

LA SANTÉ DANS LES PRISONS FRANÇAISES

On ne saurait aborder le système d'accès aux soins des détenus sans en évoquer l'histoire : trois périodes principales se distinguent au cours des deux cents dernières années, pour aboutir à l'organisation actuelle.

69

DE L'ANCIEN RÉGIME À LA FIN DU XX^e SIÈCLE

Sous l'Ancien Régime, outre la privation de liberté, l'enfermement se caractérisait par la cruauté et l'insalubrité des conditions de détention ; la souffrance physique était un élément essentiel de la peine, et il n'était pas question de soins organisés aux détenus. Les lieux ordinaires d'enfermement étaient alors les couvents, les hôpitaux, les cachots et les dépôts de mendicité.

En 1780, Necker crée l'Inspection générale des hôpitaux, compétente pour intervenir dans les prisons. Mais très vite elle se verra retirer ce secteur d'intervention et ce jusqu'au décret du 26 janvier 1983.

Les réformes engendrées par la Révolution de 1789 vont amorcer une première et discrète évolution dans les conditions de détention ; ainsi le code pénal de 1830 supprime les peines infamantes telles que l'amende honorable ou la marque au fer rouge. Cependant, le boulet, le bague, les travaux forcés, qui constituent bien des peines physiques, sont maintenus, et la notion de soins aux détenus n'apparaît toujours pas.

Bien que dès le début du xx^e siècle Clemenceau ait énoncé que la prison devait être « une maison de guérison » dans tous les sens du terme, il faut attendre la commission des réformes pénitentiaires instituée par arrêt du 9 décembre 1944 pour que s'institutionnalise la notion de soins aux détenus. Cet arrêt précise que « dans tout établissement pénitentiaire

doit fonctionner un service médical et médico-psychologique » ; dans le même temps est mise en place une « Inspection médicale des prisons ». Le service médical, dénommé « infirmerie », est organisé ; il est géré par l'administration pénitentiaire. En 1945, la réforme Amor¹ fixe le principe selon lequel « la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné ». Les différents principes de cette réforme visent entre autres à humaniser le régime pénitentiaire. Certains critères tels que l'âge ou l'état de santé sont pris en compte dans le classement des établissements, et notamment des établissements pour peine.

70 Ainsi aura-t-il fallu plus de deux siècles d'évolution chaotique pour que l'utilité sociale de l'incarcération soit affirmée, que le soin aux détenus soit reconnu comme un droit et que l'institution s'emploie à mettre le détenu en condition de reprendre une vie normale à sa libération par une action de rééducation systématiquement poursuivie durant sa détention, tout en s'efforçant de lui donner des habitudes de travail et d'hygiène. Ces principes seront consolidés par le code de procédure pénale élaboré en 1958, dont de nombreuses dispositions intéressent l'hygiène et le service sanitaire.

En décembre 1972, une loi² engage quant à elle un mouvement de réforme tendant à promouvoir la dispensation des soins somatiques et psychologiques en prison. C'est donc à partir de cette date que la question de la santé, définie par l'OMS en 1947 comme l'« état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » est posée en milieu carcéral.

En 1983, le contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires est, à nouveau, confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). En 1986, 26 services de psychiatrie, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), sont créés en milieu pénitentiaire par des établissements hospitaliers, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique.

LES RÉFORMES DES ANNÉES 1990

Dans les années 1990, l'infection par le virus du SIDA fait vaciller le fragile équilibre du système de soins en milieu pénitentiaire. En 1993, le Haut Comité de la santé publique formule dans un rapport des propositions de réforme du système de santé en milieu carcéral. La situation décrite

1. Nom du directeur de l'administration pénitentiaire nommé le 30 septembre 1944.

2. Loi 72-1226 du 29 décembre 1972.

est alarmante: 10 % des détenus sont porteurs du virus du SIDA, 15 % sont toxicomanes (40 % dans certaines prisons), 30 % ont une dépendance à l'alcool, 80 % fument plus d'un paquet de cigarettes par jour, 1 sur 5 souffrent de troubles psychologiques, 80 % ont besoin de soins dentaires...

Par ailleurs, au cours des vingt dernières années, alors que la population française augmentait de 10 %, le nombre des détenus augmentait de 100 %. En 1996, on approchait la barre symbolique des 60 000 détenus, soit un taux d'un détenu pour mille habitants ! Pour la même année, on enregistrait 79 938 entrées et 80 956 sorties de prison.

Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, déclarait en mars 1994 : « Nous sommes en présence d'un véritable état d'urgence sanitaire, puisqu'il est impensable de laisser la situation se dégrader davantage pour ces hommes et que, d'autre part, il existe un risque certain de propagation des maladies transmissibles graves dans la population... »

71

Le dispositif de soins en prison va être profondément rénové par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, complétée par le décret du 27 octobre 1994 et la circulaire interministérielle du 8 décembre 1994.

Ces textes intègrent la population pénale dans le système de santé général selon deux axes principaux: tout d'abord, lui permettre l'accès à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre avec une prise en charge globale, somatique et psychologique, curative et préventive, par l'intermédiaire du service public hospitalier; ensuite, accorder aux détenus une couverture sociale. L'État acquitte alors les cotisations sociales correspondantes, par le biais d'une dotation budgétaire du ministère de la Justice versée aux caisses d'assurance-maladie. Il finance également le ticket modérateur pour les soins et le forfait hospitalier lors d'hospitalisations. Entrée en vigueur cinq ans avant la couverture maladie universelle, cette réforme était particulièrement innovante.

La mise en œuvre de ces textes est passée par un renforcement notable des moyens: côté santé, l'ouverture d'une enveloppe de 493 millions de francs (de 1994 à 1998) a permis globalement de doubler les temps infirmiers et les temps de médecins internistes, de créer des secrétariats médicaux, de dégager des vacances de spécialistes, de mettre en place des équipements médico-techniques. De plus, une enveloppe de 60 milliards de francs supplémentaires a été consacrée à la prise en charge médico-psychologique des détenus. Côté administration pénitentiaire, un crédit de 51 milliards de francs a été affecté à la rénovation des locaux de soins dans les établissements pénitentiaires.

L'ORGANISATION ACTUELLE DU SYSTÈME DE SOINS EN PRISON

Le dispositif repose sur la création d'unités de consultation et soins ambulatoires (UCSA) dans chaque établissement pénitentiaire et sur les 26 SMPR créés en 1986. Chaque UCSA et SMPR est rattaché à un établissement public de santé de proximité lié par convention à l'établissement pénitentiaire. En termes de fonctionnement, le financement des UCSA et des SMPR est assuré par l'assurance-maladie dans le cadre d'un budget dit de mission d'intérêt général (MIG).

72

Pour les soins somatiques, la compétence des UCSA se limitant aux soins ambulatoires, le recours au plateau technique hospitalier est nécessaire, qu'il s'agisse de consultations, d'examens spécialisés ou d'hospitalisations. Les transferts vers l'hôpital nécessitent des moyens d'escorte pénitentiaire, voire de forces de police ou de gendarmerie selon la « dangerosité » estimée de la personne détenue. De même, toute hospitalisation nécessite la présence de forces de l'ordre. Ces dispositifs sont particulièrement coûteux en temps et en personnels, nécessitant la coordination parfois complexe de multiples partenaires et institutions. Par ailleurs, ces dispositifs de garde et de sécurité ne sont pas sans impact sur l'organisation des services hospitaliers et souvent sur les craintes des personnels et usagers de l'hôpital.

Pour limiter ces difficultés, ont été mises en place, depuis février 2004, 7 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) destinées à recevoir les patients détenus pour des hospitalisations programmées. Les hospitalisations d'urgence s'effectuent cependant toujours dans l'hôpital de proximité. Pour les soins en santé mentale, les patients sont pris en charge par le SMPR lorsqu'il existe, avec dans quelques-uns d'entre eux une possibilité d'hospitalisation de jour. Dans les autres établissements la prise en charge est effectuée par le dispositif de secteur au sein de l'UCSA. À l'instar des UHSI, 17 unités spécialement aménagées (UHSA) seront mises en place à partir de 2010 pour accueillir en hospitalisation psychiatrique, notamment selon les dispositions de l'hospitalisation d'office, les patients détenus.

L'accès aux soins dans les prisons françaises en 2010

Au 1^{er} avril 2010, on comptait 61 706 personnes détenues. L'accès aux soins est un droit imprescriptible et fondamental de tout individu, inscrit dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans la loi

française, ainsi que dans les recommandations du Conseil de l'Europe dès 1987 ; recommandations qui ont été réaffirmées par le Conseil des ministres de ce même Conseil de l'Europe en 1998. Rappelons que la peine privative de liberté se définit comme une privation du droit « d'aller et venir », mais en aucun cas comme une privation du droit à la santé.

Cela posé, sa mise en œuvre se heurte à de multiples difficultés, dues le plus souvent aux règles et modalités d'organisation des systèmes tant pénitentiaires qu'hospitaliers, mais aussi aux préjugés des acteurs institutionnels, qui s'enracinent dans des assises culturelles fondamentalement différentes.

Avant que d'évoquer les difficultés de l'accès aux soins des personnes détenues, il faut faire le constat suivant : seize ans après la promulgation de la loi qui réorganisait la prise en charge sanitaire des détenus, la réforme est effective, la médecine des prisons est passée d'une médecine humanitaire à une médecine hospitalière. L'amélioration de la prise en charge et des soins aux personnes détenues est objective et mesurable.

73

Il reste cependant beaucoup à faire pour réaliser l'ambition de la loi de 1994 : permettre au patient-détenu d'accéder à une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

Lister de façon anecdotique les dysfonctionnements serait stérile, il est préférable de tenter d'en repérer les racines et d'en proposer des voies d'évolution.

Les paradoxes du soin en milieu carcéral

L'exercice du soin en milieu pénitentiaire est fondé sur la définition de la santé donnée par l'OMS en 1946 et déjà énoncée plus haut : « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». À elle seule cette définition résume les paradoxes du soin et de l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire, condamnés à concilier des contraires philosophiques, éthiques, biologiques et législatifs... Comment peut-on espérer un bien-être mental lorsque l'on est privé de liberté, coupé de ses liens familiaux, sans perspective d'avenir et de plus, pour beaucoup, incarcéré pour des délits liés à des pathologies mentales ou comportementales ? Comment concilier libre choix du patient, confidentialité, respect de la dignité sous toutes ses formes – qui parmi bien d'autres sont les principes fondateurs de l'exercice médical – avec les impératifs de fonctionnement carcéral, et plus particulièrement ceux de sécurité ? Plus simplement, comment concilier deux concepts apparemment opposés : soigner et punir ?

Au quotidien les différentes institutions partenaires génèrent toutes des obstacles.

Concernant la justice, il convient de prendre en compte ses différentes composantes : les magistrats qui prononcent l'incarcération et l'administration pénitentiaire qui a en charge les personnes détenues.

Les magistrats, faute d'alternative ou de connaissance des capacités réelles du soin en prison, sont de plus en plus souvent amenés à incarcérer des personnes présentant une maladie mentale ou des troubles addictifs.

Une fois l'incarcération prononcée, le fonctionnement parfois mécanique de la justice fait que le judiciaire prime souvent sur le médical, notamment lorsque se télescopent les besoins de l'instruction ou du procès et ceux de la réalisation des soins.

74 L'administration pénitentiaire est contrainte par des locaux trop anciens (insalubres, inadaptés aux handicaps ou au grand âge), elle subit en outre l'inadéquation endémique entre les missions confiées et le nombre des personnels ainsi que leur qualité (j'entends par là formation et adaptation aux missions confiées), inadéquation conséquence notamment du surnombre et du profil des personnes détenues (et je pense ici tout particulièrement aux pathologies mentales); de ce fait, elle voit le plus souvent son action réduite à des mesures de sécurité. Il en découle une limitation de l'accès aux soins : difficultés d'accès aux UCSA et SMPR, difficultés d'extraction pour consultations spécialisées ou hospitalisations.

Le déficit d'explication de la réforme de 1994 aux personnels pénitentiaires, un manque récurrent de dialogue entre partenaires hospitaliers et pénitentiaires freinent l'accès aux soins, et notamment aux soins modernes (gestion des traitements, confidentialité, hygiène, gestion des urgences...). Les soignants sont souvent perçus comme des difficultés supplémentaires dans le travail quotidien, ils dérangent l'ordre séculaire institué. L'incompréhension entre les partenaires se cristallise souvent sur l'application de règles de sécurité, compréhensibles par les uns, responsables de la sécurité, et inadmissibles pour les autres au regard de leur éthique et des règles de déontologie qui s'imposent à eux.

Concernant la santé et le système hospitalier, force est de constater que les moyens médicaux et sanitaires restent notoirement insuffisants malgré les efforts de ces dernières années. Cela est régulièrement dénoncé par le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe.

À ce jour le besoin est très largement supérieur à celui que l'on pouvait estimer en 1994 ; la population incarcérée a subi un accroissement quasi linéaire (60 089 personnes écrouées dont 96,6 % d'hommes, 3,4 % de

femmes et 1,1 % de mineurs) et les peines sont plus longues. À l'instar de la population générale, mais aussi à cause des motifs d'incarcération (plus d'affaires criminelles en lien avec la pédophilie), la population pénale a vieilli (en 1994, 40 % des détenus avaient plus de 30 ans; en janvier 2009, 54 % ont plus de 30 ans et 28 % plus de 40 ans³), le nombre et la gravité des pathologies sont en forte augmentation.

Dans bon nombre d'établissements, la communauté hospitalière ne se reconnaît pas dans les missions confiées aux UCSA : elle juge leur intégration insuffisante dans le tissu hospitalier, les contraintes pénitentiaires sont dérangeantes pour les habitudes et le fonctionnement ordinaire de l'hôpital (consultations, hospitalisations, urgences), le détenu et son environnement policier ou pénitentiaire font peur.

Au sous-dimensionnement du nombre de postes de personnels soignants et particulièrement de médecins, s'ajoute la difficulté à trouver des candidats en raison des conditions difficiles d'exercice et de l'absence d'attractivité des statuts proposés; d'où un nombre non négligeable de postes vacants.

75

La continuité des soins est défaillante : dans près de 75 % des établissements pénitentiaires, la permanence des soins n'est pas assurée conformément aux droits des patients et se traduit par des extractions médicales quasi systématiques vers les urgences hospitalières. Ce recours, outre qu'il génère des dépenses non négligeables, est cause de retards thérapeutiques et contribue à aggraver les difficultés des services d'urgence. Si la garde médicale sur place est en règle générale injustifiée, l'accès aux soins hors des heures de fonctionnement de l'UCSA devrait être assuré par un dispositif évitant l'extraction systématique du patient détenu vers l'hôpital et reposant sur le déplacement d'un médecin, hospitalier ou libéral, au sein de l'établissement.

Le système de santé fait peser sur le soin des pratiques encore sans homogénéité, en ce qui concerne la prise en charge des addictions, gênée par ailleurs par des freins psychologiques ou philosophiques. La substitution reste encore inégale, voire insuffisante dans bon nombre d'établissements.

L'accès au plateau technique hospitalier pour consultations spécialisées ou hospitalisations est contingenté par les moyens pénitentiaires (véhicules, personnels d'escorte) ou ceux des forces de l'ordre qui doivent accompagner certains détenus ou assurer les gardes à l'hôpital. Les UHSI mises en place depuis 2004 ne règlent que partiellement le problème et tout particulièrement pour les urgences.

La prévention et l'éducation à la santé, qui devraient être des actions

3. Chiffres fournis pour l'année 2009 par la Direction de l'administration pénitentiaire.

prioritaires pour une population globalement défavorisée à l'extérieur en matière de santé et pour qui la prison est parfois la première occasion de rencontre avec le système de santé, restent contraintes par le manque de moyens humains (ces actions sont très chronophages) et parfois de moyens financiers, étant donné le coût des tests de dépistage ou de certains traitements. Des actions remarquables, souvent innovantes, sont cependant réalisées, même si elles restent dispersées et leur nombre largement insuffisant. L'action des associations trouve une place d'importance aux côtés et en relais des hospitaliers. Ces actions se déclinent tant dans les domaines de l'éducation et de l'information que dans la dimension culturelle et l'accompagnement psychologique, composantes essentielles et nécessaires à l'équilibre d'une « bonne santé ».

76 *Les populations à risque*

Les difficultés d'accès aux soins touchent particulièrement les handicapés, les femmes enceintes et jeunes mères, sans oublier les personnes âgées, isolées le plus souvent de l'extérieur car coupées d'une famille ou d'amis qui, étant eux-mêmes âgés, ne peuvent se déplacer ; ils se retrouvent aussi isolés à l'intérieur par une population carcérale plus jeune et turbulente ; ils n'ont plus droit au travail, souvent facteur d'équilibre psychologique. Le constat qu'on vieillit deux fois plus vite en prison vaut pour eux plus que pour tous les autres.

Il convient aussi d'évoquer les patients-détenus présentant des troubles de santé mentale : on estime leur nombre à 30 % de la population pénale. Sujets à des troubles du comportement compromettant l'ordre, ils font alors l'objet de mesures disciplinaires ou punitives qui renforcent ces troubles et les enferment un peu plus dans la pathologie. Quel peut être pour eux le sens de la peine ? Quel système de soins alternatif à la prison est-on en capacité de leur proposer ?

Enfin, thème d'actualité, complexe et douloureux : celui des suicides en prison et de leur prévention. Cela suppose un travail commun, déjà amorcé depuis plusieurs années entre personnels pénitentiaires et soignants, mais dont les résultats restent peu visibles.

SANTÉ ET VIOLENCE EN MILIEU CARCÉRAL

Si l'on accepte la définition de la violence comme « force dont on use contre le droit, la loi ⁴ », il est certainement iconoclaste d'évoquer la

4. Larousse, 1967.

violence au sein d'une institution, la prison, dont l'objet premier est le rappel au droit et à la loi.

En juin 2000, Robert Badinter déclarait devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la situation dans les prisons françaises : « La prison est un lieu de peine; ce n'est pas qu'un lieu de privation de liberté. C'est un lieu de tension, de violence et d'affrontement où la loi du plus fort est menaçante à tout moment. »

Les formes et les causes de la violence

Autant la réalité de la violence en milieu carcéral est une évidence pour ceux qui ont vécu la prison (détenus, institutionnels), autant il est difficile de la qualifier et encore plus de la quantifier. Elle est protéiforme et diffuse; protéiforme car physique, mentale, psychologique, diffuse car inévitable, historique et multidirectionnelle, touchant tous ceux qui évoluent à quel que titre que ce soit en prison: détenus mais aussi personnels pénitentiaires, soignants hospitaliers, enseignants, ministres des cultes... Plus subtile et perverse encore, la violence du milieu carcéral peut, pour l'individu incarcéré, s'exercer au-delà des murs de la prison, à l'encontre des proches. Il faut à ce stade remarquer aussi que les prévenus, c'est-à-dire ceux qui au regard du droit sont présumés innocents, sont les détenus les plus maltraités.

77

Le rituel de l'incarcération dont l'institution et le droit, tant français qu'européens, s'accordent à reconnaître « qu'il porte atteinte à l'intimité des détenu(e)s [et] doit s'exercer dans des conditions qui préservent le respect de la dignité de la personne humaine », est nécessairement dégradant et humiliant, quelle que soit la manière dont il est accompli par les personnels pénitentiaires, et ce tout particulièrement lors de la fouille au corps.

Après l'épreuve des règles légales vient ensuite très rapidement la confrontation aux usages de la détention fixés par les détenus eux-mêmes, échappant à tout droit institutionnel et faisant de nos prisons un espace caricatural du non-droit. C'est ici que s'exprime la violence pure sous toutes ses formes: racket, agression physique, viol, esclavage, exclusion, etc. Ces violences sont connues, identifiées, répertoriées, dénoncées dans de nombreux rapports, dont les premières enquêtes parlementaires qui datent de 1870. Elles constituent souvent la carte d'identité des détenus entre eux. Dans un monde carcéral où le rapport social est binaire, de dominant à dominé, la violence, son niveau et son expression codifient le positionnement de l'individu dans le groupe et la hiérarchie des détenus. Le motif de l'incarcération, la gravité de ce motif, les passages au quartier disciplinaire, le nombre d'incarcérations antérieures sont

autant d'éléments, de « gratifications » dans la position hiérarchique qu'occupera le détenu dans le groupe et dans l'autorité dont il disposera par rapport aux autres détenus, parfois même dans ses rapports aux personnels pénitentiaires. Montrer sa violence, directement ou par la provocation, c'est se faire respecter. Cela est tout particulièrement vrai chez les jeunes détenus, dont le système de valeurs est notamment fondé sur la notion de respect. Pour ces jeunes, dont les plus jeunes et souvent les plus durs n'ont que 13 ou 14 ans, le caïdat, le racket, la délinquance « ordinaire » qu'ils perpétuent en prison procèdent des mêmes modes et des mêmes origines sociologiques que celles ayant cours dans la cité. Les causes ou prétextes en sont nombreux, ne mettant pas forcément en cause les individus (personnels pénitentiaires), mais le système lui-même dans ses règles et ses contradictions.

78

Les premières causes de cette violence sont la promiscuité induite par la surpopulation carcérale (cela étant vrai essentiellement en maison d'arrêt), l'insuffisance d'effectifs en personnels, tant de surveillance que d'accompagnement, l'insuffisance de services d'insertion et de probation, de services médicaux, somatiques et psychiatriques, ainsi que l'inadaptation et la vétusté des locaux. À cela s'ajoute la formation le plus souvent inadaptée des personnels à l'encadrement des détenus et à la prise en charge de situations difficiles, tels les troubles du comportement et les pathologies psychiatriques notamment : 40 % des entrants en maison d'arrêt présentent des troubles psychiatriques et 10 % ont une pathologie majeure. Dans ce contexte, l'application stricte des règles et règlements est illusoire, voire souvent délétère. Tout n'est qu'équilibre instable en prison ; les personnels pénitentiaires (chacun en ce qui les concerne, du surveillant d'étage au chef d'établissement), mais aussi les intervenants extérieurs, notamment hospitaliers, sont quotidiennement contraints de composer avec la règle et parfois avec la loi pour maintenir un semblant de sérénité et éviter l'explosion de la détention. Depuis quelques années, les personnels pénitentiaires ont coutume, là où ils parlaient jadis d'appliquer le règlement, de dire qu'ils « gèrent » leur étage ou la détention. C'est une manière d'exprimer la composition permanente à laquelle ils doivent se livrer pour accorder autant que faire se peut la sécurité de l'établissement, le règlement et le risque permanent de conflits ou de violences, individuelles ou collectives, qui ne demandent qu'à éclater sous des prétextes souvent anodins : demandes de douche, de cigarettes, de changement de cellule, de courrier non reçu...

Les pathologies en milieu carcéral

Si l'on aborde la violence en milieu carcéral sous l'angle de la santé, deux aspects se dégagent immédiatement : l'un, le plus direct, le plus cru est celui de la violence physique qui conduit au service médical ; l'autre, le plus présent, est souvent de l'ordre du non-dit, de la demande déguisée, parfois par l'intermédiaire du corps transformé en outil de communication.

Le recours au service médical après violence physique, bien que fréquent et régulier, ne permet pas de quantifier réellement cette violence. Le service médical intervient ici le plus souvent à la demande d'un tiers (personnel pénitentiaire, codétenus...), plus rarement à la demande de la victime elle-même. La loi du silence qui règne sur la détention, la peur des représailles si l'on « dénonce », des complications si l'on porte plainte expliquent ce phénomène.

79

Le second aspect de la violence en milieu carcéral a pour cause le fonctionnement carcéral et judiciaire précédemment évoqué et pour expression des demandes de forme somatique ou des automutilations. S'exprimant sur la violence en prison, à l'occasion d'une enquête parlementaire, un directeur des services pénitentiaires estimait que « ce n'est pas la privation de liberté qui s'avère intrinsèquement criminogène. Ce sont les conditions de mise en œuvre de la sanction pénale et de la privation de liberté qui rendent la détention criminogène. Dès lors, l'on retombe sur le même problème, celui du surencombrement⁵ ». Lieu de folie, de violence et de misère concentrées, la prison exclut et enferme non seulement le corps, mais aussi et surtout l'esprit, conduisant au désespoir. C'est le lieu par excellence du non-droit et de l'arbitraire. Les exemples y sont multiples et largement répertoriés dans les rapports officiels nombreux et successifs, qu'ils soient administratifs, parlementaires ou associatifs. Cette situation de non-droit ignore la définition même de la santé par l'OMS et s'oppose à l'objectif affiché de la loi du 18 janvier 1994 disposant que la prise en charge sanitaire des détenus doit être « globale », préventive et curative, somatique et psychique, et que l'offre de soins aux personnes détenues doit être en qualité et en quantité égale à celle des personnes libres.

Quatorze ans après la mise en place de cette loi, votée unanimement par les parlementaires de droite comme de gauche et qui faisait suite à un

5. Jean-Louis Daumas, directeur du centre de détention de Caen.

rapport remarquable et décapant du Haut Comité de santé publique⁶, nous sommes encore loin du respect du droit aux soins tel qu'énoncé dans la loi, même si d'incontestables progrès ont certes été réalisés dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues. L'état des lieux, les difficultés, les voies d'amélioration sont pour l'essentiel décrits dans le rapport établi par la mission IGAS-IGSJ de juin 2001. De nouvelles réflexions ont été conduites avant la promulgation de la dernière loi pénitentiaire de 2009 qui reste en deçà des attentes des professionnels du milieu carcéral en termes de résolution des problématiques ci-dessus énoncées.

Perspectives

80 Le chantier concernant la violence en prison (et plus spécifiquement ses conséquences en matière de santé) étant immense, il serait sûrement nécessaire de procéder par programmes ciblés, définis dans le temps et aux objectifs réellement évalués. En ce sens, quelques thèmes qui nous paraissent pertinents, c'est-à-dire à la fois accessibles et urgents, peuvent être énoncés : la sexualité en prison, la toxicomanie, le handicap, la violence à l'encontre des personnels et le suicide.

La sexualité

La sexualité, besoin naturel, se trouve arbitrairement confisquée dans les prisons françaises. Cette sexualité nécessaire, au masculin comme au féminin, inavouable au nom de tabous institutionnels vieux et infondés, non reconnue, stigmatisée, interdite est en prison l'un des principaux moteurs de violences, le terme s'entendant dans toutes ses acceptions. Des exemples pourtant significatifs et positifs de sa prise en compte dans des pays voisins sont pourtant instructifs.

La toxicomanie

La toxicomanie, fléau de plus en plus rejeté vers la prison par la société, concerne 20 à 30 % de la population carcérale. On estime que près d'un quart de la population toxicomane française passe par la prison chaque année⁷. Au demeurant, les motifs d'incarcération de cette population devraient être analysés de plus près. Un glissement pervers semble

6. Gilbert Chodorge, Guy-Pierre Cabanel, *Santé en milieu carcéral*, rapport commandé par le Haut Comité de santé publique, 1993.

7. Jean-Jacques Hiest, Guy-Pierre Cabanel, *Prisons : une humiliation pour la République*, Sénat, rapport n° 449, exposé du Dr Roland Broca, 26 avril 2000.

s'effectuer au fil des années, et notamment depuis 1995, qui tend à faire de la prison un lieu thérapeutique et pousse à faire prescrire la peine pour prescrire le soin. Plus que pour tout autre patient, l'inégalité d'accès aux soins par rapport au milieu libre touche les toxicomanes en prison. Cette incohérence est autant la conséquence d'une insuffisance des moyens de soin, quantitative et qualitative, ne permettant pas d'assurer une prise en charge réelle et globale, que celle des dysfonctionnements institutionnels décrits précédemment (racket, violence, désespoir).

Le handicap

Le vieillissement de la population carcérale suivant celui de la population générale – des motifs d'incarcération, telle la pédophilie, touchant en outre des tranches d'âge élevées –, le nombre de détenus qui présentent un handicap, une perte d'autonomie ou une pathologie grave est de plus en plus important. Le parc actuel des établissements pénitentiaires, ses structures, les règles de fonctionnement axées sur la « sécurité contre les évasions » sont totalement inadaptés à la prise en charge de ces patients au regard de la plus élémentaire équité et humanité. Ainsi se crée de fait une violence intrinsèque supplémentaire, physique et morale, à l'encontre de ces détenus qui ne peuvent circuler vers les lieux de vie essentiels de la prison, ne peuvent se lever ou se coucher, se laver, voire s'alimenter seuls, dépendant des codétenus et des personnels volontaires.

81

La violence à l'encontre des personnels

On ne saurait clore cette réflexion sans rappeler que la violence en prison touche également et souvent de façon dramatique (insultes, menaces d'agressions physiques, prises d'otage, assassinats) les personnels y œuvrant, et notamment les soignants. Ces personnels hospitaliers, le plus souvent volontaires, particulièrement dévoués, infirmières, préparateurs en pharmacie, secrétaires, médecins ou autres, sont le plus souvent oubliés par leur institution mère. La difficulté et la dangerosité de leur mode d'exercice ne sont ni reconnues ni valorisées. La souffrance de ces équipes est réelle et plus importante que celle déjà vécue par les personnels exerçant *intra muros* à l'hôpital. Les vocations sont de moins en moins nombreuses, augmentant ainsi les difficultés de fonctionnements des UCSA et des SMPR, dont le sous-effectif est chronique et aggrave encore les carences du système de soins en milieu carcéral.

Le suicide en prison

Le nombre de suicides dans les prisons françaises a connu un accroissement important ces quatre dernières années pour atteindre 122 décès en 2009. La France est considérée comme ayant le plus fort taux de suicide en prison en Europe. Si ce taux est incontestablement important, il convient de l'analyser par rapport à la surpopulation carcérale et aux critères non homogènes de l'ensemble des pays concernés. Ce qu'il convient de retenir est la forte mobilisation de l'administration pénitentiaire et du ministère de la Santé pour faire baisser ces chiffres, sachant que le taux zéro reste inaccessible. La mobilisation est forte tant chez les personnels pénitentiaires que chez les personnels de santé. Si le suicide reste un drame pour la famille et les proches du détenu, c'est aussi une épreuve terrible pour les professionnels exerçant en prison, vécue comme un échec souvent culpabilisant. Si les principaux facteurs favorisant le passage à l'acte sont bien identifiés et recherchés, si des mesures de prévention, de repérage, de surveillance, de formation des personnels se multiplient, restent des facteurs irrationnels et imprévisibles, mais aussi des facteurs organisationnels non maîtrisés.

LE TRAVAIL DANS L'ÉQUILIBRE PSYCHOLOGIQUE
DES DÉTENUS

Nous ne parlerons ici que des maisons d'arrêt. La première impression qui s'impose est celle d'un vécu complexe et paradoxal : il y a les jeunes et les moins jeunes, parfois et de plus en plus des détenus âgés ; il y a les premières expériences carcérales et les habitués récidivistes ; il y a ceux qui en milieu libre étaient dans un rapport ordinaire au travail et ceux qui le refusaient par principe ou habitude.

On ne peut échapper à quelques poncifs concernant le travail en milieu carcéral ; ils se rapportent à la gestion du temps, à l'obtention de ressources, à l'identité ou à la réinsertion. Dans tous les cas, quel que soit le motif de travail ou de refus de travailler, l'équilibre psychologique et le rapport à la peine s'en trouvent affectés.

Parmi ceux qui ne veulent pas travailler se retrouvent beaucoup de jeunes qui n'ont pas besoin de ressources. Leur logique de rapport au travail en milieu carcéral n'est souvent que le prolongement de leur vie en milieu libre. Il faut aussi citer ceux qui sont incapables de faire une démarche volontaire, de s'adapter à leur nouvelle condition et se replient, s'isolent totalement. N'oublions pas enfin ceux qui ne travaillent pas parce qu'ils sont ou se croient menacés et dont l'institution n'est pas

toujours en mesure d'assurer la protection. Certains s'en expliquent spontanément, mais, le plus souvent, c'est au travers d'incidents répétitifs qui les conduisent vers les services médicaux, à l'occasion de coups et blessures, ou de changements de comportement psychologique que l'on identifie leur refus de travailler ou le motif de cessation d'une activité entreprise.

Nous l'avons évoqué plus haut, les motivations conduisant à travailler en milieu carcéral tiennent à trois bénéfices principaux : gagner de l'argent pour améliorer l'ordinaire, gérer le temps de la détention et s'occuper l'esprit. Ce dernier motif est tout particulièrement important en maison d'arrêt où la charge anxieuse est forte, liée à l'inconnue du devenir (procès, peine, rapport avec la famille ou l'extérieur).

Quels que soient l'activité exercée durant l'incarcération et les motifs qui poussent la personne détenue à l'exercer, le travail en milieu carcéral joue un rôle psychologique bénéfique incontestable pour la personne privée de liberté. Le travail en prison offre au détenu un espace de liberté dans ce monde clos, lui permettant de repousser les murs, d'élargir ses contacts, de réinvestir le temps. Ce bénéfice est difficilement quantifiable mais s'exprime au travers du maintien ou de la restitution d'un équilibre psychologique et des relations sociales dans la vie carcérale. C'est l'occasion et le moyen d'acquérir une identité dans une institution dont les règles et le fonctionnement font précisément perdre toute identité en déresponsabilisant l'individu, notamment dans la gestion du temps et des activités premières de sa vie personnelle et sociale. Par ce travail, le détenu retrouve un but quotidien, un rôle dans une organisation, une existence reconnue dans ce qui est le tissu social carcéral. Il est courant chez les récidivistes qu'ils retrouvent ce qu'ils appellent eux-mêmes « leur place, leur job » comme une chose normale, presque institutionnelle, en miroir de leur vie libre. Paradoxalement, quelques détenus, particulièrement fragiles et désocialisés, reconnaissent ne se sentir exister qu'en prison car ils s'y sentent reconnus, notamment grâce à leur travail. Nous avons tous des exemples de détenus libérés qui font tout pour revenir dans « leur prison ». Il s'agit là bien entendu d'effets induits pervers, mais qui expriment à l'extrême le rôle que peut avoir le travail en milieu pénitentiaire.

On ne peut passer sous silence les exclus du travail ; les plus de 65 ans, les détenus à régimes pénitentiaires spéciaux (DPS, isolés). Le non-droit au travail est alors vécu comme une exclusion supplémentaire, une peine indue ajoutée à la peine prononcée.

Les contraintes et modalités de fonctionnement des établissements pénitentiaires obligent parfois, voire souvent, le détenu à effectuer des

choix difficiles ; il faut choisir entre les soins médicaux ou psychologiques, suivre une formation ou aller travailler (horaires incompatibles, contraintes de production de l'atelier, etc.). Ce choix peut alors être source d'une perte de revenu, voire cause de déclassement et donc de perte d'emploi. Le service médical est en conséquence souvent amené à intercéder au profit du détenu en règle vis-à-vis des concessionnaires. Il est évident que de telles situations sont hautement anxiogènes et décompensatrices de situations psychologiques précaires.

Globalement le rapport peine-travail, qui s'est amélioré lentement, reste positif dans le vécu et le parcours carcéral du détenu. Le travail volontaire en milieu carcéral reste un outil d'équilibre psychologique, culturel et donc social majeur pendant l'incarcération.

84

Au terme de ces considérations qui pourraient paraître pessimistes, je réitère mon propos initial : seize ans après la promulgation de la loi qui réorganisait la prise en charge sanitaire des détenus, la réforme est effective, la médecine des prisons est passée d'une médecine humanitaire à une médecine hospitalière. L'amélioration de la prise en charge et des soins aux personnes détenues est objective et mesurable. La prise en charge des toxicomanes existe même s'il persiste des disparités territoriales. Les porteurs de maladies virales graves (SIDA et hépatites) sont pris en charges et traités comme en milieu libre. Malheureusement, l'incarcération est souvent pour bon nombre de détenus l'occasion, la première parfois, d'une rencontre avec le système de santé.

Cependant la prudence s'impose : si l'on soigne de plus en plus et de mieux en mieux dans les prisons françaises, la prison n'est pas et ne doit pas être un lieu de soin. Il ne faudrait pas, à cause des carences d'un système social ou sanitaire extérieur, que la société, par l'intermédiaire des magistrats, prescrive l'incarcération pour prescrire le soin. Comme nous l'avons évoqué plus haut, c'est le sens de la peine qui est ici en cause, mais c'est aussi, si nous ne poursuivons pas le déploiement complet et surtout l'actualisation du dispositif de soins aux personnes détenues, le sens du soin en prison qui sera remis en cause.

L'accès aux soins des personnes doit être amélioré. Mais cela ne se fera pas sans la réorganisation du système des peines et de l'incarcération. Les textes contradictoires, oscillant entre préoccupations sanitaires et respect de la justice, doivent être revisités et mis en cohérence.

Magistrats, personnels pénitentiaires et personnels de santé doivent se rencontrer plus souvent pour s'affirmer plus encore dans cette mission

commune de service public. Ces rencontres trouveraient leur sens au niveau régional, assurant une cohérence territoriale dans l'offre de soins et une meilleure lisibilité dans la prise en charge des personnes détenues entre les établissements pénitentiaires.

Le dispositif de suspension de peine pour raison médicale doit s'appliquer avec plus de fluidité. Les procédures sont encore souvent trop lentes.

Les moyens hospitaliers en prison doivent être renforcés, mais surtout réorganisés. Une recomposition territoriale de l'offre de soins est possible et réalisable avec le soutien des agences régionales de santé (ARS), en parallèle à la recomposition hospitalière en cours. L'organisation des soins doit avoir une ambition et une lisibilité territoriales, permettant l'adaptation de l'offre par mutualisation des moyens et mise en cohérence des pratiques. L'exercice des soins enfin doit être valorisé par des actions de communication et d'information, notamment auprès des étudiants.

85

L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et plus particulièrement de la télé-médecine doit permettre d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité, notamment pour les spécialités qui font défaut. D'ores et déjà plusieurs expériences sont en cours ou en projet dans les domaines de la dermatologie, de la radiologie, de l'ophtalmologie et même de l'orthopédie.

Enfin c'est la société tout entière, à l'initiative de ses représentants parlementaires, qui doit être concernée par l'accès aux soins de la population pénale, qui est partie intégrante de cette société. La prison reste une zone d'ombre pour la société, il convient de la rendre visible par tout moyen.

R É S U M É

La prise en charge actuelle de la santé des personnes détenues s'effectue dans le cadre fixé par la loi de santé publique de janvier 1994, confiant au service public hospitalier la responsabilité et l'organisation des soins dans les prisons. Cette loi consacre pour les personnes détenues un droit à l'accès aux soins identique à celui de la population libre et instaure leur affiliation au régime général de l'assurance-maladie.

En quelque dix années s'est mise en place dans les prisons françaises une offre de soins efficace et moderne qui a permis de passer d'une médecine humanitaire à une médecine hospitalière. Mais si ces réformes représentent une réelle avancée de santé publique en milieu pénitentiaire, de nombreuses difficultés limitent encore l'accès aux soins de la population carcérale; et si l'on soigne de mieux en mieux en milieu carcéral, la prison n'est pas et ne doit pas être un lieu de soins.