

Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues (adoptée par l'assemblée plénière le 19 janvier 2006)

Propositions de la Commission nationale consultative des droits de l'homme

Au terme de son « Etude sur les droits de l'homme dans la prison », la Commission nationale consultative des droits de l'homme avait estimé devoir poursuivre sa réflexion sur la question de l'accès aux soins des personnes détenues (CNCDH, Etude sur les droits de l'homme en prison, propositions, Recommandation n° 40, adoptée par l'assemblée plénière le 11 mars 2004).

La prise en charge médicale des personnes détenues relève, depuis la loi du 18 janvier 1994, du régime hospitalier de droit commun. La circulaire d'application de la loi, datée du 8 décembre 1994, pose comme objectif « d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population ». Cet objectif est désormais consacré par le Code de la santé publique qui prévoit, à l'article L.1110-1 que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, et/ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible. » Le Code de la santé publique visant indistinctement l'ensemble des personnes en relation avec le système de santé, les patients privés de liberté peuvent se prévaloir de ces dispositions. Au demeurant, celles-ci sont relayées, en ce qui concerne les détenus, par les stipulations de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Selon la jurisprudence de la Cour de Strasbourg, la Convention met à la charge des autorités publiques l'obligation d'assurer les soins requis par l'état de santé des intéressés (1).

L'organisation des soins aux personnes détenues a été mise en place à la suite de la parution de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994. Cela s'est traduit notamment par l'élaboration conjointe, par les services du ministère chargé de la santé et du ministère de la justice, d'un "guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale" officialisé par voie de circulaire en date du 8 décembre 1994. Ce document traduit la conceptualisation des principes et modalités d'organisation des soins nécessaires pour assurer aux personnes incarcérées des soins de même qualité que pour la population générale ainsi que l'accès aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. Il précise les actions de coordination et de complémentarité de chacun des acteurs tant sanitaires que pénitentiaires, dans le respect des missions de chacun.

Le guide méthodologique est un outil de travail au service de tous, qui décrit :

- le dispositif de soins somatiques et les actions de prévention notamment le statut des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), la prise en charge des différentes consultations spécialisées et les modalités d'hospitalisation ;

- la prise en charge de la santé mentale des personnes détenues, et plus particulièrement les modalités de fonctionnement des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les hospitalisations en établissement de santé mentale ;
- les soins en milieu pénitentiaire, leur organisation et l'articulation avec les droits des malades en particulier les règles de déontologie et d'éthique ;
- la protection sociale et les modalités financières de prise en charge des personnes détenues.

Le document initial, élaboré en 1994, a d'ores et déjà fait l'objet d'une première mise à jour par circulaire en date du 10 janvier 2005 et a vocation à être régulièrement actualisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant l'organisation des soins et la protection sociale.

Néanmoins, plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la réforme, l'objectif d'une équivalence de soin entre l'intérieur et l'extérieur est loin d'être atteint. La surpopulation des établissements pénitentiaires et les dispositifs de sécurité déployés soumettent les personnes détenues à un ensemble de facteurs néfastes, sur le plan somatique et/ou psychologique. Seules trois UHSI (unités hospitalières sécurisées interrégionales) sur les huit prévues ont vu le jour. La généralisation des programmes d'éducation à la santé en milieu pénitentiaire n'est pas assurée. De manière générale, le système de soins pour les personnes détenues comporte encore de nombreuses défaillances, notamment en ce qui concerne l'hygiène, les délais d'attente (pour les soins spécialisés ou les hospitalisations), la permanence des soins (absence de permanence médicale la nuit et les week-end dans la plupart des établissements pénitentiaires), les problèmes d'escorte pour les consultations à l'extérieur, le respect du secret médical et la libération des malades.

La persistance de blocages, au demeurant parfaitement identifiés par les pouvoirs publics, doit nourrir une réflexion sur la capacité d'un système d'essence sécuritaire à respecter les exigences inhérentes aux impératifs de santé publique.

I - La protection de la santé mise à mal par la surpopulation

A/ Une prévention à améliorer

1/ L'hygiène et la salubrité des locaux

Selon l'article D.349 du Code de procédure pénale, « 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 ». Les articles D.350 et D.351 précisent 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 » et que « dans tout local où les détenus séjournent, les fenêtres doivent être suffisamment grandes pour que ceux-ci puissent lire et travailler à la lumière naturelle. L'agencement de ces fenêtres doit permettre l'entrée d'air frais. La lumière artificielle doit être suffisante pour permettre aux détenus de lire ou de travailler sans altérer leur vue. Les installations sanitaires doivent être propres et décentes. Elles doivent être réparties d'une façon convenable et leur nombre proportionné à l'effectif des détenus ».

111 des 190 établissements pénitentiaires français ont été mis en service avant 1950, dont 78 avant 1900. Le récent programme de réhabilitation du parc pénitentiaire français ne concerne cependant que quelques établissements. Le programme de construction engagé vise quant à lui une augmentation des capacités d'accueil. Etant donné l'état de délabrement avancé dans lequel se trouvent bon nombre d'établissements pénitentiaires, le respect des règles d'hygiène ne peut faire l'objet d'améliorations substantielles. Cet état de fait, connu de tous, est lourd de conséquences pour l'ensemble des personnes qui travaillent, interviennent et, surtout, séjournent en détention. En mars 2004, au terme de son Etude sur les droits de l'homme dans la prison, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a souligné qu'« en matière d'hygiène corporelle, la France est en retard par rapport à nombre d'Etats européens » et que « la situation de promiscuité imposée à la majorité des personnes incarcérées en maison d'arrêt représente l'un des aspects les plus dégradants des conditions de détention en France » (2).

Cinq ans après la publication de rapports parlementaires accablants sur l'état des prisons, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a visité, en France, des lieux de détention qu'il a qualifié de « répugnants ». La CNCDH ne peut qu'en appeler, une nouvelle fois, au respect des exigences minimales de sauvegarde de la dignité de la personne dans un Etat de droit.

A cet égard, force est de constater que l'inflation carcérale observée depuis l'automne 2001 a entraîné une nette détérioration des conditions sanitaires au sein des établissements pénitentiaires. L'entassement en cellule observé dans certaines maisons d'arrêt favorise la transmission de maladies contagieuses et le développement de troubles psychosomatiques, tels que des céphalées, psoriasis, diarrhées, douleurs thoraciques, abdominales ou musculaires, des troubles du sommeil, etc.

Les locaux des douches sont souvent insalubres, sans aération et couverts de moisissures. L'utilisation intensive de ces équipements, du fait de la surpopulation, entraîne leur dégradation accélérée. Le Code de procédure pénale prévoit que tout détenu doit pouvoir

bénéficiaire de trois douches hebdomadaire, mais, ainsi que l'a rappelé la CNCDH, « cette prescription n'est cependant effective que "dans toute la mesure du possible" ». Or, pour la Commission, « cette règle, a fortiori assortie de ce tempérament, n'est plus admissible au vingt-et-unième siècle. Les détenus doivent pouvoir se doucher quotidiennement ». En fait, sur les questions d'hygiène comme sur la plupart des observations du Comité pour la prévention de la torture, la réponse du gouvernement, en mars 2004, se résume à l'évocation de son programme immobilier, comprenant « la création dans la cellule même d'un espace sanitaire [qui] permet ou permettra de mieux répondre aux besoins des personnes détenues ». Cependant dans la majorité des établissements pénitentiaires, les détenus doivent se contenter de douches collectives, avec les risques afférents, comme la propagation de la gale ou les problèmes dermatologiques.

Le respect des normes élémentaires d'hygiène fait également défaut en ce qui concerne l'alimentation, qu'il s'agisse de la fabrication des repas ou de leur distribution. Les inspections sanitaires organisées par les DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) et les DDSV (direction départementale des services vétérinaires) émettent régulièrement des conclusions particulièrement inquiétantes, tant sur l'état des locaux et de l'équipement des cuisines que sur la qualité de la nourriture distribuée aux personnes détenues. Des constats qui vont de « seule une reconstruction complète des locaux permettra d'atteindre les objectifs fixés en matière d'hygiène » (Maison d'arrêt de Varces, Isère) au « risque non négligeable de contamination des produits pouvant être à l'origine d'accidents toxi-infectieux » (Centre de détention de Châteaudun, Eure-et-Loir) ou « concernant la qualité des repas, il est apparu aux inspecteurs que la part faite aux produits laitiers et aux crudités [était] insuffisante. Mais plus encore que les aspects diététiques, la qualité globale des repas (qualité culinaire) notamment a semblé très moyenne voire médiocre » (Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, Essonne).

Le respect des régimes alimentaires spécifiques n'est pas toujours observé. Dans certains établissements, les menus ne tiennent pas compte des diabétiques. En outre, la plupart des repas arrivent froids en cellule. Enfin, comme l'indique le rapport de la commission de surveillance de la maison d'arrêt de Beauvais (Oise), les ressources financières dont dispose un établissement ne sont pas indexées au taux d'occupation : « le budget alloué est le même pour 90 comme pour 152 détenus. Il n'y a pas de réévaluation. Les menus sont établis par une diététicienne au niveau régional et les approvisionnements s'effectuent à partir de centrales d'achats. L'équilibre se fait avec les détenus qui peuvent utiliser des cantines alimentaires ».

1. La CNCDH considère que la mise en conformité des établissements pénitentiaires aux normes d'hygiène et de salubrité doit être prioritairement poursuivie par les services pénitentiaires. Elle regrette que la fermeture annoncée de certains établissements, soit sans cesse reportée. La CNCDH rappelle qu'il appartient aux préfets de faire usage de leurs pouvoirs de police de l'hygiène là où les conditions d'hébergement représentent une menace pour la santé des personnes incarcérées. Elle appelle une nouvelle fois le gouvernement à assurer l'encellulement individuel, seul régime de détention à même de garantir l'intégrité physique et psychologique des personnes incarcérées. S'agissant de l'alimentation, la Commission ne devrait pas à avoir à rappeler que les détenus doivent recevoir de la nourriture saine, équilibrée et en quantité suffisante.

2/ Des programmes d'éducation à la santé largement inappliqués

L'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique prévoit que « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. »

Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rappelle que « c'est un des points forts de la politique de santé en milieu pénitentiaire que de faire bénéficier cette population le plus souvent jeune, fragilisée et ayant eu jusque là un faible accès aux soins, d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé. »

Pour ce faire, l'établissement public de santé est chargé d'élaborer, en liaison avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), la direction de l'établissement pénitentiaire et les autres partenaires, un programme annuel ou pluriannuel d'actions d'éducation pour la santé.

Il apparaît pourtant que, d'une manière générale, y compris lorsqu'un tel plan existe, il demeure lettre morte. Nombre de rapports d'activité établis par les UCSA font état de cette situation. Là encore, la situation de surpopulation des maisons d'arrêt constitue très fréquemment un obstacle à la mise en oeuvre de ces programmes. Confrontés à des files actives de patients toujours plus importantes, les services médicaux concentrent leur action sur l'administration des soins proprement dits. D'autre part, les UCSA se heurtent souvent aux insuffisances des structures extérieures spécialisées dans la promotion de la santé.

2 - La CNCDH considère que l'éducation pour la santé constitue l'une des dimensions essentielles des programmes de santé publique. Elle s'avère hautement nécessaire en milieu pénitentiaire, au regard de l'état de précarité sociale des publics accueillis. Il importe dès lors que les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements de santé assument pleinement leurs responsabilités respectives en ce domaine.

B/ Une offre de soin encore insuffisante

1/ Accroître les moyens dévolus aux UCSA

Selon l'article D.370 du Code de procédure pénale, « l'administration pénitentiaire met à disposition de l'unité de consultations et de soins ambulatoires des locaux spécialisés destinés aux consultations, aux examens et, le cas échéant, à une implantation de la pharmacie à usage intérieur. »

L'Académie de médecine souligne qu'« il y a à l'évidence une grande disparité des moyens de cette prise en charge selon les établissements concernant les budgets, les locaux et les équipements. Les personnels médicaux et paramédicaux sont particulièrement insuffisants pour répondre aux besoins, et pour certains d'entre eux insuffisamment formés à leur fonction très particulière » (3).

Calculés en fonction de la capacité d'accueil des établissements où ils sont implantés, les budgets des UCSA sont insuffisants pour faire face à la demande de soins émanant d'un nombre de détenus très fréquemment bien supérieur. En outre, lors de la mise en service d'un établissement plus important que celui existant, le budget de l'UCSA ne fait pas pour autant l'objet d'une réévaluation.

Majoritairement issue de milieux sociaux précarisés tant sur le plan social que sanitaire, la population carcérale se caractérise par une forte nécessité de soins. D'autant plus que le milieu clos de la prison provoque l'apparition ou l'aggravation de certaines affections et qu'il en découle des troubles pathologiques et sanitaires assez importants. Au-delà des conséquences induites par la surpopulation sur l'exercice des soins, les UCSA sont confrontées aux évolutions sociologiques de la population carcérale et au renforcement, ces dernières années, des mesures de sécurité dans les établissements pénitentiaires.

3 - La CNCDH préconise l'attribution de moyens humains et financiers adaptés aux UCSA, conformément aux prescriptions du Code de la Santé publique.

2/ Assurer la permanence des soins

Dans la plupart des établissements, la fin de la « journée pénitentiaire » a lieu à 17 heures. Très rares sont les sites où est assurée une permanence des soins la nuit et le week-end. En conséquence, déplore l'Académie de médecine, « le suivi d'un traitement prescrit pour être réparti sur 24 heures a les plus grandes chances d'être interrompu. La spécificité d'une surveillance continue telle que celle d'un diabète de type I ne peut être assurée. La survenue d'un événement médical aigu nocturne relève du dispositif civil de type S.O.S. médecin, pour autant qu'ait été identifié (par qui ? le codétenu ?) et signalé l'état anormal du détenu » (4). Formulé en décembre 2003, ce constat illustre les limites auxquelles se heurte l'objectif de la loi du 18 janvier 1994 « d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population ». En cas d'urgence, les procédures d'alerte et d'accès aux cellules rallongent considérablement les délais d'intervention. Outre qu'il doit entendre les appels du détenu en détresse ou ceux de ses codétenus, le surveillant de garde doit évaluer seul la gravité de la situation, demander le cas échéant à un gradé - seul habilité à ouvrir la cellule - de se rendre sur les lieux, et enfin, contacter le médecin régulateur du Centre 15 qui dépêchera un médecin sur place. Prenant conscience des déficiences inhérentes à ce processus qui place le surveillant dans un rôle d'intermédiaire entre le détenu et le médecin régulateur, les ministères de la Santé et de la Justice ont modifié la procédure, depuis avril 2004. Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (5) invite désormais chaque établissement pénitentiaire « à mettre en place un dispositif permettant à la personne détenue concernée de communiquer directement par téléphone avec le médecin régulateur du Centre 15 ou de l'établissement de santé ». Cette disposition doit permettre « de mieux cerner les cas d'urgence vitale et d'éviter ainsi de prendre du retard dans la dispensation des soins pouvant entraîner des conséquences graves pour les personnes détenues ». Une réforme réclamée depuis longtemps par le CPT qui, à l'issue de sa visite effectuée en 2000 en France, avait réitéré « sa recommandation d'équiper les cellules d'un système d'appel (...), de revoir les effectifs des équipes de nuit et remédier à toute insuffisance constatée ». De même, en 2001, « l'absence de médecin de garde, les conditions d'alerte des surveillants, les délais d'accès aux cellules » avaient été déplorés par l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'inspection générale des affaires

sociales (IGAS), comme « autant d'éléments qui peuvent aboutir à une gestion de l'urgence insatisfaisante » (6). Alors même que certains établissements pénitentiaires ont été équipés de systèmes d'interphones en cellule, leurs dysfonctionnements semblent récurrents.

4 - La CNCDH recommande la généralisation des moyens d'appels des secours dans les cellules de détention (interphones) et la mise en place dans les meilleurs délais d'un dispositif permettant une communication directe des détenus avec le Centre 15.

3/ Renforcer l'offre de soins spécialisés

Les difficultés pour obtenir des consultations de spécialistes (dermatologues, kinésithérapeutes, ophtalmologistes, etc.) sont communes à la plupart des établissements. Une situation quasi générale notamment due au fait que le recrutement de spécialistes est devenu presque impossible, les statuts et le montant des vacations n'étant pas attractifs. Lorsque la spécialité n'est pas exercée dans l'hôpital de rattachement de l'UCSA, il n'est pas rare qu'elle ne soit donc pas accessible aux personnes détenues. S'agissant du suivi gynécologique des femmes détenues, certaines UCSA ne disposent pas de locaux suffisamment spacieux pour que soit installé un fauteuil ou une table d'examen. Le dépistage du cancer du sein n'est pas assuré dans tous les établissements pénitentiaires hébergeant des femmes. Concernant les soins dentaires, malgré la mise en évidence par l'IGAS et l'IGSJ du manque de spécialistes en 2001, l'absence de chirurgien dentiste ou la longueur des délais d'attente sont déplorées presque partout. Cette situation est d'autant plus grave que l'enquête menée par le ministère de la Santé auprès des personnes entrées en détention en 2003 (7) indique que l'état bucco-dentaire de 50 % des entrants nécessite des soins réguliers et 2,7 % une intervention d'urgence. Les détenus rencontrent des difficultés à obtenir des prothèses (dentaires, auditives, etc.). De façon globale, l'absence de médecins spécialistes en prison n'a pas pour seul effet des retards dommageables dans la prise en charge. Lorsque les médecins tardent à organiser l'extraction vers un centre hospitalier, les conséquences pour la santé du patient détenu peuvent parfois s'avérer dramatiques : développer la présence des spécialistes ; sinon, organiser la sortie pour consultation ou soin dans les plus brefs délais.

5 - La CNCDH estime que l'accès des détenus aux soins spécialisés doit être mis en oeuvre dans des conditions équivalentes à ce qui prévaut en milieu libre. Les établissements de santé doivent faire en sorte que des vacations de spécialistes soient assurées en nombre suffisant. Comme à l'extérieur, des programmes de prévention et de dépistage, notamment du cancer, doivent être mis en place.

4/ Lever les difficultés récurrentes dans la mise en oeuvre des extractions médicales et développer le recours aux permissions de sortir

Selon le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, « il appartient à l'établissement pénitentiaire d'assurer dans les meilleures conditions l'extraction de la personne détenue ».

A défaut d'être accessibles en détention, les consultations de spécialistes, tout comme les hospitalisations de courte durée, peuvent être organisées à l'hôpital de proximité.

Afin d'expliquer les fréquentes annulations d'extractions médicales, les pouvoirs publics arguent généralement du manque de disponibilité tant des forces de police que des services pénitentiaires pour assurer les escortes. La persistance de ces difficultés est d'autant plus injustifiable qu'en juin 2001, l'IGAS et l'IGSJ avaient souligné que « l'organisation des extractions médicales demeure un point de blocage majeur ». Les ministères de l'Intérieur et de la Justice ont pourtant annoncé le lancement, à compter du 1er janvier 2005, d'un dispositif expérimental où la responsabilité des escortes médicales repose intégralement sur les surveillants. Prévue pour se dérouler au sein de la région pénitentiaire de Strasbourg, l'expérience a été ajournée, suite au refus du ministère de l'Intérieur « de transférer à l'administration pénitentiaire des moyens budgétaires en personnel et en matériel pour assurer ces missions ».

6 - La CNCDH considère que la mise en oeuvre des extractions médicales ne doit pas être considérée comme une mission secondaire par les différentes autorités compétentes. Les responsabilités respectives des différents services devraient être clairement fixées. La Commission recommande par ailleurs de développer le recours aux permissions de sortir, qui sont susceptible d'alléger dans de très nombreux cas la charge des escortes pénitentiaires ou policières. Le législateur devrait prévoir des dispositions spécifiques en ce qui concerne les prévenus et les condamnés qui ne remplissent pas les conditions d'accès aux permissions de sortir.

5/ Améliorer l'organisation des hospitalisations

Les hospitalisations des personnes détenues, en urgence ou d'une durée inférieure à 48 heures, sont réalisées dans l'hôpital de rattachement, parfois au sein de chambres sécurisées. Les hospitalisations peuvent également être annulées par manque de place ou d'effectifs policiers. En cas d'hospitalisation d'urgence d'un patient, d'autres hospitalisations prévues sont souvent reportées. Dans une situation de surpopulation des établissements pénitentiaires, l'estimation du nombre de lits nécessaires à l'accueil des détenus en secteur hospitalier, réalisée par la commission interministérielle chargée d'entériner le projet d'implantation de chambres sécurisées dans les hôpitaux de proximité s'avère souvent insuffisante et retarde également les hospitalisations.

Les hospitalisations de plus de 48 heures doivent à terme être réalisées au sein d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Les patients y seront encadrés par des personnels pénitentiaires et pris en charge médicalement par des personnels hospitaliers. Selon la loi de finance pour 2005, ces UHSI ont vocation à concerner entre 60 et 80 % des hospitalisations. Une ambition tempérée par de nombreux praticiens soulignant que les 8 UHSI dont l'ouverture a été programmée représentent une capacité totale de 182 lits, ce qui ne saurait constituer une réponse adaptée à la demande croissante de soins. A ce jour, 3 UHSI ont ouvert à Nancy, Lille et Lyon, soit l'équivalent de 61 lits. Selon le ministère de la Santé, « l'UHSI est une unité hospitalière dans laquelle on dispense des soins et dans laquelle des cultures différentes se rencontrent : l'une sanitaire, l'autre sécuritaire. Les différents personnels devront travailler en coordination et en cohérence, dans le respect de leurs attributions et leurs propres règles professionnelles » (8). Pour nombre de patients détenus, notamment au sein des petites maisons d'arrêt qui souffrent du manque de médecins spécialistes, la mise en place des UHSI marquera un progrès. Aussi la CNDS a-t-elle tenu à

préconiser « l'accélération du programme d'ouverture de ces unités », tout en prenant soin de souligner que leur « mise en place prévoit, notamment en matière d'escortes à l'intérieur de l'établissement, qu'un protocole pose le principe d'un effectif de police ou de gendarmerie proportionnel aux besoins, et l'implantation des unités destinées aux détenus au sein des services actifs de l'hôpital le plus près possible du plateau technique » (9). En pratique, certaines difficultés semblent devoir persister malgré l'ouverture de telles structures. Anticipant dès 2001 cette perspective, l'IGAS et l'IGSJ ont alerté les pouvoirs publics en précisant que les UHSI « ne permettront pas, en elles-mêmes, de résoudre le problème » des extractions. De fait, le rapport 2004 de la commission de surveillance du centre de détention de Loos (Nord) signale que « les 21 lits à 48 heures de l'UHSI n'ont pas résolu les problèmes d'extractions et d'escorte. Des gardes statiques se trouvent devant cette antenne en permanence. Les services de police doivent continuer à escorter les personnes pour des consultations de spécialistes ». Un constat similaire à celui dressé par le centre de détention de Bordeaux-Gradignan (Gironde) où « il apparaît que l'ouverture de l'UHSI à l'hôpital de Bordeaux ne résoudra que partiellement le problème [des annulations] dans la mesure où des surveillances policières seront toujours nécessaires et où cet hôpital ne regroupe pas l'ensemble des spécialités ».

Faute d'UHSI en nombre suffisant, l'EPSN de Fresnes continue d'accueillir les personnes détenues en hospitalisation de moyenne et longue durée. Dans un courrier de novembre 2004 adressé au directeur de l'établissement, le praticien cardiologue décrit des conditions d'hospitalisation et de consultation qui sont loin d'être optimales. Faisant référence au fait que depuis plus d'un an, les fenêtres du local où il exerce ne ferment pas correctement, le médecin prévient : « Nous sommes maintenant en période hivernale, et il est hors de question que je consulte dans une salle glacée avec un courant d'air qui me tombe dans le dos. De plus, ainsi que je vous l'avais signalé je ne tiens pas à ce qu'un malade vienne en consultation de cardiologie et reparte avec une pneumopathie ! ». Le praticien évoque également les contraintes induites par le régime carcéral propre à l'EPSN de Fresnes qui rendent « les conditions d'exercice infernales tant pour la sécurité des patients que pour la pratique médicale ». En effet, « la décision unilatérale de l'administration » de réserver l'usage des clés des chambres aux personnels pénitentiaires revient à « empêcher l'accès des soins au personnel soignant et aux médecins », ce qui « contrevient à toutes les règles de bonne pratique médicale hospitalière ». Selon l'IGAS, les problèmes d'accès aux patients ont été résolus. En revanche, l'accès aux différents services par les grilles intermédiaires est resté sous la responsabilité du personnel pénitentiaire. Un type de problème tenant à l'articulation des logiques médicales et sécuritaires qui se pose de manière analogue dans les UHSI.

7 - La CNCDH appelle le Gouvernement à veiller à ce que le statut de patient prévale sur celui de détenu s'agissant du fonctionnement des UHSI. En particulier, l'accès au plateau technique de l'hôpital où siège l'UHSI doit être pleinement assuré et ne pas être subordonné à des exigences de sécurité.

C. Garantir le respect des principes éthiques régissant la relation médicale

1/ Faire prévaloir l'impératif de préservation du secret médical

L'article L.1110-4 du Code de la santé publique prévoit que « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant

à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. ». Ce secret est en outre sanctionné pénalement.

Le Code de déontologie médicale (10) voit dans le secret la pierre angulaire d'une relation de soin respectueuse des droits du patient. Il énonce, à l'article 4, que « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Le Conseil de l'Europe considère que, s'agissant du milieu pénitentiaire, « le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale » (11). En France, une conférence de consensus sur l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue s'est tenue pour déterminer les conduites professionnelles à tenir dans ce cadre spécifique (12). Le jury a rappelé la nécessité d'un strict respect du secret médical lors de l'examen réalisée sur une personne placée sous le contrôle des forces de police et de gendarmerie.

De multiples violations du secret médical sont régulièrement observées en milieu carcéral. Il y est, en premier lieu, porté directement atteinte lorsque des surveillants ou des agents des forces de l'ordre sont postés dans le local de consultation proprement dit ou sur le seuil, la porte étant maintenue ouverte. Le CPT a, en 1996 puis en 2000, mis en cause les conditions dans lesquelles s'effectuaient la surveillance des détenus à l'hôpital de ville : « De l'avis du CPT, la présence de membres de force de l'ordre pendant les consultations médicales en milieu hospitalier ou pendant l'administration des soins aux patients hospitalisés n'est pas conforme à l'éthique médicale. Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que toute consultation médicale de même que tous les examens et soins médicaux effectués dans des établissements hospitaliers civils se fassent hors de l'écoute et, sauf demande contraire du personnel médical soignant relative à un détenu particulier - hors de la vue des membres des forces de l'ordre ».

Pourtant, une circulaire 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale prévoit que, lorsque le chef d'établissement l'estime nécessaire, l'examen se déroule « sous la surveillance constante » de l'escorte. Lorsque cette surveillance est prescrite, elle se traduit le plus souvent par la présence pure et simple des fonctionnaires pénitentiaires dans la pièce où la personne est examinée ou opérée. Cette surveillance implique toujours la violation du secret, les actes médicaux étant pratiqués sous l'oeil des surveillants et les propos échangés, généralement susceptibles d'être entendus par eux, compte tenu de la configuration des locaux à l'hôpital. Dans son rapport du 21 décembre 2005, le CPT « rappelle une fois de plus sa recommandation selon laquelle tous les examens/consultations/soins médicaux de détenus doivent toujours s'effectuer hors de l'écoute et "sauf demande contraire du médecin concerné dans un cas particulier" hors de la vue du personnel d'escorte (qu'il soit pénitentiaire ou de police). Le CPT recommande

d'amender en conséquence les instructions sur l'organisation des escortes pénitentiaires en milieu hospitalier, ainsi que, le cas échéant, les instructions s'appliquant aux forces de l'ordre chargées de l'escorte et/ou de la surveillance de détenus en milieu hospitalier. La recommandation ci-dessus réitérée s'agissant de la confidentialité des examens/consultations/soins médicaux de détenus vaut également pour les consultations effectuées au sein des établissements pénitentiaires visités (où actuellement la présence d'un surveillant constitue la règle). »

8 - La CNCDH rappelle qu'il ne saurait être dérogé au principe du respect du secret médical. Elle considère que l'acte médical doit être pratiqué à l'abri du regard et de toute écoute extérieure. A ce titre, elle ne peut que désapprouver les conditions dans lesquelles s'effectuent les consultations de détenus sous surveillance constante à l'hôpital de ville. Elle recommande au Gouvernement de donner une suite favorable aux recommandations du CPT.

En milieu pénitentiaire, les consultations réalisées au sein de l'UCSA permettent généralement de préserver le secret médical. Il convient toutefois de noter que dans un certain nombre d'établissement, le recours à des surveillants comme opérateurs du standard téléphonique du service médical ou leur présence dans les salles d'attente les conduisent à disposer d'information qui devraient théoriquement être confidentielles. D'autre part, une autre difficulté se présente lorsque, faute d'espace suffisant, des UCSA sont amenées à organiser les consultations dans des locaux de l'administration pénitentiaire, comme des bureaux de surveillants, ce qui gêne considérablement la relation patient soignant et la confidentialité des échanges. En outre, la réalisation des entretiens au sein des quartiers disciplinaires ou d'isolement est souvent, du point de vue du secret, particulièrement problématique. Par ailleurs, lorsqu'elle s'effectue en cellule, la distribution des médicaments par les infirmières intervient en présence du personnel de surveillance, qui peut alors avoir connaissance des pathologies des détenus concernés. Enfin, le standard téléphonique de l'UCSA est parfois pris en charge par un surveillant pénitentiaire. Celui-ci peut avoir accès dans ces conditions à des informations couvertes par le secret.

Une confidentialité que peut également mettre à mal la rigidité des règles d'organisation des établissements pénitentiaires. Ainsi par exemple, l'accès aux consultations des centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ne peut se faire " contrairement au milieu libre - en toute discrétion, tout mouvement en prison nécessitant une autorisation de l'administration pénitentiaire qui peut conduire à une identification et une discrimination. Selon un praticien hospitalier exerçant en milieu carcéral, « l'anonymat qui reflète l'autonomie complète de la décision de dépistage du milieu libre est illusoire en prison dès que le détenu établit une demande écrite pour l'accès au CDAG. » (13) Les réactions de crainte face à la maladie et le manque d'information sur les modes de transmission - persistant en milieu carcéral - peuvent engendrer des velléités de remise en cause du secret médical. De fait, les impératifs de sécurité propres à l'univers carcéral sont un obstacle de taille au respect de ce principe. Dans un contexte où toute demande de soins se doit de transiter par un surveillant, les détenus seront fréquemment contraints de la justifier.

9 - La CNCDH considère que les conditions d'organisation des UCSA doivent en toute hypothèse garantir la confidentialité des informations d'ordre médical. Elle estime d'autre part que des locaux permettant la confidentialité des soins doivent être mis à disposition des médecins dans les cas où les patients ne peuvent se déplacer à l'UCSA. Elle recommande aux services pénitentiaires de prévoir des modalités d'accès aux activités thérapeutiques et de dépistage garantissant aux intéressés le respect de leur anonymat. Elle estime en outre que les agents pénitentiaires devraient recevoir une information sur les modes de transmission des maladies contagieuses.

2/ Préserver le colloque singulier entre le médecin et le patient

L'article 2 du Code de déontologie médicale affirme que « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. » L'article 7 énonce que « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

Cette reconnaissance réciproque implique que le patient ne soit pas ou ne se sente pas stigmatisé dans la relation qui s'établit avec le médecin. Or les conditions dans lesquelles se déroulent les consultations des détenus à l'hôpital apparaissent de ce point de vue hautement problématiques. Elles sont définies par la circulaire du 18 novembre 2004, qui prévoit une différenciation des niveaux de surveillance et de sécurité lors des consultations médicales à l'hôpital. De la responsabilité exclusive du chef d'établissement, l'application de ces dispositions doit prendre en compte toutes les informations contenues dans le dossier individuel de l'intéressé : longueur et nature de la peine, régime de détention, importance du reliquat de peine, existence d'incidents disciplinaires récents (et degré de gravité), présence d'antécédents révélant une personnalité dangereuse. De plus, le texte institue un « niveau de surveillance III » selon lequel la consultation médicale elle-même peut se dérouler « sous surveillance constante du personnel pénitentiaire » et avec l'usage de « moyens de contrainte ». Il s'agit de menottes et/ou entraves de pieds.

Le texte entérine ainsi la pratique suivie auparavant par un certain nombre d'établissements. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif à l'année 2003 indique que « les problèmes essentiels révélés par l'instruction des plaintes [qui lui ont été adressées] concernent [notamment] le port des menottes et des entraves pendant les soins ou au cours des hospitalisations ». Déjà, en 1995, un rapport de l'IGAS faisait valoir que « le port des menottes ou des entraves est presque toujours considéré, par le personnel médical, comme incompatible avec sa mission de soins ». Il apparaît d'autre part que, de plus en plus fréquemment, des détenus refusent l'hospitalisation après une première expérience durant laquelle la consultation ou les soins se sont mal passés (menottes, entraves, présence de l'escorte dans le local de soins). Souvent que des médecins refusent de pratiquer des examens médicaux lorsque le chef d'escorte s'oppose au retrait des menottes ou entraves durant les soins.

Ainsi, en 2001, un groupe de travail interministériel (Santé, Justice, Intérieur et Défense) relevait, dans un rapport d'étape sur « La violence en milieu hospitalier », que « Le port des menottes et des entraves par les personnes détenues ou en garde à vue cristallise parfois des

réactions de la part des médecins, certains d'entre eux se refusant à examiner une personne menottée ou entravée. Il peut en résulter une absence de prise en charge sanitaire. Le groupe entend affirmer qu'il est indispensable de dépasser ces conflits et de poser des règles acceptables, tant du point de vue du respect de la dignité que du point de vue de la sécurité. »

L'administration entend ainsi faire face au risque d'évasion qui peut se présenter à l'occasion de la conduite à l'hôpital des détenus. Il convient de rappeler qu'en 2004, sur un total de 17 évasions, 4 ont concerné des détenus extraits pour raison médicale. Au regard des 55 000 à 60 000 extractions dénombrées en moyenne par an, le risque avoisine donc 0,007 %.

Seules les femmes qui accouchent échappent à cet arsenal sécuritaire qui apparaît pour le moins antinomique avec les recommandations du CPT et les prescriptions de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans son rapport du 21 décembre 2005, le CPT a estimé qu'« examiner des détenus soumis à des moyens de contrainte est une pratique hautement contestable tant du point de vue de l'éthique que du point de vue clinique et elle n'est pas de nature à créer une relation de confiance appropriée entre le médecin et le patient. En dernier ressort, la décision sur ce point doit appartenir au personnel soignant. ». Le 27 novembre 2003, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé à l'unanimité que la France, en imposant à un détenu âgé et en mauvaise santé le port de menottes et d'entraves au cours de son hospitalisation, a violé l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, qui prohibe les traitements inhumains et dégradants (14). « En tout état de cause », affirme la Cour, « l'état de dangerosité allégué ne saurait justifier le fait d'attacher le requérant à son lit d'hôpital la nuit précédant son opération chirurgicale, et ce d'autant plus que deux gardes restaient en faction devant la porte de sa chambre ». Dans un arrêt du 14 novembre 2002, elle avait déjà condamné la France, à raison du fait, notamment, qu'un détenu avait été soumis au port d'entraves durant des consultations assurées dans le cadre d'un traitement anti-cancéreux.

10 - La CNCDH considère que l'utilisation de menottes et/ou d'entraves durant l'acte de soin compromet le colloque singulier entre le patient et le médecin, pourtant indispensable au diagnostic et à l'administration de soins de qualité. D'autres dispositions, telles que la surveillance périphérique du local de consultation, peuvent et doivent être prises pour assurer la garde du patient détenu. L'intervention de personnels soignants, formés à cette tâche et astreints au respect de la déontologie médicale, doit être prévue pour assister les médecins qui en feraient la demande. La Commission rejoint le CPT dans sa recommandation tendant à la modification des textes en vigueur.

3/ Séparer les fonctions de soins et d'expertise

Au termes de l'article 10 du Code de déontologie médicale, « Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. »

L'avis du médecin est sollicité par l'administration pénitentiaire relativement à l'état de santé d'un détenu en diverses occasions. Il en est ainsi de la procédure de prolongation d'une mesure d'isolement, en application de l'article D.283-1 du Code de procédure pénale, ou préalablement à une décision de placement préventif au quartier disciplinaire du détenu, à l'initiative du chef d'établissement. Il en résulte une confusion s'agissant du rôle du médecin

en milieu pénitentiaire. De nombreux médecins considèrent qu'ils ne peuvent apporter leur concours à la mise en oeuvre de régimes de détention notoirement néfastes pour la santé de leurs patients. Une telle appréciation relève de la mission d'expertise et apparaît incompatible avec la fonction de médecins traitants assumée par les praticiens hospitaliers des UCSA. Ceux-ci agissent en effet dans l'intérêt du patient et ne peuvent prendre part à la prise de décision qui poursuit un objectif de sécurité ou disciplinaire. La transmission de certificats médicaux aux services pénitentiaire est également de nature à entraîner une violation du secret médical.

Par ailleurs, les médecins des UCSA effectuent une visite bihebdomadaire dans les quartiers disciplinaire et d'isolement. Cette intervention ne saurait être assimilée, comme c'est en pratique le cas aujourd'hui, à une appréciation quant à la compatibilité de l'état de santé des détenus qui se trouvent dans ces quartiers avec la prolongation de la mesure d'isolement ou de punition appliquée.

11 - La Commission observe que l'appréciation de l'aptitude au quartier disciplinaire ou à la prolongation d'une mesure d'isolement relève d'une mission expérimentale, contraire à la fonction de médecins traitants dévolue aux praticiens hospitaliers des UCSA. Indépendamment des modifications du régime disciplinaire qu'elle a recommandé dans son étude du 11 mars 2004, la CNCDH recommande une modification des dispositions du Code de procédure pénale, afin qu'il soit fait appel à un médecin de l'extérieur, clairement identifiable par les détenus, chaque fois qu'un acte sollicité par l'administration ne relève pas des soins.

3. Créer les conditions d'une relation respectueuse entre services médicaux et pénitentiaires

La méconnaissance réciproque des professions médicales et pénitentiaires peut être à l'origine de frictions voire de conflits entre services. Ainsi, par exemple, la délivrance de l'intégralité de leurs traitements médicamenteux aux patients peut être perçue comme une menace pour l'ordre carcéral par les surveillants qui craignent le développement des trafics, alors que les soignants considèrent qu'elle participe du respect de l'autonomie de la personne malade, que leur assigne leur déontologie. De la même manière, l'observation stricte du secret médical par les médecins et les infirmiers est parfois vécue par les personnels pénitentiaires comme la manifestation d'une forme de corporatisme ou un signe d'hostilité à leur égard. Des crispations dans les relations interinstitutionnelles peuvent entraîner des difficultés dans l'organisation des soins.

12 - La CNCDH recommande que les personnels pénitentiaires soient sensibilisés, au cours de leur formation, aux règles déontologiques qui régissent l'exercice de la profession médicale, et en particulier à l'importance attachée au secret dans la pratique des soins. Ces actions pourraient utilement être menées par des praticiens hospitaliers exerçant en milieu pénitentiaire, à même d'explicitier les impératifs pesant sur les services médicaux dans le contexte particulier de la prison. Les professionnels de santé appelés à intervenir en milieu carcéral devraient de leur côté recevoir préalablement une information sur l'organisation et le fonctionnement des services pénitentiaires.

II- Des populations à prendre en compte

A- Dépendance, âge et handicaps

1/ L'accueil de ces populations dans les structures pénitentiaires

L'accueil en détention des personnes dépendantes, âgées ou handicapées « concerne un nombre croissant de personnes détenues (vieillesse de la population pénale, allongement des peines privatives de liberté, impact des conditions de vie en détention) » (15). De fait, selon l'étude menée auprès des personnes entrées en détention en 2003, 2,4 % des entrants sont titulaires d'une allocation pour adulte handicapé (AAH), 3,3 % sont invalides, 3,8 % bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) et 6,2 % sont concernés par au moins un de ces 3 critères. Si, dans leur Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, les pouvoirs publics énoncent que « ces personnes doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur état », seuls les nouveaux établissements pénitentiaires sont censés comporter systématiquement « au moins une cellule aménagée ».

Ailleurs, il n'existe généralement pas de cellule destinée à recevoir des personnes handicapées, et celles-ci sont soumises à des conditions d'hébergement et de vie attentatoires à leur dignité. Evoquant la situation des personnes détenues de plus de 60 ans, l'Académie de médecine fait remarquer que la plupart d'entre elles « sont incarcérées dans des établissements inadaptés aux handicaps physiques liés à l'âge : nombreux escaliers, absence d'ascenseurs, absence de plans inclinés rendant inaccessibles de nombreux locaux, y compris les locaux médicaux voire les lieux de promenade, a fortiori pour ceux qui doivent utiliser un fauteuil roulant ». Une situation d'autant plus préoccupante que le nombre de détenus âgés de plus de 60 ans est en constante augmentation. En avril 2005, ils représentaient 3,5 % de la population incarcérée, contre 3,3 % en 2004, 3,1 % en 2003 et 1 % en 1990. Plus largement, le nombre des détenus de « 50 ans et plus » est passé de 4,9 % en 1990 à 12,1 % en 2005.

En termes de soins, les détenus âgés sont souvent très pénalisés du fait de leur dépendance. Dans la plupart des prisons, l'aide aux personnes âgées est apportée par un codétenu, ce qui ne peut évidemment pas garantir une prise en charge de qualité. Ce système peut en outre donner lieu à des formes de racket déguisé.

13 - La CNCDH recommande pour les personnes condamnées handicapées et/ou dépendantes le développement immédiat des mesures alternatives à l'incarcération et des aménagements de peine.

Conformément à ses engagements émanant de son étude de mars 2004 sur « Les droits de l'Homme dans la prison » (16), la CNCDH entend poursuivre sa réflexion de manière approfondie sur les alternatives à l'incarcération, qui fera l'objet d'une étude ultérieure.

2/ Suspension de peine pour raison médicale

Les dispositions de la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002 introduisant la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale, censées permettre la libération de condamnés

gravement malades, sont appliquées de manière très restrictive. De plus, le vote récent d'un amendement dans la loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales vient apporter de nouvelles restrictions à la volonté du législateur telle qu'elle s'était exprimée lors du vote de la loi sur le droit des malades en mars 2002.

Selon les chiffres rendus publics le 19 juillet 2005 par le ministère de la Justice, 165 personnes ont bénéficié d'une mesure de suspension de l'exécution de leur peine entre l'entrée en vigueur de la loi en avril 2002 et le 31 décembre 2004. Ce chiffre est à mettre en relief avec celui publié par un collectif d'associations et de praticiens (17) qui mentionne un nombre total de 436 demandes depuis la mise en oeuvre de la loi, ce qui signifie un taux de refus de plus de 62 %. Pour ce qui est de la seule année 2004, le ministère de la Justice a dénombré 67 décisions favorables là où le collectif évoque 128 demandes recensées, ce qui élève le taux d'octroi à 52,4 %. Alors même que la loi de mars 2002 indique que seuls « des motifs de santé » doivent être pris en considération pour l'octroi de cette mesure, de nombreux refus sont motivés par des considérations étrangères aux critères d'un « état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » et d'une « pathologie engageant le pronostic vital » du malade. Loin de s'opposer à cette lecture limitative du texte adopté à l'unanimité par le législateur, la Chancellerie a édicté une circulaire, le 7 mai 2003, invitant les procureurs à examiner la question de l'opportunité d'une suspension de peine au regard des nécessités de l'ordre public.

Le manque de structures d'hébergement adaptées est à l'origine de nombreux maintiens en détention. Autre difficulté observée, la plupart des bénéficiaires potentiels sont des condamnés à de lourdes peines, ne disposant que de ressources financières très limitées et généralement sans aucun soutien familial. De plus, les maisons de retraite médicalisées s'avèrent réticentes à l'idée d'accueillir des personnes ayant commis des délits graves. En outre, la probabilité de trouver un lieu d'accueil est d'autant moins élevée que le patient se trouve dans un établissement pénitentiaire isolé des centres urbains. Dès lors, la prise en charge des personnes bénéficiant d'une telle mesure dépend presque exclusivement d'associations caritatives. Face à cette situation qu'il admet être l'une « des principales difficultés d'application subsistantes » (18), le ministère de la Justice a affirmé en juillet 2005 chercher des « solutions de prise en charge » telles une « hospitalisation, un hébergement en famille ou en foyer ». Pour autant, seuls deux « projets » semblent à l'étude à ce jour. Le premier repose sur la Croix Rouge et « vise à l'accueil dans le cadre d'un placement extérieur, de personnes âgées ayant effectué de longues peines ». Quant au second, il consiste à créer « une unité expérimentale destinée à accueillir à titre transitoire des personnes condamnées à de longues peines sortant de prison, dans le cadre plus large d'un placement à l'extérieur, d'une libération conditionnelle ou d'une suspension de peine », en partenariat avec une association (19). La lourdeur des procédures prévues par la loi de mars 2002 figure également parmi les obstacles à sa pleine application, notamment en matière d'expertise. L'octroi d'une suspension requiert en effet deux expertises concordantes, auxquelles doivent s'ajouter trois expertises psychiatriques préalables s'il s'agit d'un condamné pour un délit sur mineur de 15 ans. Dans 25 % des cas, le délai moyen d'étude du dossier est supérieur à trois mois. Là encore, le ministère de la Justice se dit préoccupé tant « la recherche d'experts compétents dans le secteur médical concerné est parfois difficile selon les régions », sans pour autant formuler de perspectives de solutions. D'autre part, la jurisprudence manque de repères sur les critères d'octroi. Faut-il que le pronostic vital soit engagé à très court terme ? L'incompatibilité concerne-t-elle l'accès à des soins spécialisés ou les conditions générales de détention d'une personne malade ? Ces incertitudes entraînent souvent une interprétation limitative du texte de la loi.

Sollicitée par le ministère de la Santé afin de préciser les situations pathologiques qui pourraient relever de la suspension de peine, l'Académie de médecine n'a pu que déplorer : « en l'absence de toutes données épidémiologiques et de statistiques sur les pathologies observées en milieu carcéral, notre réponse ne peut revêtir la forme d'une liste précise ».

Les personnes qui font l'objet d'un placement en détention provisoire ne peuvent bénéficier de la loi du 4 mars 2002. Pourtant certaines d'entre elles, malades ou très âgées, risquent de mourir en prison avant même d'avoir été jugées. Comme l'a rappelé Patrick Bloche, député de Paris, dans une question écrite adressée au garde des Sceaux (20), « seul le juge d'instruction peut alors ordonner la mise en liberté de la personne détenue. Ainsi, contrairement aux détenus condamnés dont la demande de suspension de peine pour raison médicale dépend du juge d'application des peines, la décision de mise en liberté d'une personne placée en détention provisoire n'est pas détachée des enjeux liés au travail de l'instruction ». A cette inégalité de traitement, s'ajoutent les caractéristiques propres à une incarcération au sein d'une maison d'arrêt. En effet, outre qu'il ne fait qu'exceptionnellement l'objet d'aménagements destinés aux personnes détenues dont l'état de santé requiert une prise en charge continue, ce type d'établissement pénitentiaire offre des conditions de vie généralement incompatibles avec le respect des règles d'hygiène élémentaires. Enfin, il convient de signaler que les conseillers d'insertion et de probation comme les juges de l'application des peines qui exercent au sein de l'EPSN de Fresnes sont contraints, bien souvent, d'instruire un dossier visant l'octroi d'une mesure de suspension de peine et de statuer, alors que les personnes détenues concernées n'ont fait l'objet d'aucun signalement préalable ou d'un signalement trop tardif au sein de leur établissement d'origine.

14 - La CNCDH recommande le rétablissement de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale. La commission recommande également que soit mieux pris en compte la notion d'un « état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » et le développement de structures spécialisées susceptibles d'accueillir à l'extérieur les malades bénéficiant d'aménagements de peine pour raison médicale.

B- Les personnes atteintes du VIH et des hépatites

1/ Prise en charge du VIH et des hépatites

La proportion de personnes touchées par le VIH et l'hépatite C (VHC) en détention est en diminution régulière depuis 1991. D'après l'étude périodique du ministère de la Santé (21), 1,04 % de la population détenue était atteinte du sida en juin 2003. Cette évolution favorable est cependant contemporaine de la persistance de défaillances en matière de dépistage et de prévention. Faute d'effectifs suffisants, de nombreuses UCSA sont contraintes de recentrer leurs démarches sanitaires autour des actes médicaux relatifs aux soins curatifs et à la distribution de médicaments en cellule, au détriment notamment des entretiens infirmiers ou des actions d'éducation à la santé. Aussi, cette dernière se limite souvent à une conférence annuelle ou à la diffusion d'un documentaire à l'occasion du 1er décembre, journée nationale contre le sida.

La stigmatisation dont font souvent l'objet les personnes séropositives en détention est l'une des causes de refus de dépistage, l'anonymat étant loin d'être garanti. Les Centres de dépistage

anonyme et gratuit (CDAG) sont, en effet, trop peu présents en détention. Selon un communiqué de l'Institut national de veille sanitaire en date du 31 avril 2005, il n'existe plus que 98 antennes de CDAG en prison contre 105 en 2001 et 109 en 2002.

Si l'ensemble des traitements anti-viraux sont accessibles aux personnes incarcérées, la prise en charge de la maladie demeure loin d'être équivalente à celle en vigueur à l'extérieur. Dans de nombreux établissements, les détenus ne peuvent pas cantiner ou louer des réfrigérateurs, alors que certains traitements doivent être conservés au frais. Par ailleurs, les transferts et les extractions judiciaires peuvent être la cause d'une interruption de traitement. Les détenus séropositifs ou malades « en échappement thérapeutique » ne peuvent toujours pas bénéficier de traitements nouveaux en phase d'expérimentation ou d'essais thérapeutiques en raison des protocoles très contraignants qui les excluent de fait. Les médicaments de confort permettant d'atténuer les effets secondaires sont parfois difficilement accessibles. A l'exception des prisons où l'association Aides intervient, les détenus séropositifs font rarement l'objet d'un accompagnement psychologique. Enfin, les traitements post-exposition mis en place dans les années quatre-vingt-dix pour les personnels - seulement en 2003 pour les personnes détenues - sont difficilement applicables en prison. Il est en effet difficile pour les détenus d'expliquer la raison pour laquelle ils doivent voir un médecin étant donné le tabou persistant en détention sur les modes de transmission du VIH (rapports sexuels, injection par voie intraveineuse).

L'Académie de médecine a relayé l'inquiétude de « certains professionnels de santé » concernant « la prévalence de l'hépatite C dans le monde carcéral, où le taux moyen serait sept fois supérieur à celui de la population générale ». Selon l'étude menée en 2003 auprès des entrants, 3,1 % des hommes et 2,6 % des femmes déclarent une séropositivité au VHC, et très peu ont déclaré un traitement en cours par médicament antiviral. L'enquête périodique réalisée par le ministère de la Santé a, quant à elle, montré que « les personnes détenues atteintes d'hépatite C connues des équipes médicales hospitalières représentent 4,2 % de l'ensemble de la population pénale des établissements pénitentiaires ayant répondu à l'enquête, soit une baisse de 0,6 % par rapport à la précédente enquête de 2000 (4,8 % de VHC+) ». En maison d'arrêt, « la difficulté d'obtenir une biopsie hépatique et la durée de détention parfois courte handicapent et ralentissent la prise en charge thérapeutique des patients détenus », poursuivent les auteurs de cette étude. Au point que nombre de personnes détenues pour de courtes peines ne bénéficient d'aucun traitement, ce dernier risquant d'être interrompu.

15 - La CNCDH rappelle le rapport 2002 sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH, établi sous la direction du Pr Jean François Delfraissy, qui recommande que « les patients séropositifs pour le VIH doivent recevoir une prise en charge médicale et thérapeutique équivalente à celle proposée en milieu ouvert ».

2/ Réduction des risques de contamination

En termes de politique de réduction des risques de contamination au sida et aux hépatites B et C, les services pénitentiaires et sanitaires font preuve d'une grande frilosité. La modestie des réalisations se donne à voir dans la comparaison entre la note interministérielle de 2001 et les objectifs affichés par la MILDT. Dans son Plan 2004-2008, cette dernière recommande la « mise en oeuvre des mesures préconisées à la suite du rapport sur la réduction des risques en milieu carcéral (22) », qui a été rendu en décembre 2000. En 2001, la note affirmait déjà la nécessité d'une large diffusion par les personnels sanitaires des modalités d'utilisation de l'eau

de javel comme produit de désinfection des matériels d'injection. En effet, utilisée sans respecter strictement son protocole d'usage, l'eau de javel perd son efficacité. Elle recommandait donc que ce protocole soit rendu accessible par des brochures d'informations et des affiches. Trois ans plus tard, la MILDT recommande encore « la libre mise à disposition des outils de prévention (préservatifs, eau de javel et documents d'information) » et une « information largement diffusée à la population pénale par les personnels sanitaires » sur « l'utilisation de l'eau de javel comme produit de désinfection ».

Si l'ensemble des directives des pouvoirs publics prévoient bien la nécessité d'informer les détenus sur « les protocoles de rinçage » à l'eau de javel, force est de constater leur silence quant aux programmes d'échanges de seringues. En 2004, au terme d'un examen comparatif des données et expériences internationales (23), le Réseau juridique canadien VIH/Sida a pourtant publié un rapport dont les conclusions ne souffrent pas d'équivoque. Il a en effet montré que, dans les prisons où de tels programmes étaient mis en oeuvre, en Allemagne, en Suisse, en Espagne ou en Moldavie, la « sûreté des établissements » s'était accrue, les risques de transmission et les autres infections réduits. De plus, la consommation de drogue au sein des établissements n'avait « pas augmenté » et le suivi des détenus toxicomanes s'était amélioré. Ce rapport insiste également sur le fait que de tels programmes ne concernent pas nécessairement de petites unités, mais aussi des prisons de plus de 1 000 détenus en Moldavie, et 1 600 en Espagne. La situation observée en matière de réduction des risques au sein des prisons françaises est d'autant plus dommageable que, hors champ carcéral, cette même politique a obtenu des résultats encourageants, dont témoignent les résultats de l'enquête menée en 2003 auprès des entrants. Les déclarations recueillies lors de la visite médicale d'entrée font apparaître une forte baisse du recours à l'intraveineuse par rapport à la précédente enquête menée en 1997. 6,5 % des entrants (contre 11,8 %) évoquent une pratique intraveineuse au moins une fois dans leur vie et 2,6 % (contre 6,2 %) durant l'année précédant leur incarcération. Néanmoins, parmi eux, un peu moins de 20 % n'ont jamais effectué de test de dépistage. En outre, on constate une nette diminution de la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par intraveineuse, liée notamment à l'accès facilité aux seringues stériles.

La commission constate également, comme le Pr Delfraissy et le conseil national du sida, que les évaluations des expériences menées à l'étranger en matière de programme d'échange de seringues « montrent l'intérêt et la nécessité d'évaluer la mise en place d'un accès au matériel stérile d'injection en milieu carcéral au travers d'un programme pilote » qui, « en cas d'évaluation positive, devront être étendues à l'ensemble des établissements pénitentiaires ».

16 - La CNCDH préconise la prise en compte des recommandations de la MILDT, celles du rapport Delfraissy en 2002 ainsi que celles du rapport du Conseil national du sida qui, en matière de risques de contamination, prévoient notamment que « le suivi médical et thérapeutique doit s'accompagner d'une politique de réduction des risques pleinement appliquée ». Ainsi, « l'accès aux préservatifs et à l'eau de javel doit être élargi et les détenus doivent être informés de l'existence de telles actions » et « la prison a le devoir d'organiser pour les détenus les conditions normales d'une sexualité ». Cela passe par la constitution et la généralisation des unités de vie familiale dans lesquelles les détenus pourront recevoir leur famille.

C- Les personnes dépendantes de drogue

1/ Prévalence

La population incarcérée se caractérise par une prévalence élevée des phénomènes d'addiction à l'entrée en prison. Selon une enquête du ministère de la Santé menée en 2003 auprès des personnes entrées en prison (24), huit entrants sur dix ont été jugés « en bon état de santé général » lors de la visite médicale à leur arrivée. Pour autant, constate l'étude, « ils déclarent beaucoup plus de consommation de substances psychoactives - alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes - que l'ensemble de la population » et « pour le quart d'entre eux, des consommations qui se cumulent ». Au regard de la précédente enquête de 1997 qui avait également porté sur la visite médicale d'entrée dans les maisons d'arrêt, la prévalence des consommations à risque de substances psychoactives « a eu tendance à diminuer ». En 2003, un tiers des entrants (33,3 %) déclare avoir consommé des drogues illicites de façon régulière et prolongée dans l'année précédant leur incarcération, du cannabis le plus souvent (29,8 %, en hausse par rapport à 1997), des opiacés (6,5 %, en baisse), de la cocaïne ou du crack (7,7 %, en baisse), des médicaments « utilisés de façon toxicomaniaque » (5,4 %, en baisse), et du LSD, de l'ecstasy, des colles ou solvants (4 %, en hausse). En matière d'alcool, plus d'un entrant sur trois (30,9 %) déclare une consommation excessive lors de la visite médicale d'entrée. En ce qui concerne le tabac, près de quatre entrants sur cinq (77,8 %) déclare fumer du tabac quotidiennement et un sur sept (15 %) consomme plus de 20 cigarettes par jour. Selon les déclarations des entrants qui font état d'une polyconsommation, il apparaît que l'association la plus fréquente, alcool et drogues illicites, « concerne un peu plus de la moitié » d'entre eux et que 42 % des usagers de drogues illicites ont déclaré une consommation excessive d'alcool. Près d'un entrant sur cinq cumule l'usage d'au moins deux substances psychoactives, 7,8 % par exemple ont une consommation excessive d'alcool adjointe à une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites dans l'année précédant l'incarcération, 5,3 % en cumulent trois, 2,1 % par exemple cumulent une consommation excessive d'alcool adjointe à une consommation de plus de 20 cigarettes par jour et une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites dans l'année précédant l'incarcération et 1,1 % en cumulent quatre.

2/ Prise en charge des addictions

Confrontés à un public davantage touché par les conduites d'addiction que le reste de la population, les services pénitentiaires et sanitaires peinent à assurer une offre de soins satisfaisante. Dans ces conditions, loin de constituer une opportunité de prise en charge médicale, l'emprisonnement pour les usagers de drogues accroît finalement leur vulnérabilité sociale.

Engagée en 2000, la « stratégie sur les drogues » de l'Union européenne supposait que la France « s'engage formellement » d'ici 2004 « à offrir aux détenus des possibilités de soins médicaux comparables à celles offertes hors de la prison » (25). Pour concrétiser cette exigence communautaire, une note interministérielle (26) a redéfini, le 9 août 2001, les orientations relatives à la prise en charge des personnes incarcérées ayant des problèmes d'addiction. Cinq axes principaux ont été dessinés : le repérage systématique de situations d'abus ou de dépendance de produits psychoactifs, la proposition d'une prise en charge adaptée à chaque détenu, le renforcement de la prévention des risques, la préparation à la sortie et la proposition d'aménagements de peine. En décembre 2004, dressant le bilan de l'application de cette note, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a

constaté que ces engagements étaient restés, pour une large part, sans suite. « Le principe de continuité de soins entre milieu carcéral et milieu libre n'est pas encore acquis dans l'ensemble des établissements pénitentiaires » (27), a conclu l'organisme de référence à l'issue d'une enquête qui a concerné 157 sites. Reconnaisant qu'une « réflexion » avait été engagée dans une grande partie d'entre eux, il a relevé que « la formalisation d'un protocole de prise en charge des détenus présentant un problème d'abus ou de dépendance », visant à améliorer la coordination des intervenants, « n'était pas encore pleinement réalisé à la fin de l'été 2003 ». La prise en charge sanitaire et sociale des personnes présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive rencontre, en effet, encore de nombreux obstacles. Le repérage des situations de dépendance est loin d'être pratiqué systématiquement et bien que 86 % des établissements soient en mesure de prescrire des consultations spécialisées en toxicomanie, l'OFDT déplore l'« articulation insuffisante des services intervenants et de persistantes difficultés pour généraliser l'accès à la substitution ». Conscients de ces déficiences, les ministères de la Santé et de la Justice ont été contraints, en avril 2004, de réaffirmer la nécessité de mettre en oeuvre les « orientations » de la note de 2001, dans un Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (28). Dans son Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a dû s'obliger au même exercice. Ainsi, ce plan rappelle que, « conformément à la note interministérielle du 9 août 2001, un repérage des dépendances aux substances psychoactives doit être réalisé par les services sanitaires de l'établissement pénitentiaire dès le début de l'incarcération ». Prenant acte, comme l'OFDT, du fait que « de nombreuses actions ont été menées », la MILDT les considère néanmoins « disparates », « éparses » et « incertaines ». Celle-ci réitère donc son invitation au développement d'un partenariat avec les acteurs de santé publique en addictologie, à la formation des personnels, à l'accompagnement à la sortie, aux programmes de prévention et de réduction des risques en milieu carcéral (29). Des préconisations formulées de longue date dont le rappel témoigne du retard et des carences qu'endure la mise en oeuvre d'une politique de soins aux personnes toxicomanes incarcérées. Cette situation n'est pas sans conséquences pour les détenus concernés comme pour toutes les personnes qui travaillent ou interviennent en milieu carcéral. « La particularité des problèmes que génère la drogue est l'extension du nombre de personnes qu'elle concerne, qu'il s'agisse du ravitaillement, des moyens de paiement, ou des consommateurs. » Au travers de ce constat inséré dans un récent rapport sur la violence carcérale (30), des sociologues exhortent les différents acteurs du champ pénitentiaire à sortir du stéréotype selon lequel une relative tolérance en matière de consommation de drogue se justifierait par ses bénéfices escomptés en termes de pacification des relations. Selon ces chercheurs, « l'entrée de la drogue en prison a les effets les plus dangereux pour l'ensemble de la collectivité, pour les détenus et pour les personnels de surveillance, parce qu'elle permet à ceux qui trafiquent de tenir en coupe réglée un nombre important de détenus et qu'elle est à l'origine de violences diverses. » La circulation de la drogue intra-muros est « à l'origine de racket, compte tenu de la dépendance des consommateurs et de désordres multiples, de règlements de compte dedans et dehors, de bagarres, etc. ». Un tel diagnostic suggère que la réflexion porte autant sur la nature de la prise en charge médicale des personnes incarcérées que sur la recherche d'alternatives à la détention. « Les personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés connaissent des besoins et expriment des demandes qui appellent des réponses d'ordre sanitaire et social », souligne en effet le préambule d'une conférence de consensus organisée en juin 2004 (31). Une évidence écartée par l'institution judiciaire, comme l'indique l'évolution des chiffres relatifs au traitement pénal des questions de toxicomanie. En 2003, 26 745 condamnations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), dont 6 338 pour simple usage, ont été comptabilisées. Des statistiques en forte hausse par rapport à 2002 : 22,8 % pour l'ensemble

des ILS (21 777 condamnations) et 34,6 % pour le simple usage (4 707). En outre, 76,5 % des sanctions infligées en 2003 se sont révélées être des peines d'emprisonnement. Dans ce contexte, l'OFDT a néanmoins tenu à souligner la baisse du nombre d'incarcérations pour usage (32). Une tendance que certains députés de l'UMP ont voulu parachever en proposant, en juin 2004, une réforme de la loi de 1970 (33) qui envisage la « suppression de la prison pour simple usage » (34). Mais, outre le fait qu'elle n'a finalement pas été adoptée, cette proposition de loi visait moins à limiter la répression de l'usage de drogues qu'à susciter une réponse pénale systématique, par le biais notamment d'une amende. En effet, dénonçant la « quasi-impunité en matière de consommation de stupéfiants », les parlementaires jugeaient que cet « encouragement implicite » n'était « pas acceptable ». Pourtant, cette évolution a été envisagée un temps par les pouvoirs publics. Lors de son audition le 23 avril 2003 par la commission d'enquête du Sénat sur la politique de lutte contre les drogues illicites, le ministre de l'Intérieur avait souhaité « gommer la disposition la plus critiquable de la loi de 1970, à savoir la possibilité de prononcer une peine d'emprisonnement à l'encontre de simples usagers ». Mais cette perspective a finalement été écartée dans le plan quinquennal de la MILDT, « un changement législatif visant à contraventionnaliser l'infraction pourrait être interprété comme le signe d'une faible dangerosité des stupéfiants ». Une optique répressive partagée par le ministère de la Justice, comme le démontre la circulaire adressée par Dominique Perben aux procureurs de la République, en avril 2004. Dans cette dernière, le garde des Sceaux a préconisé une « réponse systématique », graduée selon des motifs dont les contours se caractérisent par leur imprécision. Il évoque en effet l'usager de drogue qui, ayant dépassé le stade de la « simple expérimentation », est trouvé en possession de « très faibles doses de stupéfiants » dont la consommation se fait dans un lieu « devant faire l'objet d'une surveillance particulière (école, prison) ». Ainsi, au terme de cette circulaire, un usager de cannabis incarcéré qui poursuit une consommation lors de sa détention devra faire l'objet de poursuites pénales « à vocation dissuasive ». Outre qu'elle n'autorise aucun espoir quant à la baisse du nombre global de personnes pénalisées pour leur consommation de produits illicites, cette approche s'inscrit en faux au regard de toutes les recommandations officielles en matière de politique sanitaire et leurs multiples appels à la mobilisation des acteurs de santé publique. Rapportée aux réalités observées dans l'univers carcéral, elle rend encore plus difficile l'application des directives de 2001. Qui plus est, cette démarche laisse de côté à la fois les personnes toxicomanes incarcérées pour d'autres infractions liées à leur dépendance, et les facteurs proprement carcéraux de consommation de drogue ou de produits de substitution. Une étude publiée par l'OFDT en juin 2004 (35) a montré qu'une partie des consommateurs de produits de substitution à l'héroïne en prison n'étaient pas toxicomanes avant leur incarcération. « A l'inverse de l'initiation dans un cadre relationnel où le lien à la personne prime sur l'environnement, explique l'étude, en situation d'incarcération, le contexte carcéral prend une place prépondérante dans ce qui va constituer l'empreinte du début de la consommation », le Subutex© permettant alors « de supporter l'insupportable ».

3/ Offre de soins

En matière d'offre de soins aux personnes addictives, les services pénitentiaires et sanitaires manquent de moyens et de structures spécifiques. Certains établissements en sont réduits à ne compter que sur la mobilisation du secteur associatif. Alors même que, selon les chiffres fournis par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) à l'OFDT, 34,7 % de détenus seraient en proie à un problème d'addiction tous produits confondus (36), l'enquête du ministère de la Santé auprès des entrants a montré que seuls 6,3 % d'entre eux ont été orientés vers une consultation spécialisée liée à un usage problématique de drogues illicites et 6 % pour une consommation problématique d'alcool. Le

repérage systématique des entrants présentant une conduite addictive préconisé tant dans la note de 2001 que dans le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues est loin d'être une réalité. Dans certains établissements, il est assuré par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et non par l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). L'usage d'un outil de diagnostic commun (dit « grille mini-grade ») n'est pas systématique et, selon la MILDT, « la bonne utilisation » de cette grille est « encore incertaine ». L'accès aux soins est à ce point disparate que de nombreuses personnes incarcérées n'ont accès à aucune forme de prise en charge autre que médicamenteuse. Ces constats constituaient déjà la raison d'être de la note interministérielle de 2001 qui affirmait la « nécessité d'une plus grande coordination des services appelés à intervenir, tant au sein de la prison qu'au dehors » en vue de pallier au caractère « dispersé » de la prise en charge qui « ne permet pas la mobilisation qui pourtant s'impose ». En matière d'offre de soins, le bilan dressé par l'OFDT est pour le moins mitigé. Il apparaît ainsi que 15,3 % des établissements n'ont initié aucune démarche et qu'un état des lieux des besoins n'a été initié que dans 55 % des structures. Et lorsqu'un protocole d'action a été mis en place, il a « permis de formaliser l'existant » mais n'a pas suffi, « quand la collaboration était problématique, à modifier la situation ». Lors de l'enquête de l'OFDT, certains établissements ont justifié leur réticence à la mise en place d'un protocole par « l'incompréhension de l'intérêt de la démarche » jugée « trop lourde et contraignante alors que nombre de postes sont non pourvus et/ou remplacés, le tout sur fond de surpopulation carcérale » par les intervenants. Dans un cas, le médecin-inspecteur de santé publique a même indiqué que les personnels « ne considèrent pas le problème de la toxicomanie comme prioritaire ». L'OFDT signale également la sous-information des DDASS quant à l'organisation des soins à l'entrée. En effet, 30 % d'entre elles, dont cinq ayant participé à l'état des lieux, se sont révélées incapables de dire qui était en charge du repérage. En outre, un établissement sur cinq (23,8 %) a fait part de sa difficulté à constituer un état des lieux partagé, préalable indispensable à la réalisation d'un protocole de prise en charge. L'absence de réponse quant à l'estimation des personnes présentant une conduite addictive s'est élevée à 52 %. Le motif principalement évoqué par les intervenants est le manque d'effectif, la « pénurie médicale » des départements. De nombreux établissements mettent également en avant l'absence de données de suivi sanitaire, social ou judiciaire, le manque de savoir-faire, mais aussi la réserve de certaines UCSA quant à la possibilité de partager le secret médical dans le cadre d'un protocole, notamment en cas de mauvaises relations entre l'UCSA et le service médico-psychologique régional (SMPR). D'autres pointent aussi la difficulté de motiver le personnel à engager un projet d'intervention du fait des « phénomènes de trafics » qui « rendent illusoire toute prise en charge et démotivent complètement les équipes médicales et paramédicales ». Le manque de structure de prise en charge spécifique est criant. Pour l'ensemble du parc pénitentiaire, on ne compte que quatre antennes d'alcoologie et seulement dix-sept centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) intégrés dans des établissements qui assurent, outre la prise en charge sanitaire et sociale des détenus usagers de drogue, la coordination des actions de soins, notamment des traitements de substitution, et la préparation de la sortie en liaison avec des structures extérieures spécialisées. Lorsque les détenus en font la demande, des CSST extérieurs sont en mesure d'intervenir dans quarante et un autres établissements. Certaines prisons peuvent également compter sur l'intervention des centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) en matière de soins ambulatoires (diagnostic, orientation, prise en charge thérapeutique), d'accompagnement social, de réinsertion des personnes détenues présentant une consommation d'alcool à risque ou une dépendance alcoolique. Leurs moyens sont cependant limités.

17 - La CNCDH recommande que tous les moyens soient mis en place pour permettre la généralisation de l'intervention des CSST dans tous les établissements pénitentiaires.

4/ Prise en charge de l'alcoolisme

Comme le souligne l'OFDT, la prise en charge de l'alcoolisme a connu des progrès indéniables. Lors de son enquête, 80 % des établissements ayant fourni une réponse (soit 102) était en mesure de prescrire une consultation spécialisée contre seulement deux en 1997. « Pour autant, tempère l'OFDT, l'offre de soins n'est pas à la hauteur de l'enjeu : dans certains établissements, un détenu sur deux déclare une consommation problématique d'alcool, et près de un sur quatre répond aux critères de l'alcoolodépendance ; or, l'intervention en milieu carcéral de consultations extérieures en alcoologie reste encore limitée et soumise à des délais rédhibitoires, parfois supérieurs à la durée d'incarcération ». Les rapports d'activités de certains établissements pénitentiaires font état d'une baisse de l'offre de soins en alcoologie. Pour l'OFDT, « ces carences de l'offre sont d'autant plus dommageables que les personnes dépendantes à l'alcool tendent à occulter leur pathologie : elles formulent donc rarement une demande de soins, voire la refusent ». D'où sa recommandation de mettre en place « une offre de soins qui révèle la demande ».

18 - La CNCDH recommande un meilleur repérage des personnes alcoolodépendantes à l'entrée en prison et le développement des consultations spécialisées dans les établissements pénitentiaires.

5/ Traitements de substitution

Dans son Etude sur les droits de l'homme dans la prison, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a rappelé en mars 2004 au gouvernement que « l'accès aux soins et les questions relatives à la santé sont encore trop peu considérés », notamment en matière « du suivi d'un régime spécial des drogués (et les problèmes de sevrage) » (37). En dépit des incitations répétées des pouvoirs publics à assurer la poursuite d'un traitement de substitution en prison, voire d'en initier un, « l'objectif étant de donner aux personnes détenues les mêmes possibilités de traitement qu'à l'extérieur » (38), sa délivrance n'est, de fait, pas assurée dans tous les établissements. Le rapport de la conférence de consensus tenue en juin 2004 considère que « la situation reste insatisfaisante », notamment en raison des « disparités selon les régions et les types d'établissements ». Selon le bilan de l'OFDT, « pour 22 établissements sur les 109 pour lesquels une réponse est connue (20 %), la DDASS a signalé un problème d'acceptation de la substitution », ajoutant que « ces établissements "réfractaires" sont des structures importantes, de 316 places en moyenne, en majorité des maisons d'arrêt ». Une enquête de la Direction générale de la santé (DGS) relative aux traitements de substitution en milieu carcéral menée en février 2004 (39) a, par ailleurs, montré que la prescription d'au moins un traitement par méthadone n'était assuré que dans 74 % des établissements. La distribution est, en outre, très inégalitaire et disparate puisque « neuf établissements pénitentiaires représentant 20 % de la population carcérale prescrivent à eux seuls 33,1 % des traitements de substitution, l'un d'entre eux en assure 10,8 % », et sept établissements, principalement des centres de détention, « initient plus de traitements qu'ils n'en poursuivent ». D'autre part, souligne l'OFDT, du fait de leur éthique personnelle, certains médecins continuent à opposer « un refus de principe à l'égard de la

substitution » et interrompent systématiquement tout traitement. Pratiques allant clairement à l'encontre de la recommandation de la conférence de consensus qui expose que le traitement de substitution doit être « maintenu aussi longtemps que nécessaire », car ce n'est qu'« après une phase de stabilisation avec arrêt de la consommation d'opiacés illicites et une évolution personnelle » que peut être entreprise « une diminution très progressive du traitement, décidée d'un commun accord par le patient et ses soignants ».

Confrontés au manque de personnel et au trafic, certaines UCSA optent pour une diminution des doses prescrites ou une modification de la dispensation du Subutex© en le distribuant sous forme pilée, le laboratoire qui fabrique le Subutex© ayant pourtant alerté sur la « perte d'efficacité » du produit qui résultait d'une telle manipulation, le traitement requérant une prise sublinguale sans fractionnement. En vue « d'harmoniser les pratiques professionnelles », le ministère de la Santé avait pourtant confié la rédaction d'un « guide des bonnes pratiques de substitution en milieu carcéral » à deux membres de la Commission nationale consultative des traitements de substitution. Un document dont le garde des Sceaux avait annoncé la diffusion aux personnels pénitentiaires « au cours du premier trimestre 2004 » (40), un engagement resté sans suite. En juin 2004, la conférence de consensus sur les traitements de substitution n'a pu que formuler de nouveau ces recommandations : « formation des équipes de soignants et des agents de l'administration pénitentiaire, élaboration d'un guide des bonnes pratiques conçu par la Direction générale de la santé, l'administration pénitentiaire et les acteurs sanitaires et sociaux, qui faciliterait la mise en place des traitements de substitution aux opiacés et permettrait un suivi des détenus dans de meilleures conditions ». L'établissement de ce guide est d'autant plus nécessaire que le Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, publié par le ministère de la Santé en décembre 2003 reste muet sur l'accès aux soins en détention.

19 - Selon les recommandations du Pr Delfraissy, il est nécessaire que l'accès aux traitements de substitution devienne « réel et uniforme dans l'ensemble des prisons françaises ». La CNCDH demande notamment que la dispensation de la buprénorphine sous forme pilée soit définitivement proscrite car inappropriée (cf AMM rubrique 52).

6/ Tabagisme

En matière de tabagisme, la possibilité pour les non-fumeurs de bénéficier d'un espace d'hébergement spécifique fait partie des recommandations du ministère de la Santé comme de la MILDT. « Les personnes détenues dépendantes au tabac exprimant le souhait de s'abstenir de toute consommation doivent pouvoir solliciter l'affectation en cellule "non-fumeur" au sein de la détention », pose le Guide méthodologique. Quant au Plan gouvernemental, il se fixe comme objectif la « mise en place de cellules non fumeurs dans les établissements » dans la période 2004-2008. Dans un contexte de forte surpopulation, une telle perspective relève, en particulier pour les maisons d'arrêt, d'un voeu pieu. En 2003, d'après l'OFDT, seuls 26 établissements ont déclaré disposer de cellules « non fumeur » ; par ailleurs, la prise en charge tabacologique demeure tributaire des initiatives locales. Une minorité d'établissements dispose de consultations en ce domaine. L'accès aux substituts nicotiques sur prescription de l'UCSA, figurant également parmi les objectifs de la MILDT, n'est encore possible, selon l'OFDT, que dans 67 établissements sur les 157 ayant répondu à l'enquête. Les financements permettant une distribution gratuite notamment aux personnes repérées par l'administration

comme « indigentes » sont rarement pérennes et, de fait, l'accès gratuit aux substituts nicotiques reste cantonné à un nombre « limité » d'établissements (41).

Le souhait, exprimé en mai 2004 par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, de mettre gratuitement des substituts à disposition des personnes incarcérées, est loin d'être réalisé (42).

20 - La CNCDH recommande la possibilité pour toute personne détenue qui le souhaite d'être affectée dans une cellule « non fumeur », ainsi que la prescription et l'accès gratuit aux substituts nicotiques, comme le prévoit le plan 2004-2008 de la MILDT.

7/ Continuité des soins à la sortie de prison

Les conditions dans lesquelles s'effectue la libération des détenus toxicomanes s'avèrent extrêmement aléatoires. Au terme de son évaluation de la mise en oeuvre de la note de 2001,

l'OFDT a relevé que la continuité des soins à la sortie de prison est identifiée parmi les « contextes de prise en charge identifiés comme les plus problématiques » dans deux tiers des établissements observés, le cadre d'aménagement de la peine dans un tiers d'entre eux. Plus grave, pour l'organisme public, « l'objectif de favoriser les aménagements de peine pour les détenus présentant un problème de consommation abusive ou de dépendance, de façon à organiser leur retour à la liberté dans un cadre socio-médical structuré, ne semble pas avoir évolué de façon notable ». Un diagnostic confirmé en décembre 2003 par le ministère de la Santé qui estime que la continuation des soins et les relais après la libération constituent la « difficulté majeure » (43). Sur le modèle du « quartier intermédiaire sortant » (QIS) mis en place à la maison d'arrêt de Fresnes (Val-de-Marne) en 1992, des « unités pour sortants » (UPS) ont été intégrées à quelques sites pilotes avec comme objectif de préparer les détenus toxicomanes à leur sortie de prison. Outre le fait que celles de Metz et de Strasbourg ont déjà fermé, ces UPS ne concernent qu'un nombre très restreint de détenus. Et, de fait, dans de nombreux établissements, les personnes sortent en état de manque, dépourvues d'ordonnance et sans l'assurance d'une prise en charge extérieure.

Une situation d'autant plus regrettable que, depuis la note de 2001, les pouvoirs publics recommandent expressément qu'une « ordonnance de Subutex© / Méthadone soit fournie à la personne sous traitement de substitution lorsque sa sortie est programmée afin qu'elle puisse attendre la consultation sans rupture de médicament ». C'est dans ce contexte qu'en 2004 la conférence de consensus sur le suivi des personnes placées sous traitement de substitution a recommandé d'améliorer « l'anticipation de la sortie en lien avec les partenaires extérieurs, la généralisation des consultations en addictologie, visant en particulier à favoriser l'accès aux soins, réduire les risques et prévenir la survenue de surdoses à la sortie ». Cette dernière préconisation fait suite aux résultats pour le moins inquiétants d'une étude (44) rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes (Val-de-Marne) qui a constaté en 2003 une « surmortalité particulièrement élevée » des sortants de moins de 55 ans par overdose. Les chercheurs ont établi que « le risque de décès par overdose des 15-35 ans » est « multiplié par plus de 120 par rapport à la population générale » et par « plus de 270 pour les 35-54 ans ». Ces derniers ont également 14 fois plus de risque de mourir par cirrhose alcoolique. Prenant acte du « faible nombre de sujets passés au QIS », l'enquête n'a pas permis de vérifier « si le passage avait un rôle protecteur vis-à-vis de la mortalité à la sortie de

prison ». L'étude en a déduit logiquement que « l'emprisonnement pour les usagers de drogues peut tant constituer une opportunité de prise en charge médicale (dépistage, vaccination, programme de prévention, contact avec un psychiatre ou un intervenant en toxicomanie) et sociale (inscription à la Sécurité sociale, contact avec une assistante sociale) qu'accroître leur vulnérabilité sociale et médicale ».

21 - La CNCDH recommande la généralisation de dispositifs tels que les QIS ou les UPS ou de toute mesure susceptible de favoriser la continuité des soins à la sortie de prison. La CNCDH recommande également l'anticipation de la sortie de prison par le développement des liens entre les structures de soins internes aux établissements pénitentiaires et les partenaires extérieurs.

Notes

1 arrêt CEDH, Gd Ch. Kudla c/ Pologne, 26 octobre 2000, Rec. 2000-XI.

2 CNCDH, Etude sur les droits de l'homme dans la prison, mars 2004.

3 Académie nationale de médecine, Situations pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale, des personnes condamnées, suite à l'article 720-1-1 du code civil de procédure pénal, Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003.

4 Académie nationale de médecine, Situations pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale, des personnes condamnées, suite à l'article 720-1-1 du code civil de procédure pénale, Rapport au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, décembre 2003.

5 Ministère de la Justice / ministère de la Santé, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, avril 2004.

6 Inspection générale des affaires sociale (IGAS) / Inspection générale des services judiciaires (IGS), L'organisation de soins aux détenus : rapport d'évaluation, La Documentation française, 2001.

7 Mouquet (M-C), « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale / Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DREES, Etudes et Résultats n°386, mars 2005.

8 Ministère de la Santé, communiqué de presse, 17 février 2004.

9 CNDS, Rapport annuel 2004, 18 avril 2005.

10 Décret 95-1000 du 6 décembre 1995

11 Conseil de l'Europe, Recommandation n° R (98) relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, Comité des Ministres, 8 avril 1998.

12 Paris, 2 et 3 décembre 2004

13 Journée interrégionale PACA, Réduction des risques liés aux infections virales en milieu pénitentiaire, Marseille, 6 mars 2003.

14 CEDH, Henaf contre France, 27 novembre 2003.

15 Ministère de la Justice / ministère de la Santé, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, avril 2004.

16 CNCDH, Etude sur les droits de l'homme en prison, adoptée par l'assemblée plénière le 11 mars 2004, Recommandation n°40

17 Le « Pôle suspension de peine », créé en 2002, s'est donné pour mandat de veiller au respect du droit pour les personnes détenues gravement malades à être soignées en dehors des établissements pénitentiaires et à mourir dans la dignité.

18 Ministre de la Justice, réponses aux questions écrites n°57 019 du député Thierry Mariani (JO du 24 mai 2005) et n° 47 571 du député Nicolas Perruchot (JO du 19 juillet 2005).

19 L'APERI, association d'aide aux personnes en voie de réinsertion.

20 Patrick Bloche, question écrite n° 61315, JO du 29 mars 2005

21 Yves Feuillerat, DHOS/02/YF, ministère de la Santé, février 2004.

22 S. Stankoff, J. Dherot, Rapport mission santé justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, La Documentation Française, décembre 2000.

23 Réseau juridique canadien VIH/sida, L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales, 2004.

24 M-C. Mouquet, La santé des personnes entrées en prison en 2003, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, DREES, Etudes et Résultats n°386, mars 2005.

25 Cordroque, vol. 64, Bruxelles, 1er décembre 1999.

26 Note interministérielle du 9 août 2001, relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive.

27 I. Obradovic, Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, OFDT, 2004.

28 Ministère de la Santé/Ministère de la Justice, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, avril 2004.

29 MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008.

30 A. Chauvenet, M. Monceau, F. Orlic, C. Rostaing, La violence carcérale en question, GIP mission de recherche Droit et Justice, CNRS-EHESS, juin 2005.

31 Conférence de consensus, Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés, place des traitements de substitution, juin 2004.

32 OFDT, Drogues et dépendances, données essentielles, La Découverte, 2005.

33 Loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, 31 décembre 1970.

34 Proposition de loi relative à la lutte contre la toxicomanie, à la prévention et à la répression de l'usage illicite de plantes ou de produits classés comme stupéfiants, présentée par M. Richard Dell'Agnola le 23 juin 2004.

35 S. Escots, G. Fahet, Usages non substitutifs de la Buprénorphine haut dosage, Trend, OFDT, juin 2004.

36 Le bilan de l'OFDT prend soin de préciser que ce chiffre est nécessairement sous évalué, compte tenu du taux important de non-réponse et des sources disparates d'évaluation.

37 CNCDH, Etude sur les droits de l'homme dans la prison, mars 2004.

38 Note interministérielle du 9 août 2001.

39 H. Morfini, Y. Feuillerat, Enquête sur les traitements de substitution en milieu pénitentiaire, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DGS/DHOS, février 2004.

40 Ministre de la Justice, réponse à la question écrite n°27402 du député François Cornut-Gentille, JO du 27 janvier 2004.

41 I. Obradovic, Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive, OFDT, 2004.

42 Le Figaro, 28 mai 2004.

43 Ministère de la Santé, Guide des bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie, décembre 2003.

44 J. Prudhomme, P. Verger, M. Rotily, Etude rétrospective de la mortalité des sortants de la maison d'arrêt de Fresnes- Second volet de l'évaluation des unités pour sortants (UPS), Paris, OFDT, 2003.