

Comité éthique et cancer, avis n°20 du 1^{er} octobre 2012

« La détention carcérale conduit-elle à une perte de chance dans la prise en charge des personnes détenues atteintes de cancer ? »

Saisine discutée lors des 13^{ème} et 14^{ème} sessions plénières du Comité éthique et cancer des 28 novembre 2011 et 5 mars 2012, et lors de la réunion du groupe de travail du 24 février 2012.

Personnes auditionnées : Dr Dominique de Galard, conseillère santé auprès du directeur de l'administration pénitentiaire ; Benoît Grandel, adjoint au sous-directeur des personnes placées sous-main de justice à la direction de l'administration pénitentiaire ; Dr Betty Brahmy, praticien hospitalier, psychiatre, contrôleur auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; François Bes, coordinateur santé à l'observatoire international des prisons.

Rapporteurs : Jean-Michel Belorgey, Philippe Bataille, Axel Kahn, Françoise May Levin

Un jeune homme de 27 ans a été hospitalisé au centre de neurologie de l'hôpital Pierre Wertheimer situé à Bron, à proximité de Lyon, à la fin octobre 2011. Les médecins lui ont diagnostiqué un gliome du tronc cérébral. La tumeur est importante pourtant elle n'a été révélée qu'à son arrivée à l'hôpital, malgré les soins donnés par l'administration pénitentiaire où il était détenu depuis avril 2011. Aujourd'hui, ce jeune homme est décédé.

Selon ses propos, rapportés par son entourage, son état de souffrance n'a pas alerté le service médical du centre de détention pour que celui-ci fasse le nécessaire afin de lui faire bénéficier d'une prise en charge de ses symptômes. Ne peut-on y voir une forme de précarisation de l'accès à la santé pour certaines personnes placées dans les lieux de détention ? Le manque de moyens souvent invoqué redéfinit-il le rôle de la médecine en prison ? Ce qui amène la question suivante : les détenus sont-ils victimes d'ostracisme

au niveau de leur prise en charge médicale ? En prison, le détenu est-il réellement et toujours un sujet de droit, en effet, le dilemme entre soigner et surveiller ne génère-t-il pas un type d'exclusion ? Finalement, la détention est-elle compatible avec un risque de santé aggravé ? Quelles peuvent être les recommandations du comité éthique et cancer ?

La situation décrite dans la saisine est à bien des égards dramatique. À partir des éléments d'information présentés, il est possible qu'il se soit produit un retard au diagnostic du fait de la non prise en compte des plaintes exprimées par le patient. Pour autant, il n'est pas certain que ce retard au diagnostic, pour regrettable qu'il soit, ait véritablement constitué une perte de chance. En effet, compte tenu de la difficulté que représente l'établissement du diagnostic du type de cancer dont cette personne était atteinte, il est tout à fait possible qu'un retard au diagnostic de même ordre serait survenu si ce patient n'avait pas été incarcéré au moment de la survenue de sa maladie et s'il avait eu recours au système de santé habituel. Par ailleurs, il n'est pas non plus certain qu'un diagnostic tardif ait également constitué une perte de chance au regard de l'évolution de son cancer dans la mesure où certaines formes de gliome du tronc cérébral présentent une évolution rapide et défavorable, ce qui fut visiblement le cas pour ce jeune homme.

Il n'appartient pas au comité de déterminer quelles sont les éventuelles responsabilités qui ont conduit à la situation décrite par la saisine. Le comité ne dispose pas des moyens pour cela et n'a, en tout état de cause, pas vocation ni légitimité à s'ériger en commission d'enquête. Cependant, au-delà de ce cas particulier, cette saisine ouvre une question dont l'intérêt et la pertinence ne font guère de doute sur le plan éthique : les conditions de détention qui prévalent actuellement en France conduisent-elles à une éventuelle perte de chance pour les personnes détenues qui sont atteintes de pathologies graves telles que le cancer au regard de l'accès au diagnostic et aux soins ? Ce questionnement a conduit le comité à procéder à l'audition de représentants de l'administration pénitentiaire, du contrôleur général des lieux de privation de liberté, et de l'observatoire international des prisons. Le présent avis est le fruit de ces auditions et de la réflexion qui en a suivi.

En préambule, il convient de rappeler que le seul droit dont sont privées les personnes incarcérées dans un établissement pénitentiaire à la suite d'une décision de justice est le droit à la liberté. Ces personnes conservent par conséquent tous leurs autres droits, dont celui de bénéficier des meilleurs soins possibles si leur état de santé le nécessite. Il s'agit d'un principe fondamental.

Constats préalables

Le Code de santé publique et le Code de procédure pénale prévoient que toute personne détenue bénéficie, avec son consentement, d'un examen médical lors de son entrée en détention. Cet « examen médical d'entrée » doit permettre de dresser un bilan de santé, de déceler toute affection contagieuse ou évolutive, de contrôler l'état vaccinal, de proposer une consultation spécialisée si nécessaire, de mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, et d'assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement. Il est reconnu que cette procédure systématiquement proposée lors de l'incarcération est non seulement pertinente mais aussi efficace. Elle permet notamment d'identifier des problèmes de santé dont les personnes n'avaient pas forcément connaissance auparavant du fait, par exemple, d'une absence de symptomatologie ou du non-recours au système de santé.

En revanche, il apparaît qu'en dehors de l'examen médical d'entrée, il n'existe pas de recueil de données sur l'activité de soins au sein des établissements pénitentiaires et sur l'évolution de l'état de santé des détenus au cours de leur incarcération¹. Cette situation est d'autant plus regrettable qu'il est établi que « *la prison est un lieu de maladies* », selon la formule du Comité consultatif national d'éthique² ; la prévalence de nombreuses affections et addictions est plus élevée chez les personnes détenues que dans la population générale³.

Les difficultés dans l'accès aux soins

La détention de personnes condamnées par la justice impose des contraintes de sécurité dont la nécessité n'est pas à remettre en question. Les modalités d'application de ces contraintes dans les prisons françaises s'avèrent toutefois constituer des obstacles dans l'accès aux soins par les détenus. Les difficultés identifiées sont principalement liées au fait qu'une intermédiation intervient quasi systématiquement lorsqu'un détenu sollicite une consultation médicale ou des soins. Cette intermédiation peut être exercée par le

¹ Le rapport d'information n° 1811 du 8 juillet 2009 de l'Assemblée nationale sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous-main de justice présenté par M. Étienne Blanc cite ainsi l'avis n° 222, session ordinaire de 2008-2009, de M. Nicolas About, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi pénitentiaire, qui indique que « *les enquêtes sur la santé des détenus sont menées lors de l'entretien d'entrée et non au cours de l'incarcération ou à la sortie. Si la santé des entrants est relativement bien connue, on ne peut que regretter l'absence de données sur l'évolution de la santé des prisonniers* ».

² Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et la santé, Avis 94 « La santé et la médecine en prison », novembre 2006.

³ C'est le cas notamment pour les infections par le VIH et/ou le VHC, la tuberculose, les pathologies bucco-dentaires et les troubles psychiatriques. Le taux de pathologies mentales est vingt fois supérieur à celui observé en population générale note M. Étienne Blanc dans son rapport d'information n° 1811. Dans ce même rapport, il indique qu'un tiers des détenus sont des usagers de substances illicites et qu'un tiers des entrants en prison ont une consommation excessive d'alcool.

personnel de surveillance, par les professionnels de santé (infirmières notamment) lorsqu'ils se rendent dans les cellules pour fournir des médicaments ou des soins, et par les codétenus. Elle peut intervenir également par voie de courrier adressé par le détenu lui-même.

Dans les situations non urgentes, la procédure habituelle définie par les ministères de la Justice et de la Santé consiste en effet à mettre à la disposition des détenus, dans un espace accessible lors de leurs mouvements au sein de l'établissement, une boîte aux lettres au contenu de laquelle seuls les personnels soignants ont accès⁴. Le détenu qui estime avoir besoin d'une consultation médicale doit en faire la demande par écrit sous pli cacheté qu'il doit remettre (lui-même ou par l'intermédiaire d'un codétenu ou d'un surveillant s'il n'est pas en mesure de se déplacer) dans la boîte idoine. Le personnel soignant est ensuite chargé de traiter la demande. Cette procédure permet de respecter la confidentialité. Cependant, elle pose à l'évidence le problème de l'accès aux soins et présente un caractère discriminatoire. Ce problème est particulièrement aigu pour les détenus qui ne savent pas écrire en français et/ou lorsque les personnes incarcérées ne peuvent sortir de leur cellule, soit du fait de leur état de santé (mobilité réduite par exemple), soit du fait de leur condition de détention (placement en isolement par exemple). Il est à noter que toutes les cellules des établissements neufs disposent d'interphones.

La demande de consultation, qu'elle soit écrite ou orale, peut également être relayée par le personnel pénitentiaire. C'est toujours le cas dans les situations d'urgence, la demande étant dans ce cas par définition orale. Cela suppose que le ou les surveillants sollicités puissent être en mesure d'évaluer la situation afin de décider ou pas d'engager la procédure nécessaire pour assurer la prise en charge. La formation du personnel de surveillance comporte un module de sensibilisation à la prise en charge sanitaire. Cependant, ce personnel ne peut être considéré comme possédant une spécialisation en matière de santé, domaine qui ne relève pas, il est vrai, de sa mission première.

Un obstacle supplémentaire dans l'accès aux soins se pose lorsque la demande de soins intervient en dehors des horaires d'ouverture de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantée au sein de l'établissement. Dans ce cas, il est fait appel à un professionnel de santé exerçant hors de l'établissement. De plus, durant la nuit, les clés permettant l'accès aux cellules sont conservées par un seul et unique responsable de surveillance au sein de l'établissement. Les délais d'intervention peuvent alors être relativement longs.

Dans tous les cas, l'intermédiation qui s'impose aux détenus pour accéder aux

⁴ ministère de la Santé et de la protection sociale, ministère de la Justice, *Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, sept. 2004, p.20.

professionnels de santé et aux soins constitue une perte de chance, puisqu'ils ne peuvent avoir recours au système de santé selon des modalités similaires à celle de la population générale, c'est-à-dire par un contact direct avec les professionnels de santé. De surcroît, la situation de privation de liberté, alliée à la fréquence des troubles psychiatriques au sein de la population carcérale, est susceptible d'engendrer chez les détenus des comportements pouvant conduire les personnels soignants et de surveillance à ne pas prendre toujours en considération de la manière la plus adéquate leurs plaintes et leurs demandes. Même si ce type de situation n'est pas la plus fréquente, elle n'en demeure pas moins une perte de chance supplémentaire.

Les difficultés dans la mise en œuvre des soins

Les soins ambulatoires auprès des détenus sont réalisés par le personnel soignant des UCSA. Les détenus pour lesquels un diagnostic de maladie nécessitant une hospitalisation ou des soins ambulatoires spécialisés sont pris en charge, soit dans l'hôpital de rattachement de l'établissement pénitentiaire, soit dans un service hospitalier plus spécialisé lorsque cela s'avère nécessaire. L'hospitalisation est alors réalisée, soit dans une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)⁵, ou au sein de l'EPNSF (Etablissement public national de santé de Fresnes), soit encore dans une chambre sécurisée⁶. Il apparaît que globalement la qualité de la prise en charge est conforme à celle mise en œuvre pour l'ensemble de la population et peut être considérée comme satisfaisante.

Des difficultés peuvent se présenter lorsque l'état de santé du détenu malade, particulièrement lorsqu'il est considéré par l'administration pénitentiaire comme étant un « détenu particulièrement signalé » (DPS) nécessite des extractions régulières (pour des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie par exemple). Dans le cas d'une personne dite DPS, il est prévu que, pour des raisons de sécurité (prévention des évasions notamment), une escorte policière complète l'escorte pénitentiaire habituelle. Toutefois, il ne s'avère pas toujours possible à l'établissement pénitentiaire d'obtenir en temps et en heure l'escorte policière requise. Cela peut provoquer des retards, voire des carences dans le calendrier de traitement, ce qui constitue dès lors une perte de chance avérée.

L'absence de données statistiques sur l'évolution de l'état de santé des détenus et sur l'activité de soins en milieu carcéral ne permet toutefois pas de prendre l'exacte mesure des difficultés qui peuvent être rencontrées dans la mise en œuvre des soins dus aux personnes incarcérées. Nul ne peut dire à l'heure actuelle combien de détenus sont, par exemple, atteints de cancers, combien sont sous traitement, quels traitements ils

⁵ Il en existe huit implantées à Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Rennes, Toulouse, Marseille, Paris.

⁶ Si l'établissement de santé assurant l'hospitalisation ne dispose pas d'une chambre sécurisée, le malade détenu est alors accueilli dans un service adapté à sa pathologie.

reçoivent et si l'administration de ceux-ci est conformes aux recommandations. Cette situation est particulièrement regrettable car on voit mal comment l'administration pénitentiaire et celle de la santé peuvent correctement planifier et organiser les moyens nécessaires – qu'ils soient humains, matériels et financiers – pour assurer la mise en œuvre des soins. De plus, cette absence d'informations ne permet pas la transparence requise par les valeurs de la démocratie et celles de l'éthique.

Les difficultés liées à la fin de vie

Les détenus malades sont susceptibles, lorsque leur maladie est grave comme cela peut être le cas avec un cancer, de mourir du fait de leur maladie. Il apparaît qu'il n'existe pas de mesures spécifiques définissant auprès des établissements pénitentiaires et des personnels soignants qui y exercent les modalités propres à assurer des conditions acceptables de fin de vie pour les détenus. Si une hospitalisation en UHSI est envisageable, ces services sont surtout destinés à de courts séjours⁷. De plus, les UHSI ne disposent pas d'équipes de soins palliatifs.

Les détenus gravement malades peuvent bénéficier d'une « suspension de peine pour raison médicale ». Celle-ci peut être accordée à toute personne condamnée à une peine d'emprisonnement quelles que soient la nature et la durée de cette peine, y compris si celle-ci est assortie d'une période de sûreté qui n'est pas encore échue. Pour que cette mesure soit obtenue, il peut être établi par deux expertises médicales distinctes et concordantes que le détenu est atteint d'une affection engageant le pronostic vital ou que son état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention. Des mesures d'aménagement de peine (permission de sortir, placement à l'extérieur sans surveillance, semi-liberté, placement sous surveillance électronique, libération conditionnelle) peuvent également être envisagées si la situation du détenu répond aux conditions prévues par le Code de procédure pénale.

Il semble que, lorsque l'état de santé d'une personne détenue est indéniablement dégradé, la réponse aux demandes de suspension ou d'aménagement de peine soit majoritairement favorable (voir encadré 1-1). La principale difficulté qui se pose est celle de l'hébergement des personnes à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, y compris lorsqu'elles disposent des ressources financières nécessaires. Il n'est pas rare que les familles et les proches refusent d'accueillir la personne détenue. Il est également souvent difficile de trouver une place dans un établissement susceptible de proposer un hébergement du seul fait de la qualité de détenu de la personne.

⁷ Il est à noter que dans le cas de l'hospitalisation en UHSI d'un détenu en fin de vie, il est prévu que les visites des proches ne soient alors plus limitées dans le temps, contrairement aux procédures habituelles.

Les solutions préconisées

Au regard des différents constats établis, le comité préconise la mise en œuvre de différentes mesures susceptibles de prévenir ou, à défaut, d'atténuer les pertes de chances médicales qui en pratique s'imposent aux personnes emprisonnées du seul fait de leur situation de détenus.

Il conviendrait que les détenus puissent avoir un accès direct au personnel soignant de l'UCSA de leur établissement et qu'ils puissent ainsi consulter un médecin selon des modalités similaires à ce qui prévaut hors des prisons pour la population générale. Les UCSA pourraient ainsi établir des plages horaires de consultations sans rendez-vous préalable.

Il conviendrait qu'il soit mis fin au système de demande de rendez-vous sous plis cachetés déposés dans une boîte aux lettres spécifique, ce dispositif présentant un caractère discriminatoire. Les détenus devraient pouvoir faire la demande d'un rendez-vous pour une consultation médicale directement auprès du personnel soignant, dans un espace dédié et en respectant les conditions de sécurité requises.

Il apparaîtrait pertinent que les cellules soient équipées d'un dispositif d'appel qui puisse permettre de signaler au personnel soignant de l'UCSA ou, en dehors des horaires d'ouverture de l'unité, au surveillant responsable toutes les situations d'urgence médicale. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues de 2004 prévoit également que les patients détenus puissent parler en direct au téléphone au médecin régulateur du SAMU⁸. Certains établissements sont équipés d'un tel dispositif mais celui-ci serait souvent hors d'usage.

Rappelant qu'il ne rentre pas dans les missions premières des surveillants d'évaluer l'état de santé d'un détenu - l'administration pénitentiaire reconnaissant que la formation initiale de ceux-ci à la prise en charge sanitaire s'apparente à une simple sensibilisation -, le fait pour un membre du personnel de surveillance d'un établissement pénitentiaire de ne pas répercuter une demande de consultation médicale, qu'elle soit présentée comme urgente ou pas, serait une faute professionnelle considérée telle par l'administration. Cela constituerait en effet une perte de chance pour le détenu qui réclame une consultation et/ou des soins. Ce point doit être explicite dans les instructions transmises au personnel de surveillance des prisons par l'administration pénitentiaire.

Il conviendrait que les UHSI soient dotées de moyens propres à assurer des soins palliatifs lorsqu'un détenu malade en fin de vie est hospitalisé dans l'une de ces unités (voir encadré 1-2).

⁸ Ministère de la Santé et de la protection sociale, ministère de la Justice, *Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, sept. 2004, p.25.

In fine, il conviendrait que les ministères de la Justice et de la Santé mettent en œuvre les moyens afférents pour permettre un recueil de données sur l'activité médicale au sein des établissements et sur l'état de santé des détenus, non seulement à leur entrée en prison mais également tout au long de leur incarcération.

Annexes

Encadré 1-1

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté conteste cette formulation, à savoir qu'elle occulte la longueur de la procédure et l'autocensure exercée par certains médecins.

Encadré 1-2

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté est en désaccord avec la recommandation qui consisterait à demander que les UHSI soient dotées de moyens propres à assurer des soins palliatifs pour les détenus en fin de vie. En effet, cela signifierait d'une part que ces patients n'ont pas obtenu d'aménagement de peine et que d'autre part cette situation soit entérinée, or elle devrait demeurer l'exception.

Au contraire, la direction de l'administration pénitentiaire regrette que certaines informations sur la prise en charge de personnes en fin de vie n'aient pas été reprises dans l'avis, notamment celle portant, lors des hospitalisations (UHSI ou hôpital), sur la faculté laissée aux familles et aux proches d'assister sans limite de temps, leur parent. Pour la direction de l'administration pénitentiaire, le positionnement des UHSI au sein de CHU doit leur permettre de bénéficier de structures de soins palliatifs au même titre que les autres patients hospitalisés.

De son côté, l'Observatoire internationale des prisons privilégierait l'accès à la libération anticipée pour raison médicale plutôt que de demander l'intervention de services de soins palliatifs en UHSI.

Encadré 2

Position du ministère des Affaires sociales et de la Santé

« L'avis ne prend pas en compte la position du ministère chargé de la Santé, pourtant largement concerné. En effet, ses représentants n'ont pas été entendus, ni invités à contribuer à la rédaction définitive de cet avis.

Diverses actions sont d'ores et déjà mises en œuvre ou en cours de développement dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 : "politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice", plan élaboré et piloté par notre ministère, avec la collaboration de celui de la justice.

Un recueil de données permettant le suivi de l'activité de soins dans les UCSA et les UHSI ("observatoire des structures de soins pour les détenus") est mis en place depuis 2010 et l'action en cours de réalisation par l'InVS vise à développer un système de surveillance de l'état de santé.

Il est également prévu d'améliorer l'accès aux dépistages organisés des cancers (action 6.2 du plan), cet axe n'étant pas abordé dans l'avis.

Le bilan des aménagements et suspensions de peine paraît optimiste, les réponses seraient majoritairement favorables. Ce constat ne repose pas sur des données chiffrées, dont la production relève du ministère de la Justice, et ne correspond pas aux remontées de terrain. De plus, la procédure d'urgence n'est pas évoquée.

L'avis indique comme principale difficulté dans le cadre de la mise en œuvre des aménagements/suspensions de peine les questions d'hébergement. Nous partageons ce constat mais les réponses à mobiliser relèvent de solutions variées d'hébergement médicalisé (EHPAD, ACT, etc.). C'est l'objet de la mesure 13.2 du plan. Nous identifions par ailleurs une autre difficulté majeure dans les pratiques hétérogènes des experts.

Nous sommes en accord avec les remarques du CGLPL et de l'OIP tendant à privilégier l'accès à une libération appropriée et/ou aux services de soins palliatifs existant, plutôt que de doter les UHSI de lits de soins palliatifs. »

Dr Dominique de Penanster

Sous-directrice de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
Direction générale de la santé

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Le contexte réglementaire et législatif

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire dépend exclusivement du ministère de la Santé. Celle-ci a été instaurée par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 qui a notamment modifié l'article L.711-3 du Code de la santé publique qui stipule : « *Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.* »

La collaboration entre le ministère de la Santé et le ministère de la Justice a conduit à l'élaboration commune d'un Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues dont la version en vigueur à l'heure actuelle date de septembre 2004. Ce guide méthodologique définit l'ensemble des procédures à appliquer pour l'organisation et la mise en pratique des soins auprès des détenus. Il est actuellement en cours de révision.

La loi pénitentiaire en vigueur est la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009. La section 7

de cette loi est consacrée à la question de la santé. Son article 46 stipule notamment que « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ».

À la suite de cette loi, un code de déontologie du service public pénitentiaire a été publié par décret (n° 2010-1711) le 30 décembre 2010. Ce code, non contraignant, définit les règles qui s'appliquent aux agents du service public pénitentiaire dans l'exercice de leurs missions.

Le législateur français a institué, par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007, un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante. Sa mission est de s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés, qu'un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi, et de prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux. Cette mission s'exerce notamment au travers de visites d'établissements de privation de liberté.