

Contexte et genèse d'une réforme

En 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Cette réforme répond à la volonté d'améliorer l'accès aux soins des détenus et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral.

Geneviève Guérin
Secrétaire général
adjoint du
Haut Comité de la
santé publique

Les références
entre crochets
renvoient à la
bibliographie p. 54.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément modifié le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en les intégrant au système de santé de droit commun.

Jusqu'alors, aux termes de l'article D. 380 du Code de procédure pénale prévoyant que les détenus reçoivent gratuitement en prison les soins qui leur sont nécessaires, il incombait à l'administration pénitentiaire d'assurer leur prise en charge sanitaire au même titre que le gîte, le couvert et le chauffage. En 1993, elle y consacrait quelque 300 millions de francs (52 millions d'euros¹), offrant un droit aux soins minimum *sauf* pour les consultations, opérations ou appareillages ne présentant pas un caractère d'urgence [1]. Une infirmerie était installée à l'intérieur de la prison, à laquelle était attaché, à temps complet ou partiel, un personnel médical et infirmier vacataire, recruté et rémunéré par le ministère de la Justice.

À la date de l'incarcération, les détenus et leurs ayants droit perdaient le bénéfice de la Sécurité sociale.

Dès le début des années quatre-vingt, le ministère de la Justice a entamé une réflexion visant à améliorer l'accès aux droits des détenus. Selon la loi en effet, la détention ne doit être que la privation, par une décision de justice, de la liberté d'aller et de venir. Le droit à la santé, comme le droit à la formation, à la culture

1. Afin de faciliter les comparaisons, toutes les valeurs en francs de ce dossier comportent en regard leur valeur en euros 2002, obtenue après application à l'année de référence du coefficient de transformation figurant dans le tableau de conversion de l'Insee (www.insee.fr/fr/indicateur/achatfranc.htm).

ou au travail, doit pouvoir s'exercer pleinement dans les établissements pénitentiaires où les personnes détenues peuvent prétendre à des soins équivalents à ceux qu'elles recevraient en milieu libre.

Cette volonté de prendre en compte le droit des détenus à l'accès aux soins, associée à une réelle inquiétude devant la montée des besoins sanitaires en prison, en raison de l'augmentation du nombre de personnes incarcérées infectées par le VIH et/ou toxicomanes, a amené le ministère de la Justice à mettre en place une politique dite de « décloisonnement » permettant aux services du ministère de la Santé d'assurer des compétences grandissantes en milieu pénitentiaire.

Le rôle de contrôle de l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 1984, la transformation de l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes en établissement public national de santé en 1985 ont constitué les premières avancées de ce rapprochement.

En 1986, la création dans le cadre de la sectorisation psychiatrique de 24 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés en maisons d'arrêt annonce le modèle d'organisation qui sera repris plus tard pour la médecine somatique.

En 1987, on assiste à un changement de cap avec la programmation de 21 établissements (dits du « Programme 13 000 » en raison du nombre de places d'accueil créées) qui ouvriront en 1990, dans lesquels la gestion de la santé, parmi d'autres fonctions, est déléguée à des groupements privés pour une période de dix ans. Un cahier des charges relatif à la médecine

générale, aux soins infirmiers et à la dentisterie définit des normes très supérieures à celles offertes par l'administration pénitentiaire dans les autres établissements. D'après Pierre Pradier, auteur d'un rapport d'évaluation sur la gestion de la santé dans les établissements du Programme 13 000, « une véritable politique de santé publique dégagée des contraintes administratives commence à se faire jour et l'expérience de ces établissements inspirera le ton et le contenu de la loi de janvier 1994 qui assied l'autonomie du corps de santé dans tous les établissements pénitentiaires » [2].

En 1989, le dialogue reprend entre l'administration pénitentiaire (qui selon Pierre Pradier n'avait guère souscrit à la privatisation amorcée avec le Programme 13 000) et le ministère de la Santé, sur fond de montée en puissance de l'infection à VIH, avec la signature de conventions entre les établissements pénitentiaires les plus touchés par le problème et des structures hospitalières spécialisées, les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (Cisih), afin d'assurer des consultations au sein des prisons.

En 1992, ce modèle spécifique au domaine du sida initié entre Fleury-Mérogis et la Pitié-Salpêtrière est étendu à tous les soins somatiques dans trois conventions expérimentales passées entre les prisons de Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier et les centres hospitaliers de proximité.

La même année, le garde des Sceaux et le ministre de la Santé, constatant que « ces avancées [notables] s'avèrent insuffisantes au regard des pathologies nouvelles et particulièrement complexes auxquelles l'administration pénitentiaire doit faire face [toxicomanie, VIH, tuberculose, hépatites B et C] », demandent au Haut Comité de la santé publique (HCSP) de « rechercher et proposer les modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique ».

Le HCSP remet en 1993 un rapport [3] dans lequel il confirme la diversité et la gravité des pathologies qui affectent la population carcérale : conduites addictives, VIH, hépatites B et C, tuberculose, troubles de la santé mentale, et souligne la nécessité d'une réforme profonde du système de soins en milieu carcéral, en lui assignant des objectifs en référence à des valeurs partagées :

- la protection de la personne détenue comme de celle de ses proches,
- la lutte contre l'exclusion, notamment en matière d'accès aux soins et à l'insertion sociale, en permettant à la population carcérale de bénéficier d'une couverture sociale et de soins d'une qualité identique à ceux qui sont offerts à la population générale.

Le Haut Comité de la santé publique considère par ailleurs que cette réforme doit s'inscrire plus largement dans un objectif de préservation de la santé de la population générale, dans la mesure où les personnes détenues sont majoritairement incarcérées pour des périodes de courte durée, et présentent ainsi un certain

nombre de risques pour elles-mêmes et pour le milieu libre qu'elles sont appelées à retrouver.

Il préconise donc la mise en place en milieu carcéral d'une politique de santé publique susceptible d'apporter des réponses à la hauteur des problèmes rencontrés, et notamment :

- le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues afin que les soins appropriés leur soient prodigués sans délai, les dispositifs d'éducation et de prévention pour la santé devant aussi être développés en prison,
- une qualité des soins curatifs égale à celle des soins dispensés en milieu libre, pour les pathologies somatiques et psychiatriques,
- la continuité des soins pour éviter la rupture de la prise en charge à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et lors du retour en milieu libre.

Cette double approche, individuelle et collective, est caractéristique de la démarche de santé publique. S'agissant de la population carcérale, certains auteurs se demandent cependant si elle n'est pas également le signe que la prise en compte de la santé des personnes détenues ne trouverait sa justification que dans la menace que font peser leurs pathologies sur la population générale [4].

Dans une perspective de santé publique, ces deux impératifs également légitimes — satisfaction des besoins de santé individuels des personnes détenues, préservation de la santé de la population générale — n'apparaissent pas antagonistes mais complémentaires.

Il faut cependant concéder que les experts et les politiques, conscients des réticences de la population générale devant toute réforme pouvant être perçue comme favorable aux personnes détenues, n'ont jamais manqué d'insister sur les bénéfices qu'elle pouvait en tirer.

Afin d'atteindre ces objectifs, le HCSP recommanda de structurer la réforme selon deux axes prioritaires :

- réorganiser l'offre de soins afin de pouvoir satisfaire la demande, en « couplant » chaque établissement pénitentiaire avec l'établissement public de santé de proximité, ce dernier ayant la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des soins, à la fois au sein de la prison par l'institution d'une permanence médicale, et à l'hôpital par l'accueil en consultations spécialisées ou en hospitalisation surveillée ;
- fournir les moyens nécessaires pour permettre cette mutation, en assurant aux personnes détenues françaises et étrangères et à leurs ayants droit, dès leur incarcération, l'affiliation au régime général d'assurance maladie et maternité.

Ces deux propositions ont servi de base à l'élaboration de la loi du 18 janvier 1994², qui dispose que :

- « Le service public hospitalier assure, dans des

2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Chapitre II. Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus.

conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires » (article L 6112-1 du Code de la santé publique),

- « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de leur incarcération » (article L 381-30 du Code de la sécurité sociale). « Leurs ayants droit bénéficient des prestations en nature des assurances maladie et maternité, sauf si le détenu est un étranger en situation irrégulière. L'État est redevable pour chaque détenu affilié d'une cotisation calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale » (articles 381-30-1 et 2 du CSS).

Il faut s'arrêter ici sur les raisons qui ont conduit le législateur, suivant en cela les propositions du HCSF à confier la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier. D'autres approches auraient en effet pu être envisagées, par exemple la généralisation, expérimentée avec le Programme 13 000, de la concession de la fonction santé à des groupements privés.

Trois facteurs ont motivé les choix effectués.

- Le premier est lié au fait que, malgré un fonctionnement globalement satisfaisant du service médical, un certain nombre de difficultés étaient apparues dans les établissements 13 000, liées à la spécificité de cette expérience : mode de recrutement du personnel, taux de renouvellement important des équipes dans certains établissements, nombre élevé d'hospitalisations restant à la charge de l'administration pénitentiaire en sus du règlement du prix de journée, absence de liens avec les services des prisons en charge de la réinsertion [2, 3].

- Le second est lié à la montée en puissance d'une vision régaliennne de la santé considérant l'État comme responsable et garant de la santé publique. Le service public hospitalier apparaît dès lors comme le meilleur moyen d'exercer cette responsabilité en toute indépendance auprès d'une population placée sous la surveillance d'un autre service public, pénitentiaire celui-là.

- Enfin, les expériences de jumelage entre établissements pénitentiaires et établissements publics de santé, qui avaient été jugées positives, incitaient à proposer l'hôpital comme référent.

Avec l'entrée de l'hôpital dans les prisons, s'opère ainsi un véritable changement de perspective : la population pénale est prise en charge par une équipe médicale, indépendante de l'administration pénitentiaire, qui assure auprès d'elle les missions du service public hospitalier, elle est enfin intégrée dans le système de santé de droit commun (les établissements du Programme 13 000 seront intégrés en 2001 à l'expiration des contrats de concession).

Conformément aux textes d'application de la loi³, chaque établissement pénitentiaire a été jumelé par voie conventionnelle avec un établissement public de santé répondant à une double condition de proximité et de niveau de plateau technique, et habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences. Le cas échéant, si cet hôpital n'était pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, une deuxième convention a été passée avec l'établissement de santé de proximité en mesure d'assurer les soins psychiatriques.

Des protocoles fixent les conditions d'intervention des établissements de santé. Le guide méthodologique annexé à la circulaire du 8 décembre 1994 décrit très précisément les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme, notamment l'organisation et le fonctionnement du nouveau dispositif de soins, ainsi que l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier.

Il prévoit notamment que les soins en milieu pénitentiaire seront dispensés par des unités fonctionnelles du service public hospitalier, dénommées unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), et que celles-ci auront également la charge d'organiser le recours à l'hôpital chaque fois que cela s'avérera nécessaire, qu'il s'agisse d'hospitalisations ou de consultations et examens spécialisés nécessitant un recours au plateau technique.

S'agissant des soins psychiatriques, un dispositif mixte est instauré ; il prévoit que les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux au sein des UCSA, et les soins plus spécialisés, y compris l'hospitalisation en milieu pénitentiaire, par les SMPR créés en 1986 (portés à 26 en 1994). Les hospitalisations d'office ont lieu en milieu hospitalier, dans les établissements habilités à recevoir les malades hospitalisés sous contrainte.

La réforme a été mise en place entre 1995 et 1997 dans le parc pénitentiaire public, et en 2001 dans les établissements du Programme 13 000.

La prise en charge sanitaire des détenus est maintenant totalement assurée par le service public hospitalier. Le dispositif concerne 186 sites pénitentiaires, impliquant 239 établissements de santé publique et 88 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. #

3. Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers de services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à l'organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire et son guide méthodologique.