



Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs

Malgré la garantie par la loi d'un accès aux soins équivalent à celui des autres citoyens, les personnes incarcérées souffrent de l'insuffisance des moyens médicaux et pénitentiaires, de la culture de la sécurité à tout prix et de la crainte d'une partie du monde médical.

Adeline Hazan
Contrôleure générale des lieux
de privation de liberté

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 indique dans son article 46 que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». Un tel droit fondamental revêt une place essentielle dans la prise en charge des personnes détenues, qui ont souvent une santé plus dégradée que celle de la population générale en raison de la précarité de leurs conditions de vie antérieures, de leur éloignement des services médicaux et de la prévalence des addictions. Et la prison, avec sa violence, sa promiscuité et les carences qu'elle implique, vient en outre aggraver les pathologies somatiques et mentales, qui, souvent, se cumulent.

Sur le fondement du principe d'égalité d'accès aux soins défini par la loi, le « système médical » qui prend en charge les personnes détenues fait l'objet d'une organisation entièrement confiée au service public hospitalier – et non plus à l'administration pénitentiaire depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale – et dans laquelle se complètent des procédures d'accès aux services de droit commun et des institutions spécialement destinées à la population pénale.

Une organisation en manque de moyens et insuffisamment adaptée

Dans chaque établissement pénitentiaire (environ 190), une unité sanitaire propose une médecine de proximité à la fois somatique et psychiatrique. Elle est parfois complétée par un service médico-psychologique régional, qui propose des soins psychiatriques

ambulatoires dans une enceinte pénitentiaire (il en existe 28).

Pour bénéficier des soins de spécialistes ou d'hospitalisations de courte durée en matière somatique, les personnes détenues peuvent être accueillies dans les autres services de l'hôpital auquel appartient l'unité sanitaire de leur prison. Ils sont alors « extraits » de la détention pour des soins ambulatoires ou une hospitalisation de moins de quarante-huit heures dans une « chambre sécurisée ». Pour de plus longs séjours, on a recours à l'une des huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Des expérimentations encore peu nombreuses de télémédecine complètent le dispositif.

Pour les soins de santé mentale, les personnes détenues dont l'état nécessite une prise en charge hospitalière peuvent être accueillis dans un établissement psychiatrique de proximité sous le régime de l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique, ou dans l'une des neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Comme les UHSI, les UHSA sont implantées au sein de l'établissement hospitalier, dont elles constituent un service, et sécurisées par l'administration pénitentiaire.

Bien que cette organisation soit pensée pour couvrir l'ensemble des besoins, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), dans ses visites comme dans les courriers qu'il reçoit, ne cesse d'être le témoin des difficultés que rencontrent les personnes détenues pour obtenir les soins auxquels la loi leur garantit l'accès. Ces difficultés reposent sur quatre insuffisances principales : le manque des moyens nécessaires

pour la prise en charge au sein de la prison, les conditions d'accueil parfois dissuasives des personnes détenues dans le réseau hospitalier, les ruptures dans la continuité des soins, et l'absence de structures adaptées à la prise en charge des pathologies chroniques.

En détention, la présentation d'une personne à un médecin suppose que soit accomplie une série d'actes en apparence simples, qui vont de la prise de rendez-vous à l'acheminement d'une personne détenue de sa cellule à l'unité médicale. Chacun de ces actes peut, s'il vient à faire défaut, rendre la consultation impossible. Or les causes d'échec sont nombreuses.

En premier lieu, la surpopulation carcérale rend difficile la mobilisation de médecins et des surveillants pénitentiaires nécessaires pour la prise en charge des personnes. N'oublions pas en effet que c'est la capacité théorique des établissements pénitentiaires et non la population réellement hébergée qui détermine les moyens humains dont disposent tant l'administration pénitentiaire que les services hospitaliers pour exercer leurs missions.

Les difficultés que les établissements pénitentiaires surpeuplés rencontrent pour exécuter les mouvements de détenus peuvent être à l'origine de « rendez-vous manqués ». Les équipes médicales exerçant en prison dénoncent de manière récurrente les rendez-vous non honorés, mais si ce phénomène aux causes multiples demeure mal mesuré, une des raisons est à l'évidence le manque de moyens pénitentiaires.

La présence médicale elle-même est rare. En effet, les difficultés de démographie médicale que l'on observe partout sont accrues en prison en raison de la faible attractivité de ce mode d'exercice pour les médecins. Dès lors, s'il est toujours possible de mobiliser des praticiens hospitaliers contraints par leurs obligations de service public, il n'en est pas de même des praticiens libéraux, qui, déjà saturés par leur exercice normal, ne peuvent se permettre de venir dans des lieux où les mesures de sécurité multiplient à l'envi les contraintes et les temps d'attente. La difficulté d'accès à des spécialistes (dentistes ou ophtalmologistes notamment) ou des paramédicaux (kinésithérapeutes en particulier) est à l'origine de lourdes carences dans la prise en charge des personnes détenues, dont l'état de santé est souvent déjà précaire avant leur entrée en détention.

Les conditions d'accueil des personnes détenues dans le système hospitalier sont souvent dissuasives, menant une partie

d'entre elles à renoncer aux soins dont elles ont pourtant besoin.

Les mesures de sécurité mises en œuvre à l'hôpital ont un caractère contraignant et humiliant, parfois accentué par la nécessité de conduire une personne détenue menottée dans des locaux fréquentés par le public. Au cours des consultations et des soins, la présence des surveillants pénitentiaires est quasi systématique, parfois même à la demande de médecins peu habitués à rencontrer des détenus, ce qui porte une atteinte grave à la dignité des personnes et au secret médical. L'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, selon lequel « *tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire* », est le plus souvent méconnu.

Le séjour des personnes détenues en chambre sécurisée, même s'il est en principe limité à quarante-huit heures, peut être une épreuve difficile pour les personnes détenues en raison de l'absence de tout équipement, de toute distraction, de toute intimité, ainsi que de l'impossibilité de recevoir des visites ou de téléphoner, alors que le détenu y a droit en prison. Ce régime s'apparente à celui de l'isolement ou du quartier disciplinaire, aggravé par une surveillance policière constante.

Dans les UHSI et UHSA, où le mode de vie est en principe respectueux des droits conférés par le statut de détenu, la continuité de la prise en charge pénitentiaire est souvent rompue : les droits liés au maintien de relations familiales du patient détenu (visites et téléphone) ne sont que tardivement rétablis, son accès au travail en détention est perdu, et les actions entreprises pour la préparation de sa sortie sont interrompues.

Les nombreuses ruptures que suppose la vie carcérale, cloisonnée par nature, présentent autant d'obstacles à la continuité des soins. Chaque changement d'établissement donne lieu à une transmission souvent différée du dossier médical et oblige à reconstruire péniblement une prise en charge marquée par les difficultés que l'on a déjà mentionnées. La sortie d'UHSI ou d'UHSA marque le retour dans le monde carcéral peu propice au soin. Enfin, la sortie de prison n'est pas toujours accompagnée des rendez-vous médicaux et de l'accompagnement social qui seraient nécessaires pour assurer la continuité d'une prise en charge.

L'ensemble de ces raisons a conduit le CGLPL à publier le 16 juin 2015 un avis sur la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. Les mesures

préconisées pour mettre fin aux errements observés ne semblent cependant pas se mettre en place.

Enfin, la prison n'est pas un lieu de soin au long cours et n'est pas en mesure de prendre en charge des personnes détenues atteintes de pathologies chroniques, qu'il s'agisse de pathologies liées au vieillissement, de maladies chroniques ou d'affections mentales de longue durée. Dans ces situations, la loi prévoit la possibilité de prononcer une « suspension de peine pour raison médicale » mais celle-ci, en pratique, ne trouve guère à s'appliquer faute de places disponibles dans des structures médico-sociales, qui peuvent en outre se montrer réticentes à accueillir des sortants de prison.

Même avec un système censé couvrir la totalité des besoins, la prise en charge sanitaire des personnes détenues achoppe sur des difficultés concrètes : la culture de la sécurité à tout prix, la crainte irraisonnée du détenu dans une partie du monde médical, l'insuffisance des moyens médicaux et pénitentiaires interdisent aux personnes incarcérées de bénéficier concrètement de l'égal accès aux soins pourtant garanti par la loi. ●