'État, la presse, le consommateur. On comprend au passage que cette affaire en préfigure assez exactement une autre, contemporaine : celle de la « vache folle ».

L'ouvrage présente, entre ces deux dates (1303-1906), un riche panorama des peurs alimentaires ou sanitaires sur lesquelles se sont construits, pour une large part, les dispositifs de sûreté actuels : peur des viandes malsaines — qui traverse cette histoire —, mais aussi du « pain à la reine » (le nouveau pain blanc à la levure à la fin du xvii<sup>e</sup>), des plantes nouvelles (le concombre, la pomme de terre), du lait frelaté ou tuberculeux, de l'air vicié par la proximité des abattoirs (les hygiénistes du xix<sup>e</sup>).

S'appuyant sur une très riche documentation, l'auteur ne se cantonne pas dans une pure histoire des représentations, des idées. Et c'est sans doute l'un de ses mérites les plus éminents que d'apporter au lecteur des détails fournis sur les réalités indexées par les croyances passées. De donner à voir, au final, que les croyances les plus efficaces ne sont pas nécessairement les mieux fondées.

Philippe Amiel

volonté de la personne. Par contre, la plupart des pays donnent une place particulière aussi bien aux aidants familiaux qu'aux aidants professionnels dans le processus des mesures de protection, qu'elles soient judiciaires ou directement issues du mandant. On trouvera à la fin de cet ouvrage des fiches par pays synthétisant leurs actions face à la maladie.



## patient hospitalisé

### Préparation de la sortie du patient hospitalisé

Anaes, *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*, septembre 2002, 80 pages.

L'étude des pratiques et l'analyse de la prise en charge des malades dans les établissements de santé publics et privés font apparaître que la sortie du patient d'un établissement de santé est une étape clé du processus de soins. Cette phase constitue un acte de soins à part entière qui nécessite une préparation bien en amont du jour de la sortie et qui permet la continuité et la mise en place de systèmes d'alerte et de protection selon trois axes : l'organisation et la préparation de la sortie « physique » du patient pour son retour au domicile, les informa-

tions destinées au patient et à son entourage permettant d'assurer la continuité des soins. Sur le plan juridique, la sortie doit obéir à des règles précises. Ce document de l'Anaes a ainsi pour objectif de proposer aux professionnels un outil qui leur permet d'améliorer le processus de préparation de la sortie du patient hospitalisé et d'informer ce dernier de ce qui l'attend à sa sortie.

## prévention

### Nutrition et prévention des maladies cardio-vasculaires

NAFAS (*nutrition, aliments fonctionnels, aliments santé*), volume 1, n° 2, juin 2003, 56 pages.

Ce numéro de NAFAS est consacré à une réflexion sur la prévention des risques de maladies cardio-vasculaires. Glo-

balement, 10 à 30 % des adultes de presque tous les pays souffrent d'hypertension, et 50 à 60 % des individus se porteraient mieux si leur pression artérielle baissait. De ce fait, des attaques cardiaques et cérébro-vasculaires pourraient être évitées par des mesures nationales ou individuelles simples et peu coûteuses pour réduire les risques majeurs que sont une pression artérielle et un cholestérol élevés, l'obésité et le tabagisme. Si la nutrition est l'un des facteurs majeurs contribuant à la survenue de diverses pathologies cardio-vasculaires, elle peut aussi être un facteur de protection et avoir des effets bénéfiques à court et à long terme. Ce numéro de NAFAS a pour but de montrer, grâce à des exemples concrets et des études basées sur des effets cliniques de composants alimentaires, que la modification du comportement nutritionnel peut améliorer le bilan de santé cardio-vasculaire.

## pauvreté et exclusion

### Pauvreté et exclusion

*Santé, société et solidarité, revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, n° 1, septembre 2003, 214 pages.*

La revue de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité a consacré un dossier à la pauvreté et à l'exclusion, en étudiant non seulement l'état des lieux, les stratégies mises en place et les aspects divers que soulève la gravité de ce problème en France et au

Québec, mais aussi en évaluant sa mesure. En effet, la mesure repose sur des indices qui, selon la gravité ou l'intensité de la pauvreté, peuvent varier d'une décennie à une autre, d'un pays à un autre...



Deux articles étudient d'une part l'indice multidimensionnel de pauvreté-richeesse qui permet de comparer la pauvreté en France et au Québec, d'autre

part l'indice de «défavorisation» matérielle et sociale qui permet d'analyser l'importance des inégalités face à l'espérance de vie en bonne santé.

## vieillesse

### Les enjeux du vieillissement : quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ?

*Tableaux de bord santé, Leem, les entreprises du médicament, juin 2003, 268 pages.*

Le vieillissement de la population soulève non seulement les questions de conditions de vie et de revenus des futurs retraités, mais aussi les besoins spécifiques des plus âgés en matière sanitaire et médico-sociale. Ce rapport traite de la personne âgée au sens large (à partir de 60-65 ans) et des problèmes spécifiques liés au grand âge (à partir de 80 ans). Il s'appuie par ailleurs sur l'analyse précise et documentée d'une série de pathologies liées ou aggravées par le vieillissement. Au-delà de l'analyse de l'existant, les auteurs du rapport ont cherché à donner une vision prospective de l'impact du vieillissement de la population.

## sciences

### La science aveugle

Michel Schiff\*

*Paris : Editions Sang de la Terre, février 2003, 190 pages, 16 euros.*

Cet ouvrage, par une approche parfois provocatrice, fait l'éloge de la pluralité des pensées et des pratiques en sciences.

Une première partie sur «des lendemains thérapeutiques qui chantent» peut donner au lecteur la possibilité de développer une approche critique des données couramment utilisées pour décrire les évolutions de la lutte contre le cancer tout en étant sensibilisé aux pistes d'actions possibles, dont la prévention basée sur l'éducation à la santé.

La deuxième partie donne des regards historique, politique, intellectuel, psychologique et économique. Les données issues de la recherche sont considérées dans un contexte global prenant en compte une séparation entre dimensions technique et politique des problèmes de santé. Cette partie aborde également la prise en compte des anomalies dans la science, la censure scientifique, les pressions financières et la désinformation.

«Se libérer de l'obscurantisme savant» permet à l'auteur de proposer une troisième partie qui peut contribuer à développer un principe de confrontation et à un débat sur la place des données scientifiques et des experts scientifiques et médicaux dans notre société.

L'ouvrage se termine par un dialogue avec Bernard Cassou, médecin et professeur de santé publique, portant notamment sur le rôle de l'État et le réductionnisme.

Il intéressera aussi bien les chercheurs, experts, professionnel de santé et de santé publique que les citoyens et usagers du système de santé.

Pierre-Henri Bréchat

\* Ancien chercheur au CNRS, Michel Schiff a écrit plusieurs livres démystifiant la place des experts dans notre société : *L'homme occulté* (Editions ouvrières, 1992), *Un cas de censure dans la science* (Albin Michel, 1994), *La Barbarie financière* (Sang de la terre, 2002). Il a codirigé *Qui décide de notre santé ? Le citoyen face aux experts* (Syros, 1998).

## Guide de vaccinations 2003

Ce guide est une réactualisation de celui de 1999 qui avait été élaboré par le Comité technique des vaccinations (CTV). Il a pour objectif d'aider tous les professionnels de santé et ceux relevant du domaine sanitaire et social à actualiser leurs connaissances sur la vaccination. Il s'adresse aussi bien aux médecins du secteur public et du secteur privé qu'aux étudiants des filières médicales et paramédicales, ainsi qu'aux infirmières et pharmaciens. Ce guide devant être modifié dans les prochains mois (dès la parution des décrets pris en Conseil d'État relatifs à la suppression de la re-vaccination par le BCG, donc de la modification du calendrier vaccinal) est uniquement accessible par voie électronique sur le site Internet du ministère.

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)  
(rubrique dossiers)

## Infections invasives à méningocoques en France

Ces infections appelées IIM, qui affectent surtout les jeunes de moins de 20 ans, sont des infections caractérisées par un début souvent brutal sur des personnes en bonne santé, et dont une forme clinique, le *purpura fulminans*, constitue une véritable urgence thérapeutique. Ces IIM sont des maladies à déclaration obligatoire, dont la prévention repose sur la chimio prophylaxie des sujets-contacts et la vaccination de l'entourage. Pour en savoir plus, un dossier sur les infections invasives à méningocoques est en ligne au ministère.

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)  
(rubrique points sur)



**pays en développement**

**Aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement.**

Règlement (CE) n° 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil du 15 juillet 2003 (JOCE du 6 septembre 2003).

**P**armi les objectifs pour garantir un meilleur accès à des services de santé, il est recommandé non seulement d'offrir une meilleure prévention aux adolescents et aux jeunes adultes, hommes et femmes, par des programmes éducatifs (interaction entre planification familiale, santé génésique, maladies sexuellement transmissibles), mais aussi de lutter contre les pratiques préjudiciables à la santé sexuelle des femmes, des adolescents et des enfants, telles que les mutilations génitales féminines, la violence sexuelle, les mariages

d'enfants et les mariages prématurés... Pour que les progrès réalisés en matière de santé et de bien-être soient durables, il faut que toutes les actions menées s'accompagnent d'investissements dans le secteur social, couvrant l'éducation, la participation des communautés, la conscience de l'équité et de l'égalité entre hommes et femmes, l'amélioration de l'environnement, la prospérité économique, la sécurité alimentaire et la nutrition. Le cadre financier destiné à la mise en œuvre de ce règlement pour la période allant de 2003 à 2006 est fixé à 73,95 millions d'euros.



**affaires sociales**

**Droit au regroupement familial**  
Directive 2003/86/CE du Conseil du 22 septembre 2003 (JO L 251/12 du 3 octobre /2003).

**L**e but de la présente directive est de fixer les conditions dans lesquelles est exercé le droit au regroupement familial

dont disposent les ressortissants de pays tiers résidant légalement sur le territoire des États membres.



**consommateurs**

**Création d'un groupe consultatif européen des consommateurs**  
Décision 2003/709/CE de la Commission du 9 octobre 2003 (JO L258/35 du 10 octobre 2003).

**E**n 2000, à l'initiative de la Commission, a eu lieu la création d'un comité des consommateurs sur les problèmes relatifs à la protection de leurs intérêts au niveau communautaire. La Commission a désiré adapter la décision à l'évolution du cadre politique et juridique, afin de tenir compte de l'adhésion de nouveaux États membres et de la nécessité d'harmoniser la définition de la notion d'organisation de consommateurs avec celles utilisées dans d'autres instruments législatifs communautaires. Dans cette lignée, elle modifie la dénomination

du comité des consommateurs actuel en « groupe consultatif européen des consommateurs » dont l'objectif est la promotion et la protection de la santé, la sécurité et les intérêts économiques des consommateurs dans le processus de normalisation à l'échelon communautaire.



**médicament**

**Principes et lignes directrices de bonnes pratiques de fabrication concernant les médicaments à usage humain et les médicaments expérimentaux à usage humain**

Directive 2003/94/CE de la Commission du 8 octobre 2003 (JO L262 du 14 octobre 2003).

**C**e texte rappelle toutes les obligations de clarté et de traçabilité d'un médicament, y compris expérimental, depuis sa fabrication avec l'assurance de qualité et de documentation sur tout ce qui le concerne jusqu'à l'autorisation de mise sur le marché.

**drogues**

**Centre interministériel de formation anti-drogues (CIFAD)**

Arrêté du 5 août 2003, JO du 11 septembre 2003.

**L**a convention constitutive du Groupement d'intérêt public dénommé CIFAD a été approuvée par arrêté du 5 août 2003 pour cinq ans. Ce centre a pour objet d'organiser des actions de formation spécialisée en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, et des actions de prévention des dépendances. Ces actions de formation sont destinées, sur le plan national, aux personnels en poste dans les départements

français d'Amérique et sur le plan international aux personnels concernés des États de la Caraïbe et d'Amérique latine. Ce centre peut également accueillir des stagiaires français et étrangers d'origines professionnelles diversifiées incluant entre autres des intervenants en matière de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

**permanence de soins**

**Décrets réorganisant la permanence de soins**  
Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 modifiant le Code de la santé publique et décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003

modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale. JO du 16 septembre 2003.

**C**es décrets font référence au volontariat dans la réorganisation de la permanence des soins des médecins libéraux. Un cahier des charges dans chaque département fixe les modalités de la mise en œuvre du dispositif et clarifie les conditions de participation des médecins à cette permanence.

Les rubriques *Brèves européennes, Lectures, Lois et réglementation et En ligne* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

**assurance maladie**

**Création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

Décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003. JO du 8 octobre 2003.

**C**e Haut Conseil, créé pour trois ans, a pour but d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions, de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie. Il doit également proposer des adaptations nécessaires pour répondre entre autres aux objectifs de solidarité financière et assurer les objectifs de cohésion sociale.

**Paris**  
**Les 26 et 27 février 2004**

**Approche cognitive comportementale des problèmes d'alcool**

Séminaire organisé par la Société française d'alcoologie

*Renseignements*

Princeps/SFA

64, avenue du Général-de-Gaulle

92130 Issy-les-Moulineaux

Téléphone : 06 62 19 72 15

Télécopie : 01 40 95 72 15

Mél. : [princeps.m-auge@wanadoo.fr](mailto:princeps.m-auge@wanadoo.fr)

**Lorient**  
**Le 6 mars 2004**

**L'adolescente aujourd'hui**

Colloque organisé par l'École psychanalytique de Bretagne (affiliée à l'Association lacanienne internationale)

*Renseignements*

École psychanalytique de Bretagne

13, boulevard Léopold-Maissin

29480 Le Relecq-Kerhuon

Téléphone et télécopie : 02 98 30 41 98

Mél. : [EPSYB@wanadoo.fr](mailto:EPSYB@wanadoo.fr)

Site : [www.psychanalysebretagne.com](http://www.psychanalysebretagne.com)

**Lorient**  
**Le 30 avril 2004**

**La crise d'adolescence : idée utile pour la clinique ou reflet des formes actuelles du malaise dans la civilisation : les questions des adolescents aujourd'hui**

Colloque organisé par l'École psychanalytique de Bretagne (affiliée à l'Association Lacanienne internationale)

*Renseignements*

École psychanalytique de Bretagne

13, boulevard Léopold-Maissin

29480 Le Relecq-Kerhuon

Téléphone et télécopie : 02 98 30 41 98

Mél. : [EPSYB@wanadoo.fr](mailto:EPSYB@wanadoo.fr)

Site : [www.psychanalysebretagne.com](http://www.psychanalysebretagne.com)

**Paris**  
**Les 3 et 4 juin 2004**

**Le cadre législatif : problèmes pratiques en addictologie**

Séminaire organisé par la Société française d'Alcoologie

*Renseignements*

Princeps/SFA

64, avenue du Général-de-Gaulle

92130 Issy-les-Moulineaux

Téléphone : 06 62 19 72 15

Télécopie : 01 40 95 72 15

Mél. : [princeps.m-auge@wanadoo.fr](mailto:princeps.m-auge@wanadoo.fr)

**Paris**  
**Le 4 juin 2004**

**1<sup>re</sup> journée nationale des espaces éthiques : confrontation d'expériences**

Journée organisée par Espace éthique, en partenariat avec l'Espace éthique méditerranéen dans le cadre de la Fédération nationale éthique et soins hospitaliers

*Renseignements*

Espace éthique AP-HP

Centre hospitalier universitaire Saint-Louis

1, avenue Claude-Vellefaux

75475 Paris Cedex 10

Téléphone : 01 44 84 17 57

Télécopie : 01 44 84 17 58

Mél. : [espace.ethique@sls.ap-hop-paris.fr](mailto:espace.ethique@sls.ap-hop-paris.fr)

Site : [www.espace-ethique.org](http://www.espace-ethique.org)

**Lille**  
**Du 10 au 12 juin 2004**

**Journées de réflexion et d'action organisées dans le cadre de l'Europe par l'Union européenne de médecine d'assurances et sécurité sociales (UEMASS)**

*Renseignements*

Docteur Martine Gouello

UEMASS

17, rue Jean-Maridor

75015 Paris

Mél. : [martine.gouello@cnamts.fr](mailto:martine.gouello@cnamts.fr)

**Montpellier**  
**Du 14 au 19 juin 2004**

**La personne, l'entourage, la société : vers une compréhension mutuelle**

12<sup>e</sup> congrès mondial organisé par l'Association internationale pour l'étude scientifique des déficiences intellectuelles (IASSID)

*Renseignements*

Neil Ross

Association de Villepinte

28, rue de l'Église

93420 Villepinte

Téléphone : 01 43 85 12 06

Télécopie : 01 49 36 11 54

Mél. : [njross@compuserve.com](mailto:njross@compuserve.com)

Site : [www.iassid.org](http://www.iassid.org)

**Toulouse**  
**Les 24 et 25 juin 2004**

**La formation professionnelle des psychologues cliniciens à l'université**

Colloque national organisé par l'université Toulouse le Mirail et l'université Paul Valéry-Montpellier III

*Renseignements*

Alain Savet

Université Toulouse le Mirail

UFR de psychologie

5, allée Antonio-Machado

31058 Toulouse Cedex 1

Mél. : [savet@univ-tise2.fr](mailto:savet@univ-tise2.fr)

**Lyon**  
**Du 1<sup>er</sup> au 3 juillet 2004**

**Congrès de la Société française de santé publique 2004 : santé publique, entre expertises et solidarité**

Journées organisées par la Société française de santé publique

*Renseignements*

Société française de santé publique

2, rue Doyen-Jacques-Parisot

BP 7

54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Téléphone : 03 83 44 39 17

Télécopie : 03 83 44 37 76

Mél. : [congres-2004@sfsp-france.org](mailto:congres-2004@sfsp-france.org)

Site : [www.sfsp-france.org](http://www.sfsp-france.org)

# adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à  
La Documentation française  
124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers Cedex  
Téléphone 01 40 15 70 00  
Télécopie 01 40 15 68 00

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Profession** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_

**Localité** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique  
(4 numéros par an)

- France 39,10 euros TTC
- Europe 41,80 euros TTC
- DOM-TOM et RP 42,30 euros H. T. avion éco.
- Autres pays 43,30 euros H. T. avion éco.
- Supplément avion 4,80 euros
  
- Le numéro 12,20 euros (à partir du numéro 24)  
Participation aux frais de facturation et  
de port (sauf pour les abonnements) + 3,05 euros

Ci-joint mon règlement :

Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de  
M. l'agent comptable de La Documentation française

Par carte bancaire

date d'expiration [ ][ ][ ][ ]

numéro [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]

Date

Signature

## éditorial

- 1 La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme**  
*Guy Nicolas*

## actualité

- 4 Recherche biomédicale : la protection des personnes renforcée**  
La transposition de la directive européenne sur les essais de médicaments renforce la protection des personnes participant aux recherches biomédicales.  
*Philippe Amiel*
- 9 La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé**  
Les rapports entre violence et santé chez les jeunes, renseignés par les enquêtes santé.  
*Hélène Perrin, François Baudier*

## rubriques

### international

- 55 Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne : Le Danemark**  
Premier volet du triptyque sur l'organisation sanitaire des pays scandinaves.  
*Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet*



Haut Comité de la  
Santé Publique  
[www.hcsp.ensp.fr](http://www.hcsp.ensp.fr)

dossier	
<b>La santé en prison</b>	
Dossier coordonné par <b>Geneviève Guérin</b> <b>p. 17</b>	<b>26 Les services médico-psychologiques régionaux</b> <i>Cyrille Canetti</i>
<b>18 Contexte et genèse d'une réforme</b> Histoire d'une réforme qui transféra la prise en charge sanitaire des détenus de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. <i>Geneviève Guérin</i>	<b>30 Le rôle des infirmiers dans les prisons</b> <i>Evelyne Picherie</i>
<b>21 La population carcérale</b> Masculine à 95 % et plutôt jeune, la population carcérale présente des risques accrus vis-à-vis de certaines pathologies (hépatites, alcoolisme...). Près de la moitié des détenus sont atteints de troubles psychiatriques. <i>Geneviève Guérin</i>	<b>34 La prise en charge sanitaire</b> L'accès aux soins des détenus reste à améliorer au niveau de la permanence des soins et de la faible répartition de l'offre de soins psychiatriques. <i>Geneviève Guérin</i>
<b>24 La violence contre soi-même</b> <i>Pierre-Yves Robert</i>	<b>37 Extrait de Monte-Cristo : journal des détenus des Baumettes</b>
<b>26 Le dispositif de prise en charge</b> La prise en charge sanitaire des détenus est assurée par le service public hospitalier à travers les UCSA et les SMPR. <i>Geneviève Guérin</i>	<b>44 tribunes</b>
	<b>44 Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique</b> <i>Olivier Obrecht</i>
	<b>46 Santé en prison : la nécessaire poursuite du décroisement</b> <i>Alain Blanc</i>
	<b>48 La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire</b> <i>Marc Allaman</i>
	<b>50 La psychiatrie dans l'univers carcéral</b> <i>Cyrille Canetti</i>
	<b>54 bibliographie, adresses utiles</b>

## rubriques

### international

- 58 La réforme du système de santé allemand : la recherche d'une régulation structurelle**  
Les grandes lignes de la réforme du système de santé allemand adoptée en octobre 2003.  
*Marc Duriez*

### régions

- 61 La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé**  
Comment les usagers participent-ils à la définition et la mise en œuvre des politiques régionales de santé ?  
*Pierre-Henri Bréchat, Christian Magnin-Feysot, Jean-Luc Grangeon*

## repères

- 16 organisme**  
Espace éthique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris
- 59 brèves européennes**
- 67 formation**  
Master européen de gérontologie (EUMAG)
- 68 lectures**
- 70 en ligne**
- 71 lois & réglementation**
- 72 calendrier**

