

Soigner en prison ?

« **On ne peut faire l'économie de la dignité humaine, à moins d'accepter et d'assumer l'indignité** », avis n° 94 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) de 2006 "La santé et la médecine en prison".

Un colloque intitulé "Soin en prison 30 ans après la loi de 1994 - Avancées, Limites, Perspectives" s'est tenu en janvier 2024 à Paris à l'initiative de l'association TranSFaire en partenariat avec l'Association des secteurs de psychiatrie exerçant en milieu pénitentiaire et l'Association des professionnels de santé exerçant en prison. Il a permis de réunir environ 400 professionnels de santé venus de toute la France. Le programme, les interventions et les débats furent passionnants, complétant à merveille le dossier sur les initiatives autour de la prison publié par *Prescrire* en octobre 2023.

Les équipes médicales qui interviennent en prison sont, depuis la loi de 1994, des professionnels d'un service hospitalier de proximité qui viennent donc, au moins symboliquement, de l'extérieur, pour soigner des personnes enfermées. La dimension de consultation et de soins a été plébiscitée dans le colloque au point, pour certains, de regretter que l'on parle aujourd'hui d'USMP (Unité sanitaire en milieu pénitentiaire) et non plus d'UCSA (Unité de consultations et de soins ambulatoires). La loi de 1994 a permis une indépendance des professionnels de santé vis-à-vis de l'administration pénitentiaire tout en favorisant une meilleure articulation entre le sanitaire et la détention. Celle-ci n'avait pas été beaucoup anticipée, et s'est construite progressivement, notamment au moyen de guides méthodologiques.

La médecine en milieu carcéral est une médecine de droit commun. L'objectif de cette nouvelle organisation est donc d'offrir le même niveau de prise en charge médicale et médicosociale aux patients incarcérés que s'ils étaient dehors. Cet objectif est-il atteint ?

L'objectif d'une médecine de droit commun accessible en prison

J'intervenais en prison à l'époque du vote de cette loi, comme médecin d'un service de maladies infectieuses pour soigner des patients incarcérés vivant avec le VIH. C'était avant l'arrivée des antirétroviraux efficaces (1996). Les patients que nous suivions présentaient fréquemment des infections opportunistes qui nécessitaient des hospitalisations d'urgence dont l'organisation était toujours problématique. Nous avons donc vu arriver cette réforme avec beaucoup d'espoir. Cette loi fut une énorme bouffée d'air frais qui a balayé les infirmeries, pour laisser place à la présence d'un service hospitalier. Tout allait changer : les soins, les relations au patient, la culture, l'indépendance professionnelle, l'exigence du secret médical. Nous avons le poids et la légitimité de l'hôpital pour faire respecter les décisions que nous prenions.

J'ai d'abord été admiratif du chemin entrepris. La convergence affichée au niveau des plus hautes instances était claire. Encore aujourd'hui, les directeurs de la santé et de l'administration pénitentiaire affirment qu'ils poursuivent le même but : promouvoir pour tous des soins de même qualité que ceux procurés en dehors. Par ailleurs, les instances d'articulation entre la Santé et la Justice se déclinent à tous les niveaux de l'organigramme du national au local. Cette collaboration ne peut être que bénéfique pour des acteurs qui se connaissaient mal et dont les cultures professionnelles sont très différentes.

Le colloque a permis de mettre en avant la créativité des professionnels de santé exerçant en prison. C'est ainsi que de nombreux projets innovants, pertinents et ambitieux ont été présentés pour améliorer la qualité des soins en prison, l'accès à des consultations spécialisées, la continuité des soins en préparant mieux les sorties. Malgré des conditions de travail difficiles, l'engagement, l'énergie, la créativité des équipes faisant preuve d'inventivité, voire de ruse (la mêtis grecque / *μητις* qui est la ruse de l'intelligence) pour atteindre leurs objectifs, ont été exposés. On a pu assister à un haut niveau de réflexion éthique de celles et ceux qui interviennent en milieu carcéral. La confrontation permanente entre la théorie et la pratique a été un des fils conducteurs.

Cependant, au fur et à mesure des interventions, la description de la réalité quotidienne de la santé en prison a permis de comprendre que cette loi reste une loi inaboutie malgré tous les efforts engagés : la surpopulation carcérale, la situation de détenus cumulant de nombreuses vulnérabilités psychosociales et médicales, "l'hypersuicidité" carcérale, les atteintes au secret médical, les difficultés d'accès à des soins spécialisés, les difficultés de communication entre soignants et détenus, etc. ont été au centre des débats.

Déjà le rapport de l'Observatoire international des prisons de juillet 2022 intitulé "La santé incarcérée" avait pour conclusion : « *Les besoins en matière sanitaire sont énormes en prison. L'état de santé des personnes détenues, souvent déjà dégradé au moment de leur incarcération, est encore fragilisé par des conditions de détention difficiles. Pourtant, l'accès aux soins spécialisés s'avère la plupart du temps compliqué, voire impossible, et le suivi requis par certaines pathologies semble, à bien des égards, incompatible avec les restrictions imposées par les logiques pénitentiaires.* »

Un intervenant exaspéré par la profusion d'études s'est exclamé « **qu'on arrête les études et qu'on agisse** ».

La difficile place du soignant en prison

Plusieurs autres intervenants ont montré que le soignant est confronté d'emblée à de multiples contradictions : comment exercer, dans un lieu d'enfermement, une fonction qui nécessite la liberté d'adhérer et de circuler, comment assurer sous une surveillance constante, libre choix et confidentialité, comment créer un espace de neutralité et de bienveillance dans une institution qui surveille, juge et punit, comment être à l'écoute dans un contexte violent et bruyant.

Paul Ricœur, cité par Anne Lécu, au cours de son intervention sur l'éthique du soin en milieu pénitentiaire, dit que l'exercice de la médecine en prison est à « *haut risque* », qu'il exige une vigilance constante des équipes soignantes. Et il ajoute :

« *Le médecin consulté dans le cadre de la prison ne peut pas exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins, dès lors que la situation même, dans laquelle il est appelé à le faire, constitue une atteinte à la liberté et à la santé, requise précisément par les règles du système carcéral. Le choix pour le médecin, est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate, au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle.* »

À ce dilemme sur la façon d'exercer le soin carcéral, s'ajoute une autre interrogation : comment s'approcher au plus près de l'idéal d'égalité des soins en prison et des soins

dans la cité, en sachant que de nombreux problèmes d'accès et de qualité de soins persistent au dehors de la prison ? Une double interrogation est nécessaire à la fois sur la politique pénale et la politique de santé.

Politique pénale et politique de santé à réinterroger simultanément

Construire de nouvelles places de prison (souvent dans un cadre de partenariat public-privé depuis Chalandon en 1986) pour lutter contre la surpopulation carcérale, est-il la solution ? Ou faut-il se poser des questions comme l'a fait Didier Fassin sur le durcissement de la chaîne pénale et la dégradation de la condition carcérale, sur la perte de sens de la détention, sur la priorité mise sur la rétribution, la punition, le châtement au détriment de la réinsertion ? Quelle légitimité pour les cellules d'isolement ?

Déjà l'avis (n° 94) du CCNE de 2006 affirmait avec force que « *la prison ne peut être un lieu où le détenu n'a pas accès aux droits fondamentaux garantis à tous par la loi, et notamment le droit à la santé* ». Il faisait des propositions importantes sur les états de santé incompatibles avec la détention, sur les suspensions de peine pour les détenus âgés, handicapés ou atteints de maladies somatiques ou mentales graves (1). Depuis, le nombre de détenus est passé de 60 000 à plus de 76 000 (au 1^{er} février 2024)... À nouveau les mêmes propositions sont faites. Pourquoi tous ces avis, ces appels, ces études, tous ces rapports ne sont-ils pas entendus ?

Existe-t-il un lien entre l'augmentation des places en prison et la diminution des lits en psychiatrie ? Existe-t-il aussi un lien entre l'augmentation des places en prison et la baisse concomitante des places en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). La prison deviendrait-elle le lieu où sont prises en charge la maladie psychiatrique lourde et la grande misère ? La société a-t-elle confié à la médecine pénitentiaire la prise en charge de ces patients qu'elle ne veut pas voir ? Les moyens ne seront jamais à la hauteur de la tâche car la prison n'est pas un hôpital. Il fut un temps où les hôpitaux servaient de prisons, les prisons ont-elles pour vocation à devenir les nouveaux asiles des exclus de nos sociétés modernes ?

Le service public de santé est aussi en grande difficulté. Si tous les patients incarcérés sortaient, pourrions-nous les accueillir dehors sans problème ? Baisse des budgets hospitaliers et sociaux dehors, face à l'augmentation du budget pénitentiaire. Ne faudrait-il pas inverser les priorités. Et si l'argent des nouvelles prisons servaient plutôt à construire des CMP, ouvrir des lits hospitaliers ? Pourquoi cela ne serait-il pas possible ?

Parce que la prison est « *le reflet de la société et le miroir dans lequel elle se réfléchit* », elle est « *l'ombre du monde* » a énoncé Didier Fassin. La prison révèle que notre société est de plus en plus punitive et vengeresse.

La « *loi d'airain* » comme disait Robert Badinter, celle qui veut que « *la prison doit être misérable pour accueillir des misérables* » semble toujours en vigueur. D'après cette "loi", l'opinion publique ne peut pas accepter que les conditions de vie en prison soient considérées comme meilleures que celles qui sont vécues dehors par les personnes les plus défavorisées. La santé en prison nous parle aussi de la santé en dehors. La dégradation de l'égalité d'accès aux soins dehors risque donc de limiter l'amélioration de la prise en charge médicale en prison. Il faut donc aussi lutter dehors pour restaurer cette égalité d'accès aux soins pour que la santé en prison s'améliore.



À travers les interventions du colloque, un appel a été lancé par nos collègues exerçant en prison : nous ne pouvons pas les laisser seuls sous peine de les voir être confrontés à des situations difficiles, voire inacceptables, ce qui donnerait raison à l'appel de Paul Ricœur cité plus haut. Et nous en serions tous responsables. Le diagnostic est fait, les solutions sont à portée de main. Mais il faut avoir le courage politique de les mettre en œuvre. Il ne s'agit pas de difficultés conjoncturelles, mais d'un problème structurel, voire systémique. L'aspect politique des soins en prison est crucial.

Des pistes concrètes pour agir

Il faut certes améliorer les conditions de travail des équipes professionnelles, recruter des soignants en rendant les carrières plus attractives, mais aussi :

- Faire évoluer la politique carcérale et la chaîne pénale. Mettre en œuvre les recommandations visant à améliorer le suivi, la prise en charge, la sortie des patients détenus et à respecter les contre-indications médicales à toute incarcération.
- Mettre en œuvre une rénovation de la psychiatrie dans le système de santé, développer des programmes d'accès et de maintien dans le logement, en particulier pour les personnes ayant des troubles psychiques et augmenter les places d'hébergement d'urgence.
- Améliorer le suivi médicosocial des patients sortant de prison.
- Lutter contre les inégalités d'accès aux soins en dehors de la prison et permettre à la majorité des détenus qui ont des peines de prison courtes, de se familiariser avec l'intérêt des soins dans leurs vies.
- Enfin, au-delà des prisons, il serait important qu'une réflexion plus vaste s'engage sur l'organisation des soins dans l'ensemble des lieux d'enfermement comme par exemple les centres de rétention administrative ou les zones d'attente pour les personnes en instance.

Le chantier est vaste. Les équipes qui travaillent en milieu pénitentiaire ont montré leur volonté d'améliorer la situation ; il faut que les soignants travaillant dehors prennent conscience que l'amélioration des soins en prison ne se fera pas sans leur participation.

Christian Mongin
Médecin au Comede
(Comité pour la santé des exilé-e-s)

1- Site www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/avis094.pdf