

# La réforme de la **médecine pénitentiaire**

*Un nouveau dispositif réglementaire organise la prise en charge sanitaire des détenus ; ce dispositif découle d'une évolution sur une douzaine d'années, le rapport du HCSP ayant servi de catalyseur et de facteur déclenchant.*

**D**ans une conception ancienne de l'incarcération, en échange de la privation de liberté, l'État prenait en charge l'ensemble des besoins du détenu. Au même titre que l'alimentation, le chauffage, la vêtue, le ministère de la Justice organisait les soins aux détenus.

## **Politique de décroisement**

Dès le début des années 1980, le ministère de la Justice, soucieux d'améliorer les conditions de détention et de développer la politique de réinsertion, a entrepris une réflexion visant à favoriser l'accès aux droits des détenus. L'emprisonnement est dès lors considéré comme la seule privation de la liberté d'aller et venir, mais ne doit pas porter préjudice aux droits qui ne sont pas directement mis en cause par l'exécution de la décision de justice. Ainsi, le droit d'accès à la culture, au sport, à la formation professionnelle... et notamment à la santé sont pleinement reconnus.

Il restait à trouver des applications concrètes à cette réflexion ce qui fut fait dans le cadre de la politique dite de « dé-

cloisonnement » dont l'objectif était la pénétration dans les établissements pénitentiaires des services publics compétents. C'est ainsi qu'en 1984 le contrôle de l'observation des règlements sanitaires dans les établissements pénitentiaires est confié à l'Inspection générale des affaires sociales. En 1985 les médecins inspecteurs départementaux de la santé publique reçoivent mission de contrôler et d'inspecter, au sein des établissements pénitentiaires, les prestations de soins qui sont fournies aux détenus ainsi que l'hygiène. 1986 voit la création de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes, placé sous double tutelle santé justice et du secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire qui se concrétisera par la généralisation des services médico-psychologiques régionaux, véritables services hospitaliers psychiatriques au sein des 18 plus importantes maisons d'arrêt du territoire. En 1988, les premières conventions avec les CISIH sont mises en place dans les établissements pénitentiaires accueillant le plus grand nombre de détenus touchés par le VIH. Au terme de ces conventions, qui sont aujourd'hui au nombre de 24, des médecins hospitaliers viennent assurer gratuitement, en prison, des consultations à l'égard des personnes atteintes par le VIH. Enfin, en 1992 apparaît à titre expérimental, à l'occasion du « programme 13 000 », dans trois établissements pénitentiaires, un nouveau dispositif visant à confier l'intégralité des

soins en milieu pénitentiaire à des hôpitaux de proximité.

## **Le rapport du HCSP**

L'ensemble de ces avancées a été déterminant pour l'évolution de l'action sanitaire en prison. Toutefois, aujourd'hui, elles s'avèrent insuffisantes au regard de la gravité et de la fréquence de certaines pathologies en prison et des enjeux qu'elles représentent en terme de santé publique. C'est pour cela que, par lettre du 15 juillet 1992, M. Michel Vauzelle, Garde des Sceaux et Monsieur Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de l'action humanitaire avaient confié au Haut Comité de la santé publique le soin d'examiner les modalités d'amélioration du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus. Le groupe de travail a remis le 1<sup>er</sup> février 1993 un rapport qui portait sur le mauvais état de santé de la population carcérale, l'inadaptation du dispositif de soins, la nécessité de définir des objectifs de santé publique (voir ci-contre) et des propositions sur la médecine préventive et l'accès aux soins.

## **Les propositions**

Le développement de la médecine préventive doit s'appuyer sur un recueil des éléments permettant une évaluation de

l'état de santé des détenus, appliqué à tous les établissements pénitentiaires. Ce recueil devra permettre un suivi épidémiologique. Une attention particulière doit être apportée au dépistage de la tuberculose qui sera renforcé en milieu pénitentiaire, les conseils généraux devront être rappelés au strict respect des obligations leur incombant. Le dépistage volontaire de l'infection par le VIH sera assuré en milieu pénitentiaire par les centres habilités (couplage de tous les établissements pénitentiaires avec une consultation de dépistage anonyme et gratuit). En cas de séroposivité et de sida, le suivi sera assuré par les CISIH en suivant les recommandations du rapport Dormont (« prise en charge et traitement précoce de l'infection en VIH », rapport remis en

juin 1990 au ministre chargé de la Santé). Une proposition de dépistage de la contamination par le virus de l'hépatite B doit être faite aux populations à risque afin d'envisager à terme une vaccination des sujets sains.

L'accès aux soins somatiques et de santé mentale sera facilité par ► une prise en charge de ceux-ci par les établissements publics de santé permettant une continuité des soins, ► la responsabilité des soins médicaux devra être clairement établie.

Il convient de ► coupler chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé auquel seront confiées la responsabilité et la maîtrise d'œuvre de l'ensemble des soins aux détenus tant à l'intérieur de la prison que

dans la structure hospitalière, s'agissant des consultations très techniques et des hospitalisations ; ► Généraliser la couverture sociale pour le risque maladie-maternité à l'ensemble de la population pénale et en assurer le financement par le paiement par l'État d'une cotisation forfaitaire *per capita et prorata temporis*. Faire prendre en charge le ticket modérateur par l'aide sociale du département par aménagement de la loi du 29 juillet 1992 ; ► Accompagner la mise en œuvre de ce dispositif par un programme de rénovation et d'équipement des services médicaux des établissements pénitentiaires dont le financement incombera à l'administration pénitentiaire ; ► Développer le nombre de secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire en portant leur nombre à 34 (soit un secteur pour 1500 détenus) dans un délai de six ans, et notamment créer deux secteurs dont le service sera implanté en maison centrale en 1994 ; ► Renforcer les équipes des secteurs psychiatriques existants en milieu pénitentiaire ; ► Réaffirmer l'implication des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dans les établissements pénitentiaires ; ► Développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus dans les établissements de santé ; ► Confier la définition de la politique générale de santé en milieu pénitentiaire conjointement aux ministères de la santé et de la justice ; ► Maintenir les missions d'inspection et de contrôle à l'IGAS et aux médecins inspecteurs de santé publique.

### **Le nouveau dispositif réglementaire**

Le décret n° 93 704 du 27 mars 1993\* organise cette nouvelle prise en charge en modifiant conjointement le Code de la santé publique et celui de la Sécurité sociale.

Ceci pour deux objectifs : ► Prendre en compte en prison l'ensemble des dimensions de santé publique (prévention, éducation pour la santé, diagnostic, trai-

## **LE CONSTAT DU RAPPORT DU HCSP**

### **État de santé de la population pénale**

La population pénale présente des caractéristiques déterminantes qu'il convient d'examiner si l'on veut cerner les besoins sanitaires des détenus et leur apporter des réponses adaptées. Il s'agit d'une population à risque, car provenant de milieux où sévissent les problèmes sociaux les plus graves, et qui peut être considérée comme particulièrement exposée aux troubles du comportement. Elle a également la particularité d'avoir eu rarement accès aux dispositifs d'éducation sanitaire et de soins avant son incarcération et de méconnaître ses droits sociaux, alors qu'elle présente des pathologies lourdes de conséquences pour elle-même et pour son environnement.

Les sources d'information sur l'état de santé des détenus sont peu nombreuses et présentent le plus souvent un caractère parcellaire parce qu'elles ciblent une pathologie particulière (toxicomanie, alcoolisme, sida,...) ou limitent leur champ d'investigation à un site déterminé. Mais en l'état, ce sont les rapports sanitaires annuels élaborés par les médecins inspecteurs de santé publique pour chaque établissement pénit-

tentiaire qui permettent d'entrevoir les problèmes de santé présentés par la population pénale. Ainsi, l'accent peut être tout particulièrement mis sur les conditions addictives très fréquemment rencontrées parmi les détenus : 15% des détenus sont toxicomanes, environ 30% consomment des quantités importantes d'alcool, plus de 80% sont des fumeurs à plus d'un paquet par jour et environ 30% prennent habituellement des médicaments. Outre la vulnérabilité psychique liée à ces comportements de dépendance, les détenus présentent le plus souvent des tableaux cliniques lourds, plus de 80% d'entre eux nécessitent des soins dentaires, les hépatites B et C sont très fréquentes et le taux de prévalence de VIH est dix fois plus important que dans la population générale ; il y a également trois fois plus de tuberculoses dépistées en milieu carcéral qu'à l'extérieur, enfin, les pathologies dermatologiques, digestives, cardio-vasculaires et pulmonaires, traumatiques, les suicides, grèves de la faim et automutilations sont très répandues en prison ; quant aux troubles de la santé mentale, ils touchent une partie importante de la population pénale et prennent les formes les plus diversifiées : troubles réactionnels

suite page 4

\* nous reproduisons ce texte en page 27.

à l'incarcération, angoisse, anxiété, psychopathies, voire parfois des psychoses.

### Les objectifs de santé publique

Une société solidaire régie par un État de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux hommes et aux femmes privées de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants. La détermination d'objectifs de santé publique pour la population pénale nécessite la référence à des valeurs partagées, ► protection de la santé des détenus comme celle de ses proches, ► lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale.

Les détenus souffrent de pathologies graves, contagieuses ou transmissibles. Ils sont, pour la plupart, incarcérés pour des périodes de courte durée et sont appelés à retrouver rapidement leur place en milieu libre. Ils présentent dès lors un certain nombre de risques pour eux-même et pour leur environnement. Il faut, en conséquence, mettre en place une politique de santé publique en réponse aux problèmes rencontrés. Le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues, doit être organisé de telle sorte que les soins appropriés leur soient prodigués sans délais. Les soins curatifs dispensés aux détenus doivent être d'une qualité égale à celle qui caractérise ceux dispensés en milieu libre. La continuité des soins doit être assurée afin de prévenir toute rupture de la prise en charge lors du retour en milieu libre.

L'ensemble de ces objectifs ne peut être assigné au dispositif sanitaire pénitentiaire actuel qui ne peut faire l'objet que d'un constat nuancé.

### Un dispositif de soins actuellement inadapté

Les termes de l'article D 380 du Code de procédure pénale prévoient que les détenus reçoivent gratuitement en prison les

soins qui leur sont nécessaires. Il en résulte que c'est à l'administration pénitentiaire qu'échoit la tâche d'organiser la prise en charge sanitaire des détenus et de la financer. Cette obligation, qui de fait lui incombe, est d'un tout autre ordre que les missions qui lui sont expressément confiées par le code de procédure pénale : la garde des détenus et la préparation de la sortie sans récidive. Elle doit dès lors l'assurer sans disposer de la compétence, ni des outils et des relais qui permettraient d'apporter les réponses appropriées aux problèmes de santé publique présentés par la population pénale. En effet, l'absence de savoir-faire et de légitimité de cette administration à concevoir des politiques de santé et à assurer le repérage systématique des besoins de santé des détenus, le recours à des personnels sanitaires de statuts très disparates, la précarité de leurs modes de rémunération nuisent à la capacité des services médicaux des établissements pénitentiaires à assurer convenablement la continuité des soins et à définir un véritable projet de service dans l'établissement. Les équipes médicales et paramédicales sont insuffisantes, incomplètes et de statuts précaires. Les médecins sont recrutés, gérés et payés par l'administration pénitentiaire, le plus souvent à la vacation. Les locaux mis à la disposition des services médicaux sont le plus souvent encore vétustes ou inadaptes. La nécessaire prise en compte, dans le cadre de l'exercice des missions sanitaires, des contraintes liées au maintien de l'ordre et à la sécurité, rend le travail médical en détention complexe. Notamment, l'accès du personnel administratif ou de surveillance au sein de l'unité médicale concourt à une quasi-violation permanente du secret médical. Or, ces personnels sont indispensables pour garantir la sécurité des personnels sanitaires ou pour assurer certaines tâches, faute de personnels spécialisés. Enfin, les contraintes sécuritaires se font particulièrement sentir lorsqu'il s'avère nécessaire d'extraire le détenu pour consultations extérieures ou hospitalisation.

tements), en sachant qu'une telle prise en charge sanitaire et sociale contribue à la réinsertion du détenu lors de sa sortie. C'est un problème global de santé publique tant pendant l'incarcération qu'après la sortie du détenu ; ► Confier aux hôpitaux publics, qui sont les structures les plus aptes à l'assurer, cette prise en charge globale. Chaque établissement pénitentiaire pourra confier la totalité de la prestation de santé à un établissement public de santé volontaire, dans un cadre réglementaire et incitatif.

### Une meilleure organisation de la prise en charge sanitaire

Dans chaque établissement pénitentiaire, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet, une équipe hospitalière sera chargée de : ► Dispenser des soins

#### ■ CHARGÉ DE MISSION AUPRÈS DU MINISTRE D'ÉTAT

Bertrand Fragonard, *conseiller-maître à la Cour des comptes*

#### ■ DIRECTEUR DE CABINET

Dominique Le Vert, *conseiller d'État*

#### ■ DIRECTEUR-ADJOINT DE CABINET

Directeur du cabinet du ministre délégué  
Henri Paul, *conseiller référendaire à la Cour des comptes*

#### ■ CHARGÉ DE MISSION AUPRÈS DU MINISTRE DÉLÉGUÉ

Jean-François Boyer

#### ■ CONSEILLERS AUPRÈS DU MINISTRE D'ÉTAT

► **Ville, sida, drogue** Elisabeth Allaire, *docteur d'État en sciences économiques*

► **Affaires sociales, affaires juridiques** Philippe Bas, *maître des requêtes au Conseil d'État* ► **Communication, Économie sociale** Dominique

courants à des détenus dont l'état de santé ne nécessite ni l'hospitalisation ni une consultation hospitalière ; ► Pouvoir dispenser éventuellement des consultations spécialisées (soins dentaires ou gynécologiques) ; ► Assurer des actions de santé mentale ; ► Coordonner et éventuellement participer à des missions de prévention et d'éducation pour la santé (exemple : actions de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).

Localement, chaque convention fixera l'étendue et les modalités du partenariat entre les établissements pénitentiaires et les établissements hospitaliers (convention type, arrêté du 26 mars 1993).

### Une meilleure couverture sociale

Ces orientations permettront de : ► Faire bénéficier les détenus, comme l'ensem-

ble des assurés, des prestations en nature des assurances maladie et maternité ; ► Faire prendre en charge par l'administration pénitentiaire la cotisation d'assurance personnelle due pour les détenus n'ayant plus de droits ; ► Rappeler et confirmer le principe de la gratuité des soins aux détenus, déjà inscrit dans le code de procédure pénale.

### Mise en œuvre

L'ensemble de ce dispositif devra être mis en œuvre dans le cadre des 158 établissements pénitentiaires du parc classique (hors « programme 13 000 », c'est-à-dire les établissements privés).

La montée en charge de la réforme devra donc s'échelonner sur une période d'environ 3 années, sachant que chacune des conventions donnera lieu à un certain

nombre de négociations : recherche du partenaire hospitalier (on sait que la réforme fonctionne sur la base du volontariat), degré de motivation de chacun des partenaires, affectation des moyens nécessaires, bref un certain nombre de paramètres dont ni le ministère de la Santé, ni celui de la Justice n'ont pour l'instant la totale maîtrise.

En tout état de cause, une chose est sûre : c'est avant tout la conviction et la motivation des femmes et des hommes impliqués dans cette nouvelle mission qui seront les premiers facteurs de réussite.

### Gilbert Chodorge

directeur du Centre Hospitalier d'Orsay

### Michèle Colin

magistrat, chef du bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie à la direction de l'Administration Pénitentiaire.

## Cabinet des ministres

Il est à noter que M<sup>me</sup> Simone Veil, ministre d'État, ministre des Affaires sociales, de la santé et de la ville et M. Philippe Douste-Blazy ministre délégué à la santé ont fait le choix d'un cabinet commun : le directeur de cabinet de M. Douste-Blazy est directeur-adjoint de cabinet de M<sup>me</sup> Veil et chaque dossier n'est suivi que par un conseiller.

Chagnollaud, professeur agrégé de sciences politiques ► **Santé** André Ribet, professeur des universités

### ■ CONSEILLERS TECHNIQUES

► **Budget, personnels, modernisation** Christian Charpy, conseiller référendaire à la Cour des comptes  
► **Financement social** Dominique Libault, administrateur civil ► **Affaires hospitalières** Christian Paire, direc-

teur d'hôpital ► **Santé publique et économie de la santé** Dominique Bertrand, professeur d'université ► **Évaluation médicale et technologies** Cédric Grouchka, médecin économiste en santé publique ► **Professions de santé** Laurent Vastel, médecin ► **Médecament** Patrice Jaillon, professeur d'université ► **Enseignement médical et recherche médicale** Alain

Bernard, professeur d'université ► **Assurance maladie** Michel Duraffourg, inspecteur des affaires sociales ► **Immigrations, nationalité, intégration** Bertrand Galley, administrateur civil ► **Ville** Patrick Laporte, administrateur civil ► **Insertion professionnelle et sociale** Agnès Audier, ingénieur des mines ► **Personnes âgées et handicapées, retraite** Jean-Marie Palach, inspecteur des affaires sociales ► **Droits des femmes, famille, enfance** Claire Trouvé, chargé de mission à l'IGAS  
► **Information, communication, relations avec la presse** Sylvie Dreyfus et Michel Lhospice

### ■ CHEFS DE CABINET

► **pour le ministre d'État** Jean Legrain, inspecteur des affaires sociales  
► **pour le ministre délégué** Jean-Paul Le Divenah, sous-préfet.