

VALÉRY HÉDOUIN Professeur, responsable du secteur soins aux détenus, CHRU de Lille
DIDIER GOSSET Professeur, coordinateur du pôle de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire, CHRU de Lille
FRÉDÉRIC GRIMOPONT Médecin, praticien hospitalier, CHRU de Lille
ANNE BÉCART Praticien hospitalier et docteur en éthique médicale, CHRU de Lille

La prise en charge des pathologies lourdes

L'équipe médicale ayant en charge la santé somatique des détenus au CHRU de Lille, se trouve de plus en plus souvent confrontée à des situations difficiles liées, paradoxalement, à l'amélioration de la prise en charge médicale des personnes incarcérées.

La loi de 1994 a constitué une avancée considérable dans la prise en charge des malades détenus. Tout détenu entrant en établissement pénitentiaire est affilié automatiquement à la sécurité sociale et les soins sont désormais assurés par le service public hospitalier. A Lille, ce service est assuré par le CHRU. La finalité du texte était d'aligner la qualité des soins reçus en détention sur ceux existant en milieu libre. L'objectif a été atteint rapidement tant pour les consultations de médecine générale, que pour les consultations de chirurgie dentaire. Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) ont été créées et assurent ce type de prestations à l'intérieur des prisons, dans des locaux dédiés à l'activité médicale. L'implication du personnel médical et soignant est croissante et d'autres domaines que le soin purement curatif peuvent être développés : la prévention, l'éducation à la santé ou l'intégration aux réseaux de suivis de malades. La direction du CHRU a largement contribué au développement de notre activité. L'administration pénitentiaire a, de son côté, intégré la notion d'indépendance hospitalière et a participé à la rédaction du guide méthodologique national qui reste, aujourd'hui, la principale référence. L'arrivée, plus récente des unités sécurisées interrégionales (UHSI), a permis d'améliorer encore le dispositif en permettant une hospitalisation plus aisée des malades incarcérés. Les hospitalisations de longue durée sont désormais facilitées, de même que les hospitalisations programmées à durée déterminée. En cas de nécessité, l'UHSI dispose d'une escorte policière dédiée, réservée à l'extraction des malades sur le plateau technique du CHRU, ce qui a permis de soulager le travail des escortes sanitaires affectées aux établissements pénitentiaires. La mise en place des UHSI a donc nettement favorisé l'accès aux soins.

Cette réforme des soins dispensés en milieu pénitentiaire est, cependant, apparue dans un contexte particulier. L'augmentation du nombre de sujets incarcérés (plus de 60 000 détenus sur le

territoire national) est nette et un vieillissement de la population carcérale est constaté depuis plusieurs années. La représentation des criminels sexuels, plus âgés, augmente alors que les incarcérations pour les petits délits a tendance à diminuer. Cinq pour cent des personnes incarcérées a aujourd'hui plus de 60 ans, ce qui correspond à un doublement de cette tranche d'âge en dix ans. L'état de santé des personnes incarcérées reste, indiscutablement, très dégradé. La population carcérale est essentiellement composée de personnes désocialisées sans suivi médical avant leur incarcération. Les patients-détenus cumulent également de nombreux facteurs de risque et il n'est pas rare de diagnostiquer des pathologies à un stade très avancé qu'il est devenu rare de constater dans la population libre.

Nous constatons que de plus en plus de malades, atteints de pathologies lourdes ou incurables, intègrent la prison et restent incarcérés. Par ailleurs, les aménagements de peine pour motif médical sont de plus en plus difficiles à obtenir. La qualité du dispositif médical joue donc, à l'évidence, un rôle néfaste puisque la maladie ne semble plus, en 2007, être un frein à l'incarcération ou au maintien en détention.

Le problème de la fin de vie en milieu carcéral illustre caricaturalement ce qui vient d'être exposé. L'expérience lilloise menée à l'UH-SI d'octobre 2004 à octobre 2006 comporte une douzaine de cas de patients incarcérés en fin de vie, atteints de pathologies néoplasiques au stade terminal. Huit étaient condamnés et quatre étaient prévenus. Tous ont fait l'objet d'une saisine précoce du magistrat par certificat médical, pour aménagement de peine. Seuls trois prévenus ont pu bénéficier d'un tel aménagement, les autres sont décédés en cours d'incarcération.

« La loi de 1994 a permis de faire un bond considérable dans la prise en charge sanitaire des détenus mais les rôles ne doivent pas être confondus : la prison doit rester un lieu où l'on soigne mais ne doit, en aucun cas, devenir un lieu de soins »

La loi du 04 mars 2002 (article 720-1-1 du code de santé publique) prévoit la possibilité d'aménagement de peine, pour les détenus condamnés, en cas d'état durablement incompatible avec la détention ou de pathologie engageant le pronostic vital, sous réserve de la réalisation de deux expertises distinctes et concordantes. Tous nos patients condamnés ont fait l'objet d'une mise en route de procédure mais un seul a pu bénéficier des deux expertises requises. Dans ce cas, le magistrat ne lui a pas accordé de suspension de peine, au vu des conclusions d'expertises. Dans les sept autres cas, le dossier n'a pas eu le temps d'aboutir, le décès du patient étant survenu avant. Cinq n'ont eu qu'une expertise et deux n'en ont eu aucune.

L'expertise est un paramètre déterminant qui va retarder la prise de décision. Le nombre réduit d'experts amène inéluctablement à un allongement de la procédure. L'expertise psychiatrique supplémentaire, obligatoire dans les affaires de mœurs, allonge encore les délais. Indépendamment de la lenteur procédurale, l'expert répond à la question du juge qui, au vu des termes de la loi, l'in-

terroge sur la compatibilité du détenu avec son maintien en détention. L'expert considère souvent que l'état du malade reste compatible avec son maintien en détention au vu du service apporté par l'hôpital public. L'amélioration de la prise en charge médicale peut donc apparaître indirectement néfaste à la situation du détenu.

Le raisonnement s'applique bien sûr aux fins de vie mais également à toutes les pathologies graves et chroniques dont la fréquence ne cesse d'augmenter en prison, sans qu'il soit toujours nécessaire d'hospitaliser le patient. Cette augmentation apparaît totalement paradoxale chez les condamnés alors qu'un texte de loi a été instauré afin de traiter spécifiquement ce type de situation. Les textes visant l'aménagement de peine doivent, à notre sens être revus afin de les rendre plus applicables en pratique. La loi de 1994 a permis de faire un bond considérable dans la prise en charge sanitaire des détenus mais les rôles ne doivent pas être confondus : la prison doit rester un lieu où l'on soigne mais ne doit, en aucun cas, devenir un lieu de soins ■

Isabelle Knaff, directrice de cabinet à la direction générale du CHRU de Lille

Les relations entre l'hôpital et l'administration pénitentiaire

Depuis 1994, l'hôpital et les établissements pénitentiaires ont dû se concerter pour aménager des espaces et des modalités de fonctionnement communs.

Il est clair que l'entrée des services de soins dans les établissements pénitentiaires en a perturbé plus d'un. « Nous avons dû apprendre à nous connaître et à nous respecter et comprendre les modes de fonctionnement l'un de l'autre. Cela n'a pas toujours été facile, loin s'en faut, mais nous y sommes arrivés » explique Isabelle Knaff, directrice de cabinet à la direction générale du CHRU.

En effet, chaque établissement pénitentiaire a un fonctionnement qui lui est propre, souvent dicté par les structures et la surpopulation carcérale. « A Loos, nous avons dû batailler pour obtenir la libération d'une quinzaine de cellules supplémentaires afin d'y installer la totalité de nos services de soins. Les discussions furent musclées mais nous avons trouvé un terrain d'entente qui montre, aujourd'hui, tout le bien fondé de ce projet de 1994. » confie t-elle. Il est vrai que les hospitaliers doivent encore parfois se heurter à l'incompréhension de certains personnels sur la nécessité de certains soins dans ou hors de la prison : « les détenus ont plus de facilités d'accès aux soins que la population générale, nous dit-on... ».

Inversement, les hospitaliers ont dû s'adapter aux contraintes de sécurité, aux horaires et aux règles de déplacement dans un établissement pour ensuite les importer au niveau des plateaux hospitaliers ou dans l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI).

« Grâce à nos réunions mensuelles, nous avons, entre autres, fini par comprendre les règles de vie commune de la population carcérale. Par exemple, nous étions étonnés que certains détenus, parfois malades, ne fassent jamais appel à nos services. Grâce à ces échanges, nous avons repéré la nécessité de mettre en place une sensibilisation du personnel pour détecter ces détenus afin de les inciter à venir nous consulter. Et les résultats ne se sont pas fait attendre. » précise t-elle.