

Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

Si l'accès aux soins est un droit pour les personnes emprisonnées, sa mise en œuvre rencontre des difficultés dues à l'organisation et quelquefois aux préjugés.

Olivier Obrecht

Praticien hospitalier, ancien chef du service de médecine en milieu pénitentiaire du Centre hospitalier sud-francilien (maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis ; Essonne) ; chef du service Études et développement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Donner la responsabilité et le contrôle de l'offre de soins en prison à l'administration de la santé correspond à une évidence. Tous les professionnels de santé œuvrant en prison dépendent désormais, par convention, d'un hôpital de rattachement, qu'il s'agisse des soins somatiques (UCSA : unités de consultations et de soins ambulatoires) ou psychiatriques (SMPR : services médico-psychologiques régionaux), en rupture avec leur isolement antérieur au sein de l'administration pénitentiaire.

Sur un plan de santé publique, cette nouvelle approche est aussi séduisante, par l'objectif visé de considérer la personne emprisonnée comme un citoyen devant bénéficier des mêmes possibilités d'accès aux soins qu'une personne libre. La prison est un lieu où se concentrent de nombreux problèmes de santé publique. Les détenus présentent des pathologies en rapport avec leur mode de vie ainsi qu'avec la précarité des conditions sociales qui sont bien souvent les leurs à l'extérieur des murs carcéraux [1].

La réforme des soins en milieu pénitentiaire, dont l'aboutissement est constitué par la loi du 18 janvier 1994, est le fruit d'une longue maturation, parallèle à la prise de conscience progressive de la société face aux conditions carcérales. Ce mouvement a comporté plusieurs étapes importantes. En 1984, l'Inspection générale des affaires sociales est chargée du contrôle sanitaire des prisons, remplaçant l'inspection médicale dépendant du ministère de la Justice. En 1986, l'organisation des soins psychiatriques est rattachée aux hôpitaux et les SMPR sont créés. En 1994, enfin, la loi du 18 janvier prévoit que

« les détenus doivent bénéficier d'une qualité et d'une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population » et que *« le service public hospitalier assure 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 »* [2]...

L'objectif de la loi est d'autant plus ambitieux que l'état sanitaire de départ était mauvais, comme l'ont rappelé avec constance les études ou analyses publiées, à commencer par le rapport du Haut Comité de la santé publique (janvier 1993), qui a servi de catalyseur final pour la réforme actuellement en application dans tous les établissements pénitentiaires de France [3].

La prise en charge sanitaire des détenus tant à l'intérieur de la prison qu'à l'extérieur est donc désormais garantie dans des principes équivalents à ceux de tout citoyen. Cette réforme, pour innovante qu'elle soit, était préconisée depuis de nombreuses années par plusieurs instances. Elle prend place dans l'évolution contemporaine de la prison, marquée par une « porosité » croissante des murs, une multiplication des interlocuteurs externes et une émergence sociale de la conscience des droits des détenus. Elle s'inscrit aussi dans un contexte international de dispositions et recommandations, telles que la recommandation de 1987 du Conseil de l'Europe sur les « règles pénitentiaires européennes », qui rappelle que le système pénitentiaire ne doit pas aggraver les souffrances inhérentes à la situation de privation de liberté ; positions

réaffirmées par une recommandation du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe en 1998 [4].

Parallèlement, les règles professionnelles s'appliquant aux différents professionnels de santé sont les mêmes en milieu carcéral, qu'il s'agisse des professionnels paramédicaux ou du Code de déontologie médicale. Ce dernier d'ailleurs a fait l'objet d'un examen précis de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins afin de rappeler les exigences particulières en matière déontologique de l'exercice dans ce contexte particulier [5].

Un certain nombre d'écueils sont néanmoins à prendre en compte au moment où l'on va considérer que la prison peut être un lieu où l'on est soigné, la seule restriction s'appliquant théoriquement au détenu étant celle d'aller et de venir. L'exercice de ce droit n'est pas total. Quelques exemples éclairent cet écart entre une situation de droit et une situation de fait.

Un accès aux soins très encadré

Tout détenu qui souhaite voir un médecin en urgence doit passer par l'intermédiaire du surveillant pénitentiaire. Pour une demande de consultation, le détenu peut écrire pour être reçu, mais dans ce cas encore c'est le surveillant qui régule le mouvement en détention pour permettre l'accès à l'unité de soins. On ne peut donc pas dire de façon absolue et générale que les détenus ont un libre accès aux soins, du fait de cette médiation obligatoire. Cette procédure passe en général par une demande écrite (hors urgence) et peut également être source de délais.

Le deuxième élément concerne le libre choix du praticien. Ce libre choix est un principe fort de l'exercice de la profession médicale en France, rappelé notamment par le Code de déontologie médicale ainsi que le Code de la Sécurité sociale. Ce libre choix n'existe pas, de fait, pour les personnes détenues — elles sont tenues d'être soignées par les médecins présents dans l'établissement pénitentiaire qui les héberge. Les établissements disposant de plusieurs médecins peuvent néanmoins organiser une manière de choix pour les détenus, mais celui-ci reste de toute façon très formel entre deux ou trois personnes. Cette disposition, manifestement contraire au droit général, a été corrigée dans le corpus réglementaire du Code de procédure pénale (décret du 8 décembre 1998 modifiant le Code de procédure pénale), en particulier l'article D. 365 qui précise que « *les détenus ne peuvent être examinés et soignés par un*

médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent. Ils doivent alors assumer les frais qui leur incombent du fait de cette prise en charge ». On mesure à quel point cette disposition du libre choix existe dans la théorie, permettant notamment d'éviter les foudres de la Cour de justice de la Communauté européenne de Strasbourg, mais aussi à quel point l'exercice de ce droit est limité, restrictif, voire impossible.

La situation des malades psychiatriques est encore plus difficile, dans la mesure où les détenus hospitalisés en psychiatrie le sont aujourd'hui uniquement en hospitalisation d'office, sans garde statique de police, au nom d'une confusion persistante entre l'enfermement pour raisons d'ordre public et pour motif psychiatrique. Les conséquences en sont une quasi-impuissance des équipes à l'intérieur des prisons et une réticence forte des équipes extérieures à accueillir des détenus. Le dysfonctionnement est tel désormais que la réforme est inéluctable et urgente.

Le secret médical malmené

Du fait même de l'organisation des soins en milieu carcéral, la préservation stricte du secret médical se révèle bien difficile. En effet, tout détenu se rendant à l'unité de soins est connu, d'une part du personnel de surveillance et, d'autre part, le plus souvent, d'une partie des codétenus. Cela génère chez certains patients une méfiance qui peut les conduire à refuser des soins ou des traitements afin d'éviter une stigmatisation en détention. Les surveillants pénitentiaires, quant à eux, bien que tenus au secret professionnel aux termes de l'article 226-13 du Code pénal, peuvent être dans certains cas sollicités, en particulier par leur hiérarchie, pour rapporter des informations dont ils pourraient être les dépositaires. Cette situation de double contrainte peut se révéler, pour ces professionnels, difficile à gérer au quotidien ; c'est pourquoi les services médicaux travaillant en prison doivent apporter un soin particulièrement attentif à la gestion des dossiers médicaux et à la préservation du circuit des informations médicales circulant en leur sein.

Le problème de la confidentialité devient même aigu lors des consultations en milieu hospitalier, c'est-à-dire lorsque le détenu est extrait de l'établissement pénitentiaire pour bénéficier en milieu libre d'une consultation. Dans ce cas, les personnels pénitentiaires ou les policiers chargés de sa garde ont les plus grandes réticences à quitter des yeux le détenu

même pendant les consultations médicales. Cette logique sécuritaire, compréhensible par le risque d'évasion qui peut être réel, ne devrait pourtant s'appliquer selon les termes même du Code de procédure pénale qu'à certains détenus particulièrement signalés et dangereux. En pratique, ce n'est pas le cas et cette intransigeance des forces de l'ordre ou des surveillants pénitentiaires entraîne deux conséquences : d'une part, des violations flagrantes du secret professionnel constituant autant d'entraves à la dignité de l'individu et au principe du colloque singulier entre le médecin et son patient, d'autre part, des tensions fréquentes entre les personnels hospitaliers et les forces de police.

Le cas du détenu hospitalisé apparaît encore plus dérogatoire dans la mesure où de nombreux principes de la Charte du patient hospitalisé ne s'appliquent pas à lui. C'est notamment le cas de toutes les dispositions prévoyant que l'intimité du patient doit être préservée ainsi que sa tranquillité ; de même le respect de la confidentialité des informations qui le concernent est bien difficile à garantir dans la mesure où, systématiquement et pendant toute la durée de l'hospitalisation, des policiers assurent la garde jour et nuit (sauf exceptions de permissions de sortir pour hospitalisation qui demeurent encore actuellement trop rares).

Sur un plan soignant en revanche, le détenu hospitalisé ne reçoit des soins qu'après information et obtention d'un consentement libre et éclairé. Cela n'exclut pas que certaines situations compliquées conduisent les praticiens à se retrouver au centre d'enjeux dépassant largement la relation soignant/soigné : c'est le cas des grèves de la faim prolongées pour lesquelles la tentation est grande de voir jouer au médecin le rôle d'arbitre, voire de décideur en hospitalisant, au besoin sans son consentement, le détenu. De telles pratiques, si elles sont condamnables et font l'objet de recommandations très fermes de la part du Conseil national de l'Ordre, n'en posent pas moins au quotidien des débats éthiques aux praticiens qui exercent en milieu carcéral.

Des professionnels hospitaliers en majorité peu sensibilisés, voire réticents

La loi suppose des correspondants hospitaliers pour accueillir les patients. C'est là une réelle avancée de la réforme, dans la mesure où l'hôpital de rattachement devient le partenaire naturel pour l'essentiel des soins non réalisables à l'intérieur des murs, hormis les

[suite, références et fin page 52](#)

ginent que la condamnation et l'incarcération du malade mental ont des vertus thérapeutiques ; ils concluent alors à une altération et non à une abolition du discernement au moment des faits (c'est la différence entre les deux alinéas de l'article 122-1 du Code pénal). Ainsi le nombre de non-lieux prononcés en dix ans a été divisé par cent. On ne demande pourtant pas non plus aux experts de soigner l'auteur des faits, mais d'établir son degré de responsabilité.

Pire encore, la constatation d'une atténuation du discernement devrait entraîner une plus grande clémence de la part des juges, or on assiste généralement au prononcé d'une peine plus sévère que si l'individu avait été considéré sain d'esprit. En effet, les attentes sécuritaires de la société ainsi que l'idée que les hôpitaux psychiatriques ne remplissent plus leurs missions aboutissent à la condamnation plus lourde des malades mentaux.

Ensuite les procédures de comparution immédiate, dont le champ d'application a été récemment étendu, entraînent également l'incarcération de bon nombre de malades mentaux, soit parce que leur trouble n'est pas apparu au tribunal, soit parce que les

juges ont de plus en plus le sentiment que l'on peut être soigné en prison de la même façon qu'à l'extérieur.

Enfin la politique des secteurs de psychiatrie, la réduction du nombre de lits dans les services, le courant de fermeture des hôpitaux psychiatriques au profit de petites structures au sein des villes, celui d'intégration des services hospitaliers au sein des hôpitaux généraux et la volonté des psychiatres de ne plus s'occuper que des patients consentants ont pour conséquence de diminuer la durée des séjours hospitaliers et *a fortiori* celle des soins sous contrainte. Toute une population de malades mentaux se retrouve donc à la rue. Il ne lui reste comme moyen de subsistance que la délinquance, qui la conduit tout naturellement en prison.

Il va de soi que les agents pénitentiaires ne sont pas formés pour prendre en charge une telle population et que, face aux désordres qu'engendrent certaines pathologies, l'administration pénitentiaire n'a parfois d'autre recours que le quartier disciplinaire tant pour protéger les malades que leurs codétenus et le personnel de surveillance.

Les gouvernements successifs tentent d'ap-

porter une réponse aux difficultés qu'entraîne cette augmentation de la population malade mentale incarcérée, par exemple en créant des unités d'hospitalisation aménagées, sortes d'hôpitaux-prisons. Pourtant la vraie question n'est pas de savoir comment soigner les fous en prison, mais comment faire pour qu'ils n'y entrent pas.

Henri Ey déclarait : « *La maladie mentale sous toutes ses formes et à tous ses degrés constitue essentiellement une pathologie de la liberté où, par l'impossibilité d'accéder à un empire suffisant sur soi-même, ou par la force de l'inconscient qui pèse de tout son poids dans la détermination des actes et des sentiments, le malade mental est anormalement enchaîné au fond de lui-même* ».

À ce titre, on peut se demander si la société, en envoyant ses fous derrière les barreaux et en pénalisant la maladie mentale, n'applique pas une fois encore le principe de la double peine. #

Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique

suite de la page 45

hospitalisations de plus d'une journée. Une dynamique médicale peut ainsi se créer.

Mais les hôpitaux ne sont pas (toujours) prêts à recevoir ces malades particuliers qui, pour être des patients comme les autres, n'en sont pas moins, aux yeux de beaucoup, des individus dangereux perturbant le fonctionnement habituel de l'hôpital, par les mesures spéciales d'accueil ou les circuits particuliers qu'il peut être indispensable de mettre en place. Le malade détenu est avant tout un détenu malade pour la majorité. C'est une dimension qui prendra encore du temps : le service public hospitalier doit s'organiser pour être au service de tous, sans exception.

Ces quelques exemples illustrent la difficulté qui demeure pour respecter au quotidien le principe fondamental énoncé d'un accès des détenus aux mêmes soins que la population

libre. L'Ordre des médecins a rappelé que « *les détenus sont des personnes comme les autres. Ils ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination en raison de leur détention ou de ses causes. Au contraire, en tant que personnes privées de liberté, ils doivent être l'objet d'une attention spéciale* » [5]. Les principes sont clairement posés. C'est en revanche l'exercice de ces différents droits qui n'est, soit pas total, soit rendu complexe par les habitudes ou les résistances de ceux dont les missions premières ne sont pas de soigner, mais aussi parfois de ceux dont c'est la mission.

Pouvoir être soigné selon l'état de l'art médical, pouvoir choisir son médecin et entretenir avec lui une relation de confiance sont des droits dans notre pays. Située à l'intersection de plusieurs logiques policières, judiciaires et médicales, la prison est un lieu

de tension permanente et de confrontation d'acteurs aux objectifs divergents. Porter une attention à l'homme malade, indépendamment de son statut de détenu, reste encore aujourd'hui un combat qui n'est pas gagné. #

Références

1. Mouquet M.-C., Dumont M., Bonnevie M.-C. *La santé à l'entrée en prison : un cumul de facteurs de risque*. Paris : Drees, *Études et résultats*, janvier 1999, n° 4.
2. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
3. Chodorge G., Nicolas G., Colin M., Fuchs D. *Santé en milieu carcéral*. Paris : Haut Comité de la santé publique, 1993.
4. Recommandation R 98-7 du Conseil des ministres du Conseil de l'Europe sur la santé en milieu pénitentiaire (8 avril 1998).
5. Hoerni B. et al. *Rapport sur les aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire* ; CNOM, 1996.