

Droit de la santé en milieu carcéral

Accès aux soins et droits des personnes détenues

Mémoire présenté et soutenu par Juliette RICHARD
sous la direction de Madame la Professeure Johanne SAISON

Septembre 2022

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des professeurs rencontrés lors de mon parcours universitaire. Chacun a su exprimer sa passion pour le Droit, dont je me suis imprégnée à mon tour.

Je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à Madame Johanne SAISON qui a fait preuve d'un rare dévouement envers ses étudiants et qui m'a soutenue sans l'ombre d'un doute pour la réalisation de cette étude.

Je remercie également Maître Jean-François SEGARD qui m'a accueillie au sein du cabinet SHBKAvocats et qui m'a ouvert les portes de la plus belle des professions.

Je tiens à témoigner mon immense gratitude à Maître Justine CHOCHOIS qui m'a tant de fois conseillée, soutenue et encouragée quand à mon projet professionnel. J'ai le grand espoir de devenir un jour sa consœur.

Je me dois d'exprimer ma reconnaissance à Madame TANQUEREL, Madame VALENCIA, Madame LE BOULANGER et à l'ensemble du personnel du centre de détention de Bapaume pour m'avoir permis de découvrir le monde pénitentiaire lors de mon second stage. Ce fut une expérience extraordinaire ayant considérablement participé à l'enrichissement de mon travail.

Je souhaite également remercier Mesdames Théana ROUX-SALTON et Malou BIAUDET pour leur accueil chaleureux et leur écoute attentive.

Mes remerciements vont également à tous les professionnels interviewés dans le cadre de ma recherche. Ces moments de partage ont joué un rôle considérable quant à ma réflexion.

Je remercie mes amis, pour les innombrables moments de gaieté et pour leur soutien qui resteront à jamais gravées dans le marbre de mon cœur. Ils ont indéniablement contribué à ma détermination.

Merci à mes grand-pères et grand-mères, à mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines, à mes frères et sœurs, à mon père et à ma mère.

Merci à Jean, pour sa présence tout au long de ce périlleux et passionnant parcours.

Je dédie ce travail aux membres des familles BEAUVAIS et RICHARD, pour leur soutien et leur affection qui m'ont tant de fois permis de me surpasser.

À ma sœur, pour qui j'espère devenir un exemple et qui parviendra à atteindre ses objectifs.

À mon frère, qui n'a jamais émis un seul doute à mon égard.

À mon père, qui m'a apportée une détermination ardente et de fortes convictions.

À ma mère, qui m'a transmis ses plus belles qualités : ténacité et humanité.

À Jean, sans qui je n'aurai jamais trouvé le courage nécessaire pour aller au bout de mes ambitions.

« Aimer, c'est agir. »

(Victor HUGO, le 19 mai 1885)

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille.

SOMMAIRE

Introduction

Partie 1 | Milieu carcéral et droit de la santé, des notions évolutives en continuel rapprochement

I. La situation sanitaire actuelle des personnes détenues

- A. Droits en matière de santé, des prérogatives censées être appliquées*
- B. Pathologies et handicaps, des maux répandus au sein des prisons*
- C. Santé mentale et détention, des notions indissociables*

II. Instances et professionnels chargés de la prise en charge sanitaire en détention

- A. L'État, quand les administrations pénitentiaire et hospitalière doivent coopérer*
- B. La pluralité des instances réservées aux soins somatiques*
- C. Les instances réservées aux soins psychologiques et psychiatriques, des structures revêtues d'une importance capitale*

Partie 2 | Écueils et manquements aux droits en matière de santé, la terne réalité du milieu carcéral

I. Droits des personnes détenues en matière de santé, synonymes de violations et d'irrespect

- A. Le secret médical, un principe constamment remis en cause au cœur des murs de prisons*
- B. La qualité et la continuité des soins, des exigences complexes à respecter*
- C. Environnement sain et conditions d'hygiène décentes, des droits incompatibles avec le régime actuel de la détention*

II. Les carences à l'échelle de l'organisation interne, origines de nombreux dysfonctionnements

- A. Les escortes et extractions pour raison médicale, un nœud difficile à dénouer*
- B. L'offre de soins, un panier « santé » disparate et insuffisant*
- C. L'inadaptation de certaines catégories de personnes aux conditions carcérales*

Partie 3 | Recommandations pour une législation véritablement axée sur l'amélioration de la santé des personnes détenues et pour un réel respect de leurs droits

I. Recommandations pour des structures et des instances de soins efficaces

- A. L'augmentation du nombre des structures médicales existantes, un premier pas vers une prise en charge effective de la santé des personnes détenues*
- B. La mise en place d'établissements pénitentiaires adaptés aux personnes dépendantes :*

effectuer sa peine dignement

C. Les alternatives à l'emprisonnement, un large panel de possibilités à étudier

II. Plan d'actions pour une prise de conscience commune entre tous les maillons de la chaîne d'intervention

A. La nécessaire garantie d'un meilleur suivi de la santé

B. La prévention, une palette d'actions essentielles

C. De la nécessité d'humaniser les institutions judiciaire, carcérale et sociale

Conclusion

TABLES DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

AAI	Autorité administrative indépendante
Aff.	Affaire
Al.	Alinéa
AP	Aménagement de peine
ARS	Agence régionale de santé
Art.	Article
c.	Contre
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CD	Centre de détention
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour européenne des droits de l'Homme
cf.	Confer
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
CNPE	Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées
Cons. const.	Conseil constitutionnel
ConvEDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales
CP	Code pénal
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CPIP	Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
CPP	Code de procédure pénale
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CPU	Commission pluridisciplinaire unique
CRA	Centre de rétention administrative
CRI	Compte rendu d'incident
CRP	Crédit de réduction de peine
CSP	Code de la santé publique
DDD	Défenseur des droits
DDHC	Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen
Déc.	Décision
DISP	Direction interrégionale des services pénitentiaires
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPM	Établissement pénitentiaire pour mineurs
Ex.	Exemple
GENESIS	Gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité
HAS	Haute Autorité de Santé
HO	Hospitalisation d'office
JAP	Juge de l'application des peines
JLD	Juge des libertés et de la détention
JORF	Journal officiel de la République française
LC	Liberté conditionnelle

LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
MA	Maison d'arrêt
MC	Maison centrale
n°	Numéro
OMS	Organisation mondiale de la santé
p.	Page
PEP	Parcours d'exécution de peine
PF	Parloir familial
PS	Permission de sortir
PSE	Placement sous surveillance électronique
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QA	Quartier arrivants
QD	Quartier disciplinaire
QI	Quartier d'isolement
RCP	Réclusion criminelle à perpétuité
RPS	Réduction de peine supplémentaire
SDDE	Soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement
SDRE	Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
Sect.	Section
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
TA	Tribunal administratif
TIG	Travaux d'intérêt général
TS	Tentative de suicide
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
UCSA	Unité de consultations de soins ambulatoires
UE	Union européenne
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
URSAVS	Unité régionale de soins des auteurs de violences sexuelles
US	Unité sanitaire
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
UVF	Unité de vie familiale
VIH	Virus de l'immunodéficience

INTRODUCTION

« *La personne détenue est un patient comme les autres.* »

Cette affirmation a été exposée et entendue un certain nombre de fois dans le cadre des recherches effectuées pour ce travail. Il est notamment possible de la retrouver dans l'ouvrage « *Le guide du prisonnier* »¹ rédigé par des membres de l'Observatoire International des Prisons – Section française (OIP-SF)². Ce recueil a pour but de renseigner les personnes détenues sur l'ensemble de leurs droits à partir de leur arrivée en détention jusqu'à leur sortie. Malheureusement, rares sont les personnes détenues parfaitement renseignées quant à leurs droits et désirant les faire valoir. D'aucuns pourraient imaginer que les personnes détenues ne possèdent aucun droit, les perdant dès leur arrivée en détention pour éventuellement les retrouver le jour de leur sortie. Pourtant, chaque personne détenue peut et doit continuer de jouir des droits et libertés fondamentaux accordés à chaque individu libre.

Le 10 août 1974, le président Valéry Giscard d'Estaing³ proclamait que « *la prison, c'est la privation de la liberté d'aller et venir, et rien d'autre.* » lors d'un déplacement aux prisons de Saint-Paul et de Saint-Joseph à Lyon. Aujourd'hui encore, la détention demeure bien synonyme de privation d'aller et venir : cette privation reste logiquement le noyau central de la peine de prison. Nonobstant la limitation conséquente du droit au respect de la vie privée et familiale par exemple, la prison est également synonyme de fortes contraintes à l'égard de certains droits qui intéressent le droit de la santé.

1 **Source** : BECKER (C.), BOESEL (D.), BOUVIER (J.-C.), CRETENOT (M.), DESFOSSÉS (V.), DURANTON (M.), FERRAN (N.), FISCHMEISTER (J.), GIACOMETTI (I.), GONZALEZ (A.), GOUACHE (M.), JACQUET (V.), MARCEL (C.), MICHON (C.), QUINQUIS (M.), VALLET (N.), VIGNY (J.), *Le guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, 910 pages.

2 La section française de l'Observatoire International des Prisons (OIP-SF) est « *une association loi 1901 qui agit pour le respect des droits de l'Homme en milieu carcéral et pour un moindre recours à l'emprisonnement. Créée en 1996, l'OIP-SF fait connaître l'état des conditions de détention en France, défend les droits et la dignité des prisonniers et contribue au débat public par un travail rigoureux d'éclairage et d'analyse des politiques pénales et pénitentiaires, au cœur des problématiques de notre société. Elle dispose du statut consultatif auprès des Nations unies.* » (**Source** : site Internet de l'OIP)

3 Valéry Giscard d'Estaing (VGE) fut le 3^e Président de la Ve République. Il entra en fonction en 1974 et céda sa place à François Mitterrand en 1981. Sa citation sur la prison mentionnée ci-dessus ainsi que sa poignée de main échangée avec un prisonnier lors de sa visite déclenchèrent une forte polémique. En effet, une vague de mutineries au sein des établissements pénitentiaires français est apparue au début des années 1970, notamment en raison de l'augmentation inédite de la population carcérale. VGE se démarque, malgré les oppositions et les réticences, par sa volonté d'instaurer une politique d'incarcération très libérale et d'améliorer les conditions carcérales.

Une personne détenue représente un individu, peu importe son sexe ou son âge⁴, incarcéré dans un établissement pénitentiaire. Elle peut avoir été définitivement condamnée par un tribunal compétent, mais elle peut également être dans l'attente de son jugement et être incarcérée dans le cadre d'une détention dite provisoire. Une personne détenue est considérée comme telle au moment de son écrou, c'est-à-dire lors de son inscription au registre de l'écrou d'un établissement pénitentiaire⁵.

Avant de définir l'accès aux soins, il est primordial de rappeler qu'il correspond à un droit fondamental de tous les usagers du système de santé, même incarcérés. En effet, François PONCHON estime dans son ouvrage intitulé « *Les droits des patients à l'hôpital* » que l'accès aux soins fait partie intégrante des droits qui s'affirment comme « *une exigence majeure réclamée avec insistance par la société.* »⁶

L'accès aux soins pourrait être défini comme la faculté offerte à chaque usager du système de santé de recevoir des actes de soins, de diagnostic ou de prévention sans nul besoin de prendre en considération une quelconque situation sociale ou un quelconque état de santé. L'administration publique hospitalière est revêtue de grands principes liés à l'accès aux soins des usagers. Ces principes regroupent l'accueil à l'hôpital public de toute personne, peu importe sa nationalité, son sexe, son âge, sa situation sur le territoire (régulière ou non), sa situation familiale, son état de santé, ses opinions politiques, philosophiques ou religieuses ; l'accueil de toute personne dont l'état de santé requiert des soins ; l'accueil de jour et de nuit en continu tout au long de l'année ainsi que le principe de non-discrimination envers tous les patients.

Le terme de « droits » utilisé dans l'objet de l'étude doit ici être entendu comme les droits subjectifs, c'est-à-dire comme « *les prérogatives attribuées à un individu dans son intérêt lui permettant de jouir d'une chose, d'une valeur ou d'exiger d'autrui une prestation.* »⁷

Concernant la définition du droit de la santé, cette branche du droit se compose de l'ensemble des normes destinées à régir la pratique des professionnels de la santé. Il s'agit d'un droit mixte puisqu'il combine des règles de droit privé et des règles de droit public.

4 Les femmes et les hommes ne peuvent être hébergés dans un même bâtiment en détention. En effet, il existe dans de nombreux établissements pénitentiaires un quartier « femmes » où seules des personnes détenues majeures de sexe féminin peuvent être hébergées. Comme le dispose l'article R211-1 du Code pénitentiaire, « *les femmes et les hommes sont détenus dans des établissements pénitentiaires distincts ou dans des quartiers distincts d'un même établissement.* » Il en va de même pour les personnes détenues majeures et mineures : des quartiers réservés aux personnes détenues mineures sont présents dans quelques établissements et il existe des établissements pénitentiaires qui accueillent uniquement des personnes détenues mineures.

5 Le registre de l'écrou représente « *l'acte d'enregistrement obligatoire de la mise à exécution d'une sanction pénale et, par extension, du séjour de toute personne incarcérée dans un établissement pénitentiaire. Chaque prison est pourvue d'un registre d'écrou qui porte des informations essentielles sur les détenus (âge, profession, condamnation, date d'entrée, de sortie, etc.)* » (Source : site Internet Criminocorpus)

6 Source : PONCHON (F.), « Les droits des patients à l'hôpital », Presses Universitaires de France, 2002, 128 pages.

7 Source : GUILLIEN (R.), VINCENT (J.), *Lexique des termes juridiques*, Paris, Dalloz, 12^{ème} éd., 1999, 561 pages.

Enfin, le milieu carcéral se rapporte à ce qui est relatif à la détention, à la prison. Ce cercle fermé que représente le milieu carcéral est structuré autour de divers éléments : les agents de l'administration pénitentiaire, les établissements et structures pénitentiaires mais également les personnes détenues présentes en leur sein.

La prison de manière générale est en proie à diverses problématiques depuis plusieurs décennies : surpopulation carcérale en constante augmentation, conditions de détention jugées indignes, taux de récidive important, manque de personnels pénitentiaires, vétusté et insalubrité des cellules et des bâtiments, etc. La France est régulièrement condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)⁸, notamment pour des conditions de détention indignes que des personnes détenues sont amenées à subir, mais également pour le phénomène de surpopulation carcérale qui ne cesse de prendre de l'ampleur.⁹

Le territoire français compte 186 établissements pénitentiaires et 103 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)¹⁰. Selon les statistiques du Ministère de la Justice, la population carcérale s'élevait à 69 448 personnes détenues, soit presque 70 000 personnes, au 1^{er} janvier 2022. Ces chiffres démontrent une hausse de 11% du nombre de personnes incarcérées par rapport aux chiffres du 1^{er} janvier 2021¹¹. En effet, en raison de la crise sanitaire du virus de la Covid-19¹², le nombre de personnes détenues avait amplement diminué. Cet effet de baisse est apparu compte tenu de la crainte des magistrats et des directeurs d'établissements pénitentiaires de créer des clusters¹³ au sein des établissements engendrés par la promiscuité, contrainte inhérente à la détention. Au 1^{er} juillet 2022, le nombre de personnes détenues était de 72 067.

La santé en détention correspond à un champ de recherche d'une grande vastité, dans le sens où il touche à un nombre considérable de problématiques. Actuellement, le sujet de la santé dans les prisons françaises se compose de différents écueils, qu'il conviendra de se saisir tout au long de cette étude. Sans réaliser une liste exhaustive de ces derniers, il est, d'une part, possible de

8 La Cour européenne des droits de l'Homme (CourEDH) ou *European Court of Human Rights* est une juridiction internationale, créée en janvier 1959, ayant pour mission d'assurer le respect des dispositions présentes dans la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales. Les États signataires de cette convention doivent, en effet, la respecter dans son intégralité au risque de se voir condamnés par la CourEDH. Pourtant, il est judicieux de mentionner le fait que les arrêts de cette cour internationale n'ont aucune force contraignante à l'encontre du droit interne des États signataires. Ces derniers restent *in fine* libres de choisir d'être influencés par les décisions de la CourEDH ou non.

9 cf. CEDH, 30 janvier 2020, *Aff. J.M.B. et a. c/ France*, n° 9671/15.

10 **Source** : site Internet du Ministère de la Justice.

11 cf. Ministère de la Justice, « Statistiques des établissements des personnes écrouées en France », 2022, 88 pages.

12 La crise sanitaire du virus de la Covid-19 a officiellement débuté en France en mars 2020, mois où le président de la République, Emmanuel MACRON, a annoncé la mise en œuvre d'un confinement sur l'ensemble du territoire. Cette pandémie est déclenchée par le coronavirus SARS-CoV-2 : il s'agit d'une maladie infectieuse émergente. À ce jour, la pandémie a provoqué environ 150 000 décès en France et 7 500 000 décès dans le monde. (**Source** : sites Internet Santé Publique France et Data.gouv)

13 Le cluster est considéré, dans le cadre d'une épidémie ou d'une pandémie, comme un foyer important de contagion.

mentionner le caractère incertain de la capacité médicale et médico-sociale d'un établissement pénitentiaire français : une personne détenue ne peut savoir à l'avance si sa santé sera prise en charge d'une manière satisfaisante dans l'établissement où elle est hébergée ou transférée. Cette capacité résulte bien souvent de la situation géographique de l'établissement en question.

D'autre part, les personnes détenues se suicident sept fois plus que les personnes libres dans la population générale¹⁴. Le suicide en détention pose, par la même occasion, la question de la santé mentale des personnes détenues, de sa prise en charge et de ses potentielles évolutions durant l'incarcération.

Les troubles psychiatriques et/ou psychiques peuvent s'accompagner de pathologies somatiques variées. La détention est un milieu « idéal » pour les maladies infectieuses hautement transmissibles : c'est le cas de la galle, de la grippe, ou plus récemment du virus SRAS-CoV-2. Ce dernier a causé, indépendamment des efforts entrepris par les magistrats sur une trop courte période malgré tout, l'émergence de nombreux clusters au sein des établissements carcéraux. Des maladies qu'on pourrait penser comme étant éradiquées dans la population générale sont, en réalité, toujours présentes en détention : la tuberculose reste l'exemple le plus criant¹⁵.

Quelques lois sont entrées en vigueur dans un but d'amélioration de la prise en charge des soins, et plus largement de la santé des personnes détenues. Il faut mentionner ici la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Ces lois ont, chacune à leur façon, participé à une évolution positive de la situation sanitaire et médicale des personnes détenues. Pourtant, il n'est pas rare que l'OIP-SF ou le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)¹⁶ ou le Défenseur des droits

14 Un décès sur deux dans les prisons françaises correspond à un suicide. Dans une étude menée par l'Institut national d'études démographiques (Ined) et par le Ministère de la Justice publiée en 2014, il est avancé que certains éléments présentent des risques plus élevés de suicide pour une personne détenue : la détention provisoire ; le placement en cellule au quartier disciplinaire (QD) ; la perte de liens sociaux ; la gravité des faits reprochés et les hospitalisations. Tous ces éléments sont susceptibles de toucher d'une manière plus ou moins intense toutes les personnes détenues, les exposant de ce fait à ce phénomène de sursuicidité carcérale. (Source : DUTHE (G.), HAZARD (A.), KENSEY (A.), « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population*, 69(4), 2014)

15 La tuberculose est « une maladie infectieuse causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*, qui se transmet par voie aérienne, avec des signes cliniques variables. Elle touche le plus souvent les poumons et peut parfois atteindre d'autres organes. Elle arrive en tête des causes de mortalité d'origine infectieuse à l'échelle mondiale, devant le SIDA. » (Source : site Internet Wikipédia). Selon l'Institut Pasteur, la pandémie de la Covid-19 risque d'aggraver l'évolution de la tuberculose, ce qui engendrerait des situations désastreuses dans certains établissements. C'est notamment le cas du centre pénitentiaire de Fresnes où la tuberculose suscitait d'ores et déjà de fortes inquiétudes en 2019. (cf. DUNATE (V.), « Risque de "crise sanitaire" à la prison de Fresnes suite à un cas de tuberculose », *France Bleu*, 18 février 2019).

16 Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante (AAI) dont la mission consiste à veiller au respect des droits et des libertés fondamentaux dans tous les lieux où des personnes sont privées de liberté. « *Le Contrôleur général veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.* » (Source : site Internet du CGLPL). L'actuelle CGLPL est Dominique SIMONNOT depuis le 14 octobre 2020.

(DDD)¹⁷ mettent en demeure les établissements pénitentiaires français en raison de divers écueils sanitaires décelés en leur sein.

Une étude relative à la santé de personnes détenues et leurs droits s'avère intéressante dans le sens où elle permet de dessiner la réalité carcérale, ou du moins d'apporter des éléments de connaissance sur cette réalité. Il peut être complexe de se renseigner sur ces thématiques sans jamais pénétrer la sphère très fermée que représente le milieu carcéral. Un stage d'une durée de six mois au sein d'un établissement pénitentiaire¹⁸ a, de ce fait, été entrepris afin d'être continuellement en contact avec l'administration pénitentiaire et la population pénale. En outre, des entretiens en compagnie de différents acteurs du monde carcéral ont pu être réalisés. Tous ces éléments permettent aujourd'hui de proposer un travail concret et réaliste.

Le but de cette recherche est également de revenir de manière globale sur les situations sanitaire, médicale, psychologique et thérapeutique des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires en France. Ce balayage permettra ainsi d'avoir une vision d'ensemble et d'être mieux renseigné sur ces différents sujets.

Ce travail tentera de comprendre les raisons pour lesquelles entreprendre une évolution du contexte actuel de la détention est complexe mais absolument nécessaire pour la santé des personnes détenues, mais également pour l'ensemble de la collectivité.

Un travail de listage non-exhaustif des principales avancées sera entrepris, ce qui permettra de souligner certains manquements qu'il conviendrait de gommer. Des recommandations et des propositions afin de continuer sur la voie de l'amélioration de la santé en détention seront ainsi apportées.

Enfin, il est essentiel que les individus libres prennent conscience de la pleine intégrité de la personne détenue dans la société. La santé et des droits en matière de santé sont des sujets particulièrement prégnants puisqu'ils revêtent un caractère fondamental et général.

De par l'étendue de ce sujet de recherche, il apparaît primordial de le délimiter au risque de disperser cette étude et de lui faire perdre son sens.

En premier lieu, il ne sera question que de la situation des personnes incarcérées en France.

17 Selon l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958, le Défenseur des droits (DDD) « *veille au respect des droits et libertés par les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, ainsi que par tout organisme investi d'une mission de service public, ou à l'égard duquel la loi organique lui attribue des compétences.*

Il peut être saisi, dans les conditions prévues par la loi organique, par toute personne s'estimant lésée par le fonctionnement d'un service public ou d'un organisme visé au premier alinéa. Il peut se saisir d'office [...]»

L'actuelle Défenseur des droits est Claire HEDON depuis le 22 juillet 2020.

18 Ce stage s'est déroulé du 15 décembre 2021 au 15 juin 2022.

Au vu du sujet de recherche, il ne serait pas vraiment pertinent de réaliser une étude comparée avec un ou plusieurs autres pays.

Seule la situation des femmes et hommes majeurs détenus sera analysée. La problématique relative aux personnes mineures incarcérées dans un quartier pour mineurs, en établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) ou en centre éducatif fermé (CEF)¹⁹ ne sera donc pas traitée. Comme pour les mineurs, le cas des étrangers placés dans les centres de rétention administrative (CRA) ne saurait intéresser cette recherche.

In fine, cette étude se concentrera uniquement sur les femmes et les hommes détenus soit en détention provisoire²⁰, soit condamnés à une peine de réclusion/détention criminelle.

Les établissements pénitentiaires se composent, dans le cadre de cette recherche, des maisons d'arrêts (MA), des centres pénitentiaires (CP), des centres de détention (CD) et des maisons centrales (MC). Le but général de ces établissements est la réinsertion de la personne détenue au sein de la société. *A contrario*, les MC hébergent les personnes détenues présentant un profil difficile en raison de la durée de leur peine, des motifs de leur condamnation et/ou de leur personnalité, et pour lesquelles la probabilité de réinsertion sociale est jugée comme étant très faible.

Les principales instances médicales jouant un rôle dans la prise en charge de la santé des personnes détenues seront également mentionnées dans cette étude. Il s'agit des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)²¹, des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)²², des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA)²³ et des services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Les missions des hôpitaux, des agences régionales de santé (ARS) et de l'administration publique hospitalière seront également mentionnées.

Cette recherche fera la mention d'actes de soins, de diagnostic et de prévention assurés en détention au regard de différentes spécialités médicales. Tous les actes ne pourront être évoqués de manière approfondie. Tel sera le cas des soins de kinésithérapie, de chirurgie-dentaire ou de radiologie. Cependant, ces derniers pourront être évoqués afin de donner des exemples concrets ou développer une affirmation. Les soins gynécologiques et obstétricaux feront l'objet d'une analyse

19 Selon l'OIP-SF, « le nombre de mineurs incarcérés reste relativement stable depuis dix ans – autour de 3000 par an. Ils étaient 752 au 1^{er} janvier 2021, représentant 1% de la population carcérale. La plupart ne sont pas jugés et relèvent de la détention provisoire (82%). » La part de personnes mineures incarcérées reste donc faible depuis la dernière décennie en comparaison avec la part des personnes majeures incarcérées, ce qui explique en partie leur écartement de ce travail de recherche.

20 La détention provisoire vise « l'emprisonnement d'une personne qui n'a pas encore été jugée. Cette détention ne peut être ordonnée que dans les conditions prévues par la loi et pour une durée limitée. La détention provisoire est possible en cas d'information judiciaire, de comparution immédiate, de comparution à délai différé ou de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC). » (Source : site Internet Service Public)

21 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

22 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Catherine ADINS

23 cf. Annexes - Entretien avec Romain CORBEAUX

plus aboutie, notamment concernant le suivi des grossesses des femmes détenues et leur accouchement²⁴. Bien que leur nombre demeure relativement faible en détention²⁵, ce type de soins demeure d'une extrême nécessité dans le milieu carcéral.

Le sujet de la transidentité des personnes détenues ne sera pas développée dans le cadre de cette recherche.

Au vu des éléments précédents et du sujet de recherche, plusieurs interrogations sont susceptibles d'être soulevées.

Tout d'abord, il sera judicieux de se demander pour quelles raisons l'application stricte des droits des personnes détenues en matière de santé se heurte aux problématiques inhérentes de la détention et du milieu pénitentiaire.

Par la même occasion, la question des moyens potentiellement exploitables quant à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des prisonniers se pose dans le cadre de cette étude.

Enfin, il sera particulièrement intéressant de s'interroger sur la manière dont la mauvaise organisation et les violations des droits des personnes détenues en matière de santé mettent en exergue la négligence et le désintérêt de l'institution sociale à l'encontre des personnes incarcérées, alors même que l'incarcération est un événement envisageable dans l'existence de chacun.

L'amélioration de la prise en charge de la santé des prisonniers demeure complexe et lente en raison du désintérêt généralisé du débat public, et plus généralement de la société entière, à l'égard de cette thématique. Un sentiment de mépris banalisé et de rejet se laisse ressentir envers les personnes détenues au sein de la collectivité compte tenu de leur statut de délinquants, de criminels. La santé de ces personnes n'est, de ce fait, que très rarement prise en considération.

En outre, les institutions politiques et judiciaires ne parviennent pas, ou ne souhaitent pas se saisir pleinement de cette problématique. Pourtant, cette dernière est en lien direct avec un certain nombre de questions de santé publique et devrait susciter l'intérêt des institutions et des individus, même libres. Aucune loi récente ne légifère dans un but d'améliorer la prise en charge de la santé des personnes détenues et ce sujet n'a été saisi par de très rares personnalités politiques.

Le rejet et l'aversion à l'encontre des prisonniers sont les principaux fers de lance du cercle vicieux de la délinquance. En effet, ces éléments péjoratifs ont des répercussions sur le parcours

24 Selon le premier alinéa de l'article D.401 du Code de procédure pénale, « *les enfants peuvent être laissés auprès de leur mère en détention jusqu'à l'âge de dix-huit mois.* » L'article D.401-1 du même code rappelle la possibilité pour la mère de demander la prorogation de cette limite : « *à la demande de la mère, la limite d'âge de dix-huit mois peut être reculée, sur décision du directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent, après avis d'une commission consultative.* »

25 Il y a, au 1^{er} avril 2022, 2 267 femmes détenues, soit 3,2% de la population pénale. (Source : Ministère de la Justice, « Statistiques des établissements des personnes écrouées en France », 2022, 88 pages).

d'exécution de la peine, mais également sur la santé des personnes détenues et sa prise en charge.

Un problème particulier persiste en matière de santé au sein du milieu carcéral : il s'agit des manquements en termes de communication, de compréhension et de coopération entre les deux administrations concernées par la santé des personnes détenues, c'est-à-dire l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière. Cette problématique est à l'origine d'une défectuosité, tant au niveau organisationnel qu'aux niveaux déontologique et sanitaire. Les origines de la récidive chez les personnes détenues résident également dans ces carences, amenant ces dernières à ne pas être pleinement considérées comme des êtres humains mais plutôt comme des entités lointaines accompagnées d'un numéro d'écrou, d'un nom et d'un prénom.

Les innovations pour parfaire la prise en charge de la santé des personnes incarcérées doivent principalement être axées sur la pleine prise en compte de la dignité de ces personnes et de leur statut d'être humain.

L'organisation du milieu carcéral souffre d'une méconnaissance générale, tout comme les droits en matière de santé et les réelles conditions de vie des personnes détenues. L'agencement pénitentiaire, notamment concernant la prise en charge de la santé et l'accès aux soins, revêt un caractère essentiel dans le cadre de cette recherche. Toutes ces notions nécessitent donc d'être explicitées (**Partie 1**).

Malheureusement, l'organisation carcérale est loin d'être optimale au vu des différentes problématiques découvertes lors des recherches effectuées. Les personnes incarcérées sont les premières concernées par ces manquements occasionnés par de nombreuses failles non résolues au niveau interne. Cette désorganisation entraîne fatalement des violations de leurs droits et des événements défavorables échappant complètement à leur contrôle (**Partie 2**).

Il est essentiel de continuer à étudier ces sujets, à innover et à proposer des recommandations centrées sur la personne humaine pour pouvoir, le cas échéant, réellement prétendre améliorer la prise en charge de la santé des personnes détenues et la pleine jouissance de leurs droits (**Partie 3**).

PARTIE 1 | MILIEU CARCÉRAL ET DROIT DE LA SANTÉ, DES NOTIONS ÉVOLUTIVES EN CONTINUEL RAPPROCHEMENT

Si la situation de vie des personnes détenues est régulièrement étudiée par quelques médias, elle reste méconnue dans sa globalité, notamment sur le plan des pathologies physiques et psychiatriques. En outre, il est intéressant de remarquer qu'une partie non négligeable de la population ne peut envisager le fait que les prisonniers puissent bénéficier de droits ou de conditions de vie décentes. Des droits et dispositions sont, cependant, bel et bien prévus pour ces derniers, notamment concernant le suivi de leur parcours de soins, la prise en charge de leur état de santé et les conditions de vie décentes (I).

En réalité, rares sont les personnes habilitées à traverser les murs des établissements pénitentiaires ; rares sont donc les personnes pleinement renseignées sur le fonctionnement et l'organisation de ces véritables sociétés marginales. Les instances et structures de soins sont nombreuses et sont dotées d'un rôle élémentaire au sein du milieu carcéral. Selon Thierry GUILBERT, directeur d'établissement du centre pénitentiaire (CP) de Lille-Loos-Sequedin, la gestion d'un établissement pénitentiaire peut être comparée à celle d'une « *petite ville.* »²⁶ (II).

*« Les prisons fascinent et répugnent à la fois.
On les connaît peu, ce qui suscite fantasmes et représentations.
Comment savoir ce qui se passe derrière ces murs épais ? »*
(Corinne ROSTAING, *Une institution dégradante, la prison*, 2021)

26 cf. Annexes – Entretien avec Thierry GUILBERT.

I. La situation sanitaire actuelle des personnes détenues

Les personnes détenues sont détentrices, comme les individus libres, de droits concernant leur santé. En réalité, il s'agit des mêmes prérogatives allouées à chacun, sous réserve des conditions inhérentes au régime de la détention (A). Elles sont donc en droit d'accéder à l'ensemble des soins au même titre que la population extérieure. Dans ce but, un certain nombre de structures ont été mises en place pour prendre en charge les soins somatiques, nécessaires au vu des évolutions de la population pénale (B). Mais les soins rattachés aux troubles psychologiques et psychiatriques sont d'autant plus cruciaux pour les prisonniers (C).

A. Droits en matière de santé, des prérogatives censées être appliquées en détention

Comme chaque individu présent dans la population générale, les personnes détenues possèdent des droits en matière de santé. Elles sont donc censées jouir de leurs droits de la même manière que n'importe quelle personne, peu importe leur statut. « *L'accès à la santé doit être le même que le droit commun en l'occurrence.* »²⁷

Il résulte de cette analyse que le patient détenu est supposé être un patient comme les autres. Cette évolution caractérise l'aboutissement de certaines lois et politiques publiques. En effet, quatre lois principales sont venues préciser le cadre juridique de la prise en charge sanitaire en milieu pénitentiaire. Elles ont également prévu des dispositions au bénéfice des personnes incarcérées.

Il est, dans un premier temps, fondamental de mentionner la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Son importance réside notamment dans le fait qu'elle prévoit le transfert de la responsabilité et de la tutelle des soins, jusque-là dévolue à l'administration pénitentiaire, vers le service public hospitalier. Elle vient aussi rendre l'affiliation des personnes détenues à la Sécurité sociale obligatoire, ce qui a donné lieu à une prise en charge sanitaire plus performante des prisonniers. La loi de janvier 1994 est donc le synonyme de l'introduction d'une éthique des soins en détention.

D'autre part, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi KOUCHNER, confère une valeur particulière aux droits des

²⁷ cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHKAIEFF

usagers du système de santé. La loi KOUCHNER est la créatrice de la notion de démocratie sanitaire en prévoyant un nombre conséquent de droits au bénéfice des usagers et de devoirs à l'égard des professionnels de santé. Spécifiquement pour les personnes détenues, elle vient créer la suspension de peine pour raisons médicales. Ce type de suspension peut concerner les personnes atteintes d'une pathologie engageant leur pronostic vital ou celles présentant « *un état de santé durablement incompatible avec leur maintien en détention* »²⁸.

La loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire est, en outre, essentielle puisqu'elle précise divers points relatifs à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Beaucoup de ses articles participent à l'objectif général d'un meilleur accès aux soins et d'une prise en charge optimisée. Il est possible de mentionner le principe du bilan de santé proposé à la personne détenue (article 51), le droit au secret médical (article 45), le principe de l'équivalence des soins garanti aux personnes détenues avec ceux dont bénéficie le reste de la population (article 46), la prise en charge médicale adaptée pour les femmes (article 47), et le principe selon lequel tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entrave et hors la présence du personnel pénitentiaire (article 52).

Malgré ces nombreux textes de loi, la grande majorité des détenus n'est pas au fait de leurs propres droits en matière de santé. La majorité des prisonniers provient d'une population précarisée, pour qui vivre avec la maladie et ne pas enclencher un quelconque suivi médical sont des actes communs. Le livret d'accueil²⁹ est un indicateur de cette méconnaissance. Dans la plupart des livrets, les dispositions relatives à la santé en détention se résument à une demie page de renseignements concernant les professionnels intervenant à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et les modalités pour demander une consultation médicale. Il n'y a aucune indication relevant des droits des personnes détenues en matière de santé.

Au vu du nombre conséquent de droits en matière de santé alloués à tous les usagers, il est ici impossible de les énumérer. Les détenus en tant citoyens-usagers peuvent prétendre à un accès aux soins, sous réserve de certaines contraintes liées à l'incarcération. De même il n'est pas envisageable dans ces lignes, compte tenu de leur importance, de les citer tous. Cependant, on peut aborder les plus notables, ceux qui mériteraient d'être mieux connus par les personnes détenues.

28 Selon l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale, « *sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention.* »

29 Le livret d'accueil est un recueil remis à la personne détenue lors de son arrivée en détention. Il lui explique l'ensemble des règles à respecter dans l'établissement.

Dès son arrivée en détention, chaque prisonnier en France a le droit d'être affilié à la Sécurité sociale. Il s'agit même d'une obligation faite à l'administration pénitentiaire, chargée de veiller à ce que tous les résidents soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale. La loi du 18 janvier 1994 prévoit cette disposition, et ce dès le premier jour de détention. L'article D-366 du Code de procédure pénale (CPP) est relatif à cette affiliation puisqu'il dispose que « *les détenus sont affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. À ce titre, ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général [...]* ». Il est essentiel de mentionner la gratuité de cette affiliation pour les personnes détenues. Leurs dépenses de santé en matière de maladie et/ou de maternité sont prises en charge de manière gratuite.

Au même titre qu'une caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM), le CNPE (Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées) est chargé de la gestion de l'affiliation des personnes incarcérées assurées. Il revient au chef d'établissement et au service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) de prévenir le CNPE lors de chaque nouvelle arrivée dans un établissement donné. Grâce à cette affiliation, le patient détenu a la possibilité de bénéficier d'un large panier de soins. De plus, tous les actes médicaux effectués sur sa personne seront pris en charge par la Sécurité sociale.

Au-delà de l'affiliation au régime général de la Sécurité sociale, les personnes détenues ont droit à un premier examen général lors de leur arrivée en détention selon l'article R. 212-16 Code pénitentiaire³⁰. Cet examen permet de détecter des maladies, des troubles et/ou des addictions chez la personne arrivante. Un suivi personnalisé pourra ainsi être proposé au patient détenu, et une information claire sur son état de santé lui sera apportée. Il s'agira, en outre, de lui prodiguer certains soins primaires. Ce premier examen, instauré par la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire en son article 51³¹, doit être réalisé dans les plus brefs délais suite à l'arrivée de la personne détenue. Il n'est pas obligatoire en cas de transfert du patient détenu dans un nouvel établissement, ce qui serait pourtant intéressant pour constater l'évolution de son état de santé au fil de son incarcération.

Un des droits les plus fondamentaux de notre système de santé reste le droit à l'information, dont chaque professionnel de santé est en charge. Ce droit est retranscrit à l'article L. 1111-2 du

30 L'article R. 212-16 du Code pénitentiaire dispose que « *lors de son arrivée en détention, chaque personne détenue bénéficie d'un examen médical dans les plus brefs délais.* »

31 Selon l'article 51 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, « *il est proposé à la personne détenue, lors de son incarcération, un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac. Ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel.* »

Code de la santé publique (CSP)³² et souligne le devoir du médecin en charge du suivi du patient détenu de donner une information adaptée à la compréhension de celui-ci. L'information doit recouvrir tous les aspects de l'acte médical, c'est-à-dire la nature du traitement, sa posologie, sa durée, ses modalités d'administration, les potentiels effets secondaires et les risques connus.

Le statut de prisonnier ne doit en aucun cas le priver de sa capacité à consentir aux différents actes médicaux. En effet, son consentement doit, à chaque instant du suivi médical, être respecté et systématiquement recueilli. Il devra toujours consentir à un acte de soin, de diagnostic ou de prévention, avant que le professionnel de santé ne décide de poursuivre cet acte. Lors d'un examen médical ou d'une hospitalisation dans une structure extérieure, le consentement de la personne détenue doit être recueilli au moins une demi-journée à l'avance, hors les cas où l'hospitalisation intervient dans le cadre de soins sans consentement.³³

Le droit de consentir sous-entend la possibilité pour le patient détenu de refuser un acte de soins, de diagnostic ou de prévention. Il est aussi en mesure de refuser une hospitalisation dans tout établissement de santé. Ce refus doit être entendu et respecté par l'administration pénitentiaire, et ce même si la personne incarcérée concernée avait consenti avant le jour du départ. Dans le même sens, il peut refuser de suivre un traitement qui lui serait pourtant bénéfique. À ce titre, un patient détenu présentant une addiction au cannabis peut choisir de refuser un suivi dispensé par un addictologue.

Le droit d'accéder à son dossier médical en détention est un droit qui mérite d'être mentionné. La communication du dossier médical constitue une obligation pour le professionnel ou l'établissement de santé. Il s'agit d'un droit fondamental pour le patient, édicté à l'article L.1111-7 du CSP³⁴.

Le dossier médical du patient détenu est constitué dès le premier examen lors de son arrivée par les professionnels de santé exerçant à l'USMP. Il sera, ainsi, complété durant toute l'incarcération du patient détenu concerné. L'ensemble des informations contenues, l'accessibilité du dossier, son partage et sa conservation sont régis par les modalités de droit commun applicables à l'extérieur. La personne détenue est donc autorisée à accéder à tout moment à son dossier médical. Si lors de son parcours de peine le prisonnier venait à être transféré dans un autre établissement

32 Selon l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. [...] »

33 Il existe deux types de mesures de soins sans consentement : les soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) ou les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE).

34 Selon l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé [...] »

pénitentiaire, une copie du dossier médical doit être remise au médecin responsable du nouvel établissement.

Outre ce groupement de droits rattachés au domaine de la santé, le respect de la dignité et de la vie privée demeure le droit qui mériterait de faire l'objet de contrôles plus stricts au sein des établissements pénitentiaires recensés sur le territoire français. La loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire prévoit cette obligation de respect en son article 22³⁵.

Dans un souci de renforcement de la garantie du respect de la dignité en détention, une récente loi donne la possibilité pour les personnes détenues de formuler un recours auprès d'un juge judiciaire pour conditions de détention indignes : il s'agit de la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention. L'adoption de cette loi est la réponse de l'État français suite à sa condamnation par la CEDH en date du 30 janvier 2020³⁶. Ce nouveau type de recours est désormais prévu à l'article 803-8 du CPP³⁷. Dans la mesure où l'hypothèse selon laquelle une personne lourdement malade pour qui les conditions de détention ne seraient pas adaptées est susceptible d'apparaître, cette personne détenue serait en droit de saisir un juge d'application des peines (JAP) en cas de condamnation définitive, ou un juge des libertés et de la détention (JLD), en cas de détention provisoire. La santé et la prise en charge sanitaire prodiguée font partie intégrante de la dignité d'une personne détenue. En effet, héberger un prisonnier atteint d'une pathologie quelconque en ignorant sa condition constitue bien un caractère de non respect des conditions de détention dignes.

L'ensemble des droits énumérés sont, de ce fait, fondamentaux et doivent être appliqués pour tous les soins prodigués aux personnes détenues. Au regard de l'évolution des profils pathologiques accueillis en détention, leur prise en charge sanitaire paraît primordiale.

35 L'article 22 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire dispose que « *l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue.* »

36 cf. CEDH, 30 janvier 2020, *Aff. J.M.B. et a. c/ France*, n° 9671/15.

37 L'article 803-8 du Code de procédure pénale dispose que « [...] *toute personne détenue dans un établissement pénitentiaire en application du présent code qui considère que ses conditions de détention sont contraires à la dignité de la personne humaine peut saisir le juge des libertés et de la détention, si elle est en détention provisoire, ou le juge de l'application des peines, si elle est condamnée et incarcérée en exécution d'une peine privative de liberté, afin qu'il soit mis fin à ces conditions de détention indignes.* »

B. Pathologies et handicaps, des maux répandus au sein des prisons

Le bilan médical des personnes détenues, d'un point de vue somatique, est globalement préoccupant. Toute sorte de pathologies sévissent toujours au sein des prisons françaises. Il est essentiel de mentionner que des maladies devenues extrêmement rares à l'extérieur, comme la gale ou la leptospirose, sont régulièrement diagnostiquées chez les personnes détenues. Des cancers sont décelés chez un certain nombre de prisonniers, parfois chez des personnes plus jeunes que la moyenne à l'extérieur. Ce phénomène touche toutes les catégories de spécialités médicales, notamment les soins bucco-dentaires. « *Être dentiste en prison, c'est voir des situations qu'on ne connaît plus en cabinet* », selon Thierry GUILBERT³⁸.

Plusieurs éléments de réponse peuvent être apportés afin de comprendre les raisons de la faiblesse de l'état de santé somatique des personnes incarcérées.

Il paraît nécessaire de rappeler quelques données sociologiques relatives aux personnes détenues de manière générale. Ces dernières regroupent des individus désocialisés médicalement parlant : ils n'ont, dans leur écrasante majorité, pas reçu une éducation sanitaire adéquate et suffisante, notamment sur le plan de la prévention de la santé. Les personnes détenues proviennent quasi systématiquement d'un milieu social où la santé ne représente pas une priorité, où tous les facteurs de risques existent et font partie de l'existence de l'individu avant son incarcération. L'exemple le plus significatif reste le tabagisme massif.

Il est judicieux de souligner le fait que la plupart des prisonniers était désocialisée avant leur incarcération. Il est question d'une population fréquentant peu les services publics, qui n'est pas ou mal informée sur ses droits, sur les possibilités se rapportant à sa santé.

Un nombre considérable de pathologies somatiques sont décelées en détention. Certaines d'entre elles présentent une fréquence plus préoccupante qu'au sein de la population libre.

Le taux de personnes incarcérées souffrant d'addictions diverses est non négligeable. Selon Anass FRAJJI, infirmier pénitentiaire intérimaire, la plupart des personnes détenues présentent une addiction³⁹. Ces dernières sont susceptibles de prendre différentes formes : alcoolisme, tabagisme, addiction aux médicaments, drogues douces ou dures, comme le cannabis. Cette drogue parvient à pénétrer dans les prisons sans difficultés réelles, soit par le biais des parloirs, soit par les projections

38 cf. Annexes - Entretien avec Thierry GUILBERT

39 cf. Annexes - Entretien avec Anass FRAJJI

extérieures⁴⁰. Son usage semble se banaliser en détention.

D'autre part, l'usage de certaines drogues dures se développe. Les addictions à l'héroïne et la codéine sont très récurrentes chez les personnes incarcérées. Dans le but de limiter les effets de ces addictions, les professionnels de santé en milieu pénitentiaire procurent aux prisonniers concernés de la méthadone à titre de traitement de substitution. Des traitements de substitution aux opiacés (TSO) sont prodigués à une part significative des personnes détenues.

Les médicaments représentent, eux aussi, une problématique urgente au sein des prisons. Certaines personnes incarcérées demandent des consultations avec un psychiatre dans l'unique but de se procurer des médicaments. Le trafic de médicaments est relativement fréquent en prison, alors même qu'il est strictement interdit. Si lors d'une fouille de cellule un agent pénitentiaire découvre une quantité importante de médicaments dissimulés, il sera habilité à les retirer et en informer l'USMP. Le chef d'établissement a la possibilité d'interdire à la personne détenue de garder ses médicaments dans sa cellule.

En pratique, les faits respectent bien souvent un même syllogisme : une personne détenue se procure des médicaments par les médecins exerçant à l'US en raison de sa propre maladie, comme l'épilepsie, elle décide de ne pas prendre son traitement et conserve les médicaments qu'elle pourra donner à d'autres détenus contre des produits cantinés⁴¹ ou du tabac.

Comme indiqué précédemment, des maladies à un stade avancé invraisemblable sont régulièrement découvertes chez les prisonniers, notamment en matière cancérologique. Le Docteur GRIMOPONT, responsable de l'UHSI de Lille, déclare qu'il y a moins de 10 ans, « *on voyait fréquemment arriver des patients avec des cancers très évolués comme on le voyait peut-être il y a 30 ou 40 ans dans des régions reculées de la France [...] des cancers à un stade où on se demandait comment ils n'avaient pas pu être diagnostiqués avant* ». Il évoque le cas d'un patient détenu qui a attendu d'avoir « *un melon nécrosé dans le cou qui était le résultat d'un cancer du larynx* ». Afin de cacher sa maladie, ce dernier portait constamment des cols roulés. Le Docteur GRIMOPONT explique avoir été contraint de se spécialiser à la cancérologie par besoin, tant les besoins étaient énormes.

40 Au vu des restrictions très strictes relatives aux objets autorisés ou interdits en cellule, les membres des familles ou les proches des personnes détenues commettent parfois des projections, c'est-à-dire l'envoi de colis clandestins directement dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire depuis l'extérieur. Ces colis peuvent contenir différentes choses : des téléphones portables, de la drogue ou de la nourriture.

41 La cantine représente la possibilité pour les personnes détenues de se procurer certains produits de leur choix avec leurs propres ressources financières. Un catalogue de marchandises leur est alors fourni et les denrées disponibles sont de différents ordres : alimentaire (pizzas, sodas,...), hygiène (déodorants, bain de bouche,...), vestimentaire, électroménager (plaque chauffante, ventilateur,...), divertissement (jeux vidéos, cartes,...). À l'aide de bons de cantines, les prisonniers doivent cocher les marchandises qu'elles souhaitent obtenir. Elles se verront livrées leurs commandes quelques jours plus tard devant leur cellule. Les prix des produits sont fixés par le chef d'établissement et ils sont souvent bien plus chers que les produits vendus à l'extérieur.

Les cancers décelés en détention sont, dans la majorité des cas, le résultat d'un tabagisme conséquent chez l'individu concerné. Il est à noter que la consommation de tabac ne diminue aucunement en prison. Un taux très élevé d'hommes et de femmes détenus se déclarent fumeurs.

Les handicaps physiques posent également des problématiques préoccupantes en détention. En effet, ces handicaps nécessitent, dans la majorité des cas, du matériel médical qui n'est pas adapté aux normes architecturales des établissements pénitentiaires. Il est question de chaises roulantes, de béquilles ou de cannes d'aveugle pour les personnes malvoyantes par exemple.

En outre, depuis quelques années, l'administration pénitentiaire fait face à un nouvel enjeu : celui de s'adapter au vieillissement de la population pénale. Ce phénomène de vieillissement se répand au fur et à mesure dans les établissements pénitentiaires français. Le Docteur GRIMOPONT affirme avoir remarqué cette extension du vieillissement durant les vingt dernières années.⁴²

Le vieillissement des personnes détenues est accompagné des conditions inhérentes au vieillissement. Ce phénomène nécessite une prise en charge plus ou moins importante selon les conditions des personnes concernées. Néanmoins, cette prise en charge sera forcément plus lourde que celle d'une personne détenue plus jeune.

Les personnes incarcérées âgées sont particulièrement vulnérables à tous les types de pathologies. La pandémie de Covid-19 a, de ce fait, été particulièrement mal vécue par les seniors en détention.

La pandémie engendrée par le virus de la Covid-19 a été mal vécue et l'est encore dans les établissements pénitentiaires. Beaucoup ont connu des périodes de clusters, obligeant le personnel à s'adapter à des restrictions sanitaires très strictes mais difficilement applicables en milieu carcéral. Les personnes détenues étaient contraintes de rester enfermés toute la journée. Il est possible d'imaginer cette difficulté dans une cellule individuelle ; mais cette même restriction appliquée dans le cadre d'une cellule collective en présence de 2, 3 voire 4 autres personnes est difficilement imaginable. C'est pourtant ce qu'ont connu nombre d'établissements, notamment en maison d'arrêt (MA).

En raison de la pandémie de Covid-19, l'accès aux soins a été globalement facilité car à partir de juillet 2020, le nombre de détenus a diminué, passant de moins de 60 000 prisonniers contre plus de 70 000 en janvier 2020.

42 Annexes - Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

Les restrictions ont été mal vécues en raison d'un plus grand isolement. Les personnes incarcérées ont été autorisées à retirer leur masque chirurgical bien après la population extérieure. « *Les mesures sanitaires ont duré un peu trop longtemps dans le milieu carcéral* » selon Luc Chouchkaieff, contrôleur des lieux de privation de liberté auprès du CGLPL.

Concernant la vaccination contre la Covid-19, les personnes détenues ont pu en bénéficier comme l'ensemble de la population extérieure. Au début de la pandémie, l'idée était de considérer les prisonniers comme une population à risque, au même titre que les personnes âgées de plus de 75 ans et les personnes fragiles présentant une probabilité de développer des formes graves de la maladie. Cette requête était notamment motivée par la promiscuité inhérente au régime carcéral. Cette idée a vite été rejetée par le Conseil d'État (CE) en 2021⁴³. Il a jugé que les personnes détenues ne présentaient pas plus de risque de contracter le virus que le reste de la population libre.

La vaccination des détenus s'est déroulée directement dans les établissements, dans les locaux de l'unité sanitaire (US). Le plan national de vaccination s'est donc appliqué en détention comme pour le reste de la population française : d'abord les plus âgés, puis les plus vulnérables.

Néanmoins, la vaccination a été aléatoirement acceptée et comprise dans les établissements pénitentiaires français. Au CD de Bapaume, 480 personnes détenues sur plus de 580 ont fait le choix de se faire vacciner. Au CP de Lille-Loos-Sequedin, le taux de vaccination était inférieur à 50% en novembre 2021 puisque beaucoup de détenus refusaient de se faire vacciner. Selon Thierry GUILBERT, directeur du CP Lille-Loos-Sequedin, cette opposition est due à une problématique sociologique : la vaccination est, en effet, mieux acceptée par les profils CSP+⁴⁴. De plus, la population pénale de ce CP représente un « *terreau très fertile aux thèses complotistes* »⁴⁵. Ce phénomène se retrouve également à l'extérieure, excepté que les risques sont décuplés en détention de par la promiscuité et le nombre de personnes présentes dans un même espace.

Les pathologies dites physiques sont donc largement répandues au sein des prisons en France. Néanmoins, les troubles psychologiques et/ou psychiatriques occupent la première place dans la liste des pathologies rencontrées en détention. De par leur degré parfois préoccupant, elles sont susceptibles de pousser les personnes incarcérées à commettre des actes dangereux pour leur intégrité, voire irréversibles dans la pire des hypothèses.

43 cf. CE, réf., 5 février 2021, n° 449081.

44 Les CSP+ désignent les catégories socioprofessionnelles les plus aisées. Ce groupe se compose des cadres, des chefs d'entreprises du secteur privé, des professionnels libéraux et les fonctionnaires de catégorie A.

45 cf. Annexes - Entretien avec Thierry GUILBERT

C. Santé mentale et détention, des notions indissociables

Après avoir examiné l'état de santé d'un prisonnier et les effets de la détention sur son évolution, la CEDH a estimé que le maintien en détention d'une personne souffrant de troubles mentaux constituait un traitement contraire à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'Homme dans l'arrêt Keenan c. Royaume-Uni en date du 3 avril 2001. Pourtant, beaucoup de personnes détenues en France sont actuellement touchées par une ou plusieurs pathologies mentales, la plus récurrente étant la schizophrénie.

La santé mentale a été définie par l'OMS de la manière suivante : la santé mentale est un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». La santé mentale est une notion indissociable de la santé : il ne peut y avoir de bonne santé sans une bonne santé mentale.

La santé mentale des personnes détenues est un vaste sujet, très souvent préoccupant au regard des informations inquiétantes rapportées. L'OIP section française ainsi que la CGLPL ont souvent informé et sensibilisé sur la dégradation mentale que subissent les prisonniers lors de leur incarcération. Cette dégradation est un facteur aggravant surtout lors de la sortie de la personne détenue.

Si le sujet est souvent abordé, c'est qu'il est récurrent : en effet, il est très fréquent de rencontrer des prisonniers atteints de troubles psychologiques et/ou psychiatriques.

Il est déterminant de ne pas confondre les différentes pathologies. Il faut donc procéder à une distinction. Le Docteur Catherine ADINS, responsable de l'UHSA de Seclin, explique que les troubles psychologiques sont toujours en lien avec la personnalité de la personne concernée ; certains traits de personnalité sont plus accentués que d'autres. Dans ce sens, on rencontre beaucoup de personnalités borderline, très régulièrement confrontées à des idées suicidaires.

Les troubles psychiatriques, quant à eux, se rapportent surtout à la notion de maladie. Il s'agit de maladies qui se soignent : elles sont notamment stabilisées avec des traitements. Il est ici question d'états dépressifs, de schizophrénie, de bipolarité.

Il est important de savoir qu'un nombre conséquent de personnes détenues sont atteintes de troubles mentaux de ce genre. En effet, selon un rapport rédigé par Alain Marc, sénateur français, « *nombre de directeurs et de surveillants pénitentiaires ont témoigné d'une part importante de détenus présentant des troubles mentaux : cette proportion est estimée à 40 % de la population carcérale, soit qu'il s'agisse de pathologies préexistantes à l'incarcération, soit qu'il s'agisse de maladies développées en détention en raison de l'enfermement et des fragilités psychologiques du détenu.* ». Compte tenu du vieillissement constant des personnes présentes en détention, le risque s'accroît d'autant que la démence s'accroît avec l'âge.

« *Tous les agresseurs qu'on a ici (à l'UHSA de Seclin) ont, à un moment donné, été victimes* », raconte le Docteur ADINS. Selon cette dernière, c'est ce qui expliquerait en grande partie cette récurrence des troubles psychologiques et psychiatriques. Les personnes détenues ont quasiment toutes vécu des violences durant l'enfance, qu'elles aient été directement subies ou que l'individu ait été témoin. Ils ont tous des parcours marqués par des épisodes tragiques : violences physiques, abandon, violences sexuelles, prostitution forcée, etc. Ainsi, lors des différentes rencontres effectuées en centre de détention avec la population pénale, il a été très vite mis en évidence que la quasi totalité des auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, incestueuses ou non, avaient eux-mêmes été victimes d'inceste ou d'agressions sexuelles dans leurs jeunes années.

Les personnes incarcérées sont quasiment toutes sous traitements médicamenteux afin de soigner leur pathologie. Plusieurs prises médicamenteuse par jour sont ainsi organisées. Il est question de traitements hypnotiques, antipsychotiques, antidépresseurs et anxiolytiques.

Il paraît essentiel de souligner que les prisonniers proviennent dans leur majorité d'un milieu marqué par une pauvreté affective déconcertante illustrée notamment par une absence de soutien familial. Ce manque de soutien se rencontre souvent lorsqu'il s'agit d'individus présentant de lourdes pathologies psychologiques ou psychiatriques. Les patients présents à l'UHSA de Seclin ont constamment un sentiment d'abandon.

Le processus d'apparition des troubles mentaux peut être déclenché par un certain nombre de facteurs.

Premièrement, il est possible d'évoquer le phénomène de la cohabitation forcée avec des inconnus. En effet, la santé mentale est atteinte lorsque la cohabitation à plusieurs est subie en

cellule. Ce phénomène peut enclencher des problèmes de violences et entraîner par la suite des dégradations mentales.

Cette cohabitation est une conséquence fatale de la surpopulation carcérale. Elle constitue l'origine principale de tous les maux rattachés à la prison actuellement. C'est surtout le cas en MA puisque la plupart de ces établissements sont en surpopulation carcérale. En effet, cinquante établissements sont aujourd'hui occupés à plus de 150 % de leur capacité, dont six dépassent même les 200 % comme le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan et la maison d'arrêt de Nîmes.⁴⁶ Le Comité européen de prévention contre la torture est très préoccupé de cette situation et appelle à limiter fortement le nombre de personnes détenues en France. La cohabitation forcée est un des principaux facteurs de la remise en cause de la santé mentale du détenu.

Ensuite, l'exclusion en détention mérite d'être mentionnée. Certaines catégories de condamnés sont régulièrement exclus par la population pénale au regard des faits commis. Chez les hommes, ce sont surtout les tueurs et violeurs de mineurs qui sont marginalisés ; chez les femmes, ce sont notamment les infanticides compte tenu de la dimension de la maternité qui est extrêmement importante pour les femmes détenues.

Les agressions et menaces représentent des facteurs importants quant à l'apparition de troubles mentaux. Les personnes détenues peuvent se harceler entre elles pour différentes raisons : soit à cause des faits commis par l'individu harcelé (voir ci-dessus), soit parce que le l'individu harcelé est perçu comme fragile, faible et influençable. Certains prisonniers vont, *in fine*, en profiter pour le menacer dans le but de s'imposer ou de lui soutirer certains biens cantinés, notamment du tabac. L'environnement peut s'avérer être très violent dans certains établissements pénitentiaires. Il est vrai qu'il est particulièrement brutal d'être malmené et harcelé à longueur de journée par ses codétenus.

L'environnement de la détention de manière générale est aussi source de problèmes. La détention est une atmosphère constamment peuplée de cris, exposée à un tabagisme permanent, dans un environnement malsain et souvent insalubre, peuplée de rats et/ou de cafards, dégageant des odeurs nauséabondes de par les toilettes collectives et l'humidité dans les cellules. Certains bruits spécifiques à la détention comme les bruit de verrous, de clés, des lourdes portes et des alarmes des agents pénitentiaires polluent de manière constante l'audition des personnes détenues.

46 **Source** : JACQUIN (J.-B.), « Forte hausse de la population carcérale en France, à l'inverse d'autres pays », *Le Monde*, 3 mai 2022.

L'éloignement avec l'extérieur, surtout avec la famille, peut être un déclencheur de troubles mentaux chez les individus incarcérés. Ces derniers ne choisissent pas où ils seront hébergés pour purger leur peine. Il est possible qu'une personne condamnée à Paris soit incarcérée à la MA de Douai ou au CD de Bapaume, cela dépendra de la nature des faits commis et de la longueur de la peine prononcée. Il leur est possible de demander un transfert pour rapprochement familial mais dans la réalité, la procédure est longue et incertaine.

Enfin, l'extrême lenteur des décisions potentiellement bénéfiques à la situation d'une personne détenue est susceptible de causer chez cette dernière de sérieux troubles. Cette lenteur apparaît surtout lors des vacances d'été, de juillet à août. Les décisions de justice connaissent déjà des délais importants, mais l'été est un réel facteur aggravant : moins d'aménagement de peine prononcé, moins de permission de sortir (PS) accordée, *etc.* Il est difficilement supportable d'être enfermé sans perspective d'évolution de sa situation juridique.

Si les troubles sont avérés avant l'entrée en détention, le juge prononce souvent une obligation de soins ou une injonction de soins, ce qui contraint le détenu à suivre des soins spécifiques ; ceci peut être ressenti comme un alourdissement de la peine.

Cet état général s'est aggravé avec l'apparition de la crise sanitaire débutée en 2020. En effet, même si les mesures valables pour éviter la propagation a été appliqué à l'intérieur comme elles l'ont été à l'extérieur, la Covid-19 a eu des répercussions considérables sur la santé des prisonniers et sur le respect de leurs droits. Le virus a eu un impact phénoménal sur la santé mentale des personnes détenues à cause des très nombreuses restrictions : interdictions des visite des familles, fin des activités qui donnent du sens aux journées des personnes détenues, restriction du travail, fermeture des quartiers ouverts, interdiction des envois et des réception de colis. Des patientes de l'UHSA de Seclin disaient que tout ce qui les faisait tenir avait cessé : les activités, l'école et les formations professionnalisantes. Elles disent avoir vécu une période horrible.

Même lorsque la propagation du virus a ralenti et que la vie a pu reprendre doucement son cours, des mesures barrières contraignantes ont vu le jour : cloisonnement, plexiglas dans les parloirs, fermeture des ateliers, des salles de sport, isolements médicaux, *etc.* La Covid-19 a donné lieu à une période très dure pour les personnes détenues. Des manifestations de violences s'en sont alors suivies.

Cette situation a mis en exergue la nécessité du suivi psychologique et psychiatrique des prisonniers, notamment si ces derniers sont sous traitements médicamenteux.

Une attention doit être portée à ce qui est appelé « le choc carcéral ». C'est un phénomène récurrent chez les personnes détenues primaires, c'est-à-dire celles qui purgent leur première peine de prison. Le contraste avec l'existence à l'extérieur est si violent qu'il peut aisément déstabiliser, parfois de façon violente, un individu. On parle d'un passage brutal entre l'extérieur et l'intérieur. Cela peut être ressenti, selon une personne détenue rencontrée lors de cette étude, comme « *une succession de ruptures vécues dans un laps de temps très court* ». Le choc carcéral est ressenti comme un ébranlement du rapport à soi et à la réalité. L'individu présentant les symptômes de ce type de choc va se sentir « débordé » de par l'intensité des émotions ressenties, parfois contradictoires. Il est souvent vécu et caractérisé comme un abattement dépressif ou, au contraire mais c'est plus rare, par une certaine euphorie. Le nouveau prisonnier va ressentir un certain nombre de sentiment dans une période très courte : la perte d'autonomie dans un grand nombre d'actes divers comme se déplacer librement, manger à son goût, choisir ou éviter certaines fréquentations, disposer d'une intimité et d'une distance relationnelle protectrice suffisantes, s'exprimer ou entreprendre, organiser son temps, *etc.* Il va aussi ressentir l'abandon, l'inutilité, la perte de sens de son existence.

Le choc carcéral doit absolument être pris au sérieux, car c'est à l'entrée en détention qu'il apparaît et il s'agit d'un moment propice aux idées suicidaires.

Le suicide et les tentatives de suicide est un sujet très récurrent lorsqu'on parle de la détention. Il est possible de parler de sursuicidité des personnes détenues : le suicide est 7 fois plus présent en milieu carcéral qu'en milieu libre⁴⁷. Les raisons pour qu'une personne incarcérée se suicide sont nombreuses : maladies mentales, refus de transfert, impossibilité de voir sa famille, condamnation et rapport aux faits commis, agressions physiques ou sexuelles en détention, *etc.* Les périodes les plus à risque restent le mois de décembre (fêtes de fin d'année) et l'été (lenteur des procédures). Les tentatives de suicide (TS) arrivent régulièrement en détention, donnant lieu à beaucoup de scarifications. Ils utilisent n'importe quel objet (stylos, couteaux de cuisine, couverts en plastique...).

On peut distinguer deux grandes périodes à risque suicidaire : l'entrée et la sortie. « *Il y a vraiment un mal-être, mais on ne fait pas grand-chose.* », affirme Anass FRAIJI, infirmier

⁴⁷ **Source** : DUTHE (G.), HAZARD (A.), KENSEY (A.), « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population*, Vol. 69, 2014.

pénitentiaire intérimaire.⁴⁸

Les prisonniers font preuve d'une ingéniosité bouleversante quant aux moyens utilisés pour mettre fin à leurs jours. Le moyen le plus utilisé reste la pendaison. Dans certains cas, elle est utilisée comme un appel à l'aide ou comme un moyen de chantage. Ainsi les individus n'imaginent pas que cette stratégie fonctionnera, faisant abstraction de la réalité du risque. Mais la pendaison est une roulette russe, « *dans 90% des cas on y passe.* » selon le Docteur Catherine ADINS. En réalité, tout peut être utilisé. Il est intéressant de mentionner ici l'exemple du patient détenu ayant tissé des rubans avec son pyjama en papier anti-suicide et l'ayant caché dans les barreaux de son lit pour se suicider le moment venu ; mais également l'exemple du patient atteint de schizophrénie qui s'est déchiré l'estomac en mangeant des morceaux provenant de sa barquette de repas en aluminium. La strangulation et l'asphyxie avec des sacs plastique sont aussi régulièrement utilisées.

Selon le Docteur ADINS, « *90% des suicides se greffent sur un épisode dépressif.* ». L'intention de mettre fin à ses jours est très difficile à déceler car tous les cas de figure existent : soit on s'aperçoit d'une tristesse majeure, d'une réduction des mouvements, d'un isolement, soit le détenu ressent une délivrance suite à la prise de décision définitive, il va donc se relâcher et sembler heureux, voire euphorique.

Il faut vraiment faire très attention lorsqu'un suicide se produit car « *le suicide appelle le suicide.* »⁴⁹, c'est-à-dire que le suicide d'une personne détenue peut donner des idées à d'autres ou conforter une autre personne détenue hésitante à passer à l'acte. Il faut donc faire en sorte de préserver l'équilibre en détention.

Afin de prendre en charge, et de lutter implicitement contre l'ensemble des pathologies détectées au cœur des établissements pénitentiaires français, qu'elles soient de l'ordre du physique, de la psychologie ou de la psychiatrie, de nombreux organismes et praticiens entrent en jeu dans ce but.

48 cf. Annexes - Entretien avec Anass FRAIJI

49 cf. Annexes - Entretien avec Thierry GUILBERT

II. Instances et professionnels chargés de la prise en charge sanitaire en détention

L'État est le premier concerné par la prise en charge de la santé des personnes détenues. Il agit notamment par le biais de l'administration pénitentiaire et de l'administration hospitalière (A). En considération des besoins significatifs des prisonniers, les structures de soins se divisent en deux principaux groupes : les structures chargées de la prise en charge des soins somatiques (B) et celles concernant les soins psychologiques et psychiatriques (C).

A. L'État, quand les administrations pénitentiaire et hospitalière doivent coopérer

Ces deux administrations sont les garantes de la santé des personnes détenues, qui sont totalement dépendantes d'elles concernant leur parcours de soins et le suivi de leur état de santé. Ainsi, elles sont des actrices essentielles dans la vie des personnes incarcérées.

La coopération entre ces deux administrations est nécessaire au bon suivi de l'état de santé des personnes détenues et pour un bon accès aux soins. En effet, chacune a ses propres missions et son propre rôle à jouer.

Les agents de ces deux administrations sont obligés de coopérer. Romain CORBEAUX, cadre de santé de l'US du CP de Lille-Loos-Sequedin, indique que le résultat de la gestion de l'état de santé d'une personne détenue est, avant tout, « *un travail en collaboration* ». Les professionnels de santé exerçant pour l'administration hospitalière se chargent du suivi de l'état de santé et s'ils le jugent nécessaire, de la programmation des rendez-vous médicaux à l'extérieur. L'administration pénitentiaire sera, le cas échéant, chargée d'emmener le patient détenu à ce rendez-vous, à cette instance de soins pour une hospitalisation.

Les deux administrations travaillent main dans la main pour la protection de la santé des personnes détenues, mais aussi pour la protection de la vie de ces dernières. Par exemple, il est à savoir que des commissions pluridisciplinaires uniques spécialement réservées à la prise en charge du risque suicidaire en détention, dites CPU suicides, se tiennent avec différents services dans les établissements pénitentiaires. Ces commissions permettent à chaque participant de donner son avis sur le potentiel suicidaire d'une personne détenue. Ils peuvent décider de la mettre en isolement

avec cellule et effets adaptés (tenue anti suicide en papier, interdiction des objets coupants, meubles cloués au sol, cellule sans porte ou autre objet facilitant la pendaison), de le maintenir en isolement ou de l'en retirer.

Cependant, les deux administrations ont également des rôles bien définis, avec des prérogatives propres.

Concernant l'administration pénitentiaire, l'acteur principal reste le chef d'établissement. Thierry GUILBERT, chef d'établissement du CP de Lille-Loos-Sequedin, explique que sa contribution aux soins des personnes détenues dans son établissement consiste à fournir des locaux adaptés aux praticiens sanitaires et « *à faire en sorte que leurs patients leur arrivent le plus rapidement possible.* » De fait, l'administration pénitentiaire est chargée des mouvements en détention. Ainsi, si l'US leur indique qu'un détenu en particulier doit se présenter à une date et heure déterminées, elle doit se donner les moyens pour accompagner le détenu au rendez-vous dans les locaux de l'US.

Concernant les locaux à fournir, ces derniers doivent normalement respecter des normes de superficie. Dans les faits, il est rare de trouver des locaux d'US qui respectent ces normes : les locaux sont souvent peu adaptés en raison de salles d'attente minuscules et/ou insalubres ainsi que de bureaux de consultations trop exigus.

L'administration pénitentiaire peut aussi attirer l'attention du personnel médical sur le cas d'un prisonnier qui semblerait souffrant ou instable. Elle est constamment en relation avec les services médicaux, que ce soit l'US, l'UHSI, l'UHSA ou toute autre instance de soins. Mais le rôle de l'administration pénitentiaire est limité : ainsi, le chef d'établissement n'est pas compétent en terme d'admission dans un établissement de santé extérieur ; il n'est pas décideur quant au choix de l'instance. C'est toujours un professionnel de santé qui assume la décision d'orientation. L'administration pénitentiaire se charge simplement d'emmener le patient détenu vers cette instance de soin si le médecin a décidé de l'y envoyer.

L'administration hospitalière doit, quant à elle, fournir l'équipement médical ainsi que le personnel de santé exerçant au sein de l'US. Il est à rappeler que ces derniers ne sont pas soumis à la hiérarchie de l'administration pénitentiaire. Cette modification est apparue dans un souci de faire bénéficier la population pénale de soins équivalents à la population générale en termes de qualité et de continuité des soins, à la suite de plusieurs constats alarmants concernant l'état des prisons françaises, constats qui ont été répertoriés dans des ouvrages ou des rapports⁵⁰. Ce transfert de

⁵⁰ cf. VASSEUR (V.), Médecin-chef à la prison de la santé, Paris, Le Livre de Poche, 2000, 215 pages ; CABANEL (G.-P.), HYEST (J.-J.), « Prisons : une humiliation pour la République », 2000, 223 pages ; FLOCH (J.), MERMAZ

hiérarchie fut bénéfique pour l'accès aux soins des personnes détenues. Des évolutions positives au niveau de la prise en charge médicale en prison ont ainsi été garanties.

Les professionnels de santé, notamment le médecin traitant, décident du parcours de soins du détenu et, si nécessaire, l'instance de soin dans laquelle il sera pris en charge : UHSI, UHSA, hôpital de proximité, voire nulle part s'il estime que le patient détenu n'a pas besoin d'une quelconque hospitalisation.

Chaque établissement pénitentiaire est rattaché à une structure hospitalière. Par exemple, le CD de Bapaume est rattaché au centre hospitalier (CH) d'Arras. Par cette désignation, la structure hospitalière est tenue de doter les locaux de l'US en équipement et matériels médical et paramédical et d'assurer la maintenance de cet équipement.

Dans l'administration hospitalière, l'agence régional de santé (ARS) apparaît comme un acteur primordial. À l'instar des établissements de santé destinés à accueillir la population libre, les agents de l'ARS sont tenus de veiller au bon fonctionnement des instances de soins et au bon accès aux soins en détention. Elle a également un rôle de contrôle. À ce titre, l'article D. 348-1 du CPP dispose que « [...] *les services des agences régionales de santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Ces services contrôlent à l'intérieur des établissements pénitentiaires l'exécution des lois et règlements se rapportant à la santé publique et effectuent toutes vérifications utiles à leurs missions.* »

Le directeur général de l'ARS est un acteur prépondérant. En premier lieu, il désigne pour chaque établissement pénitentiaire l'hôpital de proximité chargé de dispenser les soins courants, l'accueil et le traitement des urgences. En effet, selon l'alinéa 3 de l'article 46 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, « *un protocole signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans les établissements pénitentiaires, afin de garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.* »

Le directeur général de l'ARS doit également veiller à coordonner l'action de prévention et d'éducation pour la santé en détention.

Il peut aussi être amené à prendre des décisions pour protéger les personnes détenues contre elles-mêmes. Par exemple, l'ARS a demandé d'enlever les portes de salle de bain à l'UHSA de

(L.), « Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises », 2000, 325 pages.

Seclin en raison de leur utilisation dans les pendaisons de six patients.

Lors de la crise sanitaire de la Covid-19, l'ARS a eu un rôle dans la gestion de cette crise pour les établissements pénitentiaires. En effet, c'est elle qui décide quel établissement est cluster et elle lève ce statut une fois que les contaminations se sont arrêtées. La préfecture donnait des consignes à respecter aux chefs d'établissement, qui provenaient directement de l'ARS. Cette dernière donnait les informations provenant du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Néanmoins, on peut faire face à une notion d'incompatibilité entre la manière de faire et la culture de l'administration pénitentiaire et celles de l'administration hospitalière. La pratique quotidienne, dans certaines situations, semble démontrer une méfiance mutuelle qui peut potentiellement nuire à l'intérêt du patient.

Le rôle fondamental de l'État dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues a pu être souligné à de nombreuses occasions par la CEDH ; elle a rappelé que le devoir de soigner une personne malade au cours de sa détention impose à l'État les obligations particulières de veiller à ce que le détenu soit capable de purger sa peine, de lui administrer les soins médicaux nécessaires et d'adapter, le cas échéant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé.⁵¹ Dans ce sens, le Défenseur des Droits a rappelé ce principe dans un de ses bilans. En effet, il y déclare que les « *personnes privées de liberté et placées sous l'autorité de l'administration pénitentiaire étant particulièrement vulnérables, les États ont le devoir de les protéger.* »⁵²

La ConvEDH revêt une importance particulière dans la défense des intérêts des personnes détenues, et notamment concernant leur état de santé. Ainsi, l'article 3 de la ConvEDH⁵³ est très souvent utilisé lors des condamnations des pays signataires quant aux conditions de détention des prisonniers. Cet article impose aux États signataires de s'assurer que toute personne détenue vive dans des conditions compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis.⁵⁴ Avec cet article, la

51 cf. CEDH, 11 juillet 2006, *Aff. Rivière c. France*, n°33834/03.

52 **Source** : DDD, « Bilan du Défenseur des droits auprès des personnes détenues, Bilan 2000/2013 », 2013, 101 pages.

53 L'article 3 de la ConvEDH énonce que « *nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.* »

54 cf. CEDH, 26 octobre 2000, *Aff. Kudla c. Pologne*, n°30210/96.

CEDH souligne de manière constante la primauté du respect de l'être humain ainsi que l'exigence de prise en charge effective de la santé des prisonniers. Même si elles n'ont pas de force contraignante, les décisions de la CEDH doivent être comprises par les États signataires, qui devront agir au mieux pour instaurer des mesures qui permettront de gommer les manquements condamnés par la Cour.

L'État est donc un acteur primordial quant à l'organisation du parcours de soins et à la prise en charge de la santé des prisonniers. Compte tenu des multiples pathologies somatiques décelées chez une grande partie de ces derniers, l'administration hospitalière est notamment chargée de prendre en charge les pathologies somatiques par l'intermédiaire d'un nombre varié de structures.

B. La pluralité des instances réservées aux soins somatiques

D'emblée, il faut préciser qu'il y a trois niveaux d'intervention dans l'organisation des soins en détention.

Le niveau 1 se compose essentiellement des soins ambulatoires à l'UCSA, des actes de médecine générale et de psychiatrie, de certaines consultations spécialisées (dentiste, gynécologique, kinésithérapie) et des examens laboratoire et radiologie. Les actes de soins de niveau 1 ne nécessitent pas d'hospitalisation.

Ensuite, il y a les soins de niveau 2, c'est-à-dire les soins nécessitant une hospitalisation courte ou partielle. Il est question des soins somatiques pris en charge dans le service concerné au sein de l'établissement de rattachement. En psychiatrie, les soins de niveau 2 seront pris en charge par le service médico-psychologique régional (SMPR).

Enfin, les soins de niveau 3 représentent les soins nécessitant une hospitalisation en temps complet. Le niveau 3 est activé lorsque les actes de soins de niveau 2 ne semblent pas suffisants. Ici, les structures en charge de ce niveau sont l'UHSI pour les soins somatiques et l'UHSA pour les soins psychologiques et psychiatriques.

La structure la plus essentielle dans le suivi du parcours de soins des personnes détenues reste l'USMP, l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire. L'USMP est appelée unité sanitaire (US) dans le langage courant professionnel. Elle remplace l'appellation UCSA, l'unité de consultation et de soins ambulatoires, en 2012.

Une USMP est située dans chaque établissement. Elle remplit en quelque sorte le même rôle qu'une infirmerie dans un établissement scolaire. Elle est d'autant plus importante pour les prisonniers que le ou les médecins présents dans l'US peut ou peuvent être considérés comme les médecins traitants des personnes détenues. Cette unité est sous la tutelle de l'administration hospitalière depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Les praticiens exerçant en son sein ne sont plus sous la tutelle de l'administration pénitentiaire depuis cette loi. Son rôle consiste à prodiguer des consultations de médecine générale, ainsi que de prescrire des médicaments et/ou des traitements réguliers.

Cela dépend des établissements pénitentiaires, mais divers spécialistes médicaux sont susceptibles d'intervenir dans le parcours de soins des prisonniers. En effet, la loi impose aux établissements pénitentiaires de dispenser des « *soins courants et éventuellement spécialisés* »⁵⁵. Les soins spécialisés peuvent être organisés de manière régulière ou ponctuelle dans les locaux de l'USMP. Les consultations spécialisées les plus fréquentes sont de l'ordre de l'ophtalmologie, de la dermatologie, de la chirurgie dentaire, de l'addictologie, de la cardiologie ou de la gynécologie obstétrique. Le nombre de spécialistes intervenant diffère énormément d'un établissement pénitentiaire à un autre. Par exemple, les détenus font souvent face à un manque de consultations de chirurgie dentaire alors que la demande est très élevée au sein de la population carcérale. De manière générale, l'accès aux spécialistes reste difficile et les délais d'attente sont parfois très longs. Pour pallier ces difficultés, le Code de procédure pénale prévoit notamment des permissions de sortie pour raison de présentation à une structure de soins. Elles restent rarement accordées.

Pour prendre rendez-vous à l'US, la personne détenue a la possibilité de se procurer auprès des agents pénitentiaires des formulaires en papier, appelés requêtes. Il va cocher le service qu'il souhaite solliciter, ici l'US, et va écrire le motif de sa demande. Il placera le cas échéant cette requête dans l'équivalent d'une boîte aux lettres située en détention. Il devra enfin attendre d'être recontacté par l'US par le biais d'une convocation.

Comme pour le reste de la population libre, les CH et les CHU jouent également un rôle primordial dans l'accès aux soins des personnes détenues. En effet, à chaque établissement pénitentiaire est rattaché un établissement sanitaire de référence, appelé établissement de

55 Ces termes sont notamment utilisés à l'article R. 6111-36 du Code de la santé publique : « [...] *les conditions dans lesquelles les personnels de l'établissement de santé assurent l'examen systématique des détenus arrivant dans l'établissement pénitentiaire et dispensent à ceux-ci des soins courants et, éventuellement, spécialisés, notamment sous forme de consultations ; [...]* »

rattachement. Ces derniers sont, comme évoqué précédemment, désignés par le directeur général de l'ARS compétente. Ils interviennent surtout pour des actes de soins de niveau 2.

Des secteurs spécialement réservés aux soins prodigués et à l'hospitalisation des personnes détenues sont prévus : il s'agit de chambres d'hospitalisation spécifiques avec une garde pénitentiaire devant la porte de chambre du patient détenu durant toute la durée de sa consultation ou de son hospitalisation.

Les rendez-vous médicaux organisés à l'extérieur se tiennent ainsi dans ces établissements sanitaires de rattachement. Par exemple, une personne détenue au CD de Bapaume sera envoyée vers le CH d'Arras si son état de santé nécessite une hospitalisation de moins de 48h, alors qu'une personne détenue au CP de Lille-Loos-Sequedin sera envoyée à l'UHSI de Lille, son établissement de rattachement.

Les UHSI sont chargées des actes de soins de niveau 3. On retrouve huit UHSI en France : Nancy, Lille, Lyon, la Pitié Salpêtrière, Marseille, Bordeaux, Toulouse et Rennes.

Il s'agit de structures de soins placées sous surveillance de l'administration pénitentiaire mais qui demeurent sous la tutelle de l'administration hospitalière puisque les praticiens y exerçant proviennent de cette administration. Leur compétence est de l'ordre médico-chirurgical, c'est-à-dire que les actes de soins prodigués concernent à la fois la médecine mais aussi la chirurgie. En effet, l'UHSI est compétente pour réaliser des opérations chirurgicales comme la tumorectomie⁵⁶. De manière plus générale, les UHSI sont des unités de médecine polyvalente où l'on soigne presque toutes les pathologies somatiques.

Les UHSI accueillent des majeurs et mineurs détenus adressés par le médecin traitant de l'US. Elles sont réservées aux séjours de plus de 48h. Chaque UHSI est limitée à un ressort particulier. En effet, une UHSI accueille des détenus présents dans une interrégion pénitentiaire dédiée.

Les chambres des patients détenus sont fermées jour et nuit : les personnes détenues ne peuvent pas se déplacer comme elles le souhaitent, contrairement à la détention en régime portes ouvertes⁵⁷. Il peut donc être très difficile pour certaines personnes détenues d'accepter de se rendre à l'UHSI, notamment quand l'hospitalisation prévue est longue. Ces chambres sont équipées de larges œillères pour permettre aux professionnels de santé de regarder à l'intérieur et les fenêtres sont revêtues de barreaux.

⁵⁶ La tumorectomie désigne l'opération chirurgicale visant à ablater une tumeur.

⁵⁷ Deux régimes d'incarcération sont possibles. D'une part, le régime porte fermée où le prisonnier ne sera pas entièrement libre de ses mouvements en détention et sera enfermé en cellule durant la majeure partie de la journée ; et d'autre part, le régime porte ouverte où la personne détenue pourra se déplacer librement dans son bâtiment de détention de l'ouverture de sa cellule le matin jusqu'à sa fermeture le soir.

Pour se rendre dans une l'UHSI, le prisonnier doit faire une requête afin d'obtenir une consultation avec le médecin de l'US. Il sera ensuite convoqué par ce dernier. Le médecin décide de l'orientation du détenu : soit il juge que son cas devrait se régler rapidement et il l'envoie dans l'hôpital de proximité pour une hospitalisation de moins de 48h, soit il considère que son cas est assez lourd et il l'envoie à l'UHSI. Dans ce dernier cas, le praticien prendra contact avec l'UHSI pour leur adresser le patient détenu.

L'UHSI de Lille a été le deuxième à ouvrir ses portes en 2004. La population accueillie est majoritairement masculine, au vu du faible nombre de femmes détenues dans la région des Hauts-de-France. Elle accueille très rarement des mineurs : l'âge des personnes hébergées vacille entre 18 et 90 ans.

L'UHSI de Lille est spécialisée dans la cancérologie par besoin, selon le Docteur GRIMOPONT, car la population carcérale « *cumule les facteurs de risques* ». C'est la première utilité de l'UHSI de Lille puisque la cancérologie représente 40% de l'activité de l'établissement. Tous les cancers sont traités, mais très peu de cancers féminins comme le cancer du sein ou du col de l'utérus.

Le grand problème de cette UHSI consiste en ce que les patients détenus ne peuvent pas se déplacer comme ils le souhaitent, ce qui génère régulièrement des incompréhensions plus ou moins agressives. Il s'agit du dernier UHSI à avoir un fumoir. C'est une dérogation, mais les patients refusent de s'y rendre s'ils savent qu'ils ne pourront pas fumer autant qu'ils le souhaitent pendant le temps de leur hospitalisation. L'UHSI de Lille autorise aux patients de fumer quatre cigarettes par jour.

Il n'y a aucune cours de promenade, ce qui signifie qu'un patient qui ne fume pas ne sort jamais de sa chambre durant toute son hospitalisation à l'UHSI, la durée moyenne étant de 6 à 7 jours. Néanmoins, cette durée ne représente que « *1/3 des patients* ». Le reste des hospitalisations sont longues, voire très longues car il est question de soins palliatifs ou d'actes de cancérologie. L'UHSI de Lille prodigue des soins palliatifs : les professionnels de santé disposent d'un lit fléché « *soins palliatifs* » reconnu par l'ARS. Ils travaillent avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Lille.

Loin d'être les seuls soins proposés aux personnes détenues, les soins somatiques doivent souvent être accompagnés de soins psychologiques, voire psychiatriques au regard des troubles profonds décelés chez eux.

C. Les instances réservées aux soins psychologiques et psychiatriques, des structures revêtues d'une importance capitale

En raison du nombre très important de personnes détenues atteintes de dégradations mentales, les instances de soins chargées de la prise en charge psychologique et psychiatrique sont particulièrement essentielles au sein du milieu carcéral. Dans ce but, plusieurs structures et catégories de professionnels de santé sont prévues pour assurer cette prise en charge spécifique.

En premier lieu, comme pour les soins somatiques, l'US joue un rôle essentiel. Cette unité, qui se trouve donc directement dans l'établissement, contient dans la majorité des cas des psychologues et des psychiatres. Ils travaillent dans le cadre de l'administration hospitalière, comme les médecins et infirmiers. Ils ont un plan d'actions variées et leur fiche de poste est large. Ils peuvent agir sur un certain nombre de problématiques : ils travaillent avec les personnes incarcérées surtout sur le passage à l'acte, la conscience de soi et des autres, l'empathie ressentie pour les victimes. Si les patients sont des auteurs d'infractions sexuelles, les notions de consentement sont abordées, ainsi que celles du rapport au corps, de la sexualité. Ce travail est également destiné aux personnes ayant commis des actes de pédophilie : l'attirance pour les enfants est discutée ainsi que ses causes, et la façon de la gérer à la sortie de la détention.

Les psychiatres peuvent proposer des traitements pour les troubles psychiatriques comme la schizophrénie ou le comportement bipolaire, pathologies souvent détectées dans les prisons.

En dehors du cadre de compétences de l'administration hospitalière, l'administration pénitentiaire est dotée de psychologues « parcours d'exécution de peine » (psychologues PEP). Ils dépendent et agissent pour l'administration pénitentiaire. Leur principale mission est d'évaluer le parcours de peine des personnes détenues en leur demandant comment ils investissent leur détention. Ils peuvent aussi leur proposer des pistes, des orientations, des chemins de réflexion vis-à-vis de la peine à purger. Toutefois, comme dans toutes relations humaines, des liens de confiance peuvent vite se créer entre le patient détenu et son psychologue PEP. Il peut arriver que le psychologue PEP « sorte de sa fiche de poste » pour proposer un suivi plus régulier aux personnes détenues qui le souhaitent afin de discuter de choses qui n'ont rien à voir avec la peine : passage à l'acte, ressentis, regrets et remords, vie en détention, santé mentale, *etc.* Cela pourra dépendre du ressenti de la personne détenue concernée, si elle se sent plus à l'aise avec le psychologue PEP que les psychologues à l'US, si elle souhaite entreprendre un suivi pour discuter d'autres sujets que ceux

abordés avec les psychologues de l'US.

Un décret en date du 14 mars 1986 vient créer les services pénitentiaires médico-psychologiques régionaux (SMPR). Leurs missions principales est de dépister les troubles psychologiques et psychiatriques, de mettre en œuvre les traitements psychiatriques, de s'occuper du suivi psychiatrique et psychologique, de lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie et de coordonner les soins vis-à-vis des établissements pénitentiaires. Il est plutôt question d'intervention de niveau 2.

L'UHSA est probablement l'institution la plus importante concernant les personnes détenues les plus lourdement atteintes sur le plan psychologique ou psychiatrique. Elle intervient pour les situations nécessitant des soins de niveau 3, c'est-à-dire le plus élevé. Elle va accueillir les patients prisonniers subissant des troubles graves qui nécessitent une hospitalisation longue et complète, de jour comme de nuit. Il y a neuf UHSA opérationnelles en France : Bron, Seclin, Marseille, Toulouse, Nancy, Villejuif, Fleury-les-Aubrais, Rennes, Cadillac.

Néanmoins, il faut mentionner le fait que les UHSA ne doivent pas être confondues avec les unités pour malades difficiles (UMD) car les UHSA n'ont pas vocation à accueillir les patients qui présentent un caractère violent et/ou agressif. Les UMD interviennent dans la prise en charge des patients détenus qui présentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui et qui se comportent de manière violente.

Afin de mieux visualiser le fonctionnement d'une UHSA, il est intéressant de prendre l'exemple de l'UHSA de Seclin, qui est rattachée au CHU de Lille. La professionnelle de santé en charge de sa gestion est le Docteur Catherine ADINS. Le territoire géographique d'intervention est très étendu puisqu'il regroupe toute la région des Hauts-de-France, de Rouen jusqu'à Beauvais. Au total, 16 ou 17 établissements pénitentiaires de cette zone sont du ressort de l'UHSA de Seclin. Elle regroupe 60 lits.

Lors de sa mise en place, il a été décidé de mettre l'accent sur la prévention au suicide au vu du nombre très important de personnes détenues présentant des comportements et/ou des idées suicidaires : 2/3 des personnes hospitalisées à l'UHSA de Seclin présentent un risque suicidaire élevé.

Il y a trois unités : une unité mixte (mixte, 18 lits), une unité qui accueille les personnes hospitalisées sans consentement (uniquement pour les hommes, 18 lits), et une unité pour les hospitalisations plus longues en raison de pathologies chroniques (mixte, 24 lits). La durée

moyenne passée dans cette unité oscille entre 26 et 28 jours. Pourtant, certaines personnes détenues y demeurent des années. Cette UHSA prend en charge environ 600 personnes par an ; tous les lits sont toujours occupés.

Le profil sociologique des patients détenus accueillis est intéressant à mentionner. Les patients détenus sont âgés en moyenne de 20 à 30 ans, ils sont donc pour la plupart jeunes et sont en majorité des femmes. On retrouve beaucoup de schizophrènes et de personnes atteintes d'états dépressifs sévères. Les personnes prises en charge à l'UHSA de Seclin nécessitent une surveillance constante à cause de leur vulnérabilité face aux idées suicidaires. Sur place, un interne de garde, un senior en astreinte, une équipe 24h/24h composée d'une cinquantaine d'infirmiers, de 9 praticiens hospitaliers et de 9 internes sont mobilisés.

Le Docteur ADINS a pour objectif de faire en sorte que l'UHSA ressemble le plus possible à un hôpital, pas à une prison. Pour cela, de nombreux ateliers thérapeutiques sont proposés aux patients : cuisine, musique, sport, médiation animale, art, *etc.*

Un fumoir est présent dans chaque unité. Certains patients refusent de se rendre à l'UHSA s'ils savent qu'ils ne pourront pas fumer entre 20h et 8h du matin en raison de la fermeture des portes.

Outre les structures « nationales », implantées sur tout le territoire français, d'autres acteurs ont vu le jour pour la prise en charge de la santé mentale des détenus. Au niveau régional, il est possible de citer deux exemples : l'URSAVS et l'EMOT.

L'équipe mobile transitionnelle, EMOT, voit le jour en septembre 2020, sous l'impulsion du CHU de Lille. Il s'agit d'une équipe mobile qui accompagne les personnes détenues sortantes et atteintes de troubles mentaux. Ce dispositif est financé par l'ARS Hauts-de-France pour une durée de 3 ans, de septembre 2020 à septembre 2023. L'EMOT a un rôle de relais, de passage, mais surtout de transition entre le dedans et le dehors.

Au bout de 10 mois de fonctionnement, un total de 32 personnes ont pu bénéficier de l'accompagnement proposé par l'EMOT. « 3 ont été réincarcérées, 6 personnes perdues de vue, nous ne déplorons aucun suicide ou overdose » explique Tatiana SCOUFLAIRE, co-fondatrice de l'EMOT.⁵⁸

Ce type d'innovation est particulièrement important car les semaines suivant la sortie d'un prisonnier sont cruciales, et c'est encore plus le cas pour les personnes qui bénéficiaient d'un suivi psychologique et/ou psychiatrique tout le long de leur détention. Ainsi, il y a quatre fois plus de

58 Source : PETITOT (P.), « Soins, des psys font le lien à la sortie », *Dedans-Dehors*, n°111, juin 2021.

risque de se suicider les deux premières semaines de libération. Parfois, l'EMOT tient à rencontrer la famille du patient détenu concerné afin de tenter d'expliquer les troubles de ce dernier. Le but est de l'accompagner au mieux et lui proposer un suivi personnalisé selon ses propres conditions afin que le passage entre l'incarcération et la libération soit le plus facilité possible.

Cette équipe mobile n'a pas vocation à instaurer un suivi régulier sur le long terme. Néanmoins, le fait d'être suivi et conseillé durant les semaines succédant la libération est réellement important pour la réinsertion de la personne détenue.

Dans la région lilloise, il existe également une tierce unité à l'attention de patients détenus spécifique. Il s'agit de l'unité régionale de soins aux auteurs de violences sexuelles (URSAVS). Cette dernière a vocation à prendre en charge la santé mentale des auteurs d'infractions sexuelles. C'est une unité spécialisée dans la prise en charge des pathologies psychiatriques liées aux déviances sexuelles. Cette unité est située dans les locaux du CHU de Lille et elle accueille des patients entre 16 et 75 ans. Elle est particulièrement importante pour les personnes détenues condamnées pour des affaires de mœurs, c'est-à-dire pour des viols, agressions sexuelles, actes incestueux, pédophilie, au vu de la spécificité de leur profil et de l'objet de leur condamnation. Les professionnels de santé intervenant à l'URSAVS ont donc pour rôle d'apporter des actes de soins, mais également un rôle préventif. En effet, leur prise en charge est censée contribuer à la prévention de la commission de nouveaux actes sexuels délictueux par leurs patients.

Pour conclure, une large gamme de dispositifs sont prévus dans la prise en charge de la santé mentale des patients détenus, favorisant indéniablement l'amélioration ou au moins la stabilisation de leur état de santé général.

Les obstacles inhérents à la détention rendent, cependant, l'application des règles de droit très complexe. La prise en charge de l'état de santé des personnes détenues subit directement les différents dysfonctionnements remarqués au cœur du régime de la détention.

Au vu des informations présentées dans la partie précédente, la réalité du monde carcéral semble difficilement conciliable avec le respect des divers droits en matière de santé et de la dignité des personnes détenues.

PARTIE 2 | ÉCUEILS ET MANQUEMENTS AUX DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ, LA TERNE RÉALITÉ DU MILIEU CARCÉRAL

Les droits en matière de santé sont prévus par un volume substantiel de textes de loi, de dispositions codifiées. Aucun texte ne prévoit une limitation quelconque à l'encontre des droits en matière de santé des personnes incarcérées : il faut en déduire qu'elles jouissent de droits semblables à ceux de n'importe quel citoyen français. Toutefois, la réalité pénitentiaire n'est pas compatible avec une application parfaite et absolue de ces droits. Il paraît factuellement complexe de concilier les prérogatives inhérentes au régime de la détention avec le respect des obligations sanitaires prévues pour les prisonniers (I).

L'organisation des établissements pénitentiaires, et plus généralement du système carcéral, est globalement inadaptée aux exigences relatives aux soins à l'égard des personnes incarcérées. Outre cette inadaptation organisationnelle, l'institution carcérale n'est pas, à l'heure actuelle, assez sensibilisée aux problématiques liées à la santé des personnes détenues et au respect absolu de leurs droits en la matière. Ces carences ont pour résultat une organisation interne bancale et violatrice des dispositions légales au sein de la majorité des établissements pénitentiaires (II).

« Qu'est-ce qu'on est devenus, nous tous, les Français, pour nous être habitués à ça ? [...] Les journalistes, les citoyens, les magistrats, les gouvernants, tout le monde. Mais qu'est-ce qu'on est devenus, qu'est-ce qu'il s'est passé pour qu'on néglige, qu'on laisse faire ? »

(Dominique SIMONNOT, le 13 juillet 2021)

I. Droits des personnes détenues en matière de santé, synonymes de violations et d'irrespect

En raison de leur désocialisation sanitaire et sociale⁵⁹, la majorité des personnes détenues ne sont pas pleinement informées des droits qu'elles possèdent, particulièrement lorsque ces derniers sont relatifs à leur état de santé et sa prise en charge. Ils sont alors en incapacité de constater que diverses exigences ne sont pas pleinement respectées lors de leur incarcération.

Au vu du régime de la détention, beaucoup de droits sont mal appliqués, voire violés. Les droits les plus mis à mal sont, selon cette étude, le secret médical (A), la qualité et la continuité des soins (B) ainsi que le droit à un environnement sain (C).

A. Le secret médical, un principe constamment remis en cause au cœur des murs de prisons

Le secret médical n'est pas uniquement un droit pour les personnes à l'extérieur : c'est également un droit alloué aux prisonniers, que l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière se doivent de respecter. En effet, l'article 45 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire dispose très explicitement que « *l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation [...]* ».

Ce secret médical concernant les informations sanitaires des personnes détenues est, en outre, protégé. Par exemple, par un jugement en date du 15 janvier 2019⁶⁰, le Tribunal administratif de Nantes est venu rappeler que le droit au secret médical est opposable au personnel pénitentiaire. Dans cette affaire, une personne détenue demandait la réparation du préjudice moral qu'il aurait subi du fait des conditions dans lesquelles il avait effectué ses extractions pour raison médicale. De plus, le personnel pénitentiaire était présent lors des consultations médicales. Ainsi, le Tribunal a déclaré que « *M. X est fondé à soutenir qu'en s'abstenant de permettre le respect de la confidentialité de la consultation médicale à laquelle il avait droit, l'administration pénitentiaire a commis une faute de nature à engager sa responsabilité.* »

59 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

60 cf. Tribunal administratif de Nantes, 15 janvier 2019, *M. A...*, n° 1610714.

De surcroît, afin de protéger ce droit, le patient détenu et le professionnel de santé doivent être seuls dans le lieu de consultation. Des règles de sécurité sont à respecter : par exemple, il existe des pédales sous le bureau pour permettre au professionnel de sonner l'alarme s'il se sent en danger. Grâce à ce système, les surveillants pénitentiaires n'ont pas besoin d'être présents dans la salle de consultation. Ce dispositif a le mérite de ménager l'égalité de traitement face au secret médical entre les personnes détenues et les personnes libres.

Si le secret médical est juridiquement bien protégé, la pratique ne suit pas forcément. Le respect du secret médical reste compliqué en détention. Un nombre non négligeable de personnes détenues ne sont pas alphabétisées. Elles sont donc obligées de demander de l'aide à des surveillants ou des codétenus pour écrire leurs requêtes afin de bénéficier d'une consultation à l'US. L'obligation de respecter le secret médical n'apparaît pas dans le livret d'accueil fourni aux détenus. Sans omettre que certains profils sont limités intellectuellement, voire inadaptés à la vie en société. Personne ne leur explique ce droit pourtant capital.

On peut également aborder le cas des personnes détenues ne parlant pas, peu ou mal la langue française. Des interprètes peuvent être prévus, mais en pratique, il est très difficile d'y avoir accès. C'est souvent un codétenu ou un surveillant pénitentiaire qui fait office d'interprète. L'établissement de santé de proximité ne prévoit pas forcément de convention avec un organisme d'interprétariat. Toutes ces situations sont violatrices du secret médical.

De plus, tous les patients détenus se croisent dans la seule salle d'attente existante où un ou plusieurs surveillants pénitentiaires sont présents. Il est aisé pour ces surveillants d'entendre ce que les professionnels de santé disent, de comprendre certains motifs de consultation et de voir ce qu'ils prescrivent en termes de médicaments.

Concernant les médicaments, leur distribution aux personnes incarcérées peut aussi être source de violation du secret médical. Normalement, elle est réalisée par un infirmier ou un médecin dans les locaux de l'US. Cependant, elle est susceptible de se faire directement dans les cellules. Dans ce cas, elle est toujours accompagnée de surveillants pénitentiaires qui reconnaissent assez rapidement les médicaments donnés par les professionnels de santé. Anass FRAJJI, infirmier pénitentiaire en intérim, explique que « *parfois, ce sont les gardiens qui donnent les traitements directement.* »⁶¹ Mais ils n'ont pas le choix car les professionnels de santé ne sont pas en nombre

61 cf. Annexes - Entretien avec Anass FRAJJI.

suffisant pour le faire. De plus, les horaires de dispensation des traitements de substitution aux opiacés (TSO)⁶² sont connus de tous, même des surveillants pénitentiaires. Tout se sait : les gardiens savent quand les personnes détenues prennent de la méthadone et ils savent parfaitement pour quelles raisons.

Dès leur entrée en détention, le secret médical peut être violé. Lors de leur arrivée, les personnes détenues passent en audience arrivant. Cette dernière signifie que les arrivants effectuent plusieurs entretiens individuels avec des membres de l'administration pénitentiaire. Il est question du responsable du travail, d'un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP), du chef d'établissement ou son adjoint, *etc.* Il leur est demandé s'ils ont des problèmes de santé particuliers lors de ces entretiens. Les personnes détenues arrivantes se sentent obligés de répondre. Après l'entretien, le personnel pénitentiaire écrit un résumé de l'entretien sur GENESIS, le logiciel officiellement utilisé par l'administration pénitentiaire pour recenser les dossiers des différentes personnes détenues. Ainsi, tous les personnels ayant accès à cette plate-forme peuvent avoir connaissance des problèmes de santé que la personne détenue aurait pu partager lors des entretiens, alors même qu'il ne s'agit pas de personnels soignants ou professionnels de santé. Le système GENESIS représente une entrave considérable au secret professionnel et à l'indépendance des médecins et des soignants puisque les agents pénitentiaires y ont également accès.

Les agents pénitentiaires, quels qu'ils soient, peuvent violer le secret médical dans différentes circonstances. Lors des CPU, même si les membres de l'US ne sont pratiquement jamais présents, des membres de l'administration pénitentiaire sont au courant des problèmes de santé des personnes détenues et peuvent les exposer lors de ces réunions pluridisciplinaires.

Il est important d'ajouter que chaque agent pénitentiaire possède une boîte mail professionnelle. Le bureau de gestion de la détention (BGD) ainsi que d'autres membres de l'administration pénitentiaire sont destinataires des avis d'admissions en UHSI et UHSA des personnes détenues, dans lesquels sont consignés les motifs du rendez-vous médical ou de l'hospitalisation (bilan diabète, anesthésie, bloc traumatologique, *etc.*).

En cas d'urgence médicale, le prisonnier n'est pas en contact direct avec un professionnel de santé mais avec les surveillants. Il en va de même pour les soins courants : il va remettre une

62 Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) se composent de trois produits autorisés : la méthadone, la buprénorphine haut dosage et le suboxone. Il s'agit de médicaments qu'il faut administrer au consommateur addict. Ces médicaments ont une activité pharmacologique similaire au produit addictif et aident donc à la diminution de l'addiction. Ce type de traitement est notamment utilisé pour les addictions à l'héroïne.

demande écrite sous forme de requête pour solliciter une consultation à l'US⁶³.

Une autre entorse au secret médical peut survenir lorsque les consultations médicales sont réalisées dans des bureaux non insonorisés, qui ne sont pas destinés à l'origine pour les examens médicaux. Les surveillants pénitentiaires ont alors la possibilité d'entendre et de comprendre pour quelles raisons la personne détenue se rend auprès du médecin ou d'un spécialiste.

En conclusion, les personnes détenues n'ont plus aucune vie privée à partir du moment où elles entrent en détention, et cela vaut en particulier pour leur état de santé. N'importe quel membre de l'administration pénitentiaire peut avoir accès à tous les aspects de la vie d'une personne, savoir où elle se trouve et pour quelles raisons. Ce n'est donc pas du tout comme à l'extérieur où seuls les professionnels concernés et l'individu ne sont informés du suivi médical.

L'irrespect du secret médical peut entraîner de lourdes conséquences en détention. En effet, si une personne détenue est, par exemple, atteinte du VIH et que cette nouvelle se propage dans la prison, cela peut provoquer du rejet, du mépris et/ou de la discrimination de la part des codétenus.

Nonobstant les violations citées ci-dessus, il serait opportun de remodeler la notion du secret médical compte tenu du caractère spécifique de la détention. Les membres de l'US pourraient communiquer les éléments strictement nécessaires au bon suivi médical de la personne détenue en question, notamment concernant son suivi psychologique, à certains membres de l'administration pénitentiaire, sous réglementation stricte. Il est question ici du psychologue PEP, qui pourrait mieux se positionner quant au suivi psychologique à apporter à la personne détenue, ou du CPIP référent de la personne concernée. Ce dernier peut aider à trouver des solutions adéquates pour la sortie du patient détenu, par exemple dans un EHPAD adapté à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

À l'évidence, ce partage d'informations devra toujours se faire avec le recueil du consentement préalable de la personne détenue ou de son tuteur si elle est en incapacité de donner son consentement. Cette mesure doit se mettre en œuvre dans le sens du « travailler ensemble pour accompagner au mieux » les personnes incarcérées, non pour le simple fait de recueillir des informations strictement personnelles.

63 Source : DDD, « Bilan du Défenseur des droits auprès des personnes détenues, Bilan 2000/2013 », 2013, 101 pages

Outre les carences relatives au droit fondamental qu'est le secret médical, d'autres droits souffrent d'une application non effective dans les prisons françaises. Il s'agit notamment de la qualité et de la continuité des soins.

B. La qualité et la continuité des soins, des exigences complexes à respecter

Comme le rappelle l'alinéa 2 de l'article 46 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire, « *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. [...]* » Malgré l'état d'incarcération des patients, ceux ci doivent pouvoir bénéficier des mêmes soins, avec qualité équivalente, ainsi que d'une continuité satisfaisante des soins. Et ce, sans tenir compte du fait qu'ils soient enfermés dans un établissement pénitentiaire.

Il est vrai que la qualité et la continuité des soins en détention ont favorablement évolué entre la fin des années 1990 et la fin des années 2000. Toutes ces mesures positives ont donné lieu à des avancées non-négligeables pour la santé des personnes détenues en France. La prison peut désormais être synonyme d'amélioration pour la personne détenue si l'on prend, par exemple, en compte le dépistage des éventuelles pathologies, la gratuité des soins jusqu'à la libération, les traitements obligatoires et les suivis addictologiques.

Néanmoins, la prison demeure le foyer de certaines catastrophes sanitaires en considération du taux important de récidives et de la surpopulation carcérale. La prison reste, malgré les avancées effectuées, un endroit ravageur pour la santé physique et mentale en raison notamment du manque de sommeil, du stress, du recours à certaines drogues, de l'insalubrité de nombreux établissements, de la promiscuité, de l'isolement et de la paranoïa que certains prisonniers développent au cours de leur incarcération.

La réalité concernant la qualité et la continuité des soins en détention est discutable en comparaison avec celle de l'extérieur. Il est possible de donner plusieurs raisons à cette situation.

Les personnes détenues n'ont pas la liberté de choisir leurs praticiens ; ainsi quelque soit le profil et la personnalité du professionnel de santé, la personne détenue devra s'en remettre à lui,

alors même que la relation de confiance n'est pas établie entre eux. De fait, les personnes incarcérées perdent leur capacité à influencer sur leur santé. Il n'est pas possible pour elles de consulter un médecin généraliste ou un spécialiste selon leur souhait, ce qui les rend totalement dépendantes des surveillants, chargés d'envoyer les requêtes pour les consultations à l'US, et des professionnels de santé. Ces derniers ne sont pas toujours présents à l'US ou peuvent simplement décider de ne pas les envoyer voir un praticien considérant de leur propre chef qu'une consultation n'est pas nécessaire. Ce n'est pas le cas d'une personne libre qui jouit de sa propre initiative. La personne détenue ne peut pas choisir son médecin traitant. Cela pose question en matière de qualité des soins.

Il arrive également que les professionnels de santé en détention effectuent des mauvais diagnostics, et donc proposent une mauvaise posologie quant au traitement à prescrire aux patients détenus. Par exemple, certaines personnes détenues rencontrées expliquent surnommer le médecin généraliste de l'US située dans leur établissement le « Docteur Doliprane » compte tenu de son inconsideration pour les maux ressentis par les personnes détenues lorsqu'elles le consultent.

Outre cette amusante anecdote, certains d'entre eux racontent également avoir été victimes de discriminations et de mépris de la part des personnels soignants exerçant dans les US et dans d'autres instances de soins.

En 2019, le Ministère de la Justice et le Ministère des Solidarités et de la Santé affirmait déjà que « *le principe d'équivalence d'accès aux soins n'est pas pleinement acquis.* »⁶⁴, ce qui démontre une certaine prise de conscience du problème de la continuité des soins. Il n'est pas rare de relever cette regrettable situation. Au vu des différents écueils rattachés à l'accès aux soins et aux manquements en termes de professionnels de santé présents dans les US, le principe de continuité des soins est difficile à respecter au sein de la détention. Par exemple, une femme détenue été parvenue à obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue en février 2021, pourtant elle n'avait toujours pas pu se voir procurer des lunettes adaptées à sa condition ophtalmique en mai 2021. Dans le même sens, une autre femme détenue subissait des démangeaisons, des plaques rouges et des boutons ; elle avait donc pris rendez-vous de façon répétée à l'US, mais aucune solution ne lui a été apportée malgré ses nombreuses sollicitations.

Les suivis psychologiques entrent également dans ce constat. Il peut être constaté que les suivis psychologiques ne sont pas forcément optimaux et efficaces pour plusieurs raisons. Il serait possible de citer le manque d'investissement de certains professionnels, le manque de régularité

64 **Source** : Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé, « Feuille de route : santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 », 2019, 62 pages.

dans les suivis proposés ou encore l'absence de réflexion poussée concernant le passage à l'acte.

Afin de donner un exemple rencontré dans la réalité, il s'agissait d'une personne détenue condamnée pour des faits de pédophilie incarcéré au sein d'un établissement pénitentiaire. Cette dernière affirmait elle-même qu'elle était malade et qu'elle avait besoin de se faire suivre psychologiquement parlant, autrement elle « *recommencera une fois dehors* ». Le psychologue lui a expliqué durant ans que ce n'était pas le moment d'aborder les faits et de travailler sur cet aspect qui sera pris en charge lors de sa sortie de détention...

Il est à savoir que certains psychologues refusent de mettre en place un suivi psychologique régulier avec des personnes détenues car ces dernières leur avouent qu'elles bénéficient également d'un suivi avec le psychologue PEP. Susceptibilisés, les psychologues diffèrent le suivi de plusieurs mois et omettent d'aborder les thématiques discutées lors des séances avec le psychologue PEP. Dans le milieu de la psychologie, cette culture des frontières strictes entre administration hospitalière et administration pénitentiaire perdure.

De ce fait, les suivis psychologiques, pourtant essentiels en détention pour le bien-être mental et l'évolution sociale des personnes détenues, souffrent grandement du manque de qualité et de la discontinuité des soins.

Il faut savoir que les relations entre les deux administrations sont souvent complexes. En effet, elles font en sorte de s'entendre et de coopérer sur les aspects fondamentaux mais des tensions sont parfois ressenties. Des professionnels de santé qui n'ont aucune empathie ni une réelle conscience de la réalité carcérale exercent dans bon nombre d'US et dans d'autres instances de soins réservées aux personnes détenues. Sont également décelés des manquements en termes de respect et de considération envers les patients détenus, allant parfois jusqu'à des faits de discrimination pure et simple. Par exemple, quand un médecin dit à une femme détenue obèse « *vous êtes trop grosse* » car il considère qu'elle ne pourra pas trouver une ceinture abdominale à sa taille pour sa colonne vertébrale. La femme détenue concernée n'a pas pu obtenir cette ceinture avant plusieurs mois, malgré ses sollicitations et sa pathologie.

Dans le même sens, ces mêmes faits peuvent être aisément retrouvés chez les agents pénitentiaires. La considération de certains agents envers les personnes détenues est relativement basse, allant du manque de respect notoire, au rabaissement ainsi qu'au mépris. Par exemple, lorsque des surveillants pénitentiaires rentrent dans un local où se déroule un entretien psychologique avec un patient détenu sans frapper à la porte pour prendre la cafetière, demander si le psychologue désire du café et rire en voyant le patient pleurer.

Tous ces faits sont la preuve que les prisonniers sont, non seulement rejetés à l'extérieur, mais qu'ils le sont également par les acteurs de leur prise en charge à l'intérieur. À l'évidence, ceci ne peut pas donner lieu à une prise en charge sanitaire de qualité.

Les notions de qualité et de continuité des soins, pour être optimales et efficaces, doivent être assorties de conditions d'hygiène décentes, au risque d'aggraver et/ou de faire apparaître des pathologies plus ou moins graves. Malheureusement, le respect de cette exigence de qualité et de continuité des soins est, en réalité, difficilement exécutoire dans le cadre de l'incarcération.

C. Environnement sain et conditions d'hygiène décentes, des droits incompatibles avec le régime actuel de la détention

Le régime carcéral est difficilement compatible avec les exigences de santé attendues pour tout établissement accueillant des êtres humains.

Pourtant, plusieurs dispositions légales sont inscrites dans le Code de procédure pénale et viennent encadrer cette exigence de santé de l'environnement quotidien des personnes détenues. Il y a tout d'abord l'article 46 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire dont l'alinéa 5 dispose expressément que l'administration pénitentiaire « assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques. » Tous ces aspects entrent dans le champ de la santé globale que les personnes incarcérées sont donc en droit d'attendre de leur établissement d'accueil.

Les articles D. 349 et D. 350 du CPP sont, quant à eux, spécifiques aux mesures hygiéniques et de salubrité que chaque établissement pénitentiaire doit se voir mettre en œuvre. Le premier article rappelle un principe fondamental, celui selon lequel « l'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité, tant en ce qui concerne l'aménagement et l'entretien des bâtiments, le fonctionnement des services économiques et l'organisation du travail, que l'application des règles de propreté individuelle et la pratique des exercices physiques. » La règle paraît claire : les prisonniers peuvent prétendre à des conditions de vie salubres et à un accès à un environnement sain. Le second article explique que « les locaux de détention et, en particulier, ceux qui sont destinés au logement, doivent répondre aux exigences de l'hygiène, compte tenu du climat, notamment en ce qui concerne le cubage d'air, l'éclairage, le chauffage et l'aération. »

Tous ces articles devraient, à eux seuls, suffire pour que l'administration pénitentiaire veille à la parfaite salubrité des locaux où sont hébergées les personnes détenues ainsi qu'à la santé de l'environnement dans lequel les prisonniers vivent et évoluent au quotidien.

Cependant, ces exigences concernant la santé de l'environnement au sein des murs des prisons semblent inaccordables avec la réalité de la vie carcérale.

De fait, des problématiques inhérentes au milieu pénitentiaire sont présentes et ne sont pas compatibles avec la notion de salubrité. La prison est un milieu fermé où règne une conséquente promiscuité. Cette situation est plus dégradée encore dans les établissements qui connaissent un taux de surpopulation excessif, comme c'est le cas pour la grande majorité des MA.

Les conditions d'hygiène générales qu'on retrouve dans les prisons sont souvent déplorables, parfois épouvantables dans un certain nombre d'établissements pénitentiaires français. Plusieurs faits directement rattachés à ces manquements en terme d'hygiène ont pu être décelés, comme le cas du prisonnier ayant contracté la leptospirose⁶⁵ en février 2021, en raison de la présence de rats dans l'établissement jusque dans les cellules. Ces derniers ont donné lieu à la contamination des eaux par le biais de leur urine⁶⁶.

Un phénomène notoirement répandu dans le milieu de la détention pose un certain nombre de difficultés, notamment sur le plan de la santé : le tabagisme massif. En 2017, un rapport rédigé par le Ministère des affaires sociales et de la santé et le Ministère de la Justice⁶⁷ mentionnait cette présence extraordinaire du tabagisme au sein des prisons françaises. Ce rapport recommandait, par la même occasion, d'utiliser des outils de prévention contre le tabac afin de limiter considérablement les effets néfastes de ce type de consommation. Dans la réalité, rien ou si peu n'est entrepris en détention. Il y a une dépendance si forte au tabac chez les personnes incarcérées qu'il est difficile, voire impossible, d'interdire à une personne détenue de fumer même lorsqu'elle

65 « *Les leptospiroses sont des maladies infectieuses, de gravité variable, dues à des bactéries du genre *Leptospira*, ordre des spirochètes. [...] Les réservoirs principaux sont les rongeurs sauvages (porteurs sains), puis les chiens et les animaux de rente. Ces animaux excrètent les bactéries pathogènes dans leur urine, qui contamine le sol et les eaux, source directe ou indirecte des infections humaines.* » (Source : Wikipédia). Selon l'Institut Pasteur, cette maladie reste bénigne pour l'Homme mais peut entraîner une insuffisance rénale, voire la mort « *dans 5 à 20% des cas.* ». Les symptômes de la leptospirose sont nombreux. En effet, elle débute généralement par une fièvre élevée accompagnée de maux de tête et de frissons. À cela se rajoute diverses douleurs musculaires et articulaires. Plusieurs atteintes d'ordre rénal, hépatique, méningé ou pulmonaire sont susceptibles d'apparaître par la suite. La maladie peut évoluer vers un syndrome hémorragique. « *Les formes les plus graves associent insuffisance rénale aiguë, atteinte neurologique (convulsions, coma) et des hémorragies plus ou moins sévères (pulmonaire, digestive).* »

66 Source : PETITOT (P.), « Un détenu contracte la leptospirose », *Dedans-Dehors*, n°111, juin 2021.

67 Source : Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la Justice, « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) », 2017, 29 pages.

est au quartier disciplinaire (QD) suite à une sanction. Il est également impossible de l'empêcher de cantiner du tabac même si elle subit une sanction d'interdiction de cantiner (dans ce cas, l'administration pénitentiaire peut lui interdire de cantiner certains produits, excepté du tabac). Les agents pénitentiaires ont connaissance de cette dépendance extraordinaire au tabac et ont parfaitement conscience que l'intérêt de « tous » sera préservé si les prisonniers restent maîtres de leur consommation de tabac en toute circonstance.

Selon un rapport en date de 2016 pour l'EHESP, 81% des hommes de 18 à 54 ans fument en détention contre 36 à 38% de la population générale masculine. La remarque est identique chez les femmes détenues, même lorsqu'elles sont enceintes.

Une mesure efficace pour permettre la limitation des effets néfastes sur la santé des personnes non-fumeuses et pour assainir les espaces de vie commune en détention voudrait que chaque détenu bénéficie du régime de l'encellulement individuel. Déjà en 2015, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services pénitentiaires demandait la reconnaissance d'un droit à l'encellulement individuel face aux risques du tabagisme.⁶⁸

Nonobstant les nombreuses contraintes auxquelles les personnes détenues doivent se plier et pour lesquelles il est ardu d'agir, « [...] *on voit mal en revanche ce qui justifie qu'ils ne puissent se prévaloir d'un droit aussi élémentaire que celui de respirer un air non toxique !* »⁶⁹

L'idéal de l'environnement sain en détention était encore plus une chimère au moment de l'émergence de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Alors que la situation avait pu être plutôt bien gérée au début de la pandémie, au prix de nombreux sacrifices de la part des personnes détenues et de leur famille, la situation est vite devenue ingérable dans plusieurs établissements avec notamment l'apparition de cluster en leur sein. En effet, il est très difficile d'éradiquer une propagation dans le milieu fermé que représente la détention.

Le virus de la Covid-19 a aussi révélé de nombreux dysfonctionnements, comme les résultats de tests en retard ou l'absence de priorité à la vaccination pour les personnes détenues sauf les plus âgées ou avec comorbidité.

Le taux de vaccination est très hétérogène dans l'ensemble des prisons françaises, notamment en raison d'un manque de sensibilisation pour le vaccin en prison. Certains établissements pénitentiaires sont contraints de laisser en isolement des individus plus de dix jours

68 **Source** : Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services pénitentiaires, « Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », 2015, 176 pages.

69 **Source** : MOLINER-DUBOST (M.), « Les détenues ont-ils le droit de vivre dans un environnement sain ? (ou sont-ils condamnés à vivre dans un environnement tabagique ?) », *Revue juridique de l'environnement*, Vol. 37, 2012.

car les résultats de test ne sont pas communiqués dans les délais.

Pourtant, en 2020, lorsque la baisse du nombre de personnes détenues était exceptionnelle, un espoir d'amélioration est apparu : il y avait environ 58 700 personnes détenues recensées en juillet 2020. C'était « *une baisse rendue possible grâce à des ordonnances ministérielles de libérations anticipées, à deux ou trois semaines de fins de peine et sous le contrôle des juges de l'application des peines. Car le gouvernement s'effrayait, alors, d'une promiscuité qui, déjà scandaleuse en temps normal, promettait une catastrophe en temps de pandémie* »⁷⁰ selon Dominique Simonnot, actuelle CGLPL. Malgré ces dispositions, le virus de la Covid-19 reste présent à l'heure actuelle au cœur des prisons. C'est le cas du CD de Bapaume où en l'espace de quelques jours, le quartier femmes a dû être fermé ainsi que plusieurs quartiers hommes qui se sont, eux, fermés au fil des jours, pour être ré-ouverts puis à nouveau fermés par la suite au regard de l'évolution du taux de contamination.

En résumé, des mesures ont été appliquées au début de la pandémie pour ne pas transformer les prisons en clusters massifs ; cela a plutôt bien fonctionné au début, mais n'a malheureusement pas duré. L'exigence d'un environnement sain n'a alors pas été tenue.

Nonobstant l'application biaisée de certains droits en matière de santé, elle s'accompagne de façon quasi-systématique d'une organisation des services internes agencée de manière insatisfaisante au regard de ces droits.

70 **Source** : SIMONNOT (D.), « Allez visiter nos prisons, leur cellule ! », *Le Monde*, 7 février 2022.

II. Les carences à l'échelle de l'organisation interne, origines de nombreux dysfonctionnements

La thématique des carences organisationnelles au sein de la détention s'articule principalement autour de différents manquements découlant de divers services. Il est notamment question des escortes pénitentiaires et extractions médicales (A), mais également de la discontinuité et de la qualité insuffisante des soins prodigués (B). Ces derniers écueils soulignent d'autant plus la problématique relative à l'incompatibilité de certains profils avec les conditions de détention (C).

A. Les escortes et extractions pour raison médicale, un nœud difficile à dénouer

Parfois, il arrive qu'une personne détenue nécessite des soins qui ne sont pas prodigués directement dans les locaux de l'US, c'est-à-dire dans l'établissement pénitentiaire. En l'espèce, plusieurs options s'offrent à l'administration pénitentiaire : soit elle accorde une permission de sortir (PS) au prisonnier concerné pour qu'il aille, de ses propres moyens, à un rendez-vous médical à l'extérieur, soit elle met en œuvre une extraction pour raison médicale où des escortes pénitentiaires devront être sollicitées pour emmener le patient jusqu'au lieu du rendez-vous.

La PS est dite sanitaire lorsqu'elle est accordée pour se rendre à un rendez-vous médical ; dans la pratique, elle est très peu accordée pour des raisons sécuritaires, qui n'ont dans certains cas pas vraiment de fondement. Les escortes pénitentiaires sont donc le plus souvent utilisées. On parlera alors d'extraction pour raison médicale.⁷¹

Cette organisation des escortes relève des compétences de l'administration pénitentiaire : c'est à elle de s'organiser pour que le patient détenu puisse se rendre à son ou ses rendez-vous médicaux au bon jour et à la bonne heure. C'est d'ailleurs ce que rappelle le Défenseur des droits (DDD) dans un bilan publié en 2013 : « [...] chaque déplacement vers des services de santé extérieurs (l'hôpital de rattachement pour un examen, une consultation ou une hospitalisation) nécessite l'organisation d'une escorte qui incombe à l'administration pénitentiaire ou aux forces de

⁷¹ L'extraction médicale est définie à l'article D. 215-2 du Code pénitentiaire : « L'extraction est l'opération par laquelle une personne détenue est conduite sous surveillance en dehors de l'établissement pénitentiaire où elle est détenue, [...] lorsqu'elle doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de la personne intéressée. »

*l'ordre. »*⁷²

Il est également primordial de mentionner le fait que, toujours pour des raisons de sécurité, la personne détenue ne peut pas savoir le jour où elle ira à l'hôpital ou dans toute autre instance de soins. Cette mesure est mise en place pour limiter les risques d'évasions, de guet-apens et d'agressions sur les agents.

Cependant, il faut savoir que les escortes pénitentiaires pour extractions médicales sont souvent très difficiles à mettre en œuvre, et ce phénomène s'accroît de plus en plus au sein des prisons françaises selon Luc CHOUCHKAIEFF⁷³. Plusieurs raisons peuvent être mentionnées.

Le manque de personnel est un phénomène qui touche tous les services publics depuis quelques années. Cela représente un véritable problème dans de nombreuses structures rattachées au service public de manière générale (hôpitaux, services de police, *etc*). Cette situation se répercute aussi sur les escortes pénitentiaires pour raisons médicales puisque des surveillants pénitentiaires sont censés emmener les prisonniers à leur lieu d'hospitalisation ou sur les lieux de leur examen médical.

Fatalement ce manque de personnels pénitentiaires accroît les délais d'escorte étant donné qu'il n'y a pas assez d'effectif pour gérer toutes les extractions. Par exemple, les délais pour avoir un scanner sont déjà normalement longs pour le patient lambda libre. Pour la personne détenue, ces délais peuvent atteindre des sommets en terme d'attente. Un rendez-vous médical à l'extérieur peut être annulé le matin même, faute d'escortes. Des patients attendent parfois très longtemps pour obtenir un diagnostic, ce qui est très problématique en cas de pathologie lourde susceptible d'évoluer rapidement. Les escortes, surtout de longue distance, obligent les professionnels exerçant dans des structures à l'extérieur à optimiser au maximum la prise en charge car tous les examens doivent être réalisés dans un temps record pour permettre d'apporter la meilleure prise en charge possible à chaque patient. À ce titre, le Docteur GRIMOPONT affirme que ces problématiques liées aux escortes les « *obligent à être efficaces, bons et rapides.* »⁷⁴.

La sortie d'hospitalisation d'une personne détenue peut s'avérer compliquée à cause des escortes pénitentiaires, notamment le vendredi après-midi jusqu'au lundi matin. Les patients sont obligés de rester dans l'établissement qui les accueille jusqu'à ce qu'une escorte soit disponible, ce

72 **Source** : DDD, « Bilan du Défenseur des droits auprès des personnes détenues, Bilan 2000/2013 », 2013, 101 pages.

73 cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHKAIEFF

74 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

qui rend les professionnels hospitaliers et les personnes incarcérées totalement dépendants des escortes.

Certains phénomènes nouveaux dans le milieu carcéral ont des conséquences sur la disponibilité des escortes.

La difficulté d'accès à des spécialistes directement dans les établissements pénitentiaires est sûrement l'origine la plus notable des difficultés émergentes en matière d'escortes pénitentiaires. Dans les faits, quasiment plus aucun professionnel spécialisé ne vient en détention, ce qui provoque l'intensification des problèmes d'escorte. En effet, même si les spécialistes ne se rendent plus sur les lieux de détention, les troubles et problèmes de santé des personnes détenues perdurent, et ne disparaîtront pas. Ils nécessitent toujours la consultation de spécialistes, mais à l'extérieur, avec les difficultés mentionnées précédemment.

La surpopulation carcérale, ne cessant d'augmenter, complique d'autant les escortes. Il y a de plus en plus de personnes incarcérées à emmener à l'hôpital pour des hospitalisations ou pour des examens médicaux réalisés dans des structures extérieures. Cependant, les effectifs pénitentiaires chargés d'effectuer les escortes n'augmentent pas : il est donc demandé aux services d'escortes de faire deux fois plus avec des moyens inchangés.

De surcroît, la surpopulation carcérale est vieillissante. Ce vieillissement accentue les problèmes de santé décelés chez les personnes détenues qui ont besoin de soins spécialisés.

Tout ceci est un cercle vicieux qui n'est pas en voie de s'achever puisque tous les phénomènes mentionnés ci-dessus prennent de l'ampleur au fil des années.

Les freins aux escortes pénitentiaires pour raisons médicales engendrent une lourde perte d'opportunités pour les prisonniers atteints de pathologies diverses. Ils se voient privés d'être convenablement pris en charge, dans un délai raisonnable. Leur état de santé est remis en cause, notamment à cause de problèmes organisationnels, dont le manque crucial de personnels pénitentiaires.

Dans une tribune pour le journal *Le Monde*, la CGLPL, Dominique SIMONNOT écrivait ceci : « *Ni les effectifs de soignants débordés, ni les salles d'attente et d'examen, ni même les voitures des extractions médicales. Kinés, dentistes, ophtalmos, chirurgiens... Que de rendez-vous ratés ou impossibles ! Que de graves pertes de chance !* ».⁷⁵

En réalité, les extractions médicales sont traitées de façon secondaire, après les urgences, les

75 Source : SIMONNOT (D.), « Allez visiter nos prisons, leur cellule ! », *Le Monde*, 7 février 2022.

transferts d'un établissement pénitentiaire à un autre ou les audiences judiciaires. Une des responsables de cette carence est l'administration pénitentiaire.

Les escortes pénitentiaires deviennent monnaie rare au sein du milieu carcéral, au mépris de leur importance pour les patients incarcérés.

En réalité, les problématiques liées aux escortes pour raisons médicales proviennent majoritairement du manque inquiétant de professionnels de santé spécialisés nécessaires au sein des établissements pénitentiaires. Ces derniers sont censés intervenir directement dans les locaux de l'USMP. Les choix se retrouvent alors limités : si un examen médical ou une hospitalisation apparaît comme étant nécessaire à la bonne santé d'un prisonnier, ils devront obligatoirement se tenir à l'extérieur.

L'offre de soins en détention représente, à l'heure actuelle, un enjeu sur lequel il devient urgent de se pencher.

B. L'offre de soins, un panier « santé » disparate et insuffisant

À l'extérieur, les offres de soins ne sont pas équitablement répartis sur le territoire. Il en va fatalement de même pour les milieux fermés.

Ces manquements en matière d'offres de soins touchent surtout les soins spécialisés. Il est question de soins spécialisés quand il s'agit de soins qui relèvent d'une spécialité hors médecine générale. On peut citer, par exemple, la cardiologie, la l'ophtalmologie ou l'addictologie. Les soins généraux sont aussi concernés dans un nombre d'établissements pénitentiaires grandissants.

L'offre et l'accès aux soins en détention sont, de manière générale, très disparates. L'accès aux spécialistes devient très aléatoire. La situation sanitaire s'avère très variable d'un établissement à l'autre compte tenu de l'histoire, des ressources locales, *etc.*

Concernant les horaires de présence des professionnels de santé dans les prisons, la plupart du temps le personnel de santé est présent du lundi matin au vendredi après-midi.

Il n'y a pas forcément de professionnels de santé présents la nuit et le week-end, à l'exception de quelques infirmiers le week-end, une partie de la journée et très rarement le

dimanche. Ainsi, à partir du vendredi à 17h00 ou 18h00, il n'y a plus de professionnel dans l'USMP. Cela dépend de l'établissement pénitentiaire dans lequel se trouve le patient détenu. En situation d'urgence durant ces créneaux d'absence, c'est l'administration pénitentiaire qui doit se charger de la personne détenue : des surveillants pénitentiaires appellent alors directement le SAMU. L'absence de personnel médical qualifié peut alors être extrêmement problématique. Les personnes incarcérées courent plus de risques lorsque les professionnels de santé sont absents car le personnel pénitentiaire n'a pas forcément les qualifications médicales requises.

Les manquements rattachés à l'offre de soins en détention se caractérisent notamment concernant les soins spécialisés. En effet, un certain nombre de spécialisations ne se trouvent pas ou plus dans les prisons françaises, malgré une demande toujours grandissante de la part des prisonniers, et aussi de l'administration pénitentiaire. Les spécialistes qui venaient avant un peu en détention ne viennent plus pour différentes raisons, mais surtout par manque de rentabilité, par inadaptation aux conditions carcérales, et en raison de l'éloignement des établissements pénitentiaires. Finalement, les spécialistes se rendent peu sur les lieux de détention. De toute façon, « *ils ne sont jamais vraiment venus* » selon Luc CHOUCHKAIEFF.

Beaucoup de spécialisations se font de plus en plus rares en détention. C'est le cas pour les soins bucco-dentaires, puisqu'il est devenu complexe de faire venir des dentistes dans les US. L'accès aux soins dentaires est aléatoire selon les établissements. *In fine*, beaucoup de prisonniers sont atteints de problèmes dentaires récurrents. En outre, les soins kinésithérapiques sont quasiment abandonnés.

Afin de contrer ce phénomène l'idée de développer la télémédecine en détention est doucement apparue. Cependant, elle se développe peu et ne serait pas forcément efficace car elle ne saurait couvrir toutes les spécialités médicales. Ce serait une solution éventuelle pour la dermatologie ou la médecine générale mais en aucun cas pour les soins plus techniques.

Ces absences de spécialistes dans les prisons génèrent de nombreux problèmes. Luc CHOUCHKAIEFF affirme que « *des cardiaques meurent avant d'avoir vu le cardiologue* » et qu'il y a des prisons où « *des cancers sont dépistés avec 3 ou 6 mois de retard.* »

Les vacances sont trop réduites pour les consultations spécialisées, notamment en MA alors qu'il s'agit des structures où le besoin est le plus criant. Il arrive régulièrement dans ce genre d'établissement que certains professionnels ne soient pas présents pendant des semaines. C'est un phénomène qu'on commence à retrouver de plus en plus dans des établissements pour longues peines.

Si l'on aborde les soins spécialisés qui rencontrent des difficultés d'accès en détention, il est intéressant d'évoquer les soins spécifiquement prodigués aux femmes. L'article 47 de la loi du 24 novembre 2009 pénitentiaire dispose qu'« *une prise en charge sanitaire adaptée à leurs besoins doit être assurée aux femmes détenues, qu'elles soient accueillies dans un quartier pour femmes détenues ou dans un établissement dédié.* ». Il est question ici des soins gynécologiques et soins obstétricaux, c'est-à-dire tous les soins rattachés aux notions d'accouchement et de grossesse.

Lors de l'étude, une femme détenue, enceinte il y a trois ans et ayant gardé le nouveau-né pendant plus de 18 mois en détention⁷⁶, a pu être rencontrée. Cette femme a vécu une grossesse normale de 9 mois, si ce n'est qu'elle n'a été reçue par un gynécologue qu'une seule fois en détention. En effet, elle se trouve dans un établissement qui n'accueille ce gynécologue qu'une ou deux fois par mois et qui ne reçoit à chaque fois que 10 ou 15 femmes détenues.

Comme évoqué précédemment, les manquements en terme de médecins généralistes commencent à survenir dans des prisons excentrées, situées dans des déserts médicaux. On ne trouve plus de médecin du tout dans certains établissements très éloignés. C'est le cas, par exemple, du CD de Bédenac, en Nouvelle Aquitaine.

La localisation géographique de l'établissement pénitentiaire en question joue également un rôle charnière quant à l'offre de soins proposée en son sein. En réalité, certains établissements sont situés directement sur un territoire touché par les déserts médicaux et subissent la paupérisation sanitaire que la population extérieure connaît. Ces événements qui apparaissent à l'extérieur ont donc inévitablement des répercussions sur l'offre de soins à l'intérieur des murs des prisons.

Il reste possible pour un prisonnier d'être correctement suivi dans son établissement. Mais les transferts vers d'autres établissements pénitentiaires existent pour différentes raisons, notamment pour rapprochement familial ou pour comportement dangereux. Il est donc tout à fait imaginable qu'une personne incarcérée soit transférée pour une raison X ou Y dans un établissement pénitentiaire où l'offre de soins n'est pas du tout la même que dans son établissement d'origine, ce qui réduit considérablement la qualité de sa prise en charge.

Comme le souligne le Docteur GRIMOPONT, « *tous les patients dans l'accès aux soins ne sont pas logés à la même enseigne en fonction de leur établissement.* »⁷⁷ En effet, les MA sont réputées pour proposer un panier de soins insatisfaisant et insuffisant. La personne détenue hébergée en MA ne pourra jamais vraiment bénéficier d'un réel suivi médical au vu de la faiblesse

76 cf. Note n°24

77 cf. Annexes – Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

des moyens disponibles.

En conclusion, l'offre de soins en détention est largement insatisfaisante au regard de la demande et des nécessités décelées. La CGLPL estime elle-même que du point de vue de la situation médicale et sanitaire en détention, « *tout est insuffisant* ». ⁷⁸

Le risque serait que les seuls établissements pénitentiaires qui puissent proposer les catégories de soins nécessaires soient uniquement les plus gros, comme la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis située en Essonne. En effet, ces derniers ont déjà à l'heure actuelle la chance d'avoir en leur sein un panier de soins très varié où la discontinuité des soins et les manquements en terme de soins spécialisés ne sont pas vraiment des problématiques. Or, la grande majorité des établissements pénitentiaires français n'ont pas la même envergure et/ou sont situés dans des zones géographiques touchées par l'absentéisme médical.

Même dans l'hypothèse où une personne détenue pourrait avoir accès à tous les spécialistes que sa condition médicale nécessite, il existe de nombreuses pathologies et de profils particuliers qui présentent des exigences inadaptées à la vie en milieu carcéral. Ces personnes, essentiellement atteintes de troubles psychologiques aigus, ne seront jamais pleinement prises en charge et verront leurs pathologies s'aggraver dans le temps.

C. L'inadaptation de certaines catégories de personnes aux conditions carcérales

De manière générale, la détention regorge de profils atypiques. Mais depuis quelque temps, de plus en plus de personnes qui présentent des conditions d'existence spécifiques font leur apparition en détention. Leur présence pose des problématiques auxquelles il va être déterminant de répondre dans les plus brefs délais. Un certain nombre de profils peuvent être répertoriés.

En premier lieu, les mineurs et les très jeunes adultes à peine majeurs n'ont rien à faire dans le milieu très violent de la détention. Ces conditions de vie peuvent avoir des conséquences désastreuses, non seulement du point de vue du fort taux de récidive que cela entraîne mais aussi par rapport à la dégradation mentale très rapide de ces individus. Dans l'arrêt *Çoşelav c. Turquie* rendu le 9 octobre 2012 par la CEDH⁷⁹, cette dernière a constaté une violation de l'article 2 de la

⁷⁸ **Source** : SIMONNOT (D.), « Allez visiter nos prisons, leur cellule ! », *Le Monde*, 7 février 2022.

⁷⁹ cf. CEDH, 9 octobre 2012, *Aff. Çoşelav c. Turquie*, n°1413/07.

ConvEDH⁸⁰ concernant le décès d'un mineur incarcéré, après avoir jugé que les autorités turques s'étaient rendues responsables de la dégradation de la santé mentale de la personne mineure pour l'avoir placée dans une prison pour adultes, sans lui fournir les soins médicaux ou spécialisés dont il avait besoin, le poussant dès lors au suicide. Cette seule affaire suffit pour comprendre que les mineurs n'ont pas à subir un quelconque régime carcéral de par la fragilité de leur condition, et cela vaut également pour les très jeunes adultes.

Il est à noter que l'enjeu majeur à l'heure actuelle est la prise en charge des personnes détenues atteintes de handicaps physiques ou de troubles psychiatriques. Leur nombre est considérable au sein des prisons françaises. Il suffit de se rendre en UHSA pour comprendre l'ampleur des troubles psychologiques et psychiatriques d'une part, et en UHSI, d'autre part pour constater l'étendue des pathologies somatiques décelées chez les personnes détenues.

Concernant les troubles mentaux, beaucoup de symptômes schizophrènes sont décelés chez les prisonniers. Un taux non-négligeable de personnes bipolaires ou atteintes d'états dépressifs sévères sont également recensées. « *Il reste un fond délirant en permanence qui n'est pas compatible avec l'incarcération* »⁸¹ explique le Docteur Catherine ADINS. Les expertises psychiatriques menées sur ces personnes avant leur condamnation les ont donc responsabilisées malgré leurs pathologies mentales.

Concernant les handicaps physiques, ils sont eux aussi très nombreux en détention. Il est notamment possible d'y rencontrer des personnes en fauteuil roulant, avec des béquilles, avec des cannes d'aveugle, *etc.* Un homme détenu malvoyant a pu être interrogé lors de cette étude. Il était atteint d'un nombre considérable de problèmes de santé et subissait des violences de la part de ses codétenus, le considérant comme une proie fragile et vulnérable en raison de son handicap.

Les handicaps physiques posent aussi une problématique quant à l'accessibilité générale dans les locaux de l'établissement pénitentiaire. Il est à noter que la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées ainsi que la loi du 11 février 2005 posent le principe d'accessibilité générale des établissements publics aux personnes handicapées. La loi de 2005 vient, par ailleurs, préciser que l'administration pénitentiaire a l'obligation de mettre en place des mesures et des aménagements appropriés au bénéfice de la personne détenue handicapée. Ces aménagements, pour être effectifs, doivent limiter le désavantage subi par une personne du fait de son handicap, et compenser les inégalités également liées à sa condition. Mais comme le rappelle le DDD dans son bilan de 2013, « *à ce jour, la reconnaissance de ce droit ne se traduit pas dans*

80 L'article 2 de la ConvEDH est relatif au droit à la vie. Il dispose notamment que « *le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi.* »

81 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Catherine ADINS

Il arrive parfois que des personnes incarcérées cumulent les deux handicaps, physique et trouble psychiatrique. C'est le cas de madame X, une femme détenue rencontrée lors de cette recherche. Elle a été hospitalisée en hospitalisation d'office (HO) de janvier 2021 à mars 2022.

Atteinte de troubles psychiatriques sévères, elle avait effectué un nombre conséquent de TS et était atteinte de handicaps physiques, se traduisant notamment par une obésité morbide ainsi qu'une jambe cassée à la suite d'une chute. Son établissement d'origine a été prévenu le jour même que la mesure d'HO était levée et qu'elle devait réintégrer l'établissement pénitentiaire immédiatement. Ce dernier n'a pas pu mettre en place des conditions adaptées à la situation de madame X. Elle était incapable de se lever, de marcher, de se laver et de faire ses besoins seule. Elle était obligée d'avoir une change propre mise en place par les infirmiers de l'US, qui ne sont pas missionnés pour les soins d'hygiène mais uniquement pour des soins ambulatoires. Cependant, les infirmiers ne sont pas présents tous les jours de la semaine. Madame X n'a alors pas pu bénéficier d'une change propre tous les jours, ce qui l'a obligée à rester dans ses besoins pendant plusieurs heures d'affilée.

Pour répondre à cette situation d'urgence, l'établissement pénitentiaire a tenté d'appeler des cabinets d'infirmiers libéraux situés à l'extérieur. Ils ont tous refusé de pratiquer en détention par peur et par méfiance à l'égard des personnes détenues. Madame X n'a aucun soutien extérieur et n'a conservé aucun lien familial, l'empêchant de prétendre à un quelconque aménagement de peine.

Ce genre de situation est récurrent et suscite des questionnements extrêmement difficiles auxquels il convient néanmoins de répondre dans les meilleurs délais.

Comme mentionné précédemment, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses au sein des prisons françaises. Elles nécessitent des aménagements spécifiques autant dans la structure architecturale des locaux que dans la prise en charge sanitaire, adaptée à leur perte progressive d'autonomie.

Ce vieillissement représente un vrai défi pour l'administration pénitentiaire dans le sens où il pose des interrogations inédites. Il est notamment question de la mise en œuvre de postes d'aides soignants en détention ainsi que de la problématique de la fin de vie en prison, avec notamment la mise en place de soins palliatifs.

Au CD de Bédenac, un total de 20 personnes malades et vieillissantes a été recensé lors de

82 **Source** : DDD, « Bilan du Défenseur des droits auprès des personnes détenues, Bilan 2000/2013 », 2013, 101 pages.

l'année 2021. En raison de leur état physique et mental qui se dégradait de jour en jour, le médecin de l'US a effectué des demandes d'aménagement de peine. Mais à l'heure actuelle, elles sont encore en détention. « *La Justice garde les gens en prison jusqu'à leur mort alors qu'en fait, ils pourraient sortir avant.* »⁸³

Afin de prendre en charge au mieux ces personnes, des instances de soins ont été mises en place. C'est notamment le cas des UHSI et des UHSA. Ces dernières ont donné lieu à une meilleure prise en charge des personnes détenues au niveau somatique, psychologique et psychiatrique. Néanmoins, elles ont également fait apparaître des effets pervers puisqu'elles ont notamment rendu les peines d'emprisonnement plus faciles à prononcer. En effet, les juges considèrent que même si l'individu condamné est atteint d'une maladie ou d'un handicap, il pourra, de toute façon, être pris en charge en UHSA ou UHSI.

Le rôle du médecin traitant exerçant dans l'US est important dans ces cas de figures puisqu'il a la possibilité d'émettre un certificat attestant de l'incompatibilité d'une personne détenue avec son régime de détention. Il peut également demander à suspendre la peine pour raisons médicales en cas d'urgence et de pronostic vital engagé, ce qui fut le cas d'Yvan COLONA⁸⁴ en mars 2022 suite à une agression l'ayant plongé dans le coma. Cette option est rarement appliquée, laissant des personnes en détention alors que leur état reste incompatible avec les conditions de détention, notamment les prisonniers atteints de troubles psychiatriques sévères.

Le milieu carcéral n'est absolument pas préparé à la perte d'autonomie que les profils mentionnés ci-dessus subissent et continueront de subir au fil de leur existence. La grande majorité des établissements pénitentiaires ne sont pas adaptés aux personnes âgées, aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux personnes atteintes de troubles mentaux divers. Certaines questions se posent alors : ce genre de profil n'est-il pas adapté au milieu carcéral ? Ou est-ce le milieu carcéral qui n'est pas adapté à ce genre de profil ?

Dans tous les cas, la place des personnes dépendantes et/ou démentes n'est certainement pas dans une cellule de prison.

83 cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHEAIEFF

84 Yvan COLONA était un berger et un militant indépendantiste corse. En 1998, il a été jugé responsable de l'assassinat du préfet de la région Corse, Claude ERIGNAC, ce qui entraînera sa condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité. Il est agressé par un codétenu en mars 2022 et subit un état de mort cérébrale à la suite de ces événements. Il décède quelques jours plus tard.

Outre les avancées réalisées depuis les années 1990 pour les conditions de vie des personnes détenues, la remarque de la persistance de nombreuses carences doit, malgré tout, être mentionnée. Il est pourtant essentiel de persévérer dans l'étude de solutions alternatives et de continuer à vouloir améliorer l'accès aux soins et la prise en charge de la santé des personnes incarcérées en France.

PARTIE 3 | RECOMMANDATIONS POUR UNE LÉGISLATION VÉRITABLEMENT AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES ET POUR UN RÉEL RESPECT DE LEURS DROITS

Malgré les écueils mentionnés précédemment, il est indéniable que des solutions existent afin de limiter les différentes carences rencontrées, voire de les gommer. À ce titre, il sera judicieux de proposer à l'issue de cette recherche des indications claires pour améliorer la situation sanitaire des personnes détenues, mais également leurs conditions globales de vie. Un certain nombre d'éléments ont pu être découverts au cours de cette étude.

Ainsi, il a pu être décelé des mesures relatives aux structures, aux instances et aux divers professionnels de santé intervenant directement dans le parcours de soin des personnes incarcérées (I). Outre l'aspect interne de ces recommandations, il sera par la suite judicieux de proposer des mesures touchant l'ensemble de la collectivité, même extérieure aux murs des prisons (II).

*« Une société plus juste ne peut passer que par une dignité rendue
à l'ensemble de l'Humanité, et ce sans exception. »*

(Robert BADINTER, le 10 juin 2020)

I. Recommandations pour des structures et des instances de soins plus efficaces

Les structures de soins et les professionnels de santé intervenant auprès des prisonniers endossent un rôle fondamental dans le suivi de la santé en détention. Ce constat amène logiquement à mettre en place un nombre plus conséquent de ces acteurs et instances de soins (A). Néanmoins, il est important de prendre en considération le fait que certaines personnes détenues ne présentent pas un profil adapté aux conditions carcérales. Leur condition, physique ou mentale, exige un contexte d'hébergement spécifique pour purger leur peine (B). Outre cette mesure favorable au respect de la dignité en détention, rien n'oblige à une condamnation systématique à des peines d'emprisonnement : d'autres mesures peuvent être décidées par les juridictions (C).

A. L'augmentation du nombre des structures médicales existantes, un premier pas vers une prise en charge effective de la santé des personnes détenues

Les instances sanitaires existantes partent d'une bonne intention : apporter des soins aux personnes détenues de la même qualité qu'à l'extérieur. Mais les nombreux obstacles à leur efficacité ont pu être précédemment pointés du doigt.

Il serait intéressant d'augmenter le nombre d'UHSA et d'UHSI sur le territoire national pour prendre en charge un plus grand nombre de personnes détenues et dans les conditions médicales et de vie les plus adaptées possible. On a noté la dégradation de l'offre de soins au regard de l'augmentation croissante de la population carcérale souffrant de pathologies diverses, le vieillissement de cette population (il y a de plus en plus de personnes âgées de plus de 65 ans)⁸⁵ et le taux toujours très important d'addicts et de personnes atteintes de troubles psychologiques et/ou psychiatriques plus ou moins sévères.

Cependant, les juges ne doivent pas voir l'ouverture de ces établissements comme de nouvelles possibilités d'internement pour des personnes dont le profil n'est absolument pas adapté à la détention en raison de leurs maladies, de leurs comorbidités ; ceci en considération de leur éventuelle prise en charge dans une UHSI ou un UHSA. Le risque consiste en ce que le recours

⁸⁵ cf. Note n° 89

systématique aux UHSI et UHSA transforme ces unités en « prisons spécialement dédiées aux personnes détenues malades ».

Outre l'augmentation des structures spécialisées comme celles mentionnées précédemment, il paraît important également d'augmenter les effectifs présents directement dans les établissements pénitentiaires, qu'ils ressortent du domaine médical ou de la surveillance pénitentiaire. S'il y a plus d'agents pénitentiaires, il y aura forcément moins de complications concernant les extractions pour raisons médicales et pour les escortes pénitentiaires. Cela amènera, par exemple, à un amenuisement des risques de ne pas pouvoir se rendre à un rendez-vous médical à l'extérieur programmé. Comme on a pu le constater plus haut, le manque de personnels chargés des escortes engendre un nombre de difficultés inquiétantes. Le Docteur ADINS appelle à « *doubler, tripler les effectifs* »⁸⁶ afin de proposer les meilleurs soins possibles à tous les patients détenus.

Il est à noter que le manque d'effectifs concernant la santé ou même les effectifs pénitentiaires revient régulièrement dans les différents entretiens effectués pour cette recherche. Cela met bien en évidence qu'il s'agit réellement d'un problème de fond que nous nous devons de corriger.

Certaines professions devraient faire l'objet d'une garantie de présence en détention. Il est notamment question des aides soignants dans les US des établissements pénitentiaires. Partout où au moins une personne détenue se trouve en situation de besoin, notamment dans les établissements où la population est vieillissante, comme le CD de Bapaume ou le CD de Bédénac, l'affectation d'aides soignants s'avère nécessaire. Ils effectueraient des soins d'hygiène et permettraient aux personnes détenues concernées de vivre dignement et de bénéficier d'un appui au quotidien.

D'évidence, une augmentation des instances et des structures impliquera la mise en œuvre de protocoles plus conséquents entre les différentes instances qui prennent en charge la santé des personnes incarcérées (administration pénitentiaire, SPIP, US, *etc.*), ceci afin d'améliorer les relations et la coopération. Le but est toujours de faire en sorte que chaque agent comprenne ce qu'il doit faire et parvienne à corrélérer l'ensemble de ses actions.

Mais il ne sera pas possible de créer des vocations sur un simple claquement de doigt. À ce titre, le Docteur ADINS estime qu'il faut à tout prix rendre attractif le service public hospitalier. Il faut même redorer le service public de manière générale. Selon elle, beaucoup de personnels

86 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Catherine ADINS

soignants préfèrent partir dans le privé compte tenu des rémunérations plus attractives ainsi que des conditions de travail réputées moins rudes que dans le service public. En effet, cela risque d'être assez difficile compte tenu de la crise que le service public hospitalier connaît à l'heure actuelle, qui repose notamment sur le manque de personnels de manière globale. Ce phénomène conduit doucement à la fermeture d'un nombre préoccupant de services d'urgences.⁸⁷

Pour faire en sorte que le service public hospitalier redevienne attractif, il faudrait agir sur les salaires des professionnels et leurs conditions de travail. Ces dernières mènent les hôpitaux à des « épidémies de burn-out ». Plus de moyens doivent être alloués à ce service public essentiel pour la population extérieure, mais aussi pour la population à l'intérieur des murs des prisons.

Il paraît indispensable de faire remarquer que le fait d'augmenter les structures et les personnels existants est susceptible de faire perdurer l'effet pervers semblant être rattaché à cette augmentation. Il est question de l'amointrissement du scrupule des magistrats à envoyer des personnes atteintes de pathologies diverses, normalement incompatibles avec le régime de la détention, derrière les barreaux. Ce phénomène « *embolise les places et pervertit le système* »⁸⁸. Afin de palier cet état et de garantir des conditions de détention décentes, la solution la plus adaptée serait de mettre en œuvre des établissements spécialement aménagés qui seraient en mesure d'accueillir les personnes condamnées/prévenues nécessitant des conditions de détention spécifiques.

B. La mise en place d'établissements pénitentiaires adaptés aux personnes dépendantes : effectuer sa peine dignement

Au regard de l'évolution de la population carcérale, plusieurs enjeux concernant la prise en charge de la santé des personnes détenues émergent. Il paraît donc important de se poser de nouvelles questions quant à la prise en charge de certaines catégories de personnes incarcérées afin qu'elles puissent dignement purger leur peine.

Avant la sortie de détention d'un prisonnier, une CPU sortant est organisée avec l'ensemble des services concernés par la sortie des personnes détenues. Cette CPU ainsi que les services du SPIP sont chargés de placer la personne détenue âgée (+ de 70 ans) ou la personne handicapée. Pour

87 **Source** : MOREL (F.), « Crise de l'hôpital public : on vous explique pourquoi autant de services d'urgences sont obligés de fermer avant l'été », *FranceInfo*, 19 mai 2022.

88 cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHKAIEFF

cela, ils sont susceptibles de formuler des demandes d'adhésion dans des EHPAD ou des établissements spécialisés de droit commun. Mais il est difficile de trouver une place dans un établissement adapté pour accueillir le détenu libre : les structures acceptent rarement d'accueillir d'anciens détenus ou alors, elle les place sur une liste d'attente de plusieurs mois. Les personnes détenues meurent avant la fin de leur détention dans leur cellule ou à l'hôpital dans des conditions indignes.

Une idée serait de mettre en œuvre la construction d'établissements à échelle réduite qui prendraient en charge les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes condamnées handicapées, soit physiquement soit mentalement. L'appellation de ces nouvelles structures devra être trouvée : on pourrait les appeler les Centres Spécialement Aménagés de Réclusion (CSAR), ou les Centres Adaptés de Réinsertion (CAR), ou les Établissements Spécialement Aménagés aux Personnes en perte d'autonomie (ESAPPA). Il s'agirait d'établissements pour personnes dépendantes, incapables de subvenir à leurs besoins seuls et/ou à effectuer des actes de la vie quotidienne par eux-mêmes. Ce type de population est de plus en plus récurrent en détention, notamment dans les établissements pour longues peines (CD, CP). Avec la libération de la parole⁸⁹ et les délais de prescription assez longs pour un grand nombre de qualification criminelles, l'âge moyen des personnes incarcérées dans certains établissements pénitentiaires a augmenté de manière non négligeable. Le nombre de longues peines prononcées sont également à l'origine de cette hausse des personnes en perte d'autonomie en détention.

Actuellement une des premières contraintes en détention relatives aux personnes en perte d'autonomie, se rapporte aux locaux, et plus globalement à l'architecture structurale des prisons, qui n'est pas adaptée. Il s'avère qu'un grand nombre d'établissements pénitentiaires a été construit au début du XXe siècle, voire dans le courant du XIXe, comme la prison de la Santé à Paris qui a ouvert ses portes en 1867. Elle accueille encore aujourd'hui des personnes détenues et a été rénovée pour la première fois entre 2014 et 2018.

Il faudra alors faire en sorte de mettre en place des locaux totalement aptes à intégrer toutes les contraintes que peuvent rencontrer les personnes détenues en perte d'autonomie, que ce soit les personnes âgées ou celles atteintes de handicaps : des cellules équipées et adaptées aux différentes contraintes que peuvent rencontrer les détenus, du mobilier interne adapté à l'accès des locaux aux

89 L'expression de la libération de la parole est utilisée pour désigner le fait de s'exprimer, ou d'amener une personne ou un groupe de personnes à s'exprimer sur une chose ayant été cachée durant un laps de temps plus ou moins long. Ce silence est souvent le corollaire d'un sentiment de crainte de l'auteur des faits, de honte ou de pudeur. Le mouvement MeToo et le livre « *La familia grande* » de Camille KOUCHNER ont, par exemple, contribué à la libération de la parole des victimes d'agressions et de violences sexuelles.

fauteuils roulant (ce qui n'est pas du tout le cas en ce moment dans la plupart des prisons française), une signalétique d'orientation dans les locaux, etc.

Le nombre de places disponibles devrait se rapprocher des capacités que les UHSA et UHSI possèdent à l'heure actuelle, c'est-à-dire environ 60 ou 70 places par établissement, voire 100 à moyen terme en raison du vieillissement croissant de la population carcérale. Lors du Conseil d'évaluation pour l'année 2021 du CD de Bapaume, organisé en juin 2022, le rapport général recensait une centaine de personnes qu'il était urgent de prendre en charge uniquement au sein de ce centre. Dans les établissements pour longue peine, cette tendance devrait tendre à une augmentation régulière.

L'emplacement de ces locaux spécialisés devra être étudié en amont en fonction de la proximité des établissements pénitentiaires qui accueillent le plus souvent des personnes âgées et/ou handicapées. Dans la région des Hauts-de-France, il serait judicieux d'en prévoir deux ou trois. Il n'y aurait aucune différence avec les établissements pénitentiaires ordinaires. Ce type d'établissement serait adapté aux conditions de dépendance des personnes incarcérées. Il ne faut pas négliger le fait d'introduire le travail, les formations et les activités dans ces établissements. Par exemple, des ateliers adaptés pourraient être dispensés comme la médiation animale, des ateliers musique, la pratique de certains sports adaptés, etc.

Outre les activités qui sont essentielles en détention pour la réinsertion, il serait dommage de ne pas introduire le travail pour les personnes handicapées ayant toujours une capacité physique adaptée, à l'exception des personnes âgées qui, de toute façon, ne seront plus en mesure de travailler en raison de leur âge. Des partenariats avec les ESAT et/ou les IME⁹⁰ pourraient également voir le jour afin de proposer un suivi personnalisé et un poste aménagé aux personnes handicapées qui n'auraient pas de contre-indication au travail. Les personnes handicapées dont le handicap a été reconnu par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) peuvent toucher des allocations, comme l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Le travail n'aurait pas un caractère obligatoire, mais il faut prévoir cette éventualité afin que les personnes détenues qui en font la demande puissent être en capacité de travailler.

En terme d'emplois, la création de ces établissements spécifiques aux personnes détenues en perte d'autonomie pourrait s'avérer intéressant. En effet, compte tenu de l'ampleur de la prise en

⁹⁰ Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des établissements médico-sociaux réservés aux personnes atteintes de handicaps et ayant pour objectif l'insertion professionnelle de ces personnes. Les instituts médico-éducatifs, quant à eux, représentent des établissements accueillant des enfants et adolescents atteints de troubles mentaux divers afin de leur apporter un enseignement adapté.

charge sanitaire et médico-sociale des personnes détenues accueillies, il faudrait un certain nombre de catégories professionnelles présentes dans les services : des auxiliaires de vie, des infirmiers, des médecins et des professionnels spécialisés, des surveillants pénitentiaires, et bien d'autres.

Au regard du potentiel nombre important de personnes détenues en perte d'autonomie que ces établissements accueilleront, ces derniers devront indéniablement être dotés d'un service spécialement conçu pour les soins palliatifs. L'accès à ce type de soins représente un droit prévu à l'article L.1110-9 du CSP⁹¹. Actuellement, des soins palliatifs peuvent être prescrits à une personne détenue. Néanmoins, ils ne sont pas optimaux et ne sont pas de la même qualité que ceux prodigués à l'extérieur. Concernant les soins palliatifs actuels, un médecin de l'US du CP Lille-Loos-Sequedin déclare ceci : « *Il faut avouer que ce n'est généralement pas très convenant et pas très agréable pour le détenu.* » Il serait donc judicieux pour ce genre d'établissement de prévoir un service avec des lits fléchés spécialement pour les soins palliatifs afin d'assurer une prise en charge optimale de la fin de vie des personnes détenues. Ce dispositif serait le bienvenu car on compte sans doute un peu trop sur les UHSI actuels pour prendre en charge la fin de vie, alors qu'elles n'ont pas cette vocation.

Il est vrai que sous l'angle de la dignité et des conditions de vie décentes, un tel projet serait intéressant à mettre en œuvre. Cependant, il est tout à fait envisageable de se poser un certain nombre de questions sur la viabilité d'un tel projet.

Luc CHOUCHKAIEFF, contrôleur des lieux de privation de liberté, s'est exprimé sur ce sujet lors de l'entretien organisé pour cette recherche. Il explique notamment que ce projet serait une bonne idée. Néanmoins, il ne faudrait pas les mettre en œuvre dans des structures pénitentiaires d'ores et déjà existantes car elles ne sont pas adaptées à l'accueil de personnes dépendantes, notamment en raison des superficies trop petites : il est impossible, par exemple, de prévoir l'installation de lits médicalisés⁹². On bifurque alors dans ce qu'on appelle l'inaptitude de la détention, c'est-à-dire le fait que la prison ne soit pas en mesure d'héberger des personnes très dépendantes, qui nécessitent des soins infirmiers quotidiens, des aides-soignants, etc.

Si une personne détenue dépendante et/ou handicapée reste statique dans sa cellule, une libération anticipée peut être envisagée. L'état de la personne, arrivée à un stade irréversible dans la dépendance, devrait la rendre légitime à un aménagement de peine immédiat. « *Quel est le sens de*

91 L'article L. 1110-9 du Code de la santé publique dispose que « *toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.* »

92 Les lits médicalisés sont des lits d'hôpitaux avec une potence pour se relever.

la peine d'enfermer quelqu'un de grabataire qui, de toute façon, ne peut plus quitter sa chambre ? », se demande Luc CHOUCHKAIEFF. Il faudrait alors développer un mécanisme voulant que lorsqu'un stade irréversible serait franchi dans l'état de santé d'une personne incarcérée, elle serait libérée. Son placement dans un établissement spécialisé ou au sein d'un service de soins palliatifs serait alors décidé afin qu'elle puisse terminer sa vie dignement sans être écrouée. Ce genre de dispositif devrait également faire l'objet d'une réflexion concernant les démences.

À l'image de la réflexion de Luc CHOUCHKAIEFF, outre le fait que les personnes détenues dépendantes ont commis des faits justifiant leur incarcération aux yeux de la Justice, il ne faut pas oublier que leur condition de dépendance ne leur permet absolument pas de vivre dignement sous le régime actuel de la détention. Il serait donc intéressant de sérieusement réfléchir aux différentes mesures de condamnation pouvant être décidées à l'instar de la peine d'emprisonnement.

C. Les alternatives à l'emprisonnement, un large panel de possibilités à étudier

Il a été rappelé précédemment que la prise en charge de la santé en milieu carcéral pouvait être améliorée : retard dans les diagnostics, accès à certains spécialistes limité voire inexistant, déclenchement de certaines maladies mentales et/ou somatiques, *etc.* Au vu de ces éléments néfastes, il paraît légitime de se demander si des solutions alternatives à l'emprisonnement sont envisageables afin d'endiguer ces différents écueils.

Les magistrats, lors des jugements, adoptent la technique du cas par cas : ils décideront de la peine de réclusion selon les faits commis et la personnalité de la personne prévenue/accusée. Dans des cas de peine prononcée de moins de six mois, l'envoi en milieu carcéral pourrait être évité. En 2012, Xavier LAMEYRE, vice-président chargé de l'application des peines au tribunal de Paris, expliquait déjà que « *les courts passages en prison ne protègent pas contre la réitération des délits, ils l'augmentent au contraire. Or, 80 % des détenus passent moins d'un an en prison, et 61 % moins de six mois.* »⁹³

La principale problématique que cette politique pénale fait apparaître concerne la surpopulation carcérale, qui ne cesse d'augmenter, même s'il y a eu une forte baisse durant l'année

93 **Source** : JOHANNES (F.), « La prison est toujours l'école du crime », *Le Monde*, 9 août 2012.

2020 due à la crise sanitaire liée à la Covid-19. De nombreuses organisations et instances ont évoqué et dénoncé les conséquences multiples de la surpopulation carcérale. Non seulement elle dénature la peine, mais elle porte atteinte à la dignité et à l'ensemble des droits fondamentaux des personnes détenues, en aggravant leurs conditions matérielles de détention, en entraînant des tensions et des violences, en faisant obstacle au maintien des liens extérieurs et à l'accès aux dispositifs de réinsertion. Elle vient surtout gravement altérer la qualité des soins ainsi que leur accès aux personnes incarcérées.

Par ailleurs, cette surpopulation alarme le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). Le 21 avril 2022, il a appelé « *les États européens ayant une surpopulation carcérale persistante à remédier à ce problème avec détermination en fixant un plafond – à respecter scrupuleusement – pour le nombre de détenus dans chaque établissement pénitentiaire et en développant le recours aux mesures alternatives à la détention* »⁹⁴. Le Comité invite les États membres du Conseil de l'Europe à être attentifs aux écueils et aux conséquences négatives de ce phénomène carcéral, et de prendre des mesures appropriées pour y remédier.

Pour limiter la surpopulation carcérale, qui fait peser de lourdes répercussions sur l'accès aux soins et le suivi de l'état de santé des personnes détenues, il apparaît essentiel désormais de procéder autrement en terme de condamnations judiciaires et de changer radicalement de politique pénale.

En premier lieu, même si une personne a été condamnée à une peine d'emprisonnement, les suspensions de peines pour raisons médicales, créées par la loi Kouchner, devraient systématiquement être prononcées lorsque le maintien en détention de cette personne n'a plus aucun sens en raison de sa condition physique ou mentale extrêmement endommagée. Le Docteur GRIMOPONT affirme que prononcer ce genre de suspension est historiquement très compliqué. À ce titre, il pense que « *le côté pervers de l'UHSI, c'est que c'est un bel outil donc cela améliore la prise en charge des patients sur le plan médical et somatique* », mais que cela « *permet aux magistrats d'être moins pressés à prendre une décision.* »

Il est inutile de conserver une personne détenue en détention si la peine n'a plus aucun sens selon Luc CHOUCHKAIEFF. On constate que la population pénale est de plus en plus vieillissante et que de fait, il va être de plus en plus ardu de correctement prendre en charge ces personnes si elles continuent d'être incarcérées sans véritable justification.

94 **Source** : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, « 31e rapport général du CPT », 2022, 66 pages.

D'autre part, il serait extrêmement intéressant d'étudier sérieusement l'alternative de la prison ouverte, à l'image du centre de détention de Casabianda en Corse, qui est la seule prison ouverte de France. Selon les propos de Thierry GUILBERT, qui a eu l'occasion d'être le chef d'établissement de ce centre, les prisonniers participent pleinement à la production agricole locale et à l'élevage de bétails. Il explique que « *cette catégorie de délinquants se voyait octroyer des conditions de libertés exceptionnelles.* »⁹⁵

Les prisons ouvertes apparaissent comme de parfaites alternatives à un emprisonnement strict classique dans le sens où elles présentent de nombreux avantages : réhabilitation sociale et professionnelle, un moindre coût pour l'État, une plus grande considération de la dignité des personnes détenues ainsi que des taux de suicide et d'évasion très faibles. Au final, ces centres de détention ne comportent que des avantages : meilleures conditions d'incarcération et moindre coût pour la collectivité. Mais les politiques et l'opinion publique sont-ils prêts à voir émerger des établissements pénitentiaires où les prisonniers seront amenés à être mieux traités ?

L'emprisonnement n'est pas une fatalité : il est possible de simplement obliger les individus concernés à garder un dispositif de surveillance électronique qui restreint leur liberté d'aller et venir. Il s'agit de la peine de placement sous surveillance électronique (PSE). On peut également évoquer le bracelet électronique, qui se porte à la cheville de la personne surveillée.

Dans le même registre, on retrouve aussi le bracelet anti-rapprochement (BAR). Selon l'Intranet du Ministère de la Justice, le BAR est « *un dispositif de surveillance électronique qui permet de géolocaliser une personne à protéger et un auteur réel ou présumé de violences conjugales. [...] L'autorité judiciaire prononce cette mesure au civil ou au pénal en décidant d'un périmètre de protection que l'auteur réel ou présumé ne doit pas franchir. Si ce dernier contrevient en pénétrant dans cette zone, la victime est prévenue et mise en sécurité et les forces de sécurité interpellent l'auteur. Cette violation de l'interdiction est ensuite transmise au magistrat.* ». Il a été instauré par la loi n° 2019-1480 du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille.

Ces différents dispositifs permettraient à des personnes âgées ou dépendantes d'effectuer leur peine chez eux sans subir les conditions inhérentes à la détention classique effectuée dans une structure pénitentiaire. En outre, il permettrait corollairement un accès aux soins facilité.

95 cf. Annexes - Entretien avec Thierry GUILBERT

Toujours dans une préoccupation d'éviter l'enfermement, d'autres solutions sont envisageables. Par exemple, il serait possible d'exiger de la personne condamnée de réaliser des travaux d'intérêt général (TIG). En effet, « *la peine de TIG est un moyen efficace de lutter contre la récidive qui a largement fait ses preuves. Pour rappel, le taux de récidive est de 34% après un TIG contre 61% après une peine de prison ferme.* »⁹⁶ Cette technique permet également à la personne condamnée de se réinsérer dans la communauté par sa fonction, ses missions et son travail. Les TIG sont efficaces pour faire prendre conscience à l'individu des conséquences de ses actes. Un magistrat devrait systématiquement penser à la réinsertion des personnes condamnées à chaque décision prononcée.

Une autre recommandation serait de réduire le rythme des comparutions immédiates. Ces dernières servent à juger des faits simples et qui ne nécessitent pas d'enquêtes approfondies. Il est, par exemple, très souvent question de trafic ou détention de stupéfiants. Ces comparutions immédiates ne sont utilisées que pour juger des délits punis d'au moins 2 ans d'emprisonnement ou d'au moins 6 mois en cas de flagrant délit. L'objectif est d'apporter une réponse pénale immédiate. Ces comparutions se démarquent de par leur rapidité : une personne peut se voir condamnée à une peine d'emprisonnement ou à une prolongation de détention provisoire en à peine quelques heures.

Cette recommandation est préconisée par l'actuelle CGLPL, Dominique SIMONNOT, notamment lors de son audition organisée par la Commission des lois de l'Assemblée nationale en date du 23 juin 2021.

Au même titre, il serait judicieux de surseoir à l'envoi en détention des personnes atteintes de troubles psychologiques et/ou psychiatriques profonds. Il s'agit sûrement du profil le moins adapté au régime de la détention puisque inaccessible à sa compréhension ; dans ce cas, la peine n'a aucun sens et ne fait qu'approfondir les troubles existants. Le condamné ne peut percevoir le supposé aspect curatif de l'emprisonnement.

Le recours à la peine de prison devrait rester *l'ultima ratio* en termes de sanction. Dominique SIMONNOT avait déclaré dans une émission radio sur France Inter le 13 juillet 2021 que « *la peine de prison n'est pas la panacée* » et que « *les peines alternatives permettent justement de beaucoup mieux réinsérer les gens, les remettre dans la société.* »

96 **Source** : LAYANI (D.), PARIS (D.), « Les leviers permettant de dynamiser le travail d'intérêt général », 2018, 59 pages.

Nonobstant les recommandations touchant essentiellement aux structures et instances d'ores et déjà en place ou susceptibles de l'être, il est essentiel d'envisager l'entièreté de cette problématique sous le prisme de la conscience collective.

II. Plan d'actions pour une prise de conscience commune entre tous les maillons de la chaîne d'intervention

Afin de réellement prétendre améliorer la santé et le respect des droits des personnes détenues, il conviendrait de prendre de nouvelles décisions efficaces, notamment concernant le suivi de la santé (A). Ce suivi devra indéniablement être accompagné d'actions ciblées de prévention (B). De plus, il est essentiel que la société entière parvienne à comprendre qu'il est obsolète de considérer que les personnes détenues ne méritent pas une prise en charge décente et digne de leur santé. Les objectifs de réinsertion et de considération nécessitent d'être respectés (C).

A. La nécessaire garantie d'un meilleur suivi de la santé

Bien qu'ils existent à l'heure actuelle en détention, les suivis de l'état de santé des personnes détenues ne sont pas forcément optimaux pour plusieurs raisons. Pourtant, il serait urgent d'étudier les différentes propositions de meilleurs suivis possibles car la population carcérale nécessite un suivi régulier et de qualité dans plusieurs domaines.

S'agissant des suivis de la santé des personnes détenues, on peut évoquer l'investissement limité de certains professionnels de santé. Les professionnels de l'US ne sont pas souvent présents aux différentes CPU qui pourtant sont intéressantes dans le cadre d'un suivi. On ressent une faible implication de leur part dans le suivi des patients détenus. Il a pu être noté une certaine volonté de ne pas « se mélanger » à l'administration pénitentiaire. Il est néanmoins nécessaire de ne pas oublier que des êtres humains et leur santé se retrouvent au centre de ces querelles ; querelles souvent insensées entre les administrations hospitalière et pénitentiaire. Chaque administration semble s'en tenir strictement à sa fiche de poste. Pourtant, le milieu carcéral demande à tisser des liens sociaux renforcés afin que la détention atteigne son objectif principal de réinsertion. Chaque agent, acteur de la vie de l'établissement, a son rôle rattaché à des missions strictement dictées. Mais cette vision ne saurait être compatible avec le milieu carcéral. Il serait intéressant que chacun soit engagé dans la prise en charge d'une personne détenue dans son entièreté.

Dans ce sens, il faut absolument faire en sorte que les personnes détenues ne subissent plus les incompréhensions, les dysfonctionnements, les querelles éventuelles qui peuvent apparaître

entre l'administration pénitentiaire et l'administration hospitalière.

Dans la volonté de coordonner les différentes actions menées par les deux administrations dans un même établissement, il serait judicieux d'organiser une réunion pluridisciplinaire tous les deux ou trois mois avec la présence obligatoire d'au moins un représentant pour tous les services (US, SPIP, direction, etc). Celle-ci serait présidée par le chef d'établissement ou son représentant. Tous les services doivent être entendus. L'objectif de cette réunion pluridisciplinaire serait de se mettre d'accord quant à la procédure à suivre, de discuter, d'échanger, de régler les éventuelles incompréhensions et/ou conflits. Il serait également possible de réunir tous les intervenants dans le cas où une situation urgente émerge (mauvais déroulement des procédures, manque de compréhension, acte délibéré de ne pas obéir aux injonctions prononcées, etc).

La communication engendre une meilleure entente et conséquemment un meilleur déroulement des procédures, des protocoles. Cela aboutira forcément à de meilleurs résultats si chaque agent se sent pleinement investi dans le suivi de la santé de toutes les personnes incarcérées demandeuses.

En outre, il apparaît fondamental d'améliorer le suivi gynécologique pour l'ensemble des femmes détenues en France. La présence d'un gynécologue au moins une fois par semaine, voire plus, doit être garantie dans les établissements où il y a des quartiers femmes, d'autant plus dans les établissements uniquement réservés aux femmes. Le seul établissement français dans cette situation est le centre pénitentiaire pour femmes de Rennes.

Les soins gynécologiques revêtent une importance beaucoup trop essentielle pour pouvoir se passer de la présence d'un médecin spécialiste du corps féminin, d'autant plus en présence de femmes enceintes. Le gynécologue prendrait en charge le suivi gynécologique des femmes détenues et les grossesses s'il y a lieu. Elle ou il assurerait le suivi du nouveau-né et apporterait des informations à la mère (allaitement, biberon, sommeil, stimulation, éveil, hygiène, etc), car élever son ou ses enfants relève également de la réinsertion des femmes détenues.

Une sage-femme pourrait également assurer une permanence au moins une ou deux fois par mois le temps de la grossesse de la femme détenue afin de lui apporter toutes les informations possibles et pour l'aider et l'accompagner dans le suivi de sa grossesse.

La garantie de la présence d'un gynécologue en détention éviterait à la femme détenue de solliciter une escorte pour se rendre à des rendez-vous gynécologiques et/ou de suivi grossesse.

Les suivis addictologiques sont trop disparates selon les prisons et leur position géographique. Les addictologues ne sont pas systématiquement et régulièrement présents en détention. Il est essentiel de garantir de réels suivis en terme d'addiction en détention étant donné qu'un taux remarquable de personnes détenues présentent diverses addictions. Les addictions au cannabis, au tabac et/ou à l'alcool sont des fléaux récurrents en détention. Il est impossible de réinsérer pleinement un individu qui souffre d'une addiction quelconque. Et le guérir de cette addiction demande du temps et des moyens.

Ce suivi renforcé pourra permettre, le cas échéant, d'autoriser les personnes détenues à cantiner elles-mêmes certains médicaments comme de l'aspirine, du paracétamol, *etc.* À l'heure actuelle, prendre une simple aspirine nécessite une consultation médicale, une prescription et la présence d'un professionnel de santé ou d'un surveillant lors de la prise du médicament. Cela permettra, par la même occasion, de responsabiliser les personnes détenues et participera également à leur réinsertion.

Enfin, les soins psychologiques et psychiatriques prodigués en détention doivent être davantage considérés qu'ils ne le sont actuellement. Il est essentiel d'investir dans un réel et régulier suivi psychologique des personnes détenues, notamment lors d'un entretien à l'arrivée afin de déceler les éventuelles problématiques psychologiques. Il est également important de rappeler régulièrement au détenu la possibilité pour lui de consulter un psychologue ou un psychiatre.

La sortie de détention reste un moment générateur d'angoisses et d'appréhensions pour les personnes détenues. Il est fondamental de mettre en œuvre un entretien psychologique avant la sortie afin de discuter de la possibilité de la mise en place d'un suivi régulier lors des premiers mois de la libération. Il doit être constant. Il serait intéressant de prendre exemple sur ce que l'EMOT à Lille a mis en œuvre pour l'accompagnement des personnes détenues sortantes⁹⁷. Ce genre d'actions devrait être étendu dans tous les établissements pénitentiaires français.

Afin de garantir un meilleur suivi de la santé des prisonniers, il faudrait également envisager des entretiens médicaux réguliers. Le détenu a droit à un examen médical d'arrivée, certes, mais il faudrait en effectuer de manière régulière, notamment si le prisonnier reste pendant plusieurs années dans le même établissement. Par ailleurs, il serait nécessaire de rendre cet examen médical systématique et obligatoire lors de chaque transfert vers un autre établissement⁹⁸. Dans l'hypothèse

97 **Source** : PETITOT (P.), « Soins, des psys font le lien à la sortie », *Dedans-Dehors*, n°111, juin 2021.

98 Les personnes détenues peuvent être transférées d'un établissement pénitentiaire à un autre pour différentes raisons. Le transfert peut, tout d'abord, résulter d'une demande de la personne détenue elle-même. Les transferts volontaires résultent dans la majorité des cas d'une volonté de se rapprocher des membres de sa famille. Ces demandes seront examinées par l'administration pénitentiaire et seront soit acceptées, soit rejetées. Nonobstant ce type de transfert,

où les personnels se heurteraient au refus du détenu, il serait impératif de le respecter. Ne serait il pas envisageable d'intégrer un article dans le nouveau Code pénitentiaire ou simplement ajouter un alinéa à l'article R. 212-16 du Code pénitentiaire relatif au premier examen médical lors de l'entrée en détention de la personne détenue considérée.

Toutes ces recommandations seraient du ressort des professionnels de santé. Ces derniers devraient être pleinement préparés et informés de la singularité du milieu carcéral et des profils des personnes détenues suivies. Une formation spécifique ainsi que des actions de sensibilisation dès leurs études supérieures de médecine devraient être entreprises. Le fait que, par exemple, des professionnels de santé à l'UHSI de l'hôpital de la Salpêtrière ne se voyaient pas soigner le pédocriminel Michel FOURNIRET⁹⁹ est à combattre. Le but est ici d'ouvrir les esprits et de faire prendre conscience aux professionnels de santé que les personnes détenues, avant d'être des criminels ou des délinquants, sont des êtres humains qui de par leur dignité humaine inhérente méritent la même qualité des soins que les personnes à l'extérieur, qu'ils doivent avant tout être considérés comme des patients. La sensibilisation des futurs professionnels de santé passerait par des formations dédiées à la médecine en milieu carcéral, couplées à des stages d'observation.

La formation des professionnels de santé à ces situations spécifiques permettrait une prise en charge optimale et indéniablement meilleure pour les personnes détenues.

En conclusion, toutes ces recommandations sont fondées mais elles ne pourront être appliquées sans une réelle hausse des effectifs pénitentiaires et médicaux. C'est surtout sur ce point que repose la garantie d'une meilleure prise en charge de la santé des prisonniers puisqu'à ce jour, il est demandé à un nombre de professionnels restreint de prendre en charge toujours plus de patients détenus avec toujours moins de moyens. Parfois, les détenus ne sont pas examinés lors de leur arrivée par manque de personnels. Il est aisé de concevoir que ceci n'est pas acceptable.

Dès lors, garantir un meilleur suivi de la santé des personnes incarcérées permettrait d'améliorer la situation de manière générale. Ces recommandations ne sauraient, toutefois, être pleinement effectives sans l'intervention fondamentale des outils de prévention.

l'administration pénitentiaire peut décider de transférer un prisonnier vers un autre établissement, notamment lorsqu'une personne incarcérée se montre extrêmement violente. Elle sera, la plupart du temps, transférée dans un établissement pourvu d'un quartier disciplinaire mieux agencé et de personnels pénitentiaires et médicaux mieux préparés à ce type de profil.

99 **Source** : D'ADHEMAR (M.), « « Le criminel s'efface derrière le patient » : soigner des monstres, l'épineuse mission des médecins en milieu carcéral », Le Figaro, 15 mai 2021.

B. La prévention, une palette d'actions essentielles

Si la prévention peut être représentée par le rocher de Sisyphe¹⁰⁰, il reste tout de même important de continuer à étudier toutes les possibilités qui pourraient aider les personnes détenues à s'intéresser à leur propre état de santé.

En effet, les personnes détenues ne sont pas vraiment réceptifs à la prévention et à l'éducation à la santé en raison de la précarité générale qui englobe leur existence (éducative, affective, sociale, économique, etc). À ce propos, Thierry GUILBERT propose une comparaison intéressante avec le rapport de la délinquance à la culture : « *Ce n'est pas parce que vous faites un atelier peinture ou que vous apprenez à quelqu'un à jouer aux échecs que du jour au lendemain, il va cesser sa vie délinquante. [...] Vous construisez quelque chose brique par brique.* »¹⁰¹ Il en va de même pour la prévention : cela peut sembler long et fastidieux, mais à terme on peut en attendre des conséquences positives.

La prévention est trop peu diffusée à l'intérieur des prisons, d'autant bien sûr dans les établissements où le manque de moyens et d'effectifs est avéré. Elle pourrait assurément être vertueuse sur le long terme.

Le Docteur GRIMOPONT affirme, par exemple, que l'addiction au tabac n'est pas assez prise au sérieux en détention. Néanmoins, il comprend les personnes incarcérées qui fument et assimile l'ennui général que suscite l'incarcération à cette consommation massive de tabac : « *si demain je me retrouve en prison, eh bien à part boire du café, regarder la télé et fumer des clopes, il n'y a pas grand-chose à faire.* »¹⁰². Même si la santé n'est pas la priorité des personnes détenues, on ne doit pas négliger la certitude qu'elles sortiront un jour et qu'on veut qu'elles prennent conscience de l'importance de prendre soin de leur santé. Il ne faut jamais sous-estimer le fait d'avoir planté une graine même si la personne en face ne paraît pas tellement réceptive.

La prévention est de moins en moins présente dans les prisons françaises par manque de temps et de moyens. Les effectifs ne sont pas formés pour proposer des ateliers de prévention. Selon Luc CHOUCHKAIEFF, l'addictologie souffre du même mal alors que c'est un phénomène massif dans les établissements pénitentiaires. Les principales addictions en prison sont l'alcool, le tabac et

100 Sisyphe représente un personnage de la mythologie grecque. Pour avoir défié les dieux, il fut condamné par Zeus à subir un éternel châtiment : faire rouler un rocher jusqu'en haut d'une colline mais qui redescendait systématiquement lorsque Sisyphe allait atteindre le sommet.

101 cf. Annexes - Entretien avec Thierry GUILBERT

102 cf. Annexes – Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

le cannabis.

Il faudrait cibler certains domaines sur lesquels il serait très important d'insister. On parle surtout de la nutrition, la sexualité et l'addiction, considérant que « 90% des détenus sont confrontés à au moins un de ces trois problèmes. »¹⁰³

Chaque personne détenue devrait se voir proposer des informations via des affiches, des ateliers, des rappels clairs et précis lors des visites médicales. Cette obligation d'affichage dans les locaux de la détention et dans l'US serait nécessaire mais insuffisante, beaucoup de détenus étant illettrés ou ayant peu ou pas de parcours scolaire et/ou de diplômes¹⁰⁴. Il faut continuer à sensibiliser les personnes détenues à l'importance de leur état sanitaire. À terme, les problèmes de santé seraient atténués avec pour conséquence une baisse des dépenses de santé.

L'utilisation de journées de sensibilisation ne doit pas être négligée. Au contraire, il semblerait que les personnes détenues les apprécient. Il serait judicieux d'organiser des journées de sensibilisation sur différents aspects de la santé et développer les partenariats dans cet objectif, à l'instar des associations. Lors de cette recherche, il a été possible de participer à la mise en œuvre d'une action de prévention contre le VIH et le virus du SIDA : le Sidaction. L'action s'est déroulée durant trois journées enrichissantes pendant lesquelles quinze personnes détenues ont pu être pleinement renseignées sur ces différentes pathologies et leur prise en charge. Des films relatifs à la maladie du SIDA ont pu être projetés, suivis d'interventions d'une association spécialisée dans le droit de la santé, ainsi que de débats avec les personnes présentes. Les personnes détenues ont pu s'exprimer sur le manque d'information, d'écoute, de suivi régulier de la part des personnels de l'US du centre de détention. La grande majorité d'entre elles pensait que le VIH pouvait s'attraper par la salive et n'avait pas envisagé les aiguilles infectées (tatouage) ou les ustensiles de coiffure (tondeuse à barbe ou cheveux) comme source de contamination. Certains pensaient également que le VIH était uniquement une pathologie liée à l'homosexualité masculine et que les personnes hétérosexuelles étaient hors de danger.

Concernant la sexualité, aucun texte n'interdit formellement les pratiques sexuelles en détention. Elle existe sans aucun doute, qu'elle soit hétérosexuelle lors des parloirs ou des UVF internes, ou homosexuelle directement dans la détention. Son existence avérée et inévitable oblige à

103 cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHKAIEFF

104 En 2018, 53,4% des prisonniers en France n'avaient aucun diplôme contre 2,7% ayant pu faire des études supérieures. (Source : Ministère de la Justice, « Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire, Année 2018 - 2019 », 2019, 168 pages).

une prévention en matière d'éducation sexuelle. Il serait intéressant de procéder à une sensibilisation groupée aux IST, à l'hygiène génitale, à la protection lors des rapports sexuels hétérosexuels ou homosexuels. Cette prévention se ferait par le biais de groupes de paroles avec des professionnels de santé. On trouve d'ores et déjà des organismes de prévention sexuelle dans certains établissements : il y a, par exemple, le Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic d'infections VIH, hépatites virales et des IST (CeGIDD) au centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin. Aussi, la plupart des US des établissements pénitentiaires proposent des préservatifs gratuits. Mais cela est insuffisant au regard des nombreuses déficiences en terme de prévention sexuelle.

En détention, les rapports sexuels non consentis sont une réalité. La prévention sur ce sujet doit aborder les notions de consentement ; notamment de ce qui constitue un viol. En effet, beaucoup de prisonniers considèrent que le viol se limite à l'acte de pénétration vaginale sur une femme dans une situation de danger. Par ailleurs, un nombre élevé de personnes incarcérées ont été condamnées pour des faits de viol conjugal ; ils ne comprennent pas toujours l'interdiction d'avoir des relations sexuelles avec leur épouse en l'absence de son consentement.

Concernant la prévention pour la santé sexuelle, il est nécessaire de rappeler que les professionnels sont à l'écoute de chacun et qu'il ne faut pas occulter les faits par honte car très souvent, l'homosexualité masculine, même lors de rapports non consentis, est très mal perçue. Sur ce point, il faut rappeler aussi la possibilité de porter plainte (le droit s'applique aussi aux personnes détenues).

L'addictologie devrait également être placée au centre de toutes les attentions. Il est primordial d'innover sur cette difficulté car le pourcentage de personnes détenues ayant une addiction est vaste.

Des activités plus ludiques que de simples rendez-vous individuels avec l'addictologue, qui assure une permanence mensuelle dans quelques établissements, devraient être organisées. Les prises en charge groupales permettraient également d'exploiter l'addictologie sous le prisme de la collectivité : il peut être plus facile pour une personne addictive de partager ses expériences avec d'autres personnes dans la même situation afin qu'elle constate qu'elle n'est pas seule à se battre contre son ou ses addictions. Cela permettrait de faire transparaître une certaine solidarité entre personnes détenues. Un addictologue devrait être présent à temps plein. Il est déterminant que les suivis pour addiction doivent être réguliers.

Parmi les plus grands fléaux en terme d'addiction, c'est sans doute le tabagisme qui représente le plus lourd défi. Un fort pourcentage de détenus fume (plus de 80% des 18-54 ans). Les

prisonniers non fumeurs sont victimes de tabagisme passif, ce qui est susceptible de causer des dommages physiologiques importants. Afin de lutter contre cet état de fait, il faudrait installer des fumoirs dans chaque aile de bâtiment pour permettre aux fumeurs de fumer tranquillement sans incommoder les personnes non-fumeuses. Ensuite, il faut régulièrement rappeler aux personnes la dangerosité du tabac pour leur santé par des journées de sensibilisation, par des groupes de parole, des brochures explicatives, donner un meilleur accès aux substituts nicotiques (patches, comprimés, gommes, pastilles, *etc*) et le proposer systématiquement aux personnes fumeuses dès leur arrivée en détention et leur rappeler qu'elles peuvent en demander lorsqu'elles le souhaitent.

Il serait intéressant d'envisager une simplification du guide du détenu arrivant. En effet, le guide est trop volumineux et son vocabulaire juridique peut être jugé comme complexe et rébarbatif pour le profane. Les détenus de nationalité étrangère ainsi que les déficients mentaux ne peuvent pas le comprendre. Pour prévenir les potentielles violations des droits en matière de santé, il faut veiller à ce que les droits en termes d'accès aux soins et de santé de manière générale soient bien compris par les personnes détenues et expliqués de façon pragmatique dans le livret.

Lors du Sidaction, action mise en œuvre lors de la recherche, un rappel des droits des personnes incarcérées a pu être entrepris. La plupart des prisonniers présents ne savaient pas que la mauvaise prise en charge sanitaire pouvait constituer un motif de recours. Ils ne connaissaient pas non plus leurs droits en matière de santé : ces différentes journées ont alors été l'occasion d'informer pleinement des personnes quant à leurs droits.

Pour conclure, ces propositions de prévention pourraient être mises en vigueur à la seule condition que des effectifs et des moyens soient alloués.

La prévention représente des outils non négligeables quant à l'amélioration de la santé des personnes détenues. Néanmoins, la prise en considération de leur humanité et de leur dignité ne doit pas être délaissée, tant son impact pourrait constituer une différence notable.

C. De la nécessité d'humaniser les institutions judiciaire, carcérale et sociale

« *Pour briser avec cette violence, on ne doit pas l'institutionnaliser.* » Ces mots prononcés par Robert BAIDNTER¹⁰⁵ lors d'une interview en 1976 étaient relatifs à la peine de mort. Il fait référence à la théorie du monopole de la violence légitime appartenant à l'État. Cette dernière a été mise en avant par le sociologue Max WEBER¹⁰⁶. Contrairement à ce que Robert BADINTER voulait, il semblerait que l'État français actuel en ait décidé autrement en permettant un nombre considérable d'actions violentes au sein même de ses établissements pénitentiaires, à commencer par l'enfermement. En effet, « *l'enfermement devient une pratique légale et encadrée par de nombreuses normes émanant de divers niveaux de pouvoir (législatif, exécutif, judiciaire). Le condamné ne subit plus de peines infamantes exécutées sur la place publique, il purge sa peine discrètement.* »¹⁰⁷ La violence en détention est partout, qu'elle soit physique ou mentale. Elle se retrouve dans l'enfermement, trop souvent collectif, mais également dans le prisme des soins : refus de présenter le détenu à des spécialistes, manque d'information, professionnels de santé absents pendant de longues périodes. Tous ces événements sont constitutifs de violence pour les personnes détenues qui les vivent directement comme de l'inconsidération et un manque de respect évident de leur personne.

Le sentiment qu'il n'y a aucune humanité prise en considération en milieu carcéral est malheureusement répandu. Elle serait pourtant favorable à la réinsertion et à compréhension du sens de la peine. Sans respect pour ce principe, il faut redouter que soit alimenté le cercle vicieux de la récidive.

On a noté plus haut que les personnes détenues sont, dans la très grande majorité, des personnes n'ayant pas eu accès à l'éducation. Il est question de toutes sortes d'éducatrices, qu'elle soit scolaire, éducative, affective, sexuelle, médicale, culturelle ou sanitaire. Ne pas avoir accès ou avoir eu un accès limité à l'ensemble de ces éducations fait que la personne se construit sur des carences et des failles qui empêchent la prise de conscience de ce que suppose l'existence en

105 Robert BADINTER est un ancien avocat du barreau de Paris, devenu Garde des Sceaux (ministre de la Justice) lors de la présidence de François MITERRAND de 1981 à 1986. Il endosse par la suite les fonctions de Président du Conseil constitutionnel, puis de sénateur. Il se fait notamment connaître par son combat contre la peine de mort, qu'il défend lors de son célèbre discours du 17 septembre 1981 devant l'Assemblée Nationale. La peine capitale est abolie le 9 octobre 1981.

106 Max WEBER était un sociologue et un économiste allemand du début du XXe siècle. Il a consacré la majeure partie de sa carrière à réfléchir et à écrire sur les enjeux du capitalisme ainsi que sur l'entrée de la société dans la modernité. Il est également considéré comme le fondateur de la sociologie compréhensive, c'est-à-dire le courant sociologique prenant en compte le sens des décisions des institutions sociales et sociétales.

107 **Source** : ROSTAING (C.), *Une institution dégradante, la prison*, Paris, Gallimard, 2021, 320 pages.

société. Un exemple très concret se trouve dans la négligence de l'état de santé. Ne pas prendre soin de sa santé provoque l'apparition ou l'aggravation de pathologies plus ou moins graves. Les personnes détenues ont simplement besoin d'éducation dans toutes les directions. Il est bien entendu très délicat de demander à une personne de se déconstruire pour l'aider à se reconstruire sur de nouvelles bases. Il est plus confortable de juger qu'une personne délinquante ou criminelle est perdue et s'en désintéresser.

L'immense majorité des personnes détenues sont toutes le résultat de grandes souffrances endurées par le passé (viols, agressions sexuelles, maltraitance, violences physiques/verbales, alcoolisme, addiction, éducation scolaire stoppée prématurément, prostitution forcée, proxénétisme, etc), elles représentent le résultat direct de ces événements tragiques et des souffrances engendrées. Comme le rappelle le Docteur ADINS, « *tous les agresseurs qu'on a ici ont, à un moment donné, été victimes.* »¹⁰⁸ Pourtant, elles sont constamment rejetées par toute la société et même par certaines instances censées les aider à leur sortie, comme les centres médico-psychologiques qui, selon le Docteur ADINS, ne sont pas pressés de recevoir des anciennes personnes détenues et font tout pour ralentir au maximum leur venue. Cette manière de procéder peut causer une augmentation du risque de mortalité chez la personne détenue puisque « *la mortalité d'une personne libérée est multipliée par 2 ou 3 par rapport à une personne de même âge à l'extérieur.* »¹⁰⁹

La sanction de réclusion n'a pas de sens si la personne détenue sort sans nouvel acquis, dans le même état d'esprit qu'à son arrivée. Cette éducation passe également par l'apprentissage de base en matière de santé, de prévention, de diagnostic. La grande majorité des personnes détenues n'ont, en effet, aucune connaissance en matière de santé et de soins. Si une peine de prison est décidée, cette dernière doit servir à construire la personne détenue, à lui apporter un socle de connaissances solide et pérenne qui lui servira dans son existence libre. Comme le disait Simone VEIL¹¹⁰, « *les prisons doivent servir à élever intellectuellement les détenus, et pas seulement à les punir.* »

Ainsi, il faut absolument placer la personne humaine au cœur des enjeux liés au milieu carcéral, il convient de réellement prendre en compte la dignité humaine de chaque personne détenue dans les dispositifs politiques.

108 cf. Annexes – Entretien avec le Docteur Catherine ADINS

109 cf. Annexes – Entretien avec le Docteur Catherine ADINS

110 Simone VEIL était une magistrate et une femme politique française. Nonobstant la présentation de la célèbre loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse à l'Assemblée nationale, elle confère une importance capitale à la défense de conditions de vie plus décentes en détention durant l'entièreté de sa carrière.

Le Docteur ADINS insiste également sur la nécessité d'introduire le respect et la bienveillance dans sa pratique en tant que professionnel de santé, en tant que soignant puisque « *sans le rétablissement du lien social, on ne peut pas faire de soins* » Il convient comme professionnel de santé impliqué dans le parcours de soins d'une personne incarcérée de la respecter pleinement en tant que personne, en tant qu'être humain et pas juste comme délinquant. Faire en sorte de lui apporter toutes les informations nécessaires à sa pleine décision concernant sa santé, lui fournir ces informations de manière adaptée et compréhensible, l'impliquer dans son propre parcours de soins. C'est à ce titre une réelle occasion de les responsabiliser.

Le rôle des professionnels de santé revêt ici une importance capitale dans la future réinsertion des personnes détenues.

Il ne faut jamais omettre qu'aux yeux de la Justice, chaque individu devient un potentiel suspect. Nous pouvons tous être touchés de près ou de loin par la détention. Nous pouvons tous être impliqués dans un crime ou un délit soit par des faits avérés, soit par erreur judiciaire, soit par manque de chance, soit par le hasard. Cela peut nous concerner, mais aussi nos proches, notre entourage. Il est important de rappeler que la prison n'est pas un lieu de non-droit uniquement réservée aux cas sociaux, aux personnes précaires et aux bandes de banlieues. Ce point de vue devrait être inscrit dans la conscience individuelle et collective.

Sans nul doute se trouve là un des enjeux dont doit s'emparer la société et l'opinion publique. Considérer les personnes détenues au même titre que des animaux, des sous-hommes, et, dans le même temps, être convaincu qu'elles ne méritent aucune dignité de par les faits commis est contre-productif. Cela entretient une forme d'aversion et de mépris entre les personnes détenues et toute forme d'autorité (justice, police, administration pénitentiaire, politique).

Dans l'idéal, cela passerait par la nécessaire éducation et la sensibilisation de la population de manière générale.

CONCLUSION

Selon le Docteur Frédéric GRIMOPONT, responsable de l'UHSI de Lille, « *on soigne les patients en milieu pénitentiaire beaucoup mieux qu'il y a 20 ou 30 ans* »¹¹¹. En effet, la santé et les droits des personnes détenues ont été les témoins d'évolutions décisives au cours des trente dernières années. Les avancées majeures en la matière résident sous de nombreux aspects. Il s'agit, par exemple, de l'affiliation immédiate au régime général de la Sécurité sociale dès l'entrée en détention ainsi que de la mise en place d'UCSA dans chaque établissement pénitentiaire, unités ayant la capacité d'offrir des soins généraux et spécialisés aux personnes incarcérées. En outre, l'article R. 212-16 du nouveau Code pénitentiaire¹¹² exige que chaque arrivant soit examiné lors d'un premier examen médical. Cet entretien possède des avantages non-négligeables, notamment lorsqu'il permet de mettre en exergue chez le patient détenu des pathologies plus ou moins lourdes.

La gestion par l'administration hospitalière de la prise en charge sanitaire de la population pénale constitue, par ailleurs, une véritable progression. Elle est la conséquence positive du changement de statut implicite alloué aux personnes détenues, passant de simples délinquantes à de véritables patientes. Outre les difficultés parfois décelées encore rattachées à ces dernières dispositions, il est inévitable de constater que leur mise en œuvre a été synonyme d'amélioration des conditions de vie des prisonniers et de leur état de santé.

Néanmoins, cette recherche démontre la ténacité d'une large quantité de carences diverses et variées. Ces dernières sont à l'origine de violations préoccupantes d'un certain nombre de droits dont les personnes détenues peuvent normalement légitimement jouir. En effet, ces droits, considérés comme fondamentaux à l'égard de la population extérieure, peinent à être pleinement respectés au cœur des murs des prisons françaises, officiellement du fait de dispositions sécuritaires strictes.

Le premier objectif de l'administration pénitentiaire se trouve dans une logique de réinsertion des personnes détenues au sein de la société. Toutefois, est-il réellement concevable de réinsérer un Homme au sein de la collectivité sociale sans un véritable respect de l'entièreté de ses droits ?

À défaut de les faire apparaître systématiquement, la prison accentue indéniablement les pathologies existantes chez les personnes détenues, qu'elles soient physiques ou mentales. Les

111 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT

112 cf. Note 30

établissements pénitentiaires étant de sérieux foyers pour différents facteurs de risques, il est quasiment impossible pour les personnes incarcérées de passer à travers ce dense filet. Ainsi, par exemple, la personne non fumeuse sera susceptible d'être concernée par un cancer des poumons en raison du tabagisme passif auquel elle est exposée constamment en cellule. Il est essentiel de rappeler que certaines infections sont contractées plus aisément en détention. Il est question de la gale, la leptospirose ou la tuberculose. Les délais souvent longs, voire très longs, pour rencontrer un médecin ou un spécialiste ont également un rôle conséquent dans l'aggravation des pathologies somatiques. À titre d'illustration, des personnes détenues atteintes de troubles cardiaques sont décédées avant d'avoir eu l'occasion de rencontrer un cardiologue en raison des délais d'attente excessifs¹¹³. Ce phénomène se trouve être décuplé concernant les pathologies psychiatriques, notamment lorsque la pathologie est d'ores et déjà présente avant l'incarcération et que le profil du patient détenu n'est pas du tout approprié à un enfermement strict. La prison est un milieu déclencheur de pathologies, même si un certain nombre de pathologies sont préexistantes. Il est donc objectif de déclarer que « *l'incarcération aggrave absolument tout.* »¹¹⁴

Plusieurs explications pourraient être exposées pour comprendre les origines des carences en matière de santé en détention et des violations répétées des droits des personnes incarcérées.

Le raisonnement principal gravite cependant autour des effectifs trop faibles et des moyens alloués inadaptés. Le mécanisme actuel ne semble pas adéquat aux nouveaux enjeux liés à la détention : la population pénale ne cesse de s'accroître, à l'inverse des professionnels chargés de la prise en charge de leur santé et des moyens attribués aux administrations pénitentiaire et hospitalière. Augmenter de manière significative les personnels pénitentiaire et médical ainsi que les moyens alloués limiterait considérablement les conséquences néfastes dues à la crise du service public. Mais les administrations hospitalière et pénitentiaire ne bénéficient malheureusement plus d'un caractère attractif depuis quelques décennies pour différentes raisons : salaire bas, niveau d'études requis trop élevé, conditions de travail éprouvantes, *etc.* Comme à l'extérieur, le service public, notamment celui de la santé, subit une crise sans précédent. Cette dernière illustre la répercussion des événements extérieurs sur l'équilibre interne et le fonctionnement des services sanitaires d'un établissement carcéral.

Outre le manque de professionnels et de moyens, le contrôleur des lieux de privation de liberté, Luc CHOUCHKAIEFF, déclare que la surpopulation carcérale est une cause primordiale des nombreux dysfonctionnements, notamment relatifs à l'accès aux soins. Réduire de manière drastique le nombre de prisonniers présents dans les structures pénitentiaires est un objectif tout à

113 cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHKAIEFF

114 cf. Annexes - Entretien avec le Docteur Catherine ADINS

fait envisageable. En 2020, une baisse radicale avait été orchestrée par l'ancienne ministre de la Justice, Nicole BELLOUBET, et l'ensemble des magistrats compte tenu de l'ampleur des propagations de la Covid-19. Au 1^{er} juillet 2020, les prisons françaises comptaient 58 695 personnes détenues¹¹⁵ ; elles étaient 70 651 au 1^{er} janvier 2020¹¹⁶. Mais pour la CGLPL, Dominique SIMONNOT, « *cette épidémie a été une occasion manquée pour les solutions alternatives à l'incarcération.* »¹¹⁷ et « *il n'y a aucun impact pérenne là-dessus* » selon Luc CHOUCHKAIEF. En dépit des espoirs exprimés, la crise sanitaire n'a pas déclenché une prise de conscience des conditions carcérales au vu du nombre de prisonniers en constante augmentation depuis la stabilisation de la pandémie.

Le constat est donc sans appel : les taux faramineux relatifs à la surpopulation, qui gangrènent la majorité des établissements, doivent être endigués, limités afin de rendre l'accès aux soins effectif et de le respecter.

En réalité, l'ensemble de ces problèmes techniques sont liés : leur association crée des cercles vicieux plus ou moins difficiles à dénouer. Dans ce sens, les escortes sont difficiles à organiser, alors l'accès aux spécialistes s'en trouve fortement limité, donnant lieu à des pertes de chances considérables, et parfois fatales, pour la santé des personnes détenues.

Cependant, les problématiques relatives aux manquements en terme d'effectifs et de moyens ainsi qu'à la surpopulation carcérale ne sauraient entièrement expliquer l'ampleur des carences en matière de prise en charge de la santé et de respect des droits. Il peut être décelé, en plus de ces derniers éléments, une désinvolture politique et plus largement sociale vis-à-vis de ces écueils car rattachés à la condition carcérale.

Afin de corriger, voire de limiter fortement ces problématiques, légiférer pour de meilleures conditions de vie des personnes incarcérées serait une solution efficace à envisager. Néanmoins, il est important de mentionner le fait que légiférer pour l'amélioration globale de la situation des personnes détenues demeure difficile.

Dans les années 1980, Robert BADINTER affirmait que cette mission était d'ores et déjà complexe à réaliser, principalement en raison du sentiment de mépris de la population civile à

115 **Source** : Ministère de la Justice, « La mesure de l'incarcération au 1^{er} juillet 2020 », 2020, 3 pages.

116 **Source** : Ministère de la Justice, « La mesure de l'incarcération au 1^{er} janvier 2020 », 2020, 3 pages.

117 **Source** : BAUER (D.), « Dominique Simonnot, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté : « Cette épidémie a été une occasion manquée pour les solutions alternatives à l'incarcération » », *Actu-Juridique.fr*, 15 juillet 2021.

l'encontre des prisonniers. Le 20 janvier 2009, il évoquait lors d'une interview pour le journal *Télérama* les obstacles inhérents, selon lui, à ce type de législation : « *Il y a, en France, une indifférence multiséculaire à la condition carcérale. Quand j'étais garde des Sceaux, j'ai multiplié les efforts pour humaniser les prisons. Sans les moyens nécessaires [...] Et à chaque fois que j'ai pris une mesure en faveur des détenus, la réaction du corps social était négative. Quand nous avons fermé les quartiers de haute sécurité, certains disaient : « La France est livrée aux assassins. » Quand nous avons créé les parloirs libres, où la mère pouvait embrasser son fils, ou la femme son compagnon, on a dit que nous prenions le risque insensé de passage de drogues, voire d'armes ! Quand nous avons introduit la télévision dans les cellules, on a ricané : « Et pourquoi pas le champagne ? » Depuis, j'ai compris qu'il existe une loi d'airain en matière carcérale : vous ne pouvez pas porter les conditions de vie des détenus au-dessus de celles des travailleurs les plus défavorisés. La prison est ainsi comme le négatif de l'état de la société. C'est saisissant. À cela s'ajoute un problème spécifique à la France, celui de la détention dans les maisons d'arrêt, qui sont surpeuplées. Certains établissements sont remplis à 200 % ! Trois personnes, voire quatre, vivent ainsi dans une cellule de 10 mètres carrés ! Comment assurer le respect de l'intimité, de la dignité des détenus dans ces conditions ! »*

À l'image de l'engagement de l'ancien Garde des Sceaux, il serait particulièrement intéressant qu'une ou plusieurs personnalités publiques se saisissent des problématiques relatives à la situation des prisonniers, notamment concernant leur état de santé et sa prise en charge générale. Il paraît inconcevable de concilier de manière rentable les notions de réinsertion, de sens de la peine et de réalité carcérale.

Mais à l'heure actuelle, aucune personnalité politique ne se décrit comme étant engagée pour le respect des droits des détenus. Dans le même temps, aucune mesure concrète n'est décidée, ni même envisagée pour améliorer la prise en charge de la santé des personnes incarcérées. La thématique des conditions de vie des personnes détenues, pourtant revêtue d'une importance capitale, était absente lors des récentes élections présidentielles et législatives¹¹⁸. La prise en charge sanitaire dans les établissements pénitentiaires n'a, par ailleurs, fait l'objet d'aucune discussion publique lors de cette période primordiale.

Cette situation procure le sentiment qu'une partie de la population française, à laquelle les prisonniers appartiennent au même titre que le reste des citoyens, n'intéresse pas, n'est pas de la compétence de l'État. Le travail à accomplir représente pourtant un enjeu de taille et la palette d'actions envisageables devrait être minutieusement étudiée par les différentes institutions

118 Ces élections se sont déroulées respectivement les 10 et 24 avril 2022, et les 12 et 19 juin 2022.

étatiques.

Aucune femme ni aucun homme politique ne veut ou n'ose se saisir de ces problématiques en raison de l'opinion publique et du manque flagrant de rentabilité politique. Il est pourtant essentiel de souligner l'impossibilité d'ignorer l'ampleur des conditions de vie et de prise en charge sanitaire souvent catastrophiques des personnes détenues. Selon Matthieu QUINQUIS, président de l'OIP, « *le gouvernement et le Parlement refusent toujours d'activer des leviers utiles pour freiner et surtout endiguer la surpopulation structurelle des établissements pénitentiaires français. On connaît les causes, on connaît les remèdes, mais ils continuent de refuser d'agir.* » Au vu des nombreuses condamnations de la France par la CEDH et de l'accumulation des déclarations de plusieurs organisations indépendantes (CGLPL, OIP), il apparaît particulièrement malaisé de douter de la véracité de ces propos.

Cette invisibilisation des conditions de vie des personnes détenues mène inévitablement à l'accroissement de l'inconsidération, voire de l'aversion ressentie par les citoyens libres envers la population carcérale. Le noyau d'origine des carences en matière de santé au sein des établissements pénitentiaires provient de la vision méprisante banalisée et particulièrement enracinée dans l'esprit des personnes libres à l'égard de celles qui seraient incarcérées. À ce titre, le Docteur ADINS estime que « *les UHSA sont vraiment la preuve du rejet des détenus* » de par cette volonté masquée de les empêcher de fréquenter les instances de soins de droit commun comme n'importe quel individu libre. Le rejet de la société représente une angoisse extraordinaire pour les personnes libérées (« *C'est comme si ça se voyait sur leur visage.* »). Le Docteur ADINS regrette également l'implication de certains professionnels de santé dans ce phénomène récurrent d'exclusion.

Le corps social ne souhaite pas se préoccuper des personnes détenues, résultant à une moindre considération des prévenus et des condamnés par les institutions judiciaires. Les raisons de la surpopulation carcérale résident directement dans ce processus général d'exclusion. La conséquence systématique de tous ces paramètres est un respect bancal et biaisé des droits des personnes détenues en matière de santé. À titre d'exemple, le fait de ne pas systématiquement prévoir dans certaines structures de permanence médicale durant le week-end prouve le manque d'égard et d'attention envers cette population.

Le travail de recherche effectué décèle une tendance encore trop favorable à la loi du talion¹¹⁹ au cœur de la société. Cette dernière ne semble pas accepter l'idée de réinsertion. Lors

119 La loi du talion est une loi ancienne, déjà énumérée dans le Code d'Hammurabi environ 1750 avant notre ère. Son étymologie est tirée du latin « *talis* », ce qui signifie « semblable », « pareil ». Cette loi favorise la réciprocité du crime commis et de la peine à subir. L'expression « œil pour œil, dent pour dent » illustre parfaitement cette loi.

d'une interview télévisée en 1976 relative à l'affaire Patrick HENRY¹²⁰, Robert BADINTER s'exprimait à ce sujet : « *Des assassins, il y en aura toujours. Mais une société qui veut avancer, cette société là doit se dépasser et refuser la loi du talion.* »

Tous ces éléments nourrissent une situation spécifique de mise à l'écart des établissements pénitentiaires, alimentant la légende urbaine voulant que les personnes détenues ne sont plus détentrices d'aucun droit dès leur arrivée en cellule. Les prisons renvoient une image de « zones de non droit » dans lesquelles il n'est pas obligatoire d'appliquer les droits communs alloués au reste de la population. De par leur étiquette délinquante ou criminelle, les personnes détenues ne sont pas censées bénéficier d'avantages et de facilités. Pourtant, cette observation ne devrait pas avoir lieu d'être puisque les prisons et leurs occupants font partie intégrante de la société et connaissent les mêmes maux que la population extérieure. Des individus vulnérables peuplent les différentes structures carcérales : il s'agit dans la plupart des cas de personnes âgées, atteintes de handicaps ou de pathologies graves, de personnes dépendantes. Si le scandale des EHPAD Orpea¹²¹ a ému la population extérieure, les conditions de ces personnes vulnérables hébergées dans les prisons françaises suscitent un profond et visible désintérêt, alors que la population pénale devient de plus en plus vieillissante. Est-il plus acceptable de se préoccuper du sort de personnes fragiles dans les EHPAD mais de dénigrer délibérément l'existence de celles en détention ?

« *La prison, c'est l'école du crime* » selon une personne détenue rencontrée lors de ces recherches. Loin d'être ignorée, cette affirmation est partagée par un certain nombre d'auteurs et d'essayistes, à l'image de Michel FOUCAULT¹²². Ils estiment que la détention joue un rôle majeur dans le façonnement des délinquants. *In fine*, se pose la question de la légitimité des méthodes utilisées par les prisons au vu de leurs conclusions : les récidivistes ayant d'ores et déjà expérimenté le régime de la détention sont le fruit du traitement accordé lors de leur incarcération. Outre le fait d'être synonymes de carences et d'atteintes aux droits de l'Homme les plus fondamentaux, les peines d'emprisonnement donnent paradoxalement lieu à des taux spectaculaires de récidives et jouent un rôle, souvent malheureux, dans la prise en charge des soins et de la santé des détenus.

120 **Source** : Interview télévisée de Robert BADINTER par le journaliste Jacques COLLET le 18 février 1976 sur la chaîne de télévision TF1.

121 En janvier 2022, les EHPAD du groupe Orpea ont connu une forte polémique suite à la publication du livre « *Les fossoyeurs* » écrit par le journaliste indépendant Victor CASTANET. Cette enquête dénonce les graves défaillances du groupe, et notamment la volonté constante de générer du profit à l'instar du respect de la dignité des personnes âgées accueillies au sein des structures du groupe.

122 Michel FOUCAULT est un philosophe français du XXe siècle. Très engagé dans les combats minoritaires apparus suite aux événements de mai 1968, il fera de la prison son sujet de réflexion par excellence. À travers ses œuvres, et notamment son ouvrage « *Surveiller et punir : Naissance de la prison* », il n'hésite pas à remettre en question l'institution carcérale tout en dénonçant les conditions de vies des personnes détenues.

Afin de fortement limiter les différents impacts de l’incarcération, il serait judicieux d’expérimenter les nombreuses formes d’alternatives à l’emprisonnement car, selon de nombreux penseurs et philosophes, placer un individu en détention et ainsi l’engloutir dans l’infernal engrenage de l’incarcération ne fera qu’aggraver son potentiel délinquant.

La détention est susceptible de concerner chaque citoyen, qu’elle soit directement ou indirectement subie. Aucun individu ne peut être sûr de ne jamais être impliqué dans une affaire qui intéresserait la Justice et qui imposerait la détention provisoire comme seule mesure valable de sûreté. De par son appartenance à l’espèce humaine, l’individu est détenteur de droits naturels et inviolables. Ce statut d’être humain lui garantit théoriquement le respect parfait de sa dignité, et donc de l’ensemble de ses droits. Pourtant, la majorité des citoyens libres refuse encore d’accepter cette vérité. Les allégations les plus exposées se construisent autour de l’argument de la prétendue facilité d’existence de la personne détenue dans les établissements pénitentiaires. Elle y serait « nourrie, logée, blanchie » aux frais du contribuable. Cette argumentation permet une dédramatisation des conditions de vie des prisonniers, tout en rappelant l’illégitimité de ces derniers à exiger l’entier respect de leur dignité au vu des faits commis. *A contrario*, un nombre conséquent d’exemples et de faits avérés démontrant les rudes spécificités associées à la peine de prison pourraient être exposés pour contrebalancer cette rhétorique. Il demeure encore dans l’esprit de l’institution sociale « *une grande confusion entre priver quelqu’un de liberté et priver quelqu’un de tous ces droits.* »¹²³

Les solutions concevables sont multiples, mais exigent une étude longue et rigoureuse dans le but de mettre en œuvre des outils productifs et avantageux en termes de réinsertion.

Une des principales idées reste, de manière générale, une plus grande transparence du milieu carcéral, c’est-à-dire faire en sorte qu’un nombre plus important de professionnels soient habilités à pénétrer au sein des établissements pénitentiaires, dont les professions médicales. Cette transparence entraînerait une prise de conscience plus importante de la part des différentes professions prenant part au parcours de l’exécution de peine d’une personne détenue.

L’éducation à la santé et l’information de la population pénale quant à ses droits, notamment les droits rattachés à la prise en charge de leur santé, doivent constituer un enjeu essentiel. Elles permettront la pleine participation des personnes détenues à la démocratie sanitaire.

123 cf. Annexes - Entretien avec Luc CHOUCHKAIEFF

L'intégrité et la dignité de chacun doit impérativement être respectée, quel que soit le lieu, même lors d'une peine d'emprisonnement. Décider d'accorder un moindre traitement aux personnes détenues et fermer les yeux sur les perpétuelles violations de leurs droits revient à considérer que certains Hommes sont plus ou moins dignes de respect. Accepter que l'état de santé d'un individu incarcéré a moins de valeur que celui d'un individu libre sous-entend que le statut d'être humain ne peut être attribué à chacun, qu'une hiérarchie fondée sur des critères populaires existe et qu'elle détient le pouvoir de décider le taux de dignité alloué à chacun.

La finalité de cette recherche n'est pas d'entreprendre une croisade à l'encontre du système carcéral en lui-même. Elle consiste plutôt à apporter des pistes dans le but de repenser profondément ses modalités de fonctionnement. À été considéré, au fil de cette recherche, que toutes les carences rattachées au milieu pénitentiaire donnaient lieu à de sérieux impacts sur l'accès aux soins ainsi qu'aux droits des personnes détenues en matière de santé. L'exemple le plus criant reste, dans ce domaine, les dysfonctionnements liés aux escortes pénitentiaires.

Les problèmes naissent des inégalités de traitement et de la division des individus cohabitant dans une même civilisation. Il devient urgent de mettre fin à ce phénomène néfaste dans les lieux de détention afin que chaque personne détenue puisse, comme la législation lui accorde, jouir pleinement de ses droits et espérer pouvoir se réinsérer pleinement dans la société.

*« Il y a dans les Hommes plus
de choses à admirer que de choses à mépriser. »*
(Albert CAMUS, *La Peste*, 1947)

BIBLIOGRAPHIE

Chaque élément inséré dans la présente bibliographie a contribué à nourrir, partiellement ou intégralement, la réflexion de l'auteur, et ce même si tous les éléments n'ont pas été cités dans le développement de cette recherche.

La bibliographie est composée de huit parties : les dictionnaires et lexiques (I), les ouvrages généraux et manuels (II), les ouvrages spécialisés, les rapports et les analyses (III), les thèses (IV), les articles de revues et tribunes (V), les textes officiels (VI), les arrêts, les décisions et les avis (VII), les sites internet (VIII).

DICTIONNAIRES ET LEXIQUES

- **CORNU (G.)**, *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 11ème éd., 2016, 1152 pages.
- **GUILLIEN (R.)**, **VINCENT (J.)**, *Lexique des termes juridiques*, Paris, Dalloz, 12ème éd., 1999, 561 pages.
- **REY (A.)**, *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 2012, 4200 pages.

OUVRAGES GÉNÉRAUX ET MANUELS

- **BECCARIA (C.)**, *Des délits et des peines*, Paris, Flammarion, 1991, 192 pages.
- **BECKER (C.)**, **BOESEL (D.)**, **BOUVIER (J.-C.)**, **CRETENOT (M.)**, **DESFOSSES (V.)**, **DURANTON (M.)**, **FERRAN (N.)**, **FISCHMEISTER (J.)**, **GIACOMETTI (I.)**, **GONZALEZ (A.)**, **GOUACHE (M.)**, **JACQUET (V.)**, **MARCEL (C.)**, **MICHON (C.)**, **QUINQUIS (M.)**, **VALLET (N.)**, **VIGNY (J.)**, *Le guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, 910 pages.
- **FOUCAULT (M.)**, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1993, 360 pages.

- **FRICERO (N.), GOUJON-BETHAN (T.),** *L'essentiel des institutions judiciaires*, Paris, Gualino, 2020, 176 pages.
- **KOUCHNER (C.),** *La familia grande*, Paris, Les éditions du Seuil, 2021, 208 pages.
- **MERLY (P.),** *Le trou à rats : un surveillant dans l'enfer des prisons françaises*, Paris, Fauves, 2021, 232 pages.
- **ROSTAING (C.),** *Une institution dégradante, la prison*, Paris, Gallimard, 2021, 320 pages.
- **VASSEUR (V.),** *Médecin-chef à la prison de la santé*, Paris, Le Livre de Poche, 2000, 215 pages.

OUVRAGES SPÉCIALISÉS, RAPPORTS, ANALYSES

- **CABANEL (G.-P.), HYEST (J.-J.),** « Prisons : une humiliation pour la République », 2000, 223 pages.
- **CGLPL,** « Rapport annuel d'activité 2021 - dossier de presse », 2022, 46 pages.
- **Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants,** « 31^e rapport général du CPT », 2022, 66 pages.
- **DDD,** « Bilan du Défenseur des droits auprès des personnes détenues, Bilan 2000/2013 », 2013, 101 pages.
- **Direction Interrégional des Services Pénitentiaires des Hauts-de-France,** « Règlement intérieur du Centre de Détention de Bapaume », 2017, 102 pages.
- **FLOCH (J.), MERMAZ (L.),** « Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises », 2000, 325 pages.
- **HAS,** « Stratégie de vaccination contre la COVID 19 - Anticipation des scénarios possibles de vaccination et recommandations préliminaires sur les populations cibles », 2020, 27 pages.

- **HAS**, « Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner », 2020, 58 pages.

- **Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des services pénitentiaires**, « Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice », 2015, 176 pages.

- **LAYANI (D.), PARIS (D.)**, « Les leviers permettant de dynamiser le travail d'intérêt général », 2018, 59 pages.

- **Ministère de la Justice**, « Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire, Année 2018 - 2019 », 2019, 168 pages.

- **Ministère de la Justice**, « La mesure de l'incarcération au 1^{er} janvier 2020 », 2020, 3 pages.

- **Ministère de la Justice**, « La mesure de l'incarcération au 1^{er} juillet 2020 », 2020, 3 pages.

- **Ministère de la Justice**, « Statistiques des établissements des personnes écrouées en France », 2022, 88 pages.

- **Ministère de la Justice et Ministère des Solidarités et de la Santé**, « Feuille de route : santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 », 2019, 62 pages.

- **Ministère des affaires sociales et de la santé et Ministère de la Justice**, « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) », 2017, 29 pages.

- **OIP**, « CEDH : les procédures françaises n'offrent pas une protection suffisante », 2015.

- **OMS**, « Prison et santé », 2014, 207 pages.

- **OMS**, « Rapport de situation sur la santé en prison dans la Région européenne de l'OMS », 2019, 97 pages.

- **PONCHON (F.)**, « Les droits des patients à l'hôpital », Presses Universitaires de France, 2002,

128 pages.

- **Santé Publique France**, « Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013 », 2015, 6 pages.
- **Santé Publique France**, « Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », 2012, 4 pages.
- **Santé Publique France**, « Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010, Apports des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité », 2016, 64 pages.

THÈSES

- **BONNE-HARBIL (A.)**, *Les droits de la personne détenue en matière de santé*, Thèse, Université de Lorraine, 2016, 698 pages.
- **FARGES (E.)**, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique, réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, Thèse, Université Lyon 2, 2013, 755 pages.

ARTICLES DE REVUES ET TRIBUNES

- **BARBARIT (S.)**, « Lutte contre les prisons indignes : vers une adoption définitive de la proposition de loi du Sénat », *Public Sénat*, 25 mars 2021.
- **BAUER (D.)**, « Dominique Simonnot, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté : « Cette épidémie a été une occasion manquée pour les solutions alternatives à l'incarcération » », *Actu-Juridique.fr*, 15 juillet 2021.
- **BOURGOIN (N.)**, « Le suicide en milieu carcéral », *Population*, Vol. 3, 1993.

- **CANETTI (C.)**, « Psychiatrie : « la prison n'est pas un lieu de soins » », *Ouest France*, 11 mai 2022.
- **CL. (J.)**, « Conditions indignes de détention : les Sages retoquent le code de procédure pénale », *Le Parisien*, 2 octobre 2020.
- **D'ADHEMAR (M.)**, « « Le criminel s'efface derrière le patient » : soigner des monstres, l'épineuse mission des médecins en milieu carcéral », *Le Figaro*, 15 mai 2021.
- **DUNATE (V.)**, « Risque de "crise sanitaire" à la prison de Fresnes suite à un cas de tuberculose », *France Bleu*, 18 février 2019
- **DUTHE (G.), HAZARD (A.), KENSEY (A.)**, « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque », *Population*, Vol. 69, 2014.
- **JACQUIN (J.-B.)**, « Forte hausse de la population carcérale en France, à l'inverse d'autres pays », *Le Monde*, 3 mai 2022.
- **JANUEL (P.)**, « L'avant-projet pour la confiance dans l'institution judiciaire », *Dalloz Actualité*, 18 mars 2021.
- **JOHANNES (F.)**, « La prison est toujours l'école du crime », *Le Monde*, 9 août 2012.
- **MAUPIN (E.)**, « Les détenus ne sont pas prioritaires pour la vaccination », *Dalloz Actualité*, 16 février 2021.
- **MOLINER-DUBOST (M.)**, « Les détenues ont-ils le droit de vivre dans un environnement sain ? (ou sont-ils condamnés à vivre dans un environnement tabagique ?) », *Revue juridique de l'environnement*, Vol. 37, 2012.
- **MOREL (F.)**, « Crise de l'hôpital public : on vous explique pourquoi autant de services d'urgences sont obligés de fermer avant l'été », *FranceInfo*, 19 mai 2022.
- **PETITOT (P.)**, « Soins, des psys font le lien à la sortie », *Dedans-Dehors*, n° 111, juin 2021.

- **PETITOT (P.)**, « Un détenu contracte la leptospirose », *Dedans-Dehors*, n° 111, juin 2021.
- **RICAUD (P.)**, « Dominique Simonnot : « C'est une catastrophe quand lorsque le virus entre dans les prisons », *L'Humanité*, 4 mars 2021.
- **ROGER (V.), SPIRI (J.)**, « Covid-19 : « Il est impératif que les détenus ne risquent pas leurs vies par défaut de moyens de prévention » », *Le Monde*, 5 novembre 2020.
- **SIMONNOT (D.)**, « Allez visiter nos prisons, leur cellule ! », *Le Monde*, 7 février 2022.

TEXTES OFFICIELS

- **Décret n° 2022-479** du 30 mars 2022 portant partie réglementaire du code pénitentiaire, *JORF* du 5 avril 2022.
- **Loi n° 2021-403** du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, *JORF* du 9 avril 2021.
- **Loi n° 2019-1480** du 28 décembre 2019 visant à agir contre les violences au sein de la famille, *JORF* du 29 décembre 2019.
- **Loi n° 2009-1436** du 24 novembre 2009 pénitentiaire, *JORF* du 25 novembre 2009.
- **Loi n° 2009-879** du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- **Loi n° 2005-102** du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *JORF* du 12 février 2005.
- **Loi n° 2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* du 5 mars 2002.
- **Loi n° 94-43** du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, *JORF* du

19 janvier 1994.

- **Constitution** du 4 octobre 1958, *JORF* du 5 octobre 1958.
- **Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales** du 4 novembre 1950.
- **Déclaration Universelle des Droits de l'Homme** du 10 décembre 1948, *JORF* du 19 février 1949.
- **Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen** du 26 août 1789.

ARRÊTS, DÉCISIONS, AVIS

- **CCNE**, « La santé et la médecine en prison », avis n° 94, 26 octobre 2016.
- **CE**, réf., 5 février 2021, n° 449081.
- **CE**, réf., 8 avril 2020, n° 439821.
- **CEDH**, 30 janvier 2020, *Aff. J.M.B. et a. c/ France*, n° 9671/15.
- **CEDH**, 8 novembre 2012, *Aff. Z. H. c. Hongrie*, n° 28973/11.
- **CEDH**, 9 octobre 2012, *Aff. Çoşelav c. Turquie*, n° 1413/07.
- **CEDH**, 11 juillet 2006, *Aff. Rivière c. France*, n° 33834/03.
- **CEDH**, 3 avril 2001, *Aff. Keenan c. Royaume-Uni*, n° 27229/95.
- **CEDH**, 26 octobre 2000, *Aff. Kudla c. Pologne*, n° 30210/96.
- **Tribunal administratif de Nantes**, 15 janvier 2019, *M. A...*, n° 1610714.

SITES INTERNET

- **Amnesty International France** : <https://www.amnesty.fr/>
- **Commission Nationale Consultatif des Droits de l'Homme** : <https://www.cncdh.fr/>
- **Conseil d'État** : <https://www.conseil-etat.fr/>
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté** : <https://www.cglpl.fr/>
- **Cour des Comptes** : <https://www.ccomptes.fr/fr>
- **Criminocorpus** : <https://criminocorpus.org/fr/>
- **Dalloz** : <https://www.dalloz.fr/>
- **Défenseur des droits** : <https://www.defenseurdesdroits.fr/>
- **Justice.fr** : <https://www.justice.fr/>
- **Légifrance** : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- **Ministère des Solidarités et de la Santé** : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>
- **Observatoire International des Prisons** : <https://oip.org/>
- **Organisation Mondiale de la Santé** : <https://www.who.int/fr>
- **Santé Publique France** : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- **Service Public** : <https://www.service-public.fr/>
- **Wikipédia** : https://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal

ANNEXES

Annexe n° 1

Entretien avec Monsieur Thierry GUILBERT, chef d'établissement du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin

Cet entretien a été effectué dans le cadre d'une visite du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin le vendredi 5 novembre 2021.

Pouvez-vous expliquer votre parcours ? Comment êtes-vous arrivé ici en tant que chef d'établissement pénitentiaire ?

[...] J'ai ensuite été chef du centre de détention de Casabianda en Corse, qui a la particularité d'être une gigantesque exploitation agricole. [...] C'est une expérience très marquante puisqu'il n'y avait aucun dispositif de sécurité. [...] C'est une philosophie totalement différente car les détenus de Casabianda n'étaient que des délinquants sexuels. Cette catégorie de délinquants se voyaient octroyer des conditions de liberté exceptionnelles ramenées à ce qu'offre le service pénitentiaire français. [...]

Ma contribution aux soins consiste à leur laisser (le personnel hospitalier) des locaux et à faire en sorte que leurs patients leur arrivent le plus rapidement possible. Les locaux sont nettoyés par du personnel hospitalier et l'administration pénitentiaire paye la facture, ce qui est on ne peut plus logique. L'équipement médical est fourni par l'Hôpital, le personnel, de l'aide soignante au médecin, est du personnel hospitalier. Donc, ils ne sont pas soumis à ma hiérarchie et c'est une excellente chose et il ne m'appartient pas de connaître quoique ce soit de l'état de santé des individus que je garde. Il y a un secret médical qui est scrupuleusement respecté. Pour connaître quoique ce soit des soins ici les seuls habilités à en parler sont le personnel hospitalier. Je me borne juste à leur fournir les patients et à faire en sorte que les patients leur arrivent rapidement et régulièrement. Le rôle est aussi d'attirer leur attention sur des situations problématiques y compris quand le détenu n'a pas lui-même conscience de l'état de santé dans lequel il se trouve. [...]

Quelles sont vos relations avec les UHSA, les UHSI, les US ? Dialoguez-vous régulièrement avec les professionnels de santé ?

Oui. On va distinguer les 3 structures. L'Unité Sanitaire (US) est ici. On a affaire à du personnel qui a un statut de personnel hospitalier mais qu'on voit tous les jours. On prend en charge les mêmes publics, donc il y a fatalement des relations. [...] C'est vrai que pour le personnel pénitentiaire un délinquant reste un délinquant, là où le personnel médical voit un patient. Chacun respecte les spécificités de l'autre. [...]

Pour l'UHSI et l'UHSA, il faut savoir que l'admission dépend du seul médecin chef à la tête de ces structures. Ce n'est pas moi qui prend mon téléphone pour dire « Docteur, il faut que vous le preniez ». Cela ne marche pas comme ça. [...]

Concernant la crise sanitaire de la Covid-19, comment avez-vous géré cette situation inédite dans votre établissement de l'époque ? Avez-vous dû remettre totalement à jour le fonctionnement de l'établissement en question ?

[...] On a vécu cette scène qui malheureusement n'est pas finie en s'adaptant. L'administration centrale donnait le la, ce qui fait qu'à une certaine époque on a fermé les ateliers, on a fermé les parloirs, on a pu reprendre les parloirs plus tard avec un dispositif de cloisonnement entre visiteurs et visités très contraignant. C'était du plexiglas, du bois, de façon à éviter tout contact physique. À certain moments, on a fermé les salles de musculation car elles posaient des problèmes au niveau de la ventilation. À certains moments, on a également fermés les gymnase et interdit tous les sports de contact. C'était pour les détenus un moment très dur à vivre avec de ci de là des manifestations de violences comme il a pu se produire à Uzerche qui ont causé des dégâts assez considérables. [...]

On a dû réaliser des isolements médicaux. Actuellement, on en réalise encore. C'est le cas pour deux détenus : un pour qui ont est en attente du résultat du test et un qui présente des symptômes s'apparentant au covid. Lui et son co-détenu sont isolés en attente du résultat et du deuxième test de confirmation. J'oserais dire que puisque la qualité des soins à l'intérieur doit être la même qu'à l'extérieur, ce qui était valable comme mesure pour éviter la propagation a été appliqué à l'intérieur comme elle l'ont été à l'extérieur. La première des comparaisons qui me venait pour dire ce qu'est une prison, c'est de faire la comparaison avec une petite ville. Je pense que là aussi cela trouve sa pertinence : on a fait face comme les maires ont essayé de faire face avec leurs administrés en tenant compte des recommandations et des consignes qui venaient de la

préfecture, qui venaient de l'ARS, qui venaient du Ministère des Solidarités et de la Santé.

Concernant la vaccination, comment cela s'est mis en œuvre ? Est-ce que vous avez pu vacciner des détenus ? Cela a-t-il été facile ?

Cela s'est fait de la même façon que ça s'est fait à l'extérieur. On a d'abord commencé à donner la liste des plus de 75 ans, ensuite on a tenu compte également des pathologies rendant la personne vulnérable. Donc ça s'est décliné un peu comme cela s'est décliné à l'extérieur.

La vaccination s'est faite dans l'établissement directement ?

Oui, oui. Alors certains établissements ont fait l'équivalent des vaccinodromes. [...] Ceci dit, je suis un peu surpris pour ici car on arrive à un taux de vaccination inférieur à 50%. C'est sensiblement moins que ce qu'on connaît à l'extérieur.

Ce sont les détenus qui refusent de se faire vacciner ?

C'est ce qui m'a été dit, oui. De la même façon, il y avait une volonté de dire « lui, il sort prochainement, c'est peut être plus simple de lui demander à sa sortie de s'intégrer dans le dispositif commun plutôt que de commencer une vaccination ici ». Donc, on doit quand même tenir compte dans tous ces problèmes, et notamment les problèmes de prise en charge, qu'on a affaire à une population peu stabilisée qui fréquente très peu les services publics et avec une méconnaissance totale de leurs droits et des possibilités qui s'offrent à eux, notamment sur le plan médical. Être dentiste en prison, c'est voir des situations qu'on ne connaît plus en cabinet, et Dieu merci. [...]

C'est beaucoup plus compliqué à organiser dans un établissement pénitentiaire qu'à l'extérieur.

Oui, oui. On s'est rendu compte que la vaccination sociologiquement, elle était mieux acceptée par certains que par d'autres. On s'est rendu compte que les CSP+ la vaccination c'était un oui franc massif. Les personnes avec un haut niveau d'études, même chose. L'acceptation était totale et quasi inconditionnelle. Ce sont des catégories totalement absente ici. Enfin, non : on a quelques diplômés mais la délinquance au col blanc n'est pas ce qui remplit Lille-Loos-Sequedin.

On a également un terreau très fertile au test complotiste. On a d'authentiques marginaux pour qui faire comme les autres, ce n'est pas concevable.

Faites-vous de la prévention dans votre centre pénitentiaire sur le tabac, sur l'hygiène bucco-dentaire par exemple ?

Oui. On en fait. Mais c'est le rocher de Sisyphe. On a beaucoup, beaucoup de consommation excessive d'alcool, à de multiples stupéfiants, beaucoup de détournement de médicaments. [...] Les gens les plus réceptifs en règle générale font tout pour que leur santé ne se détériore pas volontairement. Ici, ce n'est pas le cas sans compter cette population précarisée pour qui cela fait partie de la vie de tous les jours de vivre avec la maladie, de ne pas se faire suivre. On mène ce genre d'opérations mais c'est la loi du genre. Les résultats sont à long terme et toujours susceptibles d'être remis en question.

Avez-vous remarqué après certains ateliers de prévention, certaines opérations mises en œuvre des améliorations ou pas du tout ?

Je ferai la même réponse que pour les ateliers socio-culturels. Il est bien évident que ce n'est pas parce que vous faites un atelier peinture ou que vous apprenez à quelqu'un à jouer aux échecs que du jour au lendemain, il va cesser sa vie délinquante. Vous construisez quelque chose brique par brique. Vous allez en aligner une trentaine. Le mur va s'effondrer chez l'un et le mur va tenir chez l'autre. [...]

Cela paraît logique que ce public particulier et qui a des conditions de vie extraordinaires ne soit pas réceptif aux actions d'éducation à la santé. Elles n'ont prise sur eux que de façon très faible. On est d'autant plus face à une population qui est largement confrontée aux tentatives de suicide parce que c'est aussi un moyen d'expression, mais aussi de chantage. Donc, oui, on les mène. Dire qu'elles sont efficaces instantanément et complètement c'est évidemment faux. Dire qu'elles sont pour autant inutiles, ce serait abusif et non conforme à la réalité.

Annexe n° 2

Entretien avec Monsieur Romain CORBEAUX, cadre de santé de l'Unité Sanitaire du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin

Cet entretien a été effectué dans le cadre d'une visite du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin le vendredi 5 novembre 2021.

Pouvez-vous expliquer en quelques phrases le parcours de soins d'un détenu qui serait atteint d'une maladie bénigne ?

Le détenu au niveau des bâtiments à la possibilité de faire un courrier et de demander à avoir une consultation avec un médecin traitant. Ce courrier est relevé quotidiennement au niveau des infirmières qui passent dans les bâtiments, il est trié car dans les courriers on a des demandes dentiste, des demandes psychiatrie, d'assistante sociale, de médecin traitant. Donc, tout cela est trié et donné au médecin traitant qui organise les consultations et qui demande pour programmer les consultations. Dès lors que consultation est programmée, la personne reçoit une convocation. La convocation lui est remise et nous, de notre côté, nous organisons la consultation. La veille, les secrétaires préviennent la détention des rendez-vous du lendemain pour organiser la venue des détenus au niveau de l'unité sanitaire. [...]

Lorsqu'un détenu s'avère être particulièrement difficile, quelle est la réaction à adopter ? Comment la situation est-elle gérée ?

Cela dépend. Difficile dans quel contexte... Cela peut être difficile, sous-entendu violent. Cela peut être suicidaire. Cela peut être grève de la faim. Cela peut être beaucoup de choses. Si on part sur le difficile violent, si mes équipes rencontrent des difficultés, des menaces, des menaces déguisées, des choses particulières au niveau des soins ou des traitements directement dans les bâtiments, on le signale au niveau du surveillant, qui lui va faire un signalement au niveau de la détention. Si on doit augmenter la sécurité, c'est-à-dire que si un surveillant doit être présent au moment de la distribution, on met un surveillant. C'est un travail en collaboration.

Comment se déroule la fin de vie en détention ? Une personne détenue a-t-elle droit aux soins palliatifs ? Si oui, comment sont-ils mis en place ? Leur accès est-il difficile pour les détenus ? (cette question a été posée à un médecin présent dans l'unité Sanitaire)

Les détenus ont bel et bien droit aux soins palliatifs, comme n'importe quel patient à l'extérieur. Ils peuvent être mis en œuvre au sein de l'Unité Sanitaire mais il faut avouer que ce n'est généralement pas très convenant et pas très agréable pour le détenu. On privilégie le plus souvent dans ce genre de situation un système en hospitalisation où les soins palliatifs se feront directement à l'hôpital. L'UHSI peut également mettre en place ces soins. [...]

Le suicide en détention est un sujet récurrent. Est-ce que vous sensibilisez vos patients et l'ensemble des détenus à la prévention du suicide ? Comment cela se met en œuvre ?

C'est une question très large. Déjà, il y a une évaluation à l'arrivée. Au début, on peut faire face à ce qu'on appelle le choc carcéral. Tout cela, est surveillé. [...] A l'arrivée, les détenus ont une conversation avec le psychologue. Si au niveau du psychologue, on constate qu'il y a des soucis au niveau psychiatrique, au niveau suicidaire, la personne voit un psychiatre juste après. [...] En détention, il y a des co-détenus et des surveillants qui surveillent au niveau de l'étage. Si quelqu'un s'aperçoit que le détenu est moins bien, on peut faire un signalement, ou au lieu que ce soit le détenu qui demande à voir le psychiatre, c'est le psychiatre qui demande à le voir, ou l'infirmier de liaison d'urgence. S'il est suicidaire, on peut demander à la pénitencière de mettre en place une surveillance particulière en cellule. Si le risque suicidaire est trop important, il existe une unité qui s'appelle l'UHSA. [...]

Selon vous, la prison est-elle un lieu favorable à l'apparition de maladies, bénignes ou graves ? (cette question a été posée à un médecin présent dans l'unité Sanitaire)

Oui, c'est un fait. On parle même de pathologies qui sont inhérentes à la prison, comme la gale, le stress, certaines maladies psychiatriques et plus récemment le Covid. Tout cela est dû à la promiscuité qui est fatalement présente en prison.

Annexe n° 3

Entretien avec le Docteur Frédéric GRIMOPONT, responsable de l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille

Cet entretien a été effectué dans le cadre d'une visite de l'UHSI de Lille le vendredi 19 novembre 2021.

Comment fonctionne une UHSI de manière générale ? Quels sont ses rôles et missions ?

Il y a 8 UHSI en France. On est la deuxième à avoir ouvert en 2004. Il y a donc Nancy, Lille, Lyon, la Pitié Salpêtrière, Marseille, Bordeaux, Toulouse et Rennes. Une UHSI, c'est une unité de médecine polyvalente. Donc, on est censé y soigner à peu près toutes les pathologies. [...] On a pour vocation d'accueillir en hospitalisation les patients détenus d'une inter-région pénitentiaire dédiée, qui dépend de chaque UHSI. [...] Donc à l'UHSI, on accueille les patients qui relèvent de pathologies somatiques dont la durée d'hospitalisation est supérieure à 48h, à part pour les établissements de proximité. En tous cas, pour nous, l'UHSI de Lille c'est la maison d'arrêt de Sequedin, le centre pénitentiaire d'Annoeullin, pour lesquels nous sommes l'hôpital de proximité, pour lesquels on fait de l'hospitalisation de jour et des hospitalisations de moins de 48h. Mais sinon pour les établissements plus éloignés on prend en charge les patients qui nécessitent une hospitalisation de plus de 48h. On ne va pas faire venir un patient de la maison d'arrêt du Havre si jamais il a besoin d'une hospitalisation de moins de 48h. [...]

Y a-t-il un profil type de patient détenu que vous accueillez à l'UHSI ?

Je pourrais vous dire la réponse théorique qui serait non, parce que par définition on fait de tout. Évidemment, on colle à la population carcérale, c'est-à-dire une population qui est quand même majoritairement masculine parce que la population carcérale masculine en France c'est environ 95% [...] On a des patients de 18 à 90 ans parce que pour le coup, il n'y a pas de limites d'âge. La population carcérale vieillit de plus en plus depuis 20 ans. Donc, on a de plus en plus des personnes âgées. Il n'y a pas de profil particulier étant donné qu'on fait tout âge et toute pathologie.

Alors après, la particularité c'est que ce sont pour la plupart des hommes et on peut quand même y voir une spécialité qui est plus représentée que les autres parce que la première activité du service, c'est la cancérologie. Moi, je ne fais que de la cancérologie, depuis maintenant une paire d'années. Je me suis formé par besoin, pour répondre à un besoin, parce que la population carcérale est une population qui cumule les facteurs de risques : le tabac, les conduites addictives, etc. C'est une population qui est souvent désocialisée médicalement parlant et sur le plan social aussi évidemment. Donc ils ont un suivi médical avant d'être incarcéré qui est parfois aléatoire et donc, on a beaucoup de patients chez qui on diagnostique un cancer beaucoup plus précocement que pour la population générale. [...] C'est la première utilité du service depuis 2013 ou 2014 qui représente plus de 40%.

Je fais de tous les cancers pour le coup. Évidemment, très peu de cancers féminins, c'est-à-dire sein et gynéco parce qu'on a très peu de femmes.

Avez-vous déjà fait face durant votre carrière à l'UHSI à des situations médicales qu'on ne retrouve plus à l'extérieur depuis longtemps ? Je pense notamment à l'exemple des soins bucco-dentaires car le chef du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin m'expliquait que les dentistes en détention font face à des situations parfois extraordinaires.

Alors, oui. Au niveau cancérologie, déjà. [...] Alors, c'est quand même de moins en moins vrai. Mais il fut un temps encore récent, c'est-à-dire il y a moins de 10 ans, où on voyait fréquemment arriver des patients avec des cancers très évolués comme on le voyait peut-être il y a 30 ou 40 ans dans des régions reculées de la France où l'accès aux soins était compliqué ou plutôt où la mentalité des patients à la campagne faisait qu'ils n'avaient pas le réflexe de consulter rapidement leur médecin. J'ai constaté fréquemment des patients qui arrivaient avec des cancers à un stade où on se demandait comment ils n'avaient pas pu être diagnostiqués avant. Je me souviens d'un patient qui a attendu d'avoir un melon nécrosé dans le cou, qui était le résultat d'un cancer du larynx qui avait fini par nécroser la peau, ça coulait en permanence. Le patient mettait des cols roulés avant de se dire « bon, il serait peut-être temps que j'aille consulter le médecin ». Donc, il y a encore ce profil de patients qui ne sont pas dans l'accès aux soins direct, qui ont un peu une mentalité comme on voyait parfois dans les années 50 en France dans des milieux ruraux et reculés. [...]

Parfois, malgré la bonne volonté du médecin en détention, il y a la problématique de l'administration pénitentiaire. Pour qu'un patient ai un scanner à l'extérieur, il faut qu'il y ai une escorte, qu'il soit extrait de la prison. Les délais d'escorte sont très longs parce qu'ils n'ont pas 10

équipes pour pouvoir extraire tous les jours des patients. Les délais de scanner qui sont déjà un petit peu longs pour le patient standard peuvent devenir beaucoup plus longs pour le patient incarcéré car la secrétaire qui pose une date de scanner, elle va très bien pouvoir dire « je l'ai eu dans un mois mais ce jour là, ce n'est pas possible car on n'avait pas d'escorte parce qu'on avait des extractions au palais de justice ». Et donc, le délai va se retrouver décalé. Le jour J, le matin même, le scanner va être annulé parce que l'administration pénitentiaire aura une urgence et donc, le rendez-vous va sauter. On a du coup parfois des patients qui ont un diagnostic qui met beaucoup de temps à être posé.

Pouvez-vous expliquer le parcours de soins d'un détenu qui arriverait à l'UHSI pour la première fois ?

Imaginons que le patient ressent des symptômes ou qu'il ai une pathologie X ou Y. La première partie et la plus compliquée pour lui probablement, et ça va dépendre des établissements pénitentiaires parce que tous les patients dans l'accès aux soins ne sont pas logés à la même enseigne en fonction de leur établissement. Il doit faire une demande pour être reçu en consultation par le médecin de l'unité sanitaire. Il sera donc convoqué en consultation par ce médecin. Le médecin qui va l'examiner aura la possibilité de lui faire faire des examens sur place comme des radiographies, des prises de sang. Il aura ensuite la possibilité si besoin de l'adresser au centre hospitalier de proximité pour aller faire un ou deux examens qui permettraient d'avancer dans le diagnostic. Et in fine, s'il estime que son état ou le diagnostic posé ou supposé nécessite une hospitalisation, comme pour un patient lambda finalement, il prend contact avec nous et il nous ai adressé.

Une fois qu'il est dans les mailles du filet de l'UHSI, nous on assure la prise en charge globale. Si on m'adresse le patient pour une suspicion de cancer et qu'une fois ici on s'aperçoit qu'il est également diabétique ou hypertendu par exemple, on va faire une prise en charge globale de ses pathologies. Ensuite, il sera suivi, reconvoqué, etc. [...]

Une surveillance constante du patient détenu est-elle nécessaire ? Peut-il jouir d'une certaine intimité dans sa chambre d'hospitalisation ?

L'intimité, il l'a probablement tout autant que dans un autre hôpital s'il n'était pas détenu. [...] L'intimité n'est pas un souci finalement. Effectivement, il y a une ronde de nuit des surveillants pénitentiaires, vous allez voir, il y a des sortes de plumiers aux fenêtres pour regarder à l'intérieur

de la chambre. On peut comprendre qu'à l'inverse, ça va limiter l'intimité mais c'est lié au statut carcéral [...]

Le problème, c'est que leur chambre est fermée à clé, ils ne peuvent pas sortir ou déambuler, ils ne peuvent pas aller se promener, mais ils peuvent aller au fumoir. On est le dernier UHSI en France à avoir encore un fumoir par dérogation. Si on ne leur permet pas de fumer, les patients refusent de venir. « Je ne vais pas aller 3 jours à l'UHSI en sachant que je ne vais pas pouvoir fumer une seule cigarette », c'est ça le discours. On a donc réussi, malgré la loi anti-tabac à avoir une dérogation pour maintenir un fumoir ouvert et ils ont droit à 2 cigarettes le matin et 2 cigarettes l'après-midi. Ce qui est très déplorable à dire, c'est qu'on n'a pas de cours de promenade ici. Il y en a une qui a été fabriquée à la demande de la Cour Européenne des Droits de l'Homme et du CGLPL. Elle n'a jamais été utilisée pour des problèmes inhérents à l'organisation de l'administration pénitentiaire, à des problèmes de surveillance, d'angles morts, de caméras, de filets anti-hélicoptère que personne ne veut payer. Ce qui est horrible à dire, c'est que un patient qui ne fume pas, à part quand il sort pour aller faire un examen ailleurs que dans nos murs, il ne sort pas de sa chambre. C'est ça qui est réellement problématique, c'est que le patient est quand même limité. [...]

Quelle est la durée la plus longue pour une hospitalisation à l'UHSI ?

Vu qu'on fait de tout, on peut tout imaginer. On a déjà tout vu. La durée moyenne de séjour est de 6-7 jours. C'est une durée classique pour des services d'hospitalisation conventionnels, avec beaucoup d'hospitalisations de semaine. Mais cette moyenne représente peut-être un tiers de nos patients. Pourquoi elle est moyenne ? Eh bien parce qu'on a un tiers d'hospitalisation qui vont être beaucoup plus longues, voire très longues. On fait du soins palliatifs, de la cancérologie, on a des décès ici. Même si on essaye à un moment de pouvoir obtenir des suspensions de peines mais ça, ça dépend des magistrats et pas de nous. On a parfois des patients qui vont rester 5, 6, 7, 10, 11, 12 mois. Parce qu'on a pas d'autres solutions, parce que leur état ne leur permet pas de retourner en détention et qu'à l'inverse, on a pas d'obtention de suspension de peine provenant de la juge vu le profil pénal. Ou alors, si la juge n'est pas entièrement contre, on a un problème pour trouver des places d'accueil. [...]

En tous cas, à partir du moment où je ne peux plus offrir de soins curatifs à un patient, je me fais un devoir d'essayer de lui obtenir la possibilité d'une suspension de peine pour qu'il aille mourir en n'étant plus écroué ou incarcéré. Ça, c'est historiquement très compliqué parce que c'est de la compétence d'un juge d'application des peines dépendant. Soit ils sont prévenus en mandat de dépôt, dans ce cas là c'est le juge d'instruction. [...] Ce qui nous vaut des tours à l'inverse, c'est

quand un juge d'instruction, en pensant bien faire, libère un patient le vendredi à 17h avec ordonnance de remise en liberté immédiate pour un patient en soins palliatifs, SDF. On n'a pas le droit de le garder ici parce que c'est de la détention abusive. C'est donc très très compliqué de trouver une place en claquant des doigts. [...]

L'expertise en milieu pénitentiaire, malheureusement elle n'est pas très souvent faite par des médecins experts qui connaissent le milieu pénitentiaire. C'est donc ça la problématique. Il faut connaître le milieu pénitentiaire, il faut savoir les conditions d'incarcération, il faut savoir comment ça se passe en cellule, il faut savoir comment ça se passe en bâtiment, il faut savoir ensuite quel est le quotidien d'un patient ici à l'UHSI, en long ou en court qui ne peut pas sortir, pour apprécier si justement cela paraît compatible de maintenir sa détention. La magistrate ne fait que lire le rapport d'expertise et va s'en remettre pour prendre sa décision en fonction des conclusions du rapport, mais le problème c'est qu'on nous apprend en tant qu'expert surtout à ne répondre qu'aux questions qui nous sont posées. Et donc, une mission d'expertise avec des questions mal posées par un magistrat entraîne des réponses inutiles. C'est très souvent ça aussi. Les questions sont très mal posées, donc même un bon expert ne va que répondre aux questions qui lui sont posées. Très souvent, le rapport d'expertise ne permet pas de faire sortir un patient.

Est-ce que le fait de soigner des détenus vous rebute ou vous a rebuté dans votre carrière ?

Non, jamais. Sinon, je ne serai pas là. [...]J'ai des collègues, pareil pour les infirmières etc, qui ne comprennent pas qu'on puisse avoir de l'empathie pour un patient qui serait condamné pour un meurtre, pour pédophilie, récidive et compagnie. Je peux le comprendre mais en tous cas, leur place n'est pas ici.

Pensez-vous qu'un patient détenu est traité comme n'importe quel citoyen libre ? Si non, pour quelles raisons ?

[...] L'organisation des soins est sincèrement plus efficace, plus efficiente, plus rapide que dans d'autres services. Mais on est obligé de le faire parce que parfois, la patient vient de loin avec une escorte pénitentiaire. On ne peut pas se permettre comme dans des cliniques privées avec les patients lambda de dire « on a oublié de programmer cet examen là, c'est pas grave, on vous donne la date et vous irez le faire à la clinique de la Louvière, on vous a prit un rendezvous la semaine prochaine à 8h. » Non. Ce n'est pas possible. Le patient est venu du Havre, il ne reviendra pas chez nous en claquant des doigts pour un examen. Si on lui prend un rendez-vous pour un examen même

au Havre, rien ne nous dit qu'il pourra y aller ce jour là, à tel horaire, parce qu'il n'y aura pas d'escorte pénitentiaire. Donc, on est contraints d'optimiser nos prises en charge pour que le patient, sur une courte durée chez nous, il ai le maximum d'examens. On nous oblige à être efficaces, bons et rapides dans nos programmations mais c'est dans l'intérêt du patient, pour que tout puisse être fait à temps.

A contrario, est-ce qu'il est prit en charge et traité de la même manière ? Une fois qu'il est en prison, non. Il ne peut pas décider comme vous à 17h30 d'aller voir son médecin parce qu'il a mal à la gorge. Il ne peut pas se dire « je vais sur Doctolib pour prendre un rdv à l'horaire qui m'intéresse au jour qui m'intéresse. » Ce n'est pas possible. Vous pouvez même prendre rdv sur Doctolib avec un pneumologue, un cardiologue, un ce que vous voulez. Pour le coup, il ne peut que demander à être reçu par le médecin de la prison qui le recevra en fonction de ses disponibilités. Il y a des médecins en prison qui ne sont pas là tout le temps, il y a des jours où dans certains établissements il n'y a même pas un seul médecin sur place. Ensuite, si le patient dit à son médecin « je voudrais voir un cardiologue », ce n'est pas lui qui décide. C'est le médecin qui va dire « oui, c'est une bonne idée » ou non. [...] Il n'est pas décideur. Il ne choisit même pas son médecin. À l'inverse, si vous tombez sur un médecin en détention que vous jugez incompétent ou pas sympathique, vous n'avez pas le choix en tant que patient détenu. Vous ne choisissez pas votre médecin pour le coup. [...]

Un médecin à l'unité sanitaire peut donc refuser à un patient un rendez-vous chez un cardiologue par exemple ?

Bien sûr. Comme votre médecin généraliste. Si vous lui dites « parfois, j'ai une petite pique dans le cœur quand je suis fatiguée, quand je suis stressée le soir, je dois voir un cardiologue », votre médecin a tout à fait le droit de vous dire « non, vous avez 20 ans, vous êtes jeune, ce n'est pas un problème cardiaque, c'est de l'anxiété et du stress, je vais vous prescrire un traitement anxiolytique léger et on verra si ça passe ». Il peut vous dire ça. Sauf que vous derrière, si vous vous dites « il est bien gentil mais je vais sur Doctolib pour prendre rdv chez un cardiologue quand même », vous avez le droit. Le patient détenu, lui, n'y a pas accès. [...]

Sentez-vous que vos patients sont réceptifs à vos conseils en terme de prévention ?

Non. Pas du tout. Il y a des fois où je me dis que moi j'ai arrêté de fumer il y a 17 ans, quand je suis arrivé ici, mais si demain je me retrouve en prison, eh bien à part boire du café,

regarder la télé et fumer des clopes, il y a pas grand-chose à faire. Donc, je peux comprendre le fait que ce soit difficile. Et en plus, la santé n'est pas du tout la priorité de nos patients. Ils mettent ça en 3ème ou 4ème position. Leur priorité absolue est ce qui leur permettrait de sortir de prison. Toutes les démarches comme les rdv avocats, les rdv avec les juges, commission d'application des peines, dossier, etc. Cela peut se comprendre. Ensuite, en seconde position, c'est leurs conditions : pouvoir avoir leur cantines, leurs produits, leur confort en détention, une meilleure cellule, plus propre, plus grande, être seul. La santé arrive derrière tout cela.

Comment se déroule le retour en détention pour un patient détenu ? Est-ce que cela est facile ou, au contraire, vous faites face à des incompréhensions et à des difficultés ?

C'est plutôt l'inverse. Quand on a des problèmes pour faire repartir un patient en détention, c'est généralement des problèmes organisationnels qui sont uniquement liés à des escortes pénitentiaires de Normandie... Oui, parce que l'UHSI de Lille hospitalise des patients pour une durée minimum de 48h à part pour les établissements de proximité. Mais on le fait pour tous les Hauts-de-France, donc Pas-de-Calais, Somme, Picardie, Haute-Normandie. Effectivement, c'est complexe de faire repartir un patient un vendredi après-midi à Rouen parce qu'on a fini sa prise en charge et que lui, en plus, ne souhaite pas rester ici parce que le week-end, il s'ennuie. On n'a pas d'examen programmé le week-end. Donc, celui qui reste s'ennuie vraiment. Si l'escorte de Rouen nous dit qu'ils ne sont pas disponibles pour venir le chercher, le patient doit rester. C'est plus ce problème là qui nous embête pour la sortie des patients. [...]

Un patient qui fume deux paquets par jour et à qui on ne propose de n'en fumer que 4 ici, forcément cela va être compliqué. On parle aussi du cannabis, des médocs, etc. Je peux comprendre qu'à l'extérieur, on se dise « ils sont bien ici, au moins ils sont choyés », mais non. Entre ceux qui ne vont pas pouvoir fumer autant qu'ils le souhaitent, ceux qui vont se sentir trop enfermés car ils ne peuvent pas sortir de leur chambre, on a plus de patients qui veulent se barrer plutôt que de patients qui veulent rester. Alors oui, on a peut être 10 ou 15% de patients qui pour le coup, ont du mal avec la prison. Des patients qui se font agresser, racketter, ou des patients âgés, ou même des patients comme vous et moi. [...]

Quelles seraient vos recommandations, si vous en avez, pour une meilleure prise en charge de la santé des détenus ?

[...] On peut toujours faire mieux, c'est évident. Il y a sans doute des choses à faire, c'est

sûr. Après, est-ce que ça a évolué avec le temps ? Oui. On soigne les patients en milieu pénitentiaire beaucoup mieux qu'il y a 20 ou 30 ans. [...] La loi pénitentiaire de 1994 avait déjà réorganisé la médecine en milieu pénitentiaire et avait fait avancer les choses. On est passé de médecins payés par l'administration pénitentiaire, qui travaillaient pour la prison, à des US qui sont dépendantes du centre hospitalier. Donc déjà, il n'y avait plus de conflit d'intérêt entre les différents acteurs. Les médecins qui travaillent en prison, ils travaillent pour le CHRU de Lille, comme moi. Ils ne travaillent pas pour l'administration pénitentiaire. [...]

À l'inverse, le côté pervers de l'UHSI, c'est que c'est un bel outil en soit qui permet des fois aux magistrats de ne pas prendre de décision d'aménagement de peines. Un patient avec un cancer qui aurait des chimiothérapies, 48h de chimio une semaine sur deux, organisé par un centre pénitentiaire, aller l'escorter une semaine sur deux pour aller dans un service de cancérologie et de chimiothérapie, 48h de garde policière sur place, tout cela est fait chez nous. Avant que les UHSI existent, c'était peut-être moins bien fait et que quand c'était fait, le patient bénéficiait peut-être plus facilement d'un aménagement de peine parce qu'il posait problème et il était un caillou dans la chaussure de l'administration pénitentiaire. [...]

Annexe n° 4

Entretien avec le Docteur Catherine ADINS, médecin coordinateur de l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin

Cet entretien a été effectué dans le cadre d'une visite de l'UHSA de Lille le mardi 7 décembre 2021.

Comment fonctionne une UHSA ? Quels sont ses rôles et ses missions principales ?

Le territoire géographique couvert est très étendu puisque ce sont tous les Hauts-de-France. Donc à l'Ouest, on va jusqu'au Havre, Rouen, et à l'Est on va jusqu'à Beauvais. On a 16 ou 17 établissements qui sont du ressort de l'UHSA. Il y a 9 UHSA en France, toutes ne travaillent pas de la même façon. D'abord, chacune a son architecture particulière et avec des indications qui reflètent le choix de la psychiatrie locale. Nous, l'accent a été porté sur la prévention du suicide. On va dire que 2/3 des personnes qui sont hospitalisées ici le sont en raison d'un risque suicidaire. [...]

Quel est le profil des patients détenus que vous hospitalisez au sein de l'UHSA ? Y a-t-il un profil principal qui se dégage ?

La moyenne d'âge est assez jeune : elle est entre 20 et 30 ans. Donc ici, on peut accueillir hommes, femmes, mineurs. [...] Le profil donc, ce sont des gens jeunes, beaucoup de schizophrènes et beaucoup d'états dépressifs sévères.

Pensez-vous que ces pathologies ont été accentuées par la prison ou que c'est la prison elle-même qui les a déclenchées ?

[...] C'est sûr que la prison est un milieu déclencheur de pathologies. C'est vraiment du in vitro. Après pour la plupart, ce sont quand même des pathologies préexistantes puisque dans les anciennes études, il y avait déjà 1/3 des personnes qui étaient suivies par leur secteur avant d'être incarcérées. Donc, ce sont des gens qui présentaient déjà des troubles psychiatriques avant même

d'être incarcérées. C'est vrai que l'incarcération aggrave absolument tout. [...]

Constatez-vous chez vos patients un événement qu'ils ont vécu et qui pourrait être à l'origine de leurs pathologies actuelles ? Y a-t-il des histoires, des scénarios qui reviennent régulièrement ?

Chez quasiment tous, il y a des violences dans l'enfance, ou subies ou ils ont été témoins. Ils ont tous des histoires absolument catastrophiques.

Pouvez-vous expliquer le parcours de soins d'un détenu accueilli à l'UHSA ?

[...] Alors la durée moyenne pour tout l'UHSA, c'est aux alentours de 26-28 jours. Mais on a des extrêmes. En fait, ça pourrait pour certain être sortie dès le lendemain, parce qu'ils ne veulent pas rester ici ou parce qu'il n'y a pas d'indication, parce qu'ils s'imaginaient autre chose. Mais on est soumis aux escortes, il n'y a que 2 voitures qui roulent tout le temps. Elles font un nombre de kilomètres par an qui est incroyable. Ils font tous les transferts des établissements, qui peuvent parfois être éloignés. Par exemple, quand ils vont chercher quelqu'un à Rouen, c'est quasiment toute la journée, 2 fois 3 heures. Quel que soit l'établissement, la population pénitentiaire présente un état de santé somatique catastrophique. Il y a des soins dentaires, parfois des pathologies extrêmement lourdes qui sont découvertes. Vous-êtes vous rendue à l'UHSA ?

Oui. J'y ai rencontré le Docteur Grimonpont.

Moi, ce qui me frappe toujours, c'est quand il explique qu'il a dû se former à la cancérologie. Je trouve ça sidérant. Ils sont tous porteurs de tous les facteurs de risques, donc évidemment on a toutes les pathologies somatiques. [...]. Et donc, ça s'ajoute au boulot des escortes. [...]

Souvent, ce sont des schizophrénies résistantes, c'est-à-dire qu'on dispose de toute une batterie de médicaments mais ils ne marchent pas. Quand un médicament ne marche pas, on associe. Si l'association ne marche pas, on doit passer au niveau supérieur avec des traitements qui sont extrêmement lourds. Et même là parfois, les résultats ne sont pas extraordinaires. Ces personnes là restent ici. Il reste un fond délirant en permanence qui n'est pas compatible avec l'incarcération. [...]

Avez-vous remarqué au cours de votre carrière une période où les demandes d'entrées à l'UHSA augmentent considérablement ?

Il y a deux périodes dans l'année : le mois de décembre où là c'est une catastrophe, et l'été où sur le plan judiciaire, il ne se passe rien, c'est très long, les gens savent qu'il n'y aura pas d'instruction, pas de jugement. L'été, c'est en général très compliqué. On accueille 600 personnes par an. On est toujours plein. [...]

Y a-t-il une pathologie psychiatrique que vous retrouvez souvent chez vos patients ?

On a énormément de personnes schizophrènes, qui ont été responsabilisées, qui ne sont pas forcément là pour des procédures criminelles, elles peuvent être là pour n'importe quoi. Il n'y a pas de lien entre la gravité de la pathologie et la gravité des faits. Les schizophrènes et les états dépressifs caractérisés majeurs sont les motifs d'hospitalisation essentiels. [...]

Peuvent-ils tout de même jouir d'une certaine intimité dans leur chambre ?

[...] Les portes de salle de bain existaient à l'origine, et puis on a eu 6 suicides par pendaison sur les portes de salle de bain. Donc à un moment, l'ARS nous a demandé de les enlever. On a vainement cherché un moyen de pallier à ça mais on ne trouve pas. [...]

En fait, quand le risque suicidaire chez quelqu'un est très élevé, on a des pyjamas en papier. Cette personne a réussi à faire des rubans avec le papier qu'elle avait noué pour se pendre, elle les avait caché dans les tuyaux du lit. On l'a su parce qu'elle nous a dit où se trouvaient les rubans, autrement on ne vérifie pas dans les tuyaux du lit.

C'est incroyable l'ingéniosité dont certains détenus font preuve pour pouvoir mettre fin à leurs jours.

Ah oui, c'est terrible. Je repense toujours à un patient de Loos qui était un grand schizophrène, qui lui s'est suicidé... En fait à l'époque, les repas étaient servis dans des barquette en aluminium. Il a mangé l'aluminium et il est mort en déchirant son estomac. Il est mort dans des souffrances terribles. Il y a eu aussi une pendaison sur une des unités où le patient avait fait tout un mécanisme avec la porte... Enfin, c'était vraiment quelque chose d'ultra réfléchi. [...]

Actuellement, les tentatives, c'est plus par strangulation où les gens arrivent à se procurer

un sac poubelle, ils s'asphyxient. Parfois aussi, il y a le ruban des sacs poubelle. Normalement, nous n'en n'avons pas mais c'est arrivé. Ils prennent ça pour essayer de s'étrangler. [...]

En réalité, tous les agresseurs qu'on a ici ont, à un moment donné, été victimes. [...]

À titre personnel, pensez-vous traiter un patient détenu de la même manière qu'un patient libre ? Si non, pour quelles raisons ?

Ma façon de travailler, ce que j'inculque aux équipes, c'est le respect. On est tous égaux. S'il n'y a pas de respect, on ne peut pas soigner. Il faut de la bienveillance. [...]

Vous pensez que c'est un appel à l'aide la plupart du temps lorsqu'une tentative de suicide est commise ?

La pendaison, c'est gravissime. Je suis persuadée que dans l'esprit des gens, on peut parfois en réchapper. Alors que c'est une roulette russe. Dans 90% des cas, on y passe. [...]

Quels médicaments donnez-vous à vos patients de manière générale ?

Pour les médicaments tardifs, ce sont des hypnotiques : c'est vraiment des médicaments du sommeil. On a aussi des antipsychotiques, qui peuvent se donner le matin, le soir, peu importe du moment que le rythme est respecté. Et puis, on a les médicaments antidépresseurs. Certains d'entre eux font dormir donc sont plus donner le soir. Concernant les anxiolytiques, puisqu'on est à l'UHSA, oui il y en a, car ce sont les patients les plus sévères. Mais la règle c'est d'éviter de les utiliser, car ce sont des médicaments qui rendent dépendant, qui sont très recherché. Quand on peut, on essaye de donner les médicaments en goutte, parce que même chez nous, il peut y avoir du trafic. [...]

Sensibilisez-vous vos patients à la prévention du suicide ?

On en parle directement en face à face avec eux. L'expérience prouve qu'il faut vraiment que les questions soient claires, directes. Si on ne pose pas la question, on n'a pas la réponse. Les questions sont assez poussées : « est-ce que vous avez des envies de suicide ? » ; « quel serait le scénario ? » ; « comment vous vous y prendriez ? » ; etc. On est vraiment très surpris de constater parfois la précision avec laquelle ça a été imaginé. [...]

Il y a toujours un suivi même à la sortie de vos murs ?

Oui. Alors, le gros problème c'est que les centres médico-psychologiques (CMP), donc les structures d'accueil en ville, ils ne sont pas pressés d'accueillir des détenus. Alors souvent c'est « il faut que la personne nous appelle elle-même ». Enfin voilà, il a des choses comme ça pour mettre à distance. Il y a même des CMP qui ne répondent jamais. Ils n'ont jamais de place pour des personnes détenues. Et d'ailleurs, il y a un boom sur la mortalité : la mortalité d'une personne libérée est multipliée par 2 ou 30 par rapport à une personne du même âge à l'extérieur.

Sentez-vous une forme de rejet de vos patients de la part de vos confrères qui ne travaillent pas en milieu pénitentiaire ?

Ah oui. Ce qui est vraiment ridicule parce que souvent, ce sont des personnes qui sont déjà connues d'eux. Ce ne sont pas des gens pour lesquels la prison a créé la maladie, ce sont des personnes qui étaient déjà suivies, qui vont reprendre. Mais les UHSA sont vraiment les preuves du rejet des détenus. [...]

Même dans la société de manière générale, il y a un rejet des personnes détenues selon vous ?

Oui, bien sûr. C'est d'ailleurs la grande angoisse des personnes libérées. C'est comme si ça se voyait sur leur visage. En fait, le risque suicidaire, il y a deux piques : l'entrée et la libération. L'entrée parce que c'est arriver dans un monde, même si les quartiers arrivants ont vraiment permis un travail formidable. Introduire progressivement. Mais la libération, pour beaucoup, ils ne sautent pas de joie. Et on le voit ici : les familles prennent leurs distances pour des tas de raisons. Ici, par exemple, il y a très peu de parloirs, alors que c'est tellement simple par rapport à la prison : il y a de la place, on peut se garer, il y a tout le temps des places disponibles au parloir. On voit que les gens sont vraiment livrés à eux-même. [...]

Comment se déroule le retour en détention pour les détenus ? Est-ce facile ou, au contraire, cela donne-t-il lieu à des complications ?

Les gens ne partent pas d'ici volontiers, ça c'est compliqué. C'est aussi notre boulot de faire comprendre qu'on n'est pas à l'UHSA éternellement. [...]

Selon vous, la détention est-elle favorable à l'apparition de troubles psychologiques et/ou psychiatriques ? Si oui, pour quelles raisons ?

L'enfermement, c'est complètement délétère. Il y a une absence de communication, la moyenne d'âge est très jeune. En criminologie, le Docteur Lacassagne disait que c'est « un bouillon de culture » : c'est tout à fait ça. Des personnes qui n'ont jamais consommé de cannabis en prison, c'est rare. Ils vont plutôt découvrir tel ou tel produit en détention, c'est très fréquent. Les gens vulnérables qui sont victimisés, ça l'est aussi. Quand je travaillais en détention, il m'est arrivé une paire de fois de passer à côté d'états dépressifs qui étaient liés à des viols en cellule. [...]

Quelles seraient vos recommandations pour une meilleure prise en charge de la santé des personnes détenues ?

Ce serait de doubler, de tripler les équipes pour qu'on puisse vraiment établir un lien. [...] Et puis surtout, on s'aperçoit que quand il se passe un drame, c'est une cascade d'erreurs : le billet ne lui est pas arrivé, il ne savait pas, le surveillant ne s'est pas inquiété, il n'a pas osé frapper à la porte, etc. Et c'est vraiment une accumulation de petites choses qui font qu'on est arrivé à une pendaison. Alors que si on arrivait à établir des liens, des activités,.. Les gens ont énormément souffert pendant le Covid. Tout ce qui avait pu être mis en place a été stoppé net. Je vois les patientes de Sequedin, elle me disaient que ce qui les faisait tenir, les activités et autres, tout ça s'est arrêté et c'était un moment horrible.

Le Covid a-t-il affecté la santé mentale de vos patients ?

Oh oui... Ce qui était horrible, c'est que les gens arrivaient ici, ils étaient encore enfermés 24h le temps de faire le test, et idem en repartant. J'ai une patiente qui s'est retrouvée 8 jours dans une cellule qui n'était pas la sienne parce qu'il y avait des histoires d'isolement, de test. [...]

Il faudrait donc des équipes beaucoup plus consistante. Sauf que de manière globale, la psychiatrie en France est en perdition : il n'y a plus grand monde à l'hôpital. Tout le monde part dans le privé, l'hôpital public est vraiment dans une phase de désamour complet. Il faut rendre les choses attractives.

Annexe n° 5

Entretien avec Monsieur Anass FRAIJI, infirmier pénitentiaire en intérim et étudiant en Master 1 Droit de la santé à l'Université de Lille

Cet entretien a été effectué le mercredi 1^{er} décembre 2021.

Comment se déroule la vaccination en détention ? Trouves-tu cela facile ou, au contraire, tu fais face à des difficultés ?

Alors là, justement. Ça dépend de quelle vaccination tu parles. Si c'est Covid, il suffit juste qu'ils disent « voilà, nous on veut se faire vacciner contre le covid ». On écrit leur nom sur une liste, et après on appelle une pharmacie qui va nous ramener les vaccins. On organise ensuite une journée où on ne va faire que ça quasiment. [...]

Penses-tu que c'est plus difficile de vacciner en détention ? Si oui, pourquoi ?

Oui. Déjà parce qu'on n'a pas accès directement aux flacons de vaccins. On est obligés de faire une commande et des fois, ça vient en 2 ou 3 semaines. Alors qu'à l'extérieur, si je veux me faire vacciner, on peut se faire vacciner relativement vite.

Au niveau de l'organisation, comment avez-vous procédé ?

Nous, on a une petite infirmerie, un petit cabinet. Ils viennent un par un, on les vaccine et ils attendent juste devant avec un gardien pour les surveiller. Techniquement et éthiquement, ils devraient être surveillés par un personnel soignant. Nous, ce n'est pas possible car on n'est pas en nombre. [...]

Avec le Covid, beaucoup de tensions sont montées. Il y a eu moins de drogues qui circulaient dans la prison, il y a eu beaucoup de demandes et des restrictions aussi. Par exemple, quand ils rentrent de l'extérieur avec les permissions, ils sont obligés d'être confinés pendant 2 ou 3 jours. Quand c'est des entrants, ils sont confinés pendant une semaine. Confinés, c'est-à-dire qu'ils restent vraiment dans leur chambre. Ils ne sortent pas. On leur ramène juste leur repas. Ils

peuvent juste sortir pour nous voir à l'infirmierie, ou l'assistante sociale. [...]

As-tu constaté des choses qui t'ont marqué en détention, positives ou négatives ?

Là où je suis, à Tournai, il y a une capacité de 180 personnes et il y a 240 ou 260 détenus environ. En fonction des semaines, on est peut-être à 30% de détenus en plus. J'ai vu aussi les cellules, qui sont censées être des cellules de 9m² normalement, mais en réalité elles sont de 6m². C'est une très vieille prison, il me semble que c'est la plus vieille de Belgique. Les cellules sont la plupart du temps dans un état... Il y a des tags partout, les murs sont dégoûtants. Des fois, ils sont en surnombre en fait. [...]

Sais-tu quelles sont les spécialités des professionnels de santé présents à la prison de Tournai ?

Nous, logiquement on est censés avoir 2 infirmiers par jour de 8h à 16h. Le week-end, ça dépend des prison, mais généralement c'est aussi 8h-16h ou 8h-12h. Il y a un médecin par jour qui doit venir. Parfois, ça nous arrive que pendant 4 jours d'affilés, on n'a pas de médecin. C'est vraiment compliqué dans ce cas parce que lorsqu'on a des entrants, je pense qu'on est légalement obligés de faire en sorte qu'un médecin osculte un détenu dans les 24h. Donc parfois, des détenus ne sont pas vus. Là où c'est vraiment grave, c'est pour ceux qui ont des traitements de substitution et qui doivent recevoir ces traitements tous les jours, sinon ils peuvent faire une crise de manque et ça peut être dangereux pour eux. Là c'est compliqué. On est alors obligés d'appeler des médecins d'autres prisons pour qu'ils puissent prescrire à distance. On a un manque de médecins en prison. [...]

Penses-tu qu'il y ait un réel manque d'effectifs dans le milieu carcéral, que ce soit au niveau de la surveillance pénitentiaire, de l'administration ou du personnel soignant ?

Oui. Il y a beaucoup de manque. Surtout au niveau du personnel, il y a des grèves quasiment tous les mois parce que pas assez de moyens, trop de détenus et pas assez de chefs, de gardiens.

Comment organises-tu la distribution des traitements de substitution ?

La seule difficulté, c'est vraiment s'il n'y a pas de médecin, qu'il y a un entrant et qu'il nous

dit « oui, je reçois autant de méthadone tous les jours ». Là, on est très embêtés pour prescrire parce qu'on ne peut pas, on est infirmiers. Sinon, on a toujours de la réserve. Des fois, on a des prises contrôlées car on a plusieurs prises de traitements de substitution, ça peut être de la méthadone qui est une sorte de liquide, mais on peut aussi avoir des gélules, des médicaments solides. Vu que c'est un traitement très dangereux, c'est sous prise contrôlée. Ils viennent donc à l'infirmierie tous les matins, on a donc une dizaine ou une quinzaine de personnes qui viennent pour simplement prendre la méthadone devant nous. Il y a une histoire de vie privée aussi. Alors ça dépend les prisons mais parfois ce sont les gardiens qui donnent les traitements directement. S'ils voient quelque chose qui ressemble à de la méthadone, ils vont tout de suite se dire « ah, encore un drogué ». Pour pallier à cela, ils viennent tous les matins chez nous, on ferme la porte et on leur donne la méthadone.

C'est très intéressant parce que d'un point de vue juridique, j'aurai tendance à dire que les gardiens ne sont pas du tout habilités à donner les traitements aux détenus.

Ça dépend vraiment des prisons en fait. C'est le fonctionnement après, c'est une vieille prison. Et puis surtout, on n'est pas en nombre pour faire ça. On a plus de 200 détenus et l'infirmière parfois est toute seule. Elle doit donc faire tous les soins, toutes les visites, toutes les demandes. Si elle doit distribuer en même temps, c'est impossible.

Y a-t-il des ateliers de prévention dans l'établissement où tu travailles ?

Non, non. On n'a pas beaucoup d'effectifs. Tous les jours se ressemblent. Ce n'est pas vraiment réalisable avec les conditions de travail. Le seul moyen c'est quand ils viennent nous voir pour des problèmes et qu'on leur dit comment ils doivent faire pour éviter que ça revienne. [...]

Comment faites-vous face aux tentatives de suicide ?

[...] Parfois, c'est pour des raisons vraiment bêtes, du style « oui, on ne m'a pas accepté au travail ». Des fois, c'est des appels à l'aide, c'est des gens qui se sentent seuls. Il y a beaucoup d'étrangers, des gens qui parlent serbe ou autre. Personne ne parle serbe en prison quasiment. Ils sont dans une cellule où ils sont isolés, seuls. Il y a une barrière de langage qui se crée avec le personnel et les autres détenus. Il y en a qui regrettent aussi [...]

La scarification, c'est vraiment le plus commun. Il le font avec n'importe quoi : des stylos,

des couteaux de cuisine qu'ils ont pour manger, des couteaux en plastique, etc. Alors, ce n'est jamais arrivé chez nous mais ça peut également se faire avec les médicaments. Les chefs donnent les médicaments tous les matins, ils peuvent très bien les garder, les mettre de côté et les cacher quelque part et le jour J décider de tout prendre.

De quelle manière respectes-tu les droits des détenus en matière de santé lorsque tu intervies ?

Alors déjà j'ai appris en cours qu'il fallait vraiment les informer. Je n'étais pas du tout au courant de ça. Je ne savais pas qu'il fallait dire « vous avez droit à ça, ça et ça et vous allez faire ça, ça et ça ». Je ne les connais même pas. Moi, on ne m'a pas formé aux droits des détenus. Je suis sûr que ma collègue non plus. C'est comme ça. Sinon, quand il y a un vrai problème, on leur dit « parlez-en à votre avocat ». L'avocat nous envoie une lettre, un mail. [...]

Et pour le secret professionnel, j'imagine que c'est bien respecté.

Oui. Après pour la méthadone, la plupart des gardiens savent quand les détenus en prennent. Mais oui, on ne va pas dire à tout le monde « celui-là, il prend ça ». Tout se sait, c'est ça le problème. [...]

Selon toi, la prison est-elle favorable à l'apparition de maladies, bénignes ou graves ?

[...] Le problème, c'est les conditions de vie qui peuvent aggraver des contaminations. Je ne sais pas s'il y a des souris ou des rats, mais peut-être, surtout dans les vieilles prisons. Il y a le Covid aussi vu qu'ils sont très proches. Personne n'en a mort mais ils ont sûrement dû être contaminés. [...]

Pour revenir à ta question, je pense que c'est les deux. S'ils sont acteurs, ils ont quasiment tout à leur disposition. [...]

Quelles seraient tes recommandations pour améliorer l'accès aux soins des personnes détenues ? Pensez-tu que la situation actuelle est satisfaisante ?

Ah non, non. La première chose, ce serait de recruter plus. Là où il y a des problèmes, c'est souvent parce que justement on n'a pas de dentistes, de psychiatres, etc. Je ressens un manque

surtout au niveau des moyens. Par exemple, les dentistes, il y a 50 personnes qui doivent en voir. Il vient une fois par semaine. Il y en a qui ont vraiment des grosses douleurs. Ils reviennent nous voir constamment, on leur donne des anti-inflammatoires, etc. On ne peut rien faire de plus. Quand on n'a pas de médecin pendant plusieurs jours, là c'est vraiment très compliqué. Parce que quand il revient, on passe 5 ou 6 heures à essayer de rattraper les consultations. [...]

Annexe n° 6

Entretien avec Monsieur Luc CHOUCHKAIEFF, contrôleur des lieux de privation de liberté

Cet entretien a été effectué lors d'un appel téléphonique le vendredi 25 mars 2022.

En quoi le rôle de contrôleur est particulièrement important pour le respect des droits des personnes détenues ?

C'est particulièrement important parce que dans les lieux de privation de liberté, il y a une grande confusion entre priver quelqu'un de liberté et priver quelqu'un de tous ses droits. Souvent, la seule liberté qui est restreinte, c'est la liberté d'aller et venir. [...] L'accès à la santé doit être dans le même chemin que le droit commun en l'occurrence. En gros, on ne peut pas avoir accès à moins de choses en prison qu'à l'extérieur. Et en fait, on s'aperçoit que d'une part, c'est beaucoup plus aléatoire, et qu'entre le droit théorique et le droit appliqué, il y a souvent beaucoup de gap liés soit à des problèmes d'organisation, soit à des problèmes d'incompréhensions, soit des méconnaissances, de manque de formation des professionnels, etc. [...]

En tant que contrôleur, comment qualifieriez-vous l'accès aux soins en détention en France ?

L'accès aux soins est très disparate. Il était plutôt parti sur des bonnes bases concernant les soins somatiques. Ils étaient plutôt pas mal organisés dans les prisons. Par contre, là où c'est très aléatoire c'est pour les spécialistes. En tout cas, d'abord la psychiatrie, c'est soit très bien soit très absent. Et là, c'est très très variable d'un établissement à un autre : ça dépend de l'histoire, des ressources locales, etc. pour les médecins généralistes, il y a assez peu de difficultés. Même si ça commence à venir dans les prisons qui sont assez excentrées parce que ils ont mis des prisons dans des endroits où il y a des problèmes démographiques, des déserts médicaux. Donc, tout ça se reporte sur la prison. [...] t le gros souci de l'accès au soins, ce qui empire de plus en plus, c'est l'accès aux spécialistes dès lors qu'on en a besoin. Parce que les spécialistes qui venaient dans les prisons ne viennent quasiment plus. La télémédecine a très peu évolué et elle est quand même assez limitée à des consultations soit de pré-anesthésie soit de dermato des fois, mais elle ne peut pas

s'emparer de toutes les spécialités.

Et l'autre gros soucis de l'accès aux spécialistes, c'est le problème des escortes qui ont été au fur et à mesure tellement grignotées qu'on a le droit qu'à une escorte le matin et une escorte le soir ou en fin d'après-midi. S'il y a une urgence, ça prend la place du rdv. On commence à voir des détenus qui ont des pertes de chance parce qu'en fait, leur rdv est reporté 3 ou 4 fois donc ça retarde tout. On voit par exemple des cardiaques qui meurent avant d'avoir vu le cardiologue, et on voit des prisons où des cancers sont dépistés avec 3 à 6 mois de retard.

Dans le cadre de vos fonctions, est-ce que ce sont des cas que vous rencontrez régulièrement ou est-ce assez rare ?

Le problème des escortes, ça devient quasiment général. Il y a quand même encore des prisons qui réussissent à ne pas annuler trop de rdv à l'hôpital. Mais en fait, c'est majoritairement des problèmes de rdv à l'hôpital et d'escortes insuffisantes pour les sortir. Du fait de la surpopulation, il y a beaucoup de gens à emmener à l'hôpital. Et il y a aussi le vieillissement de la population carcérale qui fait qu'il y a encore plus besoin de spécialistes. Et comme ces derniers ne viennent plus en prisons, eh bien il faut emmener les personnes détenues directement aux spécialistes. Ça, c'est un problème qui est très très récurrent et qui est majoritaire sur l'ensemble des prisons de France.

Selon vous, pourquoi est-ce devenu si difficile de faire venir des spécialistes en détention ?

Ils n'y sont jamais vraiment venus en réalité. Ils y venaient mais une fois par mois, une fois tous les deux mois. Ils viennent quand la prison est proche d'un CHU, d'un CHG ou d'un hôpital général. Dès que la prison est éloigné, ils ne peuvent pas venir parce que le temps de trajet plus le temps de rentrer dans la prison plus les rdv qui ne viennent pas. [...] Ce n'est pas rentable, donc ils finissent par ne plus venir. L'ensemble de tout cela fait qu'ils ne viennent plus et donc, on doit emmener les détenus vers eux.

Comment pourrait-on faire pour pallier à ce problème ?

Les solutions sont simples au final. Dès qu'il n'y aura plus de surpopulation, il y aura des services de santé qui seront adaptés, déjà. [...] A partir du moment où les 3/4 des prisons en France dépassent les 140%, 150%, voire 200%, on a un même nombre de médecins et d'infirmières

mais qui doivent en soigner deux fois plus. Forcément, ça bloque au bout d'un moment. Cela vaut aussi au niveau des escortes, parce que, effectivement, vous avez deux fois plus d'escortes à faire et pas d'escortes pour les emmener. [...] Pour que les spécialistes soient plus accessibles, il n'y a pas de secret : il faut doubler les escortes ou surtout, au niveau de la justice faire vraiment du cas par cas. [...] Il faut faire des permissions de sortir (PS) et sortir avec une ambulance privée qui le ramène. On a très très peu développer les PS sanitaires, qui éviteraient quand même ce genre d'annulation et beaucoup de détenus ne vont pas se sauver au final parce qu'ils sont là pour récidive de conduite sans permis, récidive de pensions alimentaires non payées. [...]

Vous parliez du rôle de la Justice. J'ai eu l'occasion de discuté avec des responsables d'UHSI et d'UHSA qui ont exprimé leur point de vue quant au fait que les juges avaient beaucoup moins de scrupules à envoyer des personnes, même malades, en détention puisqu'ils se disent qu'au final, ils seront pris en charge par l'UHSI et/ou l'UHSA de toute manière. Quand pensez-vous ?

On est totalement d'accord avec ça, puisque c'est ce qu'on voit. Vous pouvez lire le rapport en ligne sur le CD de Bédenac justement. C'est typiquement l'unité de 20 personnes dépendantes qui sont en prison alors qu'elles ne devraient plus y être et pour lesquelles il y avait huit demandes du médecin pour des aménagements de peine pour raison médicale. Aucun n'avait été acceptée au moment où nous sommes passés avec des gens qui été laissés dans leurs besoins. Ils étaient tout simplement malades et vieillissants. Et ça, la Justice s'en est très peu emparée. Elle garde les gens en prison jusqu'à leur mort alors qu'en fait ils pourraient sortir avant. [...]

On commence à avoir l'idée de mettre des périodes de soins palliatifs en UHSI. Ça peut paraître comme une bonne idée, sauf que l'UHSI n'a pas vocation à prendre en charge des gens en soins palliatifs : elle a vocation à faire du soin aigu, à remplacer ce qu'on appelle les chambres sécurisées qui sont faites pour des séjours de moins de 48 heures dans les hôpitaux. [...] Ça n'a absolument pas vocation à garder les détenus longtemps. Ce qui a été détourné, c'est leur vocation initiale, autant les UHSI que les UHSA. On finit par avoir des gens qui sont trop malades pour rester en prison. Plutôt que de faire des aménagements de peine pour les placer dans un EHPAD ou dans une structure qui les accueillerait pendant un long séjour avec un bracelet ou je ne sais quoi, ou rien du tout d'ailleurs, le juge a tendance à penser que le détenu va pouvoir finir sa vie à l'UHSI ou l'UHSA. Cela embolise les places et pervertit le système. C'est pareil pour l'UHSA : on les met là-bas mais il conviendrait surtout de les faire sortir, car ils ne sont pas du tout capables de comprendre ce qui se passe, et leur place n'est pas dans une prison. [...]

Trouvez-vous que les actions de prévention et de sensibilisation sont suffisantes en détention ou devrait-on en réaliser plus ? Si oui, comment ?

Ils en font de moins, ils n'ont plus le temps. Avant, il y avait pas mal d'actions notamment en terme d'éducation à la sexualité, l'addictologie, etc. Maintenant, ça se fait mais les effectifs ne sont pas adaptés à la population. Dès qu'on a plus le temps, on arrête ce genre d'actions. L'éducation à la santé, on n'en fait quasiment plus. Et l'addictologie, c'est pareil, c'est très variable. [...] L'éducation à la santé, c'est le parent pauvre. Ça ne se fait pas beaucoup.

Pour vous, est-ce que la prévention est importante dans le milieu carcéral ?

Ce serait très important sur les trois domaines principaux : nutrition, sexualité et addiction, vu que c'est quasiment 90% des détenus qui sont confrontés à au moins un de ces trois problèmes. [...]

Pensez-vous que la mise en œuvre de centres adaptés pour les personnes détenues dépendantes serait une bonne idée ?

C'est justement ce que vous pourrez lire dans le rapport Bédenac ! Il y avait une bonne idée au départ, ce qu'il ont fait effectivement : une structure spécifique pour les détenus vieillissants, un peu handicapés avec un plein pied, toutes les chambres sont accessibles avec un fauteuil roulant, etc. Sauf que ça dérivait totalement vers des gens qui sont beaucoup plus dépendants donc au bout d'un moment. [...] Au bout d'un moment, c'est le basculement dans ce qu'on appelle de temps en temps l'inaptitude de la détention, et on bifurque plus vers un aménagement de peine obligatoire pour faire tout ça à l'extérieur où c'est complètement adapté.

Il faudrait peut-être envisager le fait de construire de nouveaux locaux, de nouveaux centres complètement adaptés à tous les handicaps lourds, à la dépendance.

Oui. Alors, ça vient aussi percuter le sens de la peine. Parce c'est sûr que ce qui peut paraître une bonne idée, c'est de laisser quelqu'un en prison jusqu'à la fin de ses jours parce qu'effectivement, il a 15 ans à purger mais dans des conditions de dignité respectée, c'est-à-dire d'avoir une cellule qui ressemble à une chambre d'hôpital ou une chambre d'EHPAD. Mais après se pose le problème d'une part, est-ce que la prison a les moyens de payer un hôpital ou une

maison de retraite ? Et en plus, est-ce que cela ne relève pas du droit commun, et donc de l'aménagement de peine et de la suspension médicale ? Parce que quel est le sens de la peine d'enfermer quelqu'un de grabataire qui, de toute façon, ne peut plus quitter sa chambre ? [...]

Envoyer une personne condamnée démente en détention, est-ce que ce n'est pas faire pire que mieux ?

Ça ne sert strictement à rien. [...] Une fois que la personne est démente, qu'elle ne sait plus qu'elle est en prison, il n'y a plus de sens de la peine. [...]

Pensez-vous que cette crise sanitaire a permis ou va permettre de prendre conscience de la situation des personnes détenues ?

Malheureusement, non. Tout est devenu comme avant. Il n'y a aucun impact pérenne là-dessus. La preuve : la surpopulation carcérale est revenue au même taux qu'avant, voire plus. Il n'y a aucune prise de conscience pour l'instant. Les priorités sont ailleurs.

Est-ce que le fait de placer plusieurs personnes dans un endroit qui n'est pas fait pour a un impact sur la santé mentale ?

Oui, dans la mesure où ils ne peuvent pas le choisir. Lorsqu'ils peuvent choisir d'être deux ou trois dans une cellule parce qu'ils s'entendent bien ou parce qu'ils ne veulent pas être seuls, là ça va. Mais lorsque c'est subi, et c'est le cas dans 99% des cas, là par contre ça pose d'énormes problèmes de violences, de dégradations mentales parce qu'il faut supporter le fait de vivre avec deux autres qui n'ont pas forcément les mêmes façons de vivre. [...] Ces problèmes d'intimité sont liés à la surpopulation, elle amène forcément des problèmes de santé mentale.

La problématique de la situation des personnes détenues, et de l'accès aux soins, est quasi absente dans le débat public. Pour quelles raisons ?

Parce que ce n'est pas très porteurs politiquement parlant. Et aussi parce qu'il y a parallèlement des difficultés d'accès aux soins à l'extérieur. Les gens se disent qu'ils ont eux-même des problèmes, alors pourquoi penser aux problèmes de l'intérieur.

Si ça empire à l'extérieur, ça empirera forcément à l'intérieur ?

Ah oui, bien sûr. Ça commence déjà pour le soin somatique, car jusqu'à maintenant on avait assez peu de difficultés à avoir des somaticiens dans toutes les prisons, et maintenant celles qui sont situées dans des déserts médicaux sont en difficultés. Donc, la pénurie de dehors va forcément aggraver la pénurie de dedans.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	5
TABLES DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
PARTIE 1 MILIEU CARCÉRAL ET DROIT DE LA SANTÉ, DES NOTIONS ÉVOLUTIVES EN CONTINUEL RAPPROCHEMENT.....	17
I. La situation sanitaire actuelle des personnes détenues.....	18
A. Droits en matière de santé, des prérogatives censées être appliquées en détention.....	18
B. Pathologies et handicaps, des maux répandus au sein des prisons.....	23
C. Santé mentale et détention, des notions indissociables.....	27
II. Instances et professionnels chargés de la prise en charge sanitaire en détention.....	33
A. L'État, quand les administrations pénitentiaire et hospitalière doivent coopérer.....	33
B. La pluralité des instances réservées aux soins somatiques.....	37
C. Les instances réservées aux soins psychologiques et psychiatriques, des structures revêtues d'une importance capitale.....	41
PARTIE 2 ÉCUEILS ET MANQUEMENTS AUX DROITS EN MATIÈRE DE SANTÉ, LA TERNE RÉALITÉ DU MILIEU CARCÉRAL.....	45
I. Droits des personnes détenues en matière de santé, synonymes de violations et d'irrespect..	46
A. Le secret médical, un principe constamment remis en cause au cœur des murs de prisons	46
B. La qualité et la continuité des soins, des exigences complexes à respecter.....	50
C. Environnement sain et conditions d'hygiène décentes, des droits incompatibles avec le régime actuel de la détention.....	53
II. Les carences à l'échelle de l'organisation interne, origines de nombreux dysfonctionnements	57
A. Les escortes et extractions pour raison médicale, un nœud difficile à dénouer.....	57
B. L'offre de soins, un panier « santé » disparate et insuffisant.....	60
C. L'inadaptation de certaines catégories de personnes aux conditions carcérales.....	63
PARTIE 3 RECOMMANDATIONS POUR UNE LÉGISLATION VÉRITABLEMENT AXÉE SUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES PERSONNES DÉTENUES ET POUR UN RÉEL RESPECT DE LEURS DROITS.....	68
I. Recommandations pour des structures et des instances de soins plus efficaces.....	69
A. L'augmentation du nombre des structures médicales existantes, un premier pas vers une prise en charge effective de la santé des personnes détenues.....	69
B. La mise en place d'établissements pénitentiaires adaptés aux personnes dépendantes : effectuer sa peine dignement.....	71

C. Les alternatives à l'emprisonnement, un large panel de possibilités à étudier.....	75
II. Plan d'actions pour une prise de conscience commune entre tous les maillons de la chaîne d'intervention.....	80
A. La nécessaire garantie d'un meilleur suivi de la santé.....	80
B. La prévention, une palette d'actions essentielles.....	84
C. De la nécessité d'humaniser les institutions judiciaire, carcérale et sociale.....	88
CONCLUSION.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	99
ANNEXES.....	107
Annexe n° 1.....	107
Annexe n° 2.....	111
Annexe n° 3.....	113
Annexe n° 4.....	121
Annexe n° 5.....	127
Annexe n° 6.....	132
TABLE DES MATIÈRES.....	138