

FORUM DE LA DETENTION ET DE LA PROBATION

Résumés des ateliers

Plusieurs ateliers ont eu lieu le mercredi, 27 novembre et le jeudi, 28 novembre 2019 au Palais des congrès de l'Union postale universelle à Bern. Vous trouverez ci-dessous un rapport sur ces derniers.

Partenariat entre les équipes pénitentiaires et sanitaires: quels outils pour favoriser une collaboration constructive?

Hans Wolff, Nicolas Peigné, Diane Golay, Alexandre Maggiacomo, Thierry Fridez

Hans Wolff, médecin-chef du Service de médecine pénitentiaire aux Hôpitaux universitaires de Genève SMP, ouvre cet atelier sur le partenariat entre les équipes pénitentiaires et sanitaires. Il présente le concept d'indépendance des soins par rapport aux autorités pénitentiaires. Les organismes internationaux concernés privilégient le fait que la médecine pénitentiaire soit confiée au ministère de la santé, et non de la justice. Les avantages d'un tel système sont la qualité des soins, l'accès aux soins, la confiance et la confidentialité, l'équivalence des soins par rapport au milieu libre et les aspects liés au personnel médical. A l'heure actuelle, six cantons travaillent en Suisse sur ce modèle.

Thierry Fridez, gardien-chef de la Prison de Champ-Dollon, présente cette institution genevoise. Il s'agit d'un établissement de détention qui accueille tous les types de régimes pénitentiaires (préventif, exécution des peines et mesures). Chroniquement surpeuplée, cette prison fonctionne avec un service médical non rattaché à la prison. Concernant le nombre de conduites internes pour le service médical, il se monte à une centaine par jour.

Hans Wolff revient sur les bases d'une bonne collaboration interprofessionnelle: la reconnaissance des diverses compétences, le respect des rôles de chacun ainsi que la volonté de collaboration. Les écueils se réfèrent à la charge émotionnelle, aux conditions de travail et aux facteurs institutionnels. Pour renforcer cette collaboration, il s'agit de connaître le rôle de l'autre, de gérer les conflits, de communiquer, de rechercher les compromis et de travailler dans un esprit d'ouverture et de transparence.

Diane Golay, responsable des psychologues au SMP, aborde les questions pratiques concernant le secret professionnel et la communication des informations. Ce qui importe, c'est de bien informer dès le début de la prise en charge les patients et les autres acteurs impliqués en clarifiant leur rôle et leurs responsabilités. A ce propos, il est fait mention de la notion de confiance partagée: l'objectif est de créer des espaces pluridisciplinaires où les personnes avec des rôles différents communiquent entre elles. L'idée est notamment de se mettre d'accord sur les informations à transmettre et de développer un langage commun.

Alexandre Maggiasco directeur adjoint de la Prison de Champ-Dollon, présente à son tour les outils favorisant la collaboration pluridisciplinaire: colloque général de 8h15 (chaque vendredi, bilan de la semaine écoulée entre surveillants et service médical sans oublier le service probation et insertion ainsi que l'intervention ponctuelle du service d'application des peines et mesures); réunions spécifiques (participation ponctuelle du service médical à diverses sessions dédiées aux cadres de l'établissement); intervison (rencontre mensuelle entre gardiens de l'unité médicale et membres de l'équipe médicale en lien à la gestion et à l'organisation du secteur); entretiens de réseau (acteurs impliqués autour du suivi d'un patient: coordination de l'intervention, développement d'une stratégie commune); échanges informels, plateformes de signalement (informations des surveillants au service médical sur l'évolution comportementale d'une personne détenue); retour sur le terrain (en réponse aux signalements, des rencontres ponctuelles entre soignants et équipe de surveillance sont organisées. Les échanges tournent autour des signes observés, du partage des vécus, ainsi que des attitudes à favoriser dans l'interaction et débouchent sur des pistes d'optimisation mutuelle des prises en charge); gestion de crise (organisation conjointe des équipes pénitentiaires et médicales en vue de la préparation et gestion d'évènements particuliers).

Nicolas Peigné, infirmier responsable au SMP, donne des exemples concrets liés à la gestion de crise (risque épidémique, canicule, gale, feux, mutinerie). Dans tous les cas, il s'agit de favoriser l'échange d'informations entre les différents acteurs.

En conclusion, Alexandre Maggiasco résume les messages-clés d'une bonne collaboration pluridisciplinaire: la connaissance et le respect mutuel des familles professionnelles, la nécessité de créer des espaces d'échanges dédiés, le partage des expériences, la réactivité et l'immédiateté des retours sur le terrain (notamment pour les cas psychologiques complexes).

Au cours de la discussion qui a suivi, il a été souligné que le secret médical n'est pas en soi un frein à la bonne collaboration pluridisciplinaire. En effet, la confiance mutuelle permet de travailler dans ce cadre. Un autre point discuté a été de savoir si l'indépendance des soins permet d'affiner les outils de collaboration. Il ressort de la discussion que si l'indépendance n'est pas une condition pour favoriser les échanges entre les partenaires elle ne représente en aucun cas un obstacle.

Soins psychiatriques des personnes détenues: à quoi cela sert-il, de quoi s'agit-il et de combien a-t-on besoin? Une tentative pour dissiper les malentendus de toutes sortes

Simone Hänggi

Après avoir donné un aperçu du sujet lors d'une courte présentation en séance plénière, l'intervenante a expliqué plus en détail lors de l'atelier les objectifs des soins psychiatriques pour personnes détenues, la manière dont ces soins sont organisés et les particularités des soins psychiatriques dispensés dans le cadre de l'exécution des peines et mesures.

Définitions et fréquence des troubles psychiques

Un trouble psychique ou mental est une altération pathologique de la perception, de la pensée et du ressenti. Il s'accompagne de souffrances considérables et de difficultés à mener sa vie. Les causes peuvent en être un trouble fonctionnel du cerveau ou une évolution négative accompagnée de troubles du comportement. La Classification internationale des maladies (CIM-10) est un outil mondialement reconnu de catégorisation des troubles mentaux.

Par soins psychiatriques, on entend les soins médicaux prodigués aux personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique. Outre le diagnostic, ils comprennent différents types d'interventions (information, psychoéducation, psychothérapie, traitement médicamenteux, etc.).

Les troubles psychiques sont parmi les motifs les plus fréquents de consultation d'un médecin. À l'échelle mondiale, les affections psychiques touchent chaque année environ une personne sur cinq. Des études ont montré que la prévalence des troubles mentaux est supérieure à la moyenne chez les personnes incarcérées: un détenu sur sept souffre de troubles psychotiques ou de dépression, et un sur deux est atteint d'un trouble de la personnalité dissociée (source: Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys, Fazel et al., Lancet, Vol. 359, Feb 16, 2002). De ce fait, le risque de suicide est lui aussi sensiblement plus élevé chez les personnes incarcérées. Selon Fazel et al. 2011, le taux de suicide chez les personnes détenues est de 58 à 147 pour 100 000, contre 16 à 31 pour 100 000 dans la population générale.

Les soins psychiatriques ambulatoires, une nécessité

Il découle de ce qui précède que des soins psychiatriques (ambulatoires) sont nécessaires dans tous les établissements pénitentiaires. Seul un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie dispose du savoir-faire nécessaire pour traiter les troubles psychiques. Chez les personnes détenues, les troubles psychiques sont beaucoup trop fréquents par rapport aux autres maladies pour qu'il soit judicieux de les traiter par des consultations en dehors de l'établissement pénitentiaire. Les recommandations relatives aux soins psychiatriques en détention émises le 8 janvier 2016 par un groupe de travail mandaté par la CCDJP préconisent elles aussi les soins psychiatriques ambulatoires dans les établissements.

Formes de traitement psychiatrique en milieu hospitalier

En cas de besoin aigu de traitement en milieu hospitalier, un placement dans un hôpital ou une clinique est nécessaire. Cependant, selon l'intervenante, il y a beaucoup trop peu de places pour les personnes détenues dans les cliniques psychiatriques, que celles-ci pratiquent la psychiatrie générale ou la psychiatrie forensique. Le problème est que la première catégorie d'établissements ne permet pas d'exclure la fuite et les contacts extérieurs, et que la seconde n'est pas tenue d'admettre le patient, surtout s'il provient d'un autre canton.

Dans le cas de la détention avant jugement, de l'exécution des peines et de la détention en vue du renvoi, seuls les soins médicaux conventionnels sont garantis. Un traitement de prévention de la criminalité n'est possible que dans les établissements d'exécution des mesures et dans les cliniques de psychiatrie forensique. Ces établissements sont tous conçus et équipés pour traiter des catégories spécifiques de troubles.

Formation et fardeaux en psychiatrie forensique

Philippe Delacrausaz

Depuis 2014, en Suisse existe un titre de formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensiques. Les exigences visent à fournir une formation équivalente entre les régions linguistiques dans les domaines de l'expertise et de la prise en charge de détenus avec des troubles mentaux ou de personnes sous mesures pénales.

Des précisions ont été apportées sur les trois axes d'orientation psychothérapeutique reconnus pour la formation en psychiatrie en Suisse, soit la psychothérapie psychanalytique, la psychothérapie systémique et la psychothérapie cognitive et comportementale TCC. Quelques spécificités (technique, longueur des thérapies, etc.) ont été abordées.

Il a été relevé un manque de psychiatres désireux de s'investir dans le domaine forensique, perçu comme peu attractif et présentant de nombreuses difficultés. La question du nombre de professionnels qui travaillent dans ce domaine a été abordée. Environ 70 psychiatres sont porteurs du titre, dont une quinzaine en Suisse romande. Actuellement, tout psychiatre en Suisse est habilité à faire des expertises. À terme, cette situation devrait changer, et seulement ceux ayant la formation spécialisée devraient pouvoir faire des expertises pénales.

Il a été rappelé que l'expertise n'est pas une activité thérapeutique, ce qui peut être perçu comme une distorsion de la mission primaire du médecin. Il est également rappelé que la responsabilité pénale n'est pas une notion médicale, mais juridique. Dès lors, le psychiatre forensique doit traduire ses connaissances médicales en des termes utiles au juriste. Parfois, des questions de compréhension mutuelle peuvent surgir.

Le thérapeute se retrouve lui face à une population difficile à soigner sous contrainte dans un cadre pénitentiaire. Deux interrogations centrales persistent : quelles «noirceurs de l'âme» sont à médicaliser et comment agir dans l'intérêt du patient dans un cadre sécuritaire contraignant?

Le débat s'est poursuivi sur la portée de la psychiatrie forensique. Le Dr Delacrausaz signale qu'une formation spécifique existe de façon indépendante pour les expertises en assurances. Dès lors, 70 médecins spécialisés pour les expertises forensiques sont insuffisants par rapport à la demande. Comme effet, non seulement la durée d'attente est longue, mais aussi les expertises post-sentencielles sont répétées sur les mêmes détenus par les mêmes experts. Si l'on veut avoir un autre expert, le stock est actuellement vite épuisé. La question est de savoir si les psychologues peuvent le faire, mais le Tribunal Fédéral pour l'heure a décidé que ce n'est pas possible.

Une autre contrainte est apparue, la langue de l'expert. Avec une population carcérale composée à plus de 70% de ressortissants étrangers, il est fréquent de devoir faire intervenir un traducteur dans l'évaluation.

Qu'en est-il des criminologues? Ils jouent un rôle dans le suivi post-sentenciel et leurs rapports sont intégrés dans les expertises. L'évaluation du risque de récidive, action prospective complexe, est une question plus criminologique que psychiatrique. Faudrait-il des expertises pluridisciplinaires?

En amont, on insiste sur la nécessité de se familiariser avec les outils (pertinence, limites). La règle au CHUV est de ne pas utiliser les outils pour lesquels on n'a pas été spécifiquement formés. Ces instruments doivent être utilisés uniquement de façon professionnelle.

D'un point de vue psychiatrique, les seules classifications reconnues sont le DSM 5 et la CIM-10 (bientôt 11). Elles visent à déterminer, selon un consensus international, ce qui est de l'ordre de la pathologie et ce qui ne l'est pas. La majorité des psychiatres sont d'avis qu'on a besoin d'une pathologie selon la classification comme point d'ancrage afin d'arriver à un consensus entre les professionnels. Sans ce référentiel commun, les dérapages peuvent vite survenir. Cela peut être le cas de certains «experts-vedettes». Il existe quelques psychiatres en Suisse qui tentent de créer leur propre référentiel.

Un représentant de la probation souligne que les rapports d'expertise sont toujours bienvenus. Même si le rapport est rédigé pour le tribunal, c'est aussi utile au gestionnaire de cas. Pour le Dr Delacrausaz, l'expertise doit servir à un moment donné et à une autorité donnée pour une prise de décision. Elle ne devrait en principe pas être réutilisée pour d'autres motifs. Il faut faire particulièrement attention avec les hypothèses et avec les projections décontextualisées par rapport au moment du jugement.

Le débat s'achève sur des questions quant aux mesures pénales et les établissements manquants en Suisse romande pour l'exécution de ces dernières. L'obnubilation par le risque conduit à un empilement des mesures. Ce système conduit à un risque d'enfermement des plus vulnérables, notamment les malades mentaux d'aujourd'hui. Les aliénistes ont travaillé à faire sortir les malades mentaux des prisons et 200 ans après tout se passe comme s'il s'agissait, avec le concours de la psychiatrie, les remettre dans ces endroits.

Le Dr Delacrausaz achève l'atelier en rappelant que le terme «fou» reste actuellement utilisé comme exact synonyme de «dangereux», citant un article de presse récent; c'est un grave problème, auquel il faut rester vigilant.

Renforcer la santé du personnel: ce que nous pouvons apprendre du «pacte de santé» du système berlinois

Kristin Herold, Christina Hansen, Reto Kälin

Les deux Berlinoises Christina Hansen et Kristin Herold ainsi que Reto Kälin, de la fondation Promotion Santé Suisse, ont guidé cet atelier en misant sur l'interactivité. Tout au long des exemples pratiques, la question centrale a été de savoir comment l'introduction d'un plan de gestion de la santé au travail GST pouvait aboutir à de réels changements. Dès le début du projet, la problématique suivante est apparue clairement: lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas dans le système berlinois de privation de liberté, de veiller à la santé du personnel dans six établissements pénitentiaires pour adultes et deux institutions pour mineurs, pour un total de 2800 collaboratrices et collaborateurs, une première étape peut certes être d'organiser un repas diététique chaque semaine dans les cantines. Pour autant, une telle initiative ne suffit pas pour aménager de façon durable des conditions de travail saines. Par conséquent, le plan GST des établissements berlinois adopte l'approche holistique que voici: une démarche planifiée et structurée, axée sur un processus d'amélioration permanent, et visant à organiser les processus et structures des institutions de sorte à promouvoir la santé de manière effective.

Dans le premier exemple pratique, les intervenantes ont exposé la façon dont les collaboratrices et collaborateurs ont été intégré-e-s dès le début dans un processus participatif. Ils et elles ont ainsi travaillé au sein de «cercles de réflexion». Le choix s'est porté sur les échanges directs, écartant consciemment les sondages, ce qui a garanti que des solutions sur mesure soient trouvées pour la promotion de la

santé du personnel. De manière générale, les travaux ont révélé les liens étroits existant entre les conditions de travail, la situation de travail, la communication, le comportement social, l'attitude des cadres, la responsabilité individuelle et les circonstances personnelles.

Le deuxième exemple pratique, quant à lui, a montré que les responsables hiérarchiques jouent un rôle de modèle et doivent veiller à ce que le personnel se porte bien. Il ne s'agit pas, pour les cadres, d'ajouter une tâche supplémentaire à celles qu'ils et elles remplissent déjà, mais plutôt de voir leur fonction à travers le prisme de la santé. Dans le même temps, les collaboratrices et collaborateurs doivent également participer activement au plan GST et formuler leurs besoins. Tant le personnel que la hiérarchie deviennent alors des soutiens et des conseillers. Des personnes ont été désignées et formées pour venir en aide à leurs collègues, offrant ainsi la possibilité de trouver très facilement un interlocuteur, ce qui a été apprécié tant par les «aidant-e-s» que par les «aidé-e-s». Les parties prenantes de ce processus ont mis sur pied une conception commune du management à Berlin.

L'élaboration de valeurs, d'attitudes et de compétences de direction dans un processus participatif à tous les échelons hiérarchiques se poursuit. Le but est d'établir un programme de management spécifique et axé sur des valeurs pour le système carcéral de la capitale allemande. À cet égard, il n'est pas exclu de devoir remanier certains services, le nombre de collaboratrices et collaborateurs subordonné-e-s à la même personne restant parfois très grand.

Enfin, dans le troisième exercice pratique, les participant-e-s se sont penché-e-s sur la prévention des maladies de longue durée. Grâce à des «managers» du «return to work», il sera possible, à partir de 2020, d'accompagner la santé du personnel tout au long du spectre allant de la prévention et du dépistage à la réintégration. La démarche nécessitera de développer des structures et processus appropriés. La gestion des rapports de service joue, elle aussi, un rôle déterminant: en Allemagne, à partir du 42e jour de maladie, tout service est tenu de mener un programme de gestion de la réinsertion dans l'entreprise. La mise en œuvre d'un tel programme représente souvent un défi pour le système pénitentiaire. En effet, il est notamment difficile de proposer des possibilités de changer de poste pour un domaine de compétences sans travail par roulement ou en équipe.

Bilan intermédiaire: La gestion de la santé au travail est une tâche de long terme. Ce champ thématique doit donc être inscrit, sur le long terme également, dans la structure organisationnelle de la privation de liberté. De plus, un projet de mise en œuvre, quel qu'il soit, dépend toujours d'expert-e-s externes, même après sa phase de conception.

Se faire tatouer en prison en toute sécurité: un projet de tatouage luxembourgeois

Mike Conrath

Mike Conrath, infirmier dans l'unité de soins pénitentiaire du Centre Hospitalier du Luxembourg, nous a présenté le projet «Se faire tatouer en prison en toute sécurité».

Il nous a expliqué qu'une infirmière, Sophie Hornard, a réalisé un travail de fin d'études sur la pratique du tatouage dans l'établissement de Schrassig (Centre pénitentiaire de Luxembourg, CPL). L'étude et l'expérience sur le terrain ont permis aux infirmiers du Centre Hospitalier de Luxembourg CHL de prendre conscience des risques sanitaires que peuvent engendrer les séances de tatouages artisanaux pratiquées illégalement sur et entre les détenus du CPL.

Dans le cadre d'un projet Erasmus+ et avec l'appui des autorités du CHL, les soignants ont organisé un atelier de tatouages sécurisés. Les détenus tatoueurs tatouent d'autres détenus dans une salle dédiée

à cette pratique, avec du matériel professionnel, après une formation sur l'hygiène, les maladies transmissibles, l'utilisation du matériel et sous certaines conditions spécifiques. L'objectif de l'atelier est la réduction des infections et des maladies transmissibles.

La formation des détenus tatoueurs comprenait deux aspects: l'hygiène et les infections transmissibles ainsi que l'utilisation du matériel de tatouage. Via cette formation, les détenus participants ont appris les mécanismes de contamination des infections transmissibles mais surtout les conseils de prévention et de réduction des risques liées à celles-ci. Ils ont également travaillé sur les règles et procédures d'hygiène liées à leur futur rôle de tatoueur. En effet, l'intérêt du projet est de limiter le tatouage sauvage, très fréquent en milieu carcéral, et les risques d'infections qui y sont liés (notamment les hépatites B et C, et le VIH). Dans la première phase du projet, la formation à l'utilisation du matériel de tatouage a été d'abord enseigné par un tatoueur professionnel. Depuis ce sont les détenus tatoueurs déjà formés qui forment les nouveaux à l'utilisation du matériel de tatouage.

Avant que le projet puisse être complètement opérationnel, il a fallu aménager un local et se fournir le matériel nécessaire pour la pratique du tatouage de manière sécurisée.

Après avoir diffusé l'information de l'ouverture de la salle dédiée au tatouage, les personnes détenues pouvaient prendre rendez-vous pour être tatouées par les détenus tatoueurs. Les séances de tatouage se déroulaient en présence d'un des infirmiers responsables de la mise en œuvre du projet et devaient respecter quelques règles définies en concertation avec la direction de l'établissement pénitentiaire:

- le tatoueur doit respecter les règles d'hygiène
- le tatouage ne peut pas être à caractère xénophobe,
- le détenu tatoueur ne peut tatouer lorsqu'il est sanctionné disciplinairement ou en incapacité de travail

Au terme du projet Erasmus+, 528 heures de tatouages sécurisés ont été réalisées par les détenus tatoueurs depuis le début du projet jusqu'en juin 2018, et les demandes de rendez-vous sont encore nombreuses.

La santé en prison – promouvoir les compétences en matière de santé par l'activité physique

Samuel Maurer, Mathias Marending

L'atelier est très (inter)actif. Les intervenants commencent par faire jouer les seize participant-e-s à un jeu de balle organisé de manière à leur donner une idée de ce que peut être la dynamique de groupe qui se crée dans le cadre d'un cours d'activité physique.

Les intervenants lancent ensuite une discussion sur les compétences en matière de santé, invitant les participant-e-s à dialoguer entre eux sur la question, puis effectuant un sondage sur les perspectives liées à ces compétences.

Les compétences en matière de santé se subdivisent en trois domaines: les connaissances, les compétences proprement dites et la motivation. Elles permettent de répondre à différentes questions, comme celles de savoir à qui s'adresser en cas de problème physique ou psychique, ou si le détenu comprend les informations mises à sa disposition (brochures, p. ex.).

Encourager l'activité physique en détention, ce n'est pas seulement une question de santé, mais aussi de resocialisation des personnes détenues. Comme l'expliquent les intervenants, les objectifs liés à la santé et à l'activité physique sont de divers ordres:

- renforcement de la confiance en soi des personnes détenues grâce à des expériences de réussite sportive;
- amélioration du bien-être par l'activité physique; les personnes détenues se sentent bien et en bonne santé;
- possibilité pour les personnes détenues d'approfondir leurs connaissances en matière de style de vie sain;
- possibilité pour les personnes détenues d'apprendre grâce aux sports d'équipe à vivre ensemble et à partager leurs succès et leurs échecs, ainsi qu'à se côtoyer et à se traiter avec respect;
- possibilité pour les personnes détenues de réaliser grâce au sport des expériences qui les influenceront positivement;
- possibilité pour les personnes détenues d'apprendre à aimer l'activité physique.

Matthias Marending parle de son expérience de maître de sport à Witzwil. Il mentionne le football, un sport qui suscite de l'émotion chez de nombreux détenus. Ces émotions peuvent être aussi bien positives que négatives, mais dans tous les cas, elles offrent une occasion de discuter avec les détenus. Dans le domaine du football, il existe de nombreux exemples de comportements négatifs, ce qui peut constituer une occasion d'échanger sur le thème du comportement. L'activité du maître de sport ne consiste donc pas seulement à enseigner différentes disciplines sportives, mais d'abord et surtout à mener un travail relationnel.

La discussion se porte sur les différentes offres d'activités sportives en détention. Les intervenants recommandent une combinaison d'activités accompagnées et non accompagnées: les activités accompagnées sont très intéressantes du point de vue pédagogique, tandis que les activités non accompagnées offrent une certaine liberté dans le cadre de la détention.

L'atelier ne s'est pas limité à présenter des possibilités de promouvoir la santé des personnes détenues: il a aussi montré comment utiliser les ressources existantes au profit de la santé du personnel pénitentiaire. Il existe par exemple la possibilité de favoriser les trajets à vélo (Bike2Work), de mettre sur pied une école du dos ou un groupe de course à pied.

L'expérience des intervenants montre qu'une gamme étendue d'activités sportives améliore l'ambiance de l'établissement, réduisant notamment le nombre d'incidents, ce qui a un impact positif sur le climat de travail pour le personnel.

La possibilité de faire appel au personnel pénitentiaire pour accompagner un programme sportif est mentionnée. Cela peut être très enrichissant pour le personnel. Un concept adapté aux besoins et à l'infrastructure est toutefois nécessaire. L'équipe doit en outre être formée en conséquence. D'où l'intérêt d'un accompagnement externe. Les intervenants clôturent l'atelier en annonçant qu'ils sont en train d'élaborer une offre de formation continue dans le domaine du sport à l'intention du personnel pénitentiaire. Un bref sondage est mené pour collecter les avis des participant-e-s sur le sujet. Il apparaît clairement qu'une telle offre est souhaitée et qu'elle serait soutenue.

SAPROF-Youth Version: identification des facteurs de protection du risque de violence chez les jeunes

Cyril Boonmann

Le «Structured Assessment of Protective Factors for violence risk-Youth Version» SAPROF-YV (De Vries Robbé, Geers, Stapel, Hilterman & de Vogel, 2014; 2015; 2018) est un instrument d'évaluation permettant d'identifier les facteurs de protection de la violence chez les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit d'un «jugement professionnel structuré» (Structured Professional Judgment, SPJ), c'est-à-dire d'une check-list qui peut être utilisée pour les jeunes en combinaison avec des instruments essentiellement axés sur les risques.

Le SAPROF-YV a été élaboré à la suite du succès international du SAPROF pour adultes développé initialement. En complément aux facteurs de risque déjà évalués dans d'autres instruments, le SAPROF-YV vise à parachever le processus d'évaluation du risque de violence par une évaluation spécifique et approfondie des facteurs de protection, afin de permettre une évaluation plus équilibrée du risque de violence future. Les 16 facteurs dynamiques du SAPROF-YV peuvent être utiles pour la formulation du cas, la fixation d'objectifs de traitement positifs et l'évaluation des progrès du traitement, contribuant ainsi à une communication sur les risques basés sur une bonne information. Étant donné que les facteurs de protection permettent une approche plus positive de la prévention de la violence, il est hautement souhaitable que la validation de cet instrument se poursuive dans les années à venir aux plans national et international.

Maladies infectieuses: défis pour les détenus et le personnel en privation de liberté

Laurent Gétaz, Claude Scheidegger

Le but de cet atelier était de sensibiliser à la problématique des maladies transmissibles en détention. Laurent Gétaz et Claude Scheidegger ont chacun présenté un exposé sur le sujet.

Dans la première partie, Laurent Gétaz a expliqué que la prévalence de nombreuses maladies infectieuses est plus élevée chez les personnes détenues que dans la population générale. Selon une enquête menée dans les prisons du canton de Genève, la tuberculose, par exemple, est environ 25 fois plus fréquente dans la population carcérale que dans la population générale, l'hépatite B l'est environ 33 fois plus et le VIH environ 7,5 fois plus. Dans les cas de la tuberculose et de l'hépatite B, cette situation de prévalence est attribuable avant tout à l'origine des personnes détenues qui contractent ces maladies généralement avant leur processus migratoire. Le mandat légal relatif à la problématique des maladies infectieuses est clair: l'art. 30 de l'ordonnance sur les épidémies exige que l'on tienne suffisamment compte des mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques dans les établissements de privation de liberté. Concrètement, la norme exige que les personnes détenues soient interrogées sur leur état de santé et examinées à leur arrivée dans l'institution et qu'elles aient accès à des mesures de protection et à des traitements appropriés. Étant donné que ces exigences ne sont pas encore prises en compte partout, il y a lieu d'examiner de plus près la problématique des maladies infectieuses en milieu carcéral.

En 2012, une enquête sur l'attitude du personnel pénitentiaire face aux maladies infectieuses en milieu carcéral a été menée, dans le cadre d'un projet de recherche, auprès de 170 agents de détention

œuvrant dans cinq prisons de Suisse occidentale. L'accent a été mis sur les peurs liées à cette thématique ainsi que sur les connaissances et sur les mesures de protection effectivement appliquées. L'analyse des résultats a montré que les connaissances des maladies infectieuses et les comportements de protection des agents de détention sont sub-optimaux. Par exemple, 78 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles avaient peur de contracter l'hépatite B, alors qu'il existe un vaccin sûr et efficace contre cette pathologie. Trois quarts des participants ne savaient plus s'ils avaient été vaccinés, et plus de la moitié ont déclaré qu'ils ne portaient pas systématiquement de gants lorsqu'ils intervenaient dans des bagarres. L'étude permet de conclure qu'une amélioration des connaissances des modes de transmission et de protection par un enseignement destiné aux agents de détention, qu'un renforcement de la vaccination systématique contre l'hépatite B et le port de gants systématique lors de bagarres sont nécessaires, et représentent des mesures qui peuvent diminuer les craintes et les risques de contagion.

Dans la deuxième partie de l'atelier, Claude Scheidegger a présenté les possibilités de traitement de l'hépatite. En Suisse, quelque 80 000 personnes sont atteintes d'une hépatite chronique de type B ou C, et jusqu'à un tiers d'entre elles ne le savent pas. On considère que cette situation représente un risque majeur, car l'infection, si elle n'est pas traitée, peut entraîner de graves complications (telles que cirrhose, insuffisance hépatique, cancer du foie) ainsi que d'autres maladies (diabète, fatigue sévère, dépression). De plus, une personne atteinte d'une hépatite B ou C non traitée peut en infecter d'autres. La principale voie d'infection par l'hépatite C demeure la consommation, passée ou actuelle, d'héroïne et de cocaïne, qui est beaucoup plus fréquente chez les personnes détenues – bien que les chiffres soient en baisse – que dans la population générale.

Aujourd'hui, on part du principe que 5 à 10 % de la population carcérale est atteinte d'une hépatite B ou C. En raison de la période de latence souvent longue de la maladie, de la promiscuité propice à la contagion qui règne dans les prisons et la grande perméabilité de ces dernières, un diagnostic et un traitement précoces en détention sont extrêmement importants pour la protection des autres détenus, du personnel pénitentiaire et de la population en général.

À l'instar de l'Organisation mondiale de la santé OMS, l'Office fédéral de la santé publique OFSP considère les personnes détenues comme un groupe à risque requérant des mesures spécifiques en matière de prévention, de diagnostic et de traitement des hépatites virales. Dans ses nouvelles directives sur l'hépatite C («L'hépatite C chez les usagers de drogue»), cet office consacre donc une section entière aux problématiques spécifiques à la privation de liberté. En termes de contenu, les directives encouragent la clarification des compétences et des responsabilités en matière de prévention et d'information dans l'établissement ainsi que la transmission d'une information standard à l'arrivée dans l'institution. Elles énumèrent en outre le matériel d'information nécessaire, décrivent des interventions spécifiques (p. ex. journées d'action) et indiquent les modalités de remise de matériel de consommation et de préservatifs. Le nombre encore élevé de personnes infectées pourrait être réduit avec relativement peu d'efforts, car le dépistage et le traitement de l'hépatite C sont aujourd'hui très simples et moins chers que par le passé. Le dépistage peut être effectué à l'aide de tests de salive ou de sang capillaire, et le traitement se fait en huit à douze semaines environ. Il est généralement bien toléré par les patients et les perspectives de guérison sont extrêmement bonnes.

En dépit de ces conditions favorables, les prisons suisses obtiennent, en comparaison européenne, des résultats insuffisants en matière de disponibilité du dépistage et du traitement de l'hépatite C, de disponibilité d'aiguilles et de seringues stériles et de traitement aux opiacés. On sait par exemple que la situation problématique des prisons n'est pas reconnue et que le matériel permettant de réduire les risques n'est disponible que dans une minorité d'établissements.

La fondation «Hépatite Suisse» prévoit de lancer un essai pilote dans cinq à dix établissements au cours des prochains mois. L'objectif est d'améliorer la connaissance générale de la maladie dans les établissements concernés, de réaliser des tests et de faire en sorte que des thérapies soient disponibles, afin de pouvoir, à terme, établir des programmes complets conformes aux bonnes pratiques. Le projet permettra également de recueillir de nouvelles données de prévalence, qui renseigneront sur l'ampleur réelle du problème en Suisse.

La conclusion des orateurs est qu'il faut créer les conditions nécessaires à un dépistage et à des traitements appropriés dans les établissements pénitentiaires de tout le pays en tenant compte des spécificités locales, afin que l'objectif de la Stratégie Hépatite Suisse, à savoir l'éradication de l'hépatite virale à l'horizon 2030, puisse être atteint.

Evaluation de la dispensation des médicaments en prison via des casiers individuels

Dominique Pralong, Gérard Mary, Arnaud Nicholas, Peter Menzi

Environ 40 % des personnes détenues au sein de l'établissement de La Brenaz prennent des médicaments régulièrement. Une grande partie d'entre elles vient d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne.

Les médicaments étaient auparavant distribués par le personnel de sécurité, ce qui posait constamment des problèmes aux collaboratrices et collaborateurs. En effet, les agent-e-s de détention étaient non seulement soumis à une importante charge de travail, mais assumaient également une responsabilité assez grande en devant dispenser de tels produits. Quant au personnel infirmier, il lui était difficile de se conformer au secret médical et de surveiller que le traitement et la remise se déroulent correctement. Il était fréquent que les personnes détenues, pour leur part, ne disposent pas d'informations écrites sur le traitement et qu'elles n'aient, dans le cadre de leur resocialisation, aucune responsabilité individuelle quant à la prise de leurs médicaments.

C'est pourquoi, sur l'initiative du personnel infirmier, l'idée d'utiliser des casiers individuels a été développée et introduite en concertation avec la direction de l'établissement. L'équipe infirmière prépare ainsi les médicaments à la personne concernée et note la dose et la voie d'administration sur la fiche de médication. Les substances prescrites et la fiche sont déposées dans les casiers individuels, qui consistent en des compartiments sécurisés placés près de la salle commune. Chaque personne détenue peut ouvrir son casier à l'aide de la clé de sa cellule.

À leur arrivée dans l'établissement, les personnes incarcérées reçoivent des informations sur leur accès aux prestations de soins et la remise des médicaments. L'examen médical intervenant à ce stade revêt une importance particulière, car c'est le moment où l'on fixe la manière de distribuer ces produits: il vise à déterminer si la personne est toxicodépendante, si elle souffre d'une maladie psychique et si elle est capable de prendre ses médicaments seule. À l'issue d'une évaluation soigneuse, le personnel médical responsable du cas décide de la méthode de remise à utiliser.

Plus de 70 % des médicaments sont dispensés sur une base hebdomadaire, voire bihebdomadaire, et environ 30 % sont remis sous surveillance (neuroleptiques, produits de substitution tels que la méthadone, etc.).

Six ans après le début de l'utilisation de casiers, la remise des médicaments a été évaluée dans le cadre d'un sondage qualitatif auprès de l'ensemble des individus concernés (personnes détenues, personnel infirmier, personnel de sécurité). Dans les huit ans qui ont suivi l'introduction de cette pratique, deux

cas d'abus de médicaments ont été constatés, et le trafic de médicaments est resté dans les mêmes proportions qu'auparavant. Grâce à la simplification du système, tous les groupes professionnels disposent de plus de temps pour les tâches qu'ils doivent remplir.

L'ensemble des personnes impliquées (personnes détenues, agent-e-s pénitentiaires, personnel infirmier) souligne que ce système **favorise l'autonomie des personnes détenues tout en garantissant tant la confidentialité que la sécurité.**

En privation de liberté, il est important que la personne détenue, **en prévision de sa libération, assume la responsabilité de sa santé.**

Intervention de crise à la prison de Limmattal

Silke Roth-Meister, Irmgard Mosch

À Zurich, de nombreux développements sont en cours dans le domaine de la détention provisoire. Un modèle de phases est par exemple en préparation. Les objectifs sont définis comme suit: prise en charge plus intense, plus d'offres pour les personnes détenues, spécialisation des prisons, création d'unités spécialisées au sein des prisons. Il existe aujourd'hui déjà deux unités spécialisées à la prison de Limmattal, l'une destinée aux jeunes et l'autre – celle dont il est question ici – aux interventions de crise.

Pourquoi une unité d'intervention de crise à Limmattal? Parce que, suite à une augmentation du taux de suicide dans les prisons, il y a eu une volonté politique d'agir, la conseillère d'État Jacqueline Fehr se montrant très ouverte à l'innovation. La conception de l'unité d'intervention de crise remonte à 2016/17. Sa réalisation dans le cadre des possibilités de construction offertes par la prison de Limmattal a fait l'objet de nombreuses discussions. En outre, le fait qu'il n'existe encore rien de comparable dans les prisons suisses a compliqué les choses. On a donc étudié la manière dont différentes cliniques psychiatriques géraient les crises en détention, et repris certaines de leurs idées.

Dotée de quatre cellules doubles et d'une cellule individuelle, l'unité d'intervention de crise peut accueillir neuf détenu-e-s. Il s'agit d'un service mixte – la mixité a donné des résultats concluants et est aussi utilisée en psychiatrie «conventionnelle». L'unité existe depuis février 2019. Elle dispose de quatre équivalents plein-temps EPT pour le personnel infirmier, et d'un EPT pour le ou la psychiatre. Il convient de souligner que l'unité relève de la détention avant jugement et ne constitue donc pas un quartier thérapeutique.

Qu'est-ce qu'une crise et qu'est-ce qui conduit à une crise? Une situation de détention est souvent un tournant dans la vie de la personne détenue, certaines vivent même ce qu'il est convenu d'appeler un «choc de l'emprisonnement», symptomatique d'une crise. Toute personne incapable de se départir de tendances suicidaires aiguës durant cette crise requiert une intervention en clinique. L'unité s'adresse à des personnes en phase de crise aiguë, qui sont coopératives, capables de conclure des accords et disposées à participer à son programme quotidien. Les places en clinique pour personnes détenues en crise sont très rares. L'unité comble donc une lacune. Elle propose une prise en charge et des soins psychiatriques. Les personnes détenues peuvent s'y déplacer plus librement que c'est habituellement le cas en détention provisoire. Elles ne sont pas tenues de travailler pendant leur séjour dans l'unité, mais il existe une offre occupationnelle. Il y a également de nombreuses possibilités de s'entretenir avec le personnel infirmier et le psychiatre. Les personnes détenues peuvent passer beaucoup de temps dans la salle commune, cuisiner et prendre le repas de midi ensemble.

Les places au sein de l'unité sont recherchées, mais cette dernière n'a jamais été entièrement occupée, car elle doit en principe conserver une certaine capacité d'accueil. Du point de vue de l'intervenante, il serait souhaitable que ce type d'offres se multiplie, voire s'étende à toute la Suisse.

Comportements provocateurs chez les personnes souffrant de troubles psychiques ou de maladies: expériences du travail de conseil et d'encadrement (Association Suisse de Probation et de Travail Social dans la Justice, prosaj)

Patrick Zobrist, Thomas Erb

Dans le domaine psychosocial en général, et dans le travail avec les auteurs d'infraction en particulier, les relations de travail ont une influence importante sur l'efficacité des interventions et sur la réussite de la réinsertion. Les études ont montré que lorsqu'elles suivent le principe du «fair-firm-caring», ces relations professionnelles permettent d'atteindre des résultats, même pour des délinquant-e-s souffrant de maladie psychique. Les comportements provocateurs des personnes atteintes de troubles ou de maladies psychiques ne sont pas seulement liés à la pathologie, mais également à l'attitude dont les professionnel-le-s font preuve à leur égard.

Durant cet atelier, des spécialistes en lien avec l'exécution des peines et la réinsertion sociale ont discuté d'approches théoriques et méthodologiques issues de la psychologie et de la sociologie qui se comprennent ou s'appliquent sur le plan de l'interaction. Comme l'ont montré les entretiens menés à cette occasion, les approches présentées par Patrick Zobrist peuvent aller plus loin que celle qui se fonde sur les «caractéristiques» des comportements provocateurs des client-e-s («problématiques, parce que malades»); elles permettent une meilleure prise de conscience, une meilleure compréhension et, par conséquent, élargissent le spectre des possibilités en termes d'interventions et de manières de concevoir la relation.

Voici quelles étaient ces approches:

1. le comportement provocateur en tant que mode dysfonctionnel de satisfaction d'un besoin
2. le comportement provocateur en tant que manière de surmonter la restriction de l'autonomie imposée par le ou la professionnel-le
3. le comportement provocateur en tant que protection de l'identité
4. le comportement provocateur en tant que protection contre les «changements trop rapides»

Les quatre approches discutées sont présentées sous forme de résumés sur le site de **prosaj** (https://prosaj.ch/wp-content/uploads/2020/02/prosaj_Workshop_2019_fr-2.pdf). Ceux-ci synthétisent la discussion et les retours des spécialistes consultés, et sont complétés par les références.

Co-façonner?! La santé psychique par l'expérience de la capacité personnelle à faire évoluer les choses

Stefan Schmalbach

Depuis près de dix ans, les processus suboptimaux PSU observés dans les domaines thérapeutiques du Service de psychiatrie et de psychologie de l'Office de l'exécution judiciaire du canton de Zurich sont systématiquement documentés, analysés et évalués. Il en va de même des propositions d'amélioration PAM formulées. Les PSU peuvent se rapporter au processus de traitement forensique, à des cas classiques de récidive, à des incidents particuliers, à des problèmes de communication, à des conflits

d'interface, etc. Quant à l'éventail des PAM, il va des idées d'améliorations infrastructurelles simples à des propositions de réformes organisationnelles complexes. Chaque collaboratrice et collaborateur peut, et devrait, signaler des PSU et déposer des PAM. Les annonces de PSU et les PAM sont recueillies par une unité spécifiquement créée à cet effet, puis évaluées selon une procédure prédéfinie par le responsable de ladite unité en collaboration avec les directions de domaine, et les éventuelles mesures qui en résultent sont ensuite communiquées à l'équipe. Ainsi, chaque membre du personnel est responsable de l'évolution de son environnement de travail et de l'organisation dans son ensemble, et peut se percevoir – en tant qu'individu ou en tant qu'équipe – comme capable de faire évoluer les choses. Ce mode de fonctionnement augmente la probabilité que les personnes concernées perçoivent leur travail comme porteur de sens, ce qui a notamment des répercussions positives sur les absences pour raisons de santé.

S'inscrivant dans le prolongement du Forum de la détention et de la probation de l'année dernière (Standards ! Dans quel but?), l'atelier a tout d'abord présenté la définition de la santé psychique proposée en 2015 déjà par l'Office fédéral de la santé publique, en mettant l'accent sur l'un de ses aspects, à savoir la nécessité d'avoir le sentiment de pouvoir agir sur les choses et de garder une certaine maîtrise de ce qui se passe. Le concept (psychologique) d'expérience d'auto-efficacité a ensuite été expliqué et ses conditions d'apparition ainsi que ses effets discutés. Ses éléments implicites (explorer – tester – corriger – déployer) ont fait l'objet d'une analyse critique axée sur les conditions et les exigences concrètes de la vie quotidienne dans le système pénitentiaire, analyse d'où il est ressorti qu'une atmosphère constructive au sein de l'équipe et une motivation positive à l'action sont des éléments de base indispensables. Les conséquences de l'existence de conditions négatives ont été mises en évidence dans le cadre d'une digression sur le thème du *burn-out*.

Pour encourager la mise en place de conditions favorables aux expériences d'auto-efficacité chez le personnel œuvrant dans le domaine des privations de liberté, la procédure appliquée par l'unité «Processus suboptimaux et évolutions» du Service de psychiatrie et de psychologie a été expliquée à l'aide de deux exemples concrets. Une solution pragmatique, elle aussi illustrée par des exemples concrets, a été proposée – elle est susceptible d'avoir indirectement un impact positif sur la santé du personnel en question.

Jeunes adultes et mesures institutionnelles: des détenus pas comme les autres?

Laila Espinosa, Kerstin Weber

La prise en charge psychiatrique forensique de jeunes adultes au bénéfice d'une mesure psychiatriques institutionnelle (art. 59 CP) pose la question de la dimension développementale de certaines affections psychiatriques qui déterminent les transgressions pénales.

Le Service des mesures institutionnelles, créé en janvier 2017 d'un commun accord entre les départements de santé et de sécurité du Canton de Genève, comporte une unité de mesures spécialement dédiée aux jeunes adultes de 18 à 30 ans, qui est située au sein de l'Établissement pénitentiaire fermé Curabilis. Les 16 jeunes adultes sont majoritairement de nationalité non-suisse, célibataires et sans enfant, et ont commis majoritairement des infractions à la loi sur les stupéfiants, des infractions contre la vie et l'intégrité corporelle d'autrui, des infractions contre le patrimoine, des infractions au code de la route, ou encore des infractions contre l'intégrité sexuelle.

Ces jeunes présentent des tableaux psychiatriques de trois types: a. troubles chroniques (schizophrénie ou trouble bipolaire) qui affectent le développement et donnent lieu à un faible niveau intellectuel,

une pauvreté relationnelle et une rupture de l'intégration sociale; b. troubles du développement mental (retard mental, psychose infantile) associés à un tempérament impulsif, rupture de la scolarité, et une vulnérabilité aux influences (gangs de rue, drogues); etc. Troubles des conduites (négativisme, défiance, hostilité face à l'autorité) ou troubles oppositionnels de la prime enfance, qui dégénèrent dans des crises d'agressivité dans le milieu familial, et un comportement social inadapté et dyssocial. Leur affection psychiatrique prend une forme plus agressive et plus déficitaire, avec des symptômes psychotiques dès l'enfance, un faible niveau intellectuel et des performances scolaires limitées, une désocialisation, une famille en souffrance, une utilisation massive de drogues, une impulsivité et une propension au passage à l'acte.

Les équipes médico-soignantes et sécuritaires affrontent quotidiennement le défi équilibriste d'offrir à ces jeunes détenus-patients un tutorat bienveillant et ferme, essentiellement de nature socio-éducative (neuropsychologie clinique, addictologie, thérapies socio-éducatives), pour les accompagner vers une maturité adulte. La propension aux passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs et les transgressions répétées du cadre sont de vrais défis pour le professionnalisme et l'engagement des équipes de détention et médico-soignante. Quand les équipes se divisent autour d'un patient-détenu, ce conflit reproduit le conflit interne du patient-détenu et les pôles de son ambivalence se matérialisent dans les points de vue opposés des équipes. Si le conflit n'est pas abordé et résolu, il est aperçu par les patients-détenus dont l'état s'aggrave. Cela nécessite un investissement particulier du travail binomial pour réussir à maintenir un cadre sécurisant et thérapeutique.

Le but immédiat des suivis est la pleine participation à la vie quotidienne de tous les membres de l'unité, tandis que l'objectif final est la réintégration des patients-détenus dans la vie sociale. Les patients-détenus sont liés au sein de la relation thérapeutique à travers l'obligation pénale de la mesure. La participation aussi bien des patients-détenus, des soignants, que des agents de détention à l'exécution de la mesure thérapeutique permet la construction d'une continuité et le développement d'une culture de la vie en commun et en micro-société comme contenant et comme agent de changement. Les interstices permettent de travailler la gestion des limites, la tolérance de la frustration et la gestion de la confrontation. Dans son rôle de tiers, la contrainte de la mesure permet la différenciation du système familial, l'émancipation, l'autonomisation et l'individuation de ces jeunes adultes. Cette perte de pouvoir transitoire permet aux patients-détenus de redevenir propriétaires de ses actes.

Prévention et réduction des dommages en privation de liberté: traitement avec prescription d'héroïne et distribution de seringues

Vera Camenisch, Padruot Salzgeber, Irene Aebi

L'établissement pénitentiaire de Realta dispose de 120 places destinées à des hommes. La dépendance y est reconnue comme une maladie, et une approche proactive est adoptée à l'égard des détenus qui consomment des substances addictives. L'accent est mis sur la stabilisation de la consommation pendant la détention. Le traitement de la toxicomanie est assuré sur une base individuelle en vue d'accroître les compétences en matière de gestion de la consommation. L'abstinence à long terme est un idéal auquel la période de détention peut contribuer.

Quelle que soit la substance considérée, le modèle des quatre piliers (prévention, thérapie, réduction des dommages, répression) de l'Office fédéral de la santé publique constitue la structure de base de la prévention et du traitement des dépendances. Les substances consommées, la fréquence et la forme de la consommation sont autant de thèmes qui sont abordés lors des séances avec les détenus.

La prison de Realta est le seul établissement de détention suisse à proposer un traitement avec prescription d'héroïne HeGeBe.

Les conditions à remplir pour pouvoir suivre ce traitement sont les suivantes :

- majorité (18 ans)
- preuve d'une dépendance à l'héroïne de deux ans au moins
- preuve d'au moins deux tentatives de traitement interrompues ou infructueuses
- déficits dans les domaines médical, psychologique et social pouvant être attribués à la consommation de drogues

Groupes cibles:

- Les autres méthodes de traitement, ambulatoires ou institutionnelles, ont échoué
- L'état de santé ne permet aucune autre forme de traitement
- Malgré la méthadone ou d'autres produits de substitution, aucune stabilisation sanitaire, psychologique et sociale n'a été obtenue
- Le traitement à base d'héroïne existait déjà avant l'entrée et peut être poursuivi après la sortie

Objectifs:

- amélioration de l'état de santé physique et psychique
- encouragement de la prise de responsabilité
- amélioration de l'intégration sociale
- réduction des comportements et des modes de vie criminogènes

Dans le local de distribution, il y a une personne qui s'occupe des soins et une autre qui assure la surveillance.

Le sniff est-il également accepté comme mode de consommation? Des réflexions sont menées en la matière, mais il n'est pas encore autorisé.

L'héroïne est distribuée deux fois par jour, et il est strictement interdit à la personne détenue de s'en injecter elle-même sans assistance. La substance peut également être injectée dans les muscles lorsque les conditions de propreté requises sont assurées.

Grâce au programme HeGeBe, la réceptivité des détenus toxicomanes à la prise en charge s'est améliorée.

Le poste de responsable de la prévention à la prison de Hindelbank a été créé en 1994 dans le cadre d'un projet pilote. À l'époque, le problème de la drogue constituait un thème de société important, en raison des nombreuses overdoses et infections par le VIH. La responsable de la prévention est soumise à un devoir de confidentialité supplémentaire, en ce sens qu'elle ne transmet pas les informations

confidentielles (concernant la drogue dans l'établissement, p. ex.). Elle n'a aucun devoir de surveillance.

Le but du travail de la responsable de la prévention est d'abord l'abstinence et ensuite la prévention des dommages. L'achat de seringues dans les distributeurs automatiques n'a cessé de diminuer depuis 1996. Si les règles sont respectées, la découverte d'une seringue lors des inspections de cellules n'est pas sanctionnée.

Près d'un tiers des femmes en détention souffrent d'un trouble de la dépendance, lequel est souvent lié à l'infraction.

Les craintes que les seringues distribuées puissent être utilisées comme arme ou que leur distribution incite à la consommation ne se sont pas vérifiées.

Les conseils sur la manière de se protéger contre les maladies infectieuses (VIH, hépatite, gonorrhée, syphilis, etc.) comprennent:

- les entretiens à l'entrée
- les entretiens subséquents
- les discussions en groupe
- le «travail de rue»

Le nombre de nouvelles infections par le VIH et l'hépatite a diminué massivement. Ces deux maladies font l'objet de tests généralisés.

Les troubles de la personnalité dans l'univers carcéral: maladie traitable ou séquelle incurable?

Christoph Menu, René Duc, Panteleimon Giannakopoulos

Une part significative des mesures pénales (art. 63, 59 et 64 CPS) sont prononcées pour des personnes présentant des troubles de la personnalité.

Les équipes soignantes comme les établissements d'exécution de peines ou de mesures sont régulièrement confrontés à des difficultés importantes dans la prise en soins de ces pathologies au point qu'il est souvent nécessaire, comme dans les cas des troubles de la personnalité dyssociale, d'allier approches socio-éducatives et contenance sécuritaire plutôt que de tenter de poursuivre le but premier de la mesure (des soins psychiatriques et psychothérapeutiques classiques visant le travail sur le délit et la diminution du risque de récidive).

Des problèmes éthiques et juridiques tels que la durée de la privation de liberté entraînée par la mesure et sa proportionnalité au regard du risque de récidive et de sa gravité se posent alors. Comment répondre au défi de la prise en charge des troubles de la personnalité dans l'univers carcéral?

L'objectif de l'autorité est de traduire en droit des aspects du traitement psychiatrique et de la prise en charge. Son but est la prévention de la récidive («stabilisation») pour mettre fin à la mesure et non la fin du traitement ayant comme objectif une hypothétique «guérison». L'autorité d'exécution doit faire

avec les motivations propres du condamné de façon à user de «l'obligation de soins» dont elle a la charge de la mise en œuvre avec pertinence. Le plan d'exécution de la mesure est l'outil de pré-dilection à sa disposition puisqu'il permet d'intégrer les attentes comme les difficultés du condamné et les possibilités offertes par le thérapeute.

Parmi les différents diagnostics conduisant au prononcé d'une mesure, celui de «trouble de la personnalité» pose des questions spécifiques et soulève des problématiques particulières. La difficulté même de poser une définition consensuelle de ces troubles qui affectent de manière diachronique le fonctionnement de l'individu en est une preuve. On s'éloigne nécessairement des questions de psychopathologie aigue pour se concentrer, non sur ce que l'auteur a fait mais sur ce qu'il est. La souffrance, exprimée ou non par l'auteur d'une infraction, sa volonté et sa capacité de changement sont dès lors les ressorts du succès de la mesure pénale. En sus des troubles de la personnalité, dont certains comme les troubles borderlines ou dyssociaux sont plus représentés dans le système carcéral, s'ajoute dans deux tiers des cas une consommation de toxiques problématique qui augmente sensiblement le risque de récidive.

Les difficultés de prise en charge spécifiques à la population carcérale diagnostiquée avec des troubles de la personnalité s'observent à l'Établissement pénitentiaire fermé Curabilis. Depuis son ouverture, en 2014, 55 détenus ont transité par l'une de ses unités de mesures. Avec le temps, la proportion des placements en milieu ouvert a augmenté. En 2019, ce sont quatre sorties sur cinq qui se sont faites en milieu ouvert ou en libération conditionnelle. Une étude sommaire indique toutefois que la statistique diffère en fonction du diagnostic. Lorsque le diagnostic est pris en compte, sur le total des 55 détenus, le placement en milieu ouvert (y compris libération conditionnelle) s'est concrétisé une fois sur deux pour les détenus avec un trouble de la personnalité alors que c'est presque quatre fois sur cinq pour les autres types de diagnostics. Aucun des six détenus ayant uniquement un diagnostic de trouble de la personnalité n'a quitté l'établissement vers le milieu ouvert. L'étude qualitative de deux parcours indique qu'une volonté de remise en cause de son rapport aux autres conjuguée à une approche cohérente et coordonnée de l'ensemble des intervenants (établissement, thérapeute, autorité d'exécution et juge) peut modifier favorablement l'expérience que le condamné fait du système carcéral et ainsi permettre la réalisation des objectifs de la mesure pénale.

En conclusion, les personnes affectées par des troubles de la personnalité peuvent, sous certaines conditions, bénéficier des mesures pénales qui sont prononcées. La caractéristique du trouble en question doit cependant être bien comprise et les attentes des bénéficiaires de la mesure adaptée en conséquence. Dans certaines situations, le choix d'une peine accompagnée d'une mesure ambulatoire peut apparaître plus appropriée que la mesure stationnaire.

Lorsque des personnes exécutant une sanction longue occupent un lit d'hôpital: les défis de l'hébergement adéquat des personnes détenues nécessitant des soins en privation de liberté

Bruno Graber, Peter Baumann

- Les personnes détenues préfèrent mourir en prison plutôt que d'être transférées dans un hôpital ou dans un home lorsque l'autorité exclut toute remise en liberté. On peut le constater, par exemple, dans les directives anticipées des détenus âgés ou nécessitant des soins. Le temps souvent long passé en prison a fait de cette dernière une sorte de «foyer» et les détenus ne veulent pas «mettre en danger» leurs habitudes (fumer, p. ex.) dans la dernière phase de leur vie en étant transférés à l'hôpital.

- Le personnel soignant des services sanitaires des prisons dispose du savoir-faire nécessaire à la prise en charge des personnes détenues qui ont besoin de soins ou qui sont mourantes. Bien souvent toutefois, les ressources en personnel sont insuffisantes et le service sanitaire n'est pas ouvert 24 heures sur 24. Le recours à un Spitex externe qui interviendrait dans la prison pourrait constituer une solution. En plus des collaborateurs internes et des aumôniers, il est également possible de faire appel à des accompagnatrices ou à des accompagnateurs de fin de vie venant de l'extérieur.
- Si le personnel de santé des prisons semble être préparé à la prise en charge des personnes détenues malades ou mourantes, ce n'est pas (toujours) le cas des agent-e-s de détention. Il manque une formation de base ou une formation continue (p. ex. cours de base en soins infirmiers) pour pouvoir exécuter des tâches infirmières de manière professionnelle. Aussi, le personnel n'est pas disposé à assumer de telles tâches qui n'ont pas été acceptées expressément au moment de l'embauche.
- Chez les agent-e-s de détention avec brevet fédéral, les contacts avec ce groupe vulnérable de personnes détenues engendrent une modification du profil professionnel et un élargissement du rôle joué: alors qu'ils avaient jusqu'alors évité le contact physique avec les personnes détenues (maintien d'une distance de sécurité professionnelle), on exige maintenant d'eux qu'ils aident aux soins quotidiens. La répartition du travail entre le service sanitaire et le service pénitentiaire doit également être clarifiée si l'on veut que le personnel pénitentiaire assume des tâches infirmières.
- La Division cellulaire Bewa de l'Hôpital de l'Île est un centre de soins aigus. La personne détenue ne devrait y occuper un lit que tant qu'il y a un besoin aigu de soins. Toutefois, il n'est souvent possible qu'après de longues recherches, voire tout bonnement impossible, de trouver des institutions appropriées pour les soins de suivi, ce qui prolonge la durée du séjour à la Bewa et empêche que des lits puissent être mis à disposition d'autres détenu-e-s atteint-e-s de maladies aiguës. Selon Peter Baumann, la problématique est multiple: les soins de suivi nécessaires ne peuvent souvent pas être dispensés en prison. Le transfert vers un établissement (privé) de réadaptation ou de soins échoue en raison des préoccupations sécuritaires de l'autorité de placement, en particulier pour les détenus considérés comme «dangereux». De plus, les décisions de l'autorité de placement prennent beaucoup de temps, alors que l'état de santé du prisonnier peut changer rapidement. En parallèle, le système du «forfait par cas» oblige les patients/détenus qui ne sont plus atteints de façon aiguë dans leur santé à quitter l'hôpital, ou plus précisément la Bewa. Tel est le contexte dans lequel cette division évolue.
- Le fait que le centre de soins Bauma accepte des personnes sous le coup d'une condamnation pénale (en particulier celles faisant l'objet d'une mesure) est considéré comme positif. Toutes les personnes faisant l'objet d'une mesure (de sûreté ou thérapeutique) ne doivent pas nécessairement être enfermées à long terme. En outre, le CP prévoit une exécution progressive même dans le cas des mesures de sûreté, à condition que le pronostic légal de la personne détenue le permette. Le transfert dans un établissement privé approprié est également possible dans le cadre de l'art. 80 CP (formes d'exécution dérogatoires). Ce n'est pas toujours facile à communiquer au public, d'où la nécessité d'un travail de sensibilisation. Dans des cas particuliers, l'État doit collaborer avec des prestataires privés. Il est important de disposer d'un large éventail de places de détention afin de permettre la prise en charge tous les cas particuliers existants. Le placement de condamnés malades et fragiles dans des institutions privées comme le centre de soins Bauma peut constituer une très bonne solution.
- Publiée en novembre 2019 et présentée lors du Forum de la détention et de la probation 2019, l'étude de base «Personnes âgées et malades dans le domaine de l'exécution des sanctions pénales» (lien: https://www.skjv.ch/sites/default/files/documents/Bericht%20AuK_F.pdf) fournit pour la première fois des scénarios sur l'évolution future du nombre de personnes détenues âgées

ou malades. Le rapport utilise divers scénarios pour illustrer l'ampleur potentielle des problématiques auxquels le système carcéral risque d'être confronté. À l'avenir, des analyses menées à intervalles réguliers permettront d'améliorer la sécurité de planification et de prévenir d'éventuelles sur- ou sous-capacités dans ce segment particulier. C'est aux concordats qu'il incombe de coordonner l'offre de ce type de places, tant en interne qu'au plan interconcordataire dans certains cas spécifiques.

L'aumônerie de prison, une contribution à la santé des personnes détenues

Sakib Halilovic, Frank Stüfen, Andreas Beerli

Le révérend Alfredo Díez a commencé par une introduction sur les tâches inhérentes à l'aumônerie de prison. Il s'est concentré sur les questions juridiques et les questions de fond, sans oublier de mentionner le devoir pastoral de confidentialité, en vertu duquel les assistant-e-s spirituel-le-s n'ont pas à établir de rapports, ce qui permet une plus grande franchise dans les relations avec les personnes détenues. Il a précisé que l'aumônerie de prison est aussi là pour le personnel pénitentiaire: les rencontres souvent informelles qui ont lieu avec ce dernier ont un caractère préventif et constituent un facteur de bonne santé. Travailler dans une prison induit un important stress psychique et émotionnel, stress que les discussions en question peuvent contribuer à atténuer.

Andreas Beerli a repris cet aspect dans son intervention et donné quelques précisions sur la conception de la santé propre au travail pastoral: la santé est vue de manière holistique, sous la forme d'un modèle tridimensionnel dans lequel l'âme, le corps et l'esprit forment un tout. M. Beerli a axé son exposé sur les facteurs de résilience qui aident à rester en bonne santé et s'est penché sur la question de savoir jusqu'à quel point les assistant-e-s spirituel-le-s peuvent contribuer à promouvoir cette résilience. Selon lui, il faut toujours se demander ce que l'on peut améliorer. En la matière, l'approche des assistant-e-s spirituel-le-s est utile, car ils ne font pas partie du système et ont donc un autre accès aux personnes détenues. Cette approche consiste à se demander comment l'être humain réussit à survivre à la situation de crise qu'est la prison et quel soutien peut être apporté aux personnes détenues (et au personnel). Il s'agit notamment d'essayer de renforcer les capacités de résistance en écoutant la personne de telle manière qu'elle sente qu'elle est ce qui compte le plus au moment considéré.

L'assistant-e spirituel-le-s'emploie aussi à rechercher avec la personne détenue ce qui peut lui donner de la force et renforcer en elle l'idée qu'elle est plus que son acte. Ce travail axé sur les ressources vise à permettre à la personne de se reconstruire et de s'élever. Il réduit le stress en permettant à l'autre de mettre des mots sur les émotions et les situations, car le fait de raconter aide à trouver ses propres solutions. Un autre facteur de résilience est la foi, qui trouve ses racines dans la culture et la région d'origine, et qui rappelle des liens anciens. Andreas Beerli relève que les hôpitaux de Rhénanie considèrent la religion comme un facteur de santé. L'écoute et les rituels sont des facteurs de résilience à ne pas sous-estimer dans la promotion de la santé.

À la suite de cet exposé, les participants ont posé des questions sur le travail effectué auprès des proches et se sont interrogés sur la question de savoir si la mission diaconale de l'église est encore possible. L'une des réponses a été qu'une meilleure collaboration entre le travail social et l'aumônerie, qui se veut diaconale, serait souhaitable. En outre, il a été demandé si les assistant-e-s spirituel-le-s se voyaient comme des défenseurs des personnes détenues. La réponse a été qu'ils se voyaient certes comme des défenseurs, mais pas sur le plan juridique. D'où un consensus selon lequel les assistant-e-s spirituel-le-s peuvent donner leur impression sur la personne, mais non s'exprimer sur l'objet du litige.

▪ S K J V ▪ ▪
▪ ▪ C S C S P
C S C S P ▪ ▪

L'Imam Sakib Halilovic s'est penché sur les rituels dans l'assistance spirituelle et sur leurs effets sur la santé. De son point de vue, si l'on tient compte des corrélations existant entre les facteurs psychiques et somatiques dans la genèse des maladies, il serait étonnant que la religion ne joue aucun rôle dans la santé des personnes détenues. M. Halilovic a montré la mesure dans laquelle les rituels incluent la dimension holistique de la santé et comment, selon son expérience, cela peut aider à réduire le stress et à améliorer l'équilibre de la personne.

Les questions des participants ont porté sur la conception de l'assistance spirituelle dans l'islam et dans la chrétienté.

Le révérend Frank Stüfen a clôturé l'atelier avec un exposé sur la collaboration interdisciplinaire et interreligieuse en cas de décès en prison. La brève discussion qui a suivi a porté sur le suicide assisté, un thème d'actualité pour le système pénitentiaire.