

Avis n° 94

La santé et la médecine en prison

Membres du groupe de travail :

Mme : Chantal DESCHAMPS (rapporteur)

MM. : Jean-Claude AMEISEN (rapporteur)
Jean-François BLOCH-LAINE (jusqu'en 2005)
Jean-Paul CAVERNI
Olivier de DINECHIN
Haïm KORSIA
Pierre Le COZ
Jean MICHAUD (jusqu'en 2005)
Michel ROUX
Maxime SELIGMANN
Mario STASI (rapporteur)

Ont été consultés : Franck BIZOUARNE
Rémy DOUARRE
Thierry LEVY
Loïk LE FLOCH-PRIGENT
Catherine PAULET

I. Introduction

II. La santé en prison : un problème crucial, parce que la prison est un lieu de maladies.

A. La proportion de personnes malades au moment de leur incarcération est, à âge égal, plus importante que dans la population générale.

B. La prison est de plus en plus un lieu confronté à la maladie mentale.

C. La prison est aussi cause de maladie et de mort : c'est un lieu de régression, de désespoir, de violences, et de suicide.

1. Le suicide : les détenus en préventive et les condamnés à de courtes peines

2. La demande de mort : les condamnés aux lourdes peines.

3. « Contraindre le détenu à ne pas mourir ou le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie ? »

D. La prison peut être encore un lieu de fin de vie, où l'on meurt de maladie et de vieillesse.

III. Ce que prévoit la loi.

A. Une loi spécifique pour la santé en prison : la loi du 18 janvier 1994

1. L'hôpital entre dans la prison

2. L'assurance maladie et maternité entre en prison

3. Le surveillant se voit attribuer un rôle crucial dans l'articulation entre détenus et soignants.

4. Une forme de contact plus direct entre les détenus et les infirmier(e)s a été progressivement mise en place

5. La loi du 18 janvier 1994 constitue donc la fin d'un régime d'exception et d'exclusion

B. Les autres lois concernant la santé et les droits de la personne malade ou handicapée

1. La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2. La Loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

3. La Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

4. La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

IV. Malgré l'existence de ces lois, l'accès aux soins et à la protection de la santé en prison continue de poser des problèmes éthiques majeurs.

A. Dans les situations extrêmes

1. La personne dépendante, âgée ou handicapée est le plus souvent privée d'aide et d'autonomie

2. La suspension de peine pour raison médicale en fin de vie, prévue par la loi du 4 mars 2002, est appliquée de manière très restrictive

3. Contrairement à un condamné, un prévenu, présumé innocent, en fin de vie ne peut pas bénéficier des dispositions de suspension de peine pour raison médicale prévues par la loi du 4 mars 2002

4. L'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves : la « folie » en prison

B. Dans la reconnaissance des besoins essentiels à la protection de la santé et au respect de la dignité humaine

1. La surpopulation carcérale qui entraîne le non-respect du droit à l'hygiène, à l'intimité, à la salubrité des locaux et à des conditions de vie non dégradantes pour la santé physique et mentale

2. L'exposition des plus faibles à la violence des codétenus (cohabitation sans discrimination) et le non-respect du droit du détenu à la sécurité et à la protection de son intégrité physique et mentale

3. Les difficultés d'accès aux soins d'urgence

4. Le droit à la prévention et à l'éducation à la santé

5. La question du respect de la vie affective, familiale et de la sexualité

C. Dans la mise en place, pour des raisons de sécurité ou disciplinaires, de contraintes mettant en cause le droit à la protection de la santé et la qualité des soins

1. L'isolement disciplinaire : la cellule de discipline (le « mitard »), l'isolement en quartier disciplinaire et les risques pour la santé mentale du détenu

2. Le menottage et les entraves pendant les consultations médicales et l'hospitalisation

3. Les relations entre détention, protection de la santé et accès aux soins ne commencent pas en prison : les problèmes posés par la garde à vue

D. Les problèmes posés par le respect des droits fondamentaux reconnus par la loi à la personne malade, et qui constituent des éléments essentiels de l'éthique médicale

1. Le secret médical

2. Le consentement libre et informé

- a) un problème éthique dont la solution est évidente : l'offre de soins aux personnes souffrant d'addictions aux produits licites ou illicites
- b) Deux problèmes d'éthique médicale d'une grande complexité :
 - Le cas de la grève de la faim
 - La question de l'obligation ou de l'injonction de soins

V. Un autre obstacle à un véritable accès au droit à la protection de la santé et aux soins en prisons : les difficultés des professionnels.

- A. La dévalorisation du métier de surveillant(e) et l'ambiguïté de ses fonctions
- B. Les difficultés et les ambiguïtés du rôle des soignants, médecins et infirmières et assistants sociaux

VI. Le non-respect en prison du droit à la protection de la santé est révélateur d'un problème plus large : le non-respect en prison des droits fondamentaux et de la dignité de la personne détenue.

- A. La non-reconnaissance de la citoyenneté du détenu
 - 1. La mauvaise application des lois en prison
 - 2. L'absence d'accès du détenu à de nombreux droits fondamentaux
 - a) Les règlements intérieurs continuent trop souvent à s'imposer au détriment du respect de la loi en prison
 - b) Le statut particulièrement défavorisé du prévenu, présumé innocent, en détention provisoire
 - c) La non-reconnaissance du droit à s'associer
 - d) Le peu de valeur accordée par la prison à l'une de ses missions essentielles : la réinsertion
- B. La non-reconnaissance de la citoyenneté du détenu se manifeste aussi par le maintien en prison de personnes qui ne devraient pas y être, ou pour lesquelles la loi prévoit que la peine d'emprisonnement pourrait être commuée en une autre peine (en milieu ouvert)
 - 1. Les personnes qui ne devraient pas être en prison
 - 2. les personnes qui pourraient ne pas être en prison : les détenus dont l'emprisonnement pourrait être commué en une autre peine

VII. Pour une véritable réflexion de la société sur la notion de droit et sur le sens de la prison et le sens de la peine.

Recommandations

1. En amont
2. Lors de la mise en examen
3. Lors du jugement
4. En prison
5. Après la sortie de prison
6. D'une manière générale

I. Introduction

L'Observatoire International des Prisons (OIP) a saisi le CCNE le 3 janvier 2005, à propos des consultations de détenus à l'hôpital. La saisine concerne les problèmes éthiques liés au secret médical et aux conditions de consultation médicale des détenus entravés en présence du personnel d'escorte, en application des mesures de sécurité ordonnées par la circulaire du ministère de la Justice du 18 novembre 2004.

La situation des détenus dans les prisons françaises a récemment fait l'objet d'une série de rapports alarmants, dont ceux du Sénat (*Prisons : une humiliation pour la République*) et de l'Assemblée Nationale (*La France face à ses prisons*) en 2000 ; de l'Inspection Générale des Affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Services Judiciaires (IGSJ) (*L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*) en 2001 ; de l'Académie 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*) et du Conseil National du Sida (*Note valant Avis sur la suspension de peine pour raisons médicales*) en 2003 ; de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (*Etude sur les droits de l'homme en prison*) en 2004 ; du Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe (*Sur le respect effectif des Droits de l'Homme en France*) en 2005 ; du Conseil Economique et Social (*Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France*) et de nouveau de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (*Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues*) en 2006. Enfin des Etats généraux de la détention ont formulé, à partir d'une large consultation des détenus, une série de propositions concrètes en novembre 2006.

Ces rapports indiquent tous que la prison demeure, dans de nombreux domaines, un lieu de non-respect de l'accès aux soins, de la protection de la santé et de la dignité de la personne détenue, et notamment de la personne malade, handicapée ou en fin de vie.

Deux éléments sont particulièrement frappants à leur lecture.

1°/ Six années séparent les rapports de l'Assemblée Nationale et du Sénat du dernier rapport de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme et de celui du Conseil Economique et Social. Pourtant, ils relèvent tous les mêmes problèmes, traduisant leur persistance et la difficulté à les résoudre.

2°/ Plus de la moitié de ces institutions n'ont pas pour champ de mission principal les questions liées à la santé, et plus de la moitié des rapports n'ont pas mentionné ces questions dans leur intitulé. Pourtant, tous ces rapports soulignent que les problèmes éthiques posés par la protection de la santé et l'accès aux soins font partie des problèmes majeurs posés par la prison.

Parce que les problèmes éthiques liés à la santé, à la médecine et à la relation médecin-malade ont toujours été au cœur de ses préoccupations, le CCNE a estimé de son devoir d'élargir sa saisine à l'ensemble des questions soulevées par les liens entre la santé, la médecine et la prison, et de mettre en lumière les responsabilités éthiques concernant la protection de la santé des détenus.

Concernant les soins et la protection de la santé, il apparaît que la prison est un lieu de contradictions, provoquant perte de repères et de sens :

- contradiction entre une exigence légitime de sécurité et un indispensable respect des libertés et des droits individuels fondamentaux autres que ceux d'aller et venir, notamment le droit à la protection de la santé ;
- contradiction entre une prison qui rend malade et risque de conduire à l'aliénation et une médecine confrontée à une exigence de soins ;
- contradiction entre le sens de la peine, fondée sur la responsabilité du condamné, et l'incarcération d'une proportion de plus en plus grande de personnes présentant des maladies mentales graves...

De telles contradictions font de l'univers carcéral un révélateur de la manière dont notre société met en application les valeurs et les lois qui la fondent, et notamment celles qui concernent le respect et le droit des malades, des personnes handicapées, des personnes en fin de vie et des personnes atteintes de maladies mentales graves.

Parce que la prison est l'institution de la République à laquelle revient en dernier recours la charge de faire appliquer la loi, 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 protection de la santé, garanti par le préambule de notre Constitution.

Cette réflexion éthique engage notre société dans son ensemble. Nous sommes tous, en tant que collectivité, et chacun d'entre nous, en tant que citoyen, responsables de la protection de la santé physique et mentale des personnes incarcérées, qu'elles soient mises en examen et prévenues, et comme telles présumées innocentes, ou qu'elles aient été condamnées par la justice « au nom du peuple français ».

II. La santé en prison : un problème crucial, parce que la prison est un lieu de maladies.

A. La proportion des personnes malades au moment de leur incarcération est, à âge égal, plus importante que dans la population générale.

En 2005, plus de 85 000 personnes ont été incarcérées, dont plus de 70% (c'est-à-dire plus de 60 000 personnes) étaient prévenues, présumées innocentes, en détention provisoire dans des maisons d'arrêt. Le nombre de détenus libérés durant l'année (plus de 85 000) est à peu près identique au nombre de personnes incarcérées durant la même année, et les prisons comptaient en moyenne, durant l'année 2005, 59 500 détenus. Leur durée moyenne de détention a été de moins de 9 mois.

Les personnes incarcérées ne reflètent pas la population générale, et présentent des problèmes particuliers de santé.

Elles appartiennent de plus en plus à une population jeune, marginalisée, pauvre, socialement, économiquement et culturellement désinsérée. La proportion de jeunes de 18 à 24 ans est 7 fois plus élevée que dans la population générale. Près d'un tiers des entrants sont toxicomanes, 10% vivent dans un domicile précaire, 5% sont sans abri, plus de 15% sont illettrés, plus du quart ont quitté l'école avant 16 ans, et la moitié ont quitté leurs familles 3 ans plus tôt que les jeunes dans la population générale.

Malgré la mise en place en 2000 de la CMU et de l'aide médicale d'Etat (AME), plus de 13% des personnes incarcérées en 2003 ne bénéficiaient d'aucune protection sociale (un taux 27 fois plus élevé que dans la population générale). Plus de 17% des personnes incarcérées bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) au moment de leur

incarcération (une proportion 7 fois plus importante que dans la population générale). Le faible niveau de scolarisation des détenus, par rapport à la population générale, est illustré par le fait qu'en 2005, plus de 40% des détenus suivent en prison un enseignement du premier degré.

« La prison est devenu un lieu de prise en charge médicale de ceux que la société peine de plus en plus à intégrer – véritable observatoire de la précarité »*. Un an plus tard, un rapport conjoint de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) et de l'IGSJ (Inspection générale des services judiciaires) faisait la même constatation : « le faible accès aux soins de cette population avant qu'elle n'entre en prison et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a été souvent confrontée, en font une population qui cumule les facteurs de risque ».

La nature du lieu de détention, et donc les conditions de vie, sont différentes selon le statut judiciaire des personnes détenues. En 2005, sur les 59 500 détenus, plus de 19 500, c'est-à-dire plus d'un tiers, étaient des personnes prévenues, pour l'essentiel des personnes mises en examen ou en attente de comparution ; seuls près de 3% étant en instance d'appel ou de pourvoi en cassation : toutes ces personnes étaient en détention provisoire dans des maisons d'arrêt, pour une durée moyenne d'un peu plus de 4 mois.

Vingt pour cent (12 000) des détenus sont des personnes condamnées à des peines de moins de 1 an, détenues elles aussi dans des maisons d'arrêt.

Vingt et un pour cent (13 000) sont des condamnés à des peines d'une durée de 1 an à moins de 5 ans, et 23% (14 000) sont des condamnés à des peines de plus de 5 ans (dont 8 000 à des peines de plus de 10 ans) qui sont détenus dans des maisons centrales où s'effectuent les longues peines.

Ce sont les maisons d'arrêt qui posent les problèmes les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie, et de protection de la santé.

La question de la protection de la santé en prison est essentielle pour tous les détenus. Mais plusieurs catégories de détenus posent des problèmes particuliers qui nécessitent des efforts spécifiques de prise en charge.

1. Les jeunes, très nombreux. Près d'une personne détenue sur deux en 2005 (environ 25 000 personnes) a moins de 30 ans. Condamnés en moyenne à des peines de moins de 9 mois, ces jeunes détenus risquent, en l'absence de soins et **d'éducation à la santé** de courir, à leur sortie de prison, les mêmes risques graves, voire encore plus graves pour leur santé que ceux auxquels ils étaient exposés avant leur incarcération.

2. Les personnes âgées de plus de 60 ans. Leur proportion a triplé durant les 15 dernières années pour atteindre 3,5%, soit plus de 2 000 détenus en 2005. En 2003, on recensait plus de 300 septuagénaires et une quinzaine d'octogénaires incarcérés. Si on élargit aux personnes détenues âgées de plus de 50 ans, leur proportion a doublé durant les 15 dernières années atteignant plus de 12%, soit plus de 7 000 détenus en 2005. Ce nombre croissant est notamment dû à l'augmentation des condamnations pour délits sexuels, qui concernent particulièrement ces classes d'âge, et surtout à l'augmentation des condamnations à de longues peines. Ces personnes sont particulièrement exposées aux handicaps et aux maladies du vieillissement.

* Dr Olivier Obrecht, Revue Projet (Printemps 2002)

3. Les personnes handicapées. Au nombre croissant de personnes atteintes de handicaps liés à l'âge qui surviennent en cours de détention en raison de l'augmentation des condamnations à de longues peines s'ajoute le nombre de personnes déjà atteintes de handicap au moment de leur emprisonnement : **plus de 5 000 personnes étaient atteintes de handicap en 2003 au moment de leur incarcération.** Le plus souvent, il n'existe pas aujourd'hui en prison, de cellule aménagée pour recevoir les personnes handicapées, et la prise en charge véritable du handicap demeure, dans les fait, impossible, notamment dans les maisons d'arrêt, et pourtant, on fait comme si elle était possible.

4. Les femmes. **Plus de 3 500 femmes ont été incarcérées** en 2005, pour la plupart jeunes (d'une moyenne d'âge de 30 ans), en majorité comme prévenues. Elles doivent pouvoir être respectées dans leur intimité avec la spécificité qu'exige leur condition, et en particulier le respect des liens mère-enfant devrait être assuré. Leur état de précarité (33% sont sans protection sociale) et leurs problèmes de santé, physique et mentale sont non seulement sans commune mesure avec ceux des femmes de même âge dans la population générale, mais aussi plus importants que ceux des hommes incarcérés.

5. Les enfants nés en prison et les enfants en bas âge de mères incarcérées. Pour les mères d'enfants en bas âge incarcérées, ou les femmes ayant donné naissance en prison à un enfant dont elles vont être séparées au bout de 18 mois, aux contraintes de l'incarcération va s'ajouter la douleur de la rupture du lien avec leurs enfants. Tout doit être fait pour que la santé et le bien-être de l'enfant soient protégés, et que la relation entre la mère et l'enfant puisse se développer. Comme le souligne la Convention internationale des droits de l'enfant : « dans toutes les décisions qui concernent les enfants (...) l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. » Le fait d'insister sur l'importance du lien entre la mère détenue et l'enfant ne retire rien à la considération qu'il faut porter aussi au lien entre le père détenu et l'enfant.

6. Les mineurs. Plus de 3 300 mineurs ont été incarcérés en 2005, en majorité comme prévenus, avec des problèmes de toxicomanie, de santé mentale et de désinsertion scolaire et sociale importants. **Un mineur incarcéré est toujours en situation de grande vulnérabilité.** En l'absence de prise en charge spécifique liée à son âge, c'est en prison bien souvent qu'il apprendra la grande délinquance. C'est donc en amont qu'il faut tout faire pour éviter la prison à un mineur ou, s'il y a emprisonnement, une prise en charge complexe et adaptée à cet âge spécifique doit être mise en place. D'une manière générale la prise en charge de la santé mentale des jeunes pose des questions de la plus haute importance. Les mineurs sont en principe détenus dans des établissements pour mineurs, mais en réalité ils sont souvent incarcérés dans des quartiers pour mineurs des maisons d'arrêt pour hommes ou pour femmes adultes.

7. Les étrangers. Plus de 20% des personnes incarcérées (12 000 personnes) en 2005 étaient des étrangers. L'absence fréquente de traducteurs pose des problèmes particulièrement difficiles d'accès aux soins.

8. Les personnes en fin de vie

et

9. Les personnes atteintes de maladies mentales graves posent des problèmes spécifiques qui sont détaillés plus bas.

B. La prison est de plus en plus un lieu confronté à la maladie mentale.

La prison devient de plus en plus un lieu d'enfermement des malades psychiatriques : le taux de pathologies psychiatriques est 20 fois plus élevé en prison que dans la population générale. En 2004, une enquête épidémiologique demandée par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de l'Administration pénitentiaire (DAP) révélait la présence de 14% de détenus atteints de psychose avérée (plus de 8 000 détenus) dont 7% (plus de 4 000 détenus) atteints de schizophrénies.

On assiste à un déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison. L'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement, et en particulier de la notion de responsabilité pénale ; perte du sens même du soin et du rôle de soignant ; et même perte du sens du rôle de surveillant.

Source de souffrances pour la personne malade (« la prison en soi est un facteur d'aggravation des troubles mentaux » soulignait le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2001), la pathologie mentale est aussi source de souffrance et de confusion pour les codétenus confrontés quotidiennement à la « folie », insupportable et contagieuse.

C. La prison est aussi cause de maladie et de mort : c'est un lieu de régression, de désespoir, de violences exercées sur soi-même, et de suicide.

1. Le suicide : les détenus en préventive et les condamnés à de courtes peines.

Plus de 25 ans après l'abolition de la peine de mort, la prison est encore un lieu de mort : **122 suicides en 2005 (un taux 7 fois plus important que dans la population générale)**. La même année, plus de 950 tentatives de suicide ont eu lieu, ainsi qu'un grand nombre d'automutilations, qui, outre les lésions qu'elles entraînent, constituent souvent une autre forme de tentative de suicide ou sont des signes annonciateurs de suicide.

L'enquête épidémiologique de la DGS et la DAP en 2004 indiquait que 40% des détenus souffraient de dépression.

La moitié des suicides concerne des prévenus, présumés innocents et ont lieu dans les semaines qui suivent leur incarcération (plus de 70% des personnes incarcérées sont des prévenus en attente de jugement).

Le taux de suicide est un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes détenus.

La deuxième cause de suicide est la prise de mesures disciplinaires d'isolement : la mise en cellule d'isolement (le « mitard »), qui peut concerner aussi bien le prévenu que le condamné. En 2003, le taux de suicide était 7 fois plus important en quartier disciplinaire que dans les autres conditions de détention.

Le rapport Jean-Louis Terra sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire remis aux ministères de la Santé et de la Justice le 10 décembre 2003 proposait d'instaurer « un climat propice aux confidences sur leur souffrance pour tous les détenus. Une telle atmosphère impose de réduire au maximum le stress et l'anxiété des personnes détenues notamment grâce à de bonnes relations entre les détenus et le personnel pénitentiaire, à des conditions de vie décentes, à l'assurance de ne pas être brutalisé, au maintien de liens familiaux ».

2. La demande de mort : les condamnés aux lourdes peines.

Les longues peines peuvent, quant à elles, engendrer une « maladie de l'enfermement » conduisant parfois à une demande de mort qui traduit un besoin de voir reconsidérer leurs conditions insupportables de vie et peut aussi exprimer une réelle envie de mourir s'apparentant alors à une demande d'euthanasie. En témoigne l'appel récent de certains détenus de Clairvaux au rétablissement de la peine capitale comme seule issue à des conditions de vie qui retirent tout espoir à leurs yeux de trouver un sens à leur existence agonisante.

3. « Contraindre le détenu à ne pas mourir ou le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie ? »

Dans une circulaire du 29 mai 1998, l'administration pénitentiaire insistait sur le fait qu'une politique de prévention du suicide « n'est légitime et efficace que si elle cherche non à contraindre le détenu à ne pas mourir, mais à le restaurer dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie. »

Mais deux ans plus tard, le rapport de l'Assemblée Nationale décrivait la prison comme « un monde où le détenu est totalement déresponsabilisé et infantilisé ».

Comment parvenir à une telle restauration du détenu « dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie » quand l'état de dépendance absolue dans lequel il est maintenu, l'absence de responsabilisation, le manque d'activité et de véritable politique de réinsertion, la promiscuité, la difficulté à s'exprimer et à être entendu installent une forme de régression et de violence contre soi-même qui conduit à l'automutilation ou au suicide ?

Comment parvenir à une telle restauration quand se conjuguent les carences qui caractérisent la vie en prison : carences en sommeil, carences en liens familiaux et affectifs, troubles dépressifs dont souffre près d'un détenu sur deux, exposition chronique au stress, et à la violence exercée par les codétenus ?

D. La prison peut être encore un lieu de fin de vie, où l'on meurt de maladie et de vieillesse.

La prison est un lieu de mort, de maladie et de vieillesse : outre les 120 personnes qui meurent par suicide chaque année, le Conseil National du Sida indiquait en octobre 2005 que chaque année environ 120 personnes meurent de maladie ou de vieillesse en prison.

Depuis la mise en application en avril 2002 de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et jusqu'au 31 décembre 2004, 165 personnes ont bénéficié des dispositions de cette loi permettant une libération pour raison de santé, et ont pu ainsi ne pas mourir en prison.

Pendant cette même période de 2 ans et 9 mois, environ 320 personnes (près du double) n'ont pas bénéficié de ces dispositions et sont mortes en prison.

III. Ce que prévoit la loi

A. Une loi spécifique pour la santé en prison : la loi du 18 janvier 1994.

C'est à la suite de la publication d'un rapport de 1993 du Haut comité de la santé publique soulignant les problèmes posés par la prise en charge de la santé en milieu carcéral qu'a été entreprise une réforme du système de soins en prison.

1. L'hôpital entre dans la prison.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la médecine en prison relève désormais du Ministère de la Santé et non plus du Ministère de la Justice, à l'exception de la direction des deux grands hôpitaux pénitentiaires français, Fresnes et les Baumettes, sur lesquels le Ministère de la Justice exerce toujours sa tutelle, ce qui ne manque pas de poser une question majeure de responsabilité.

. Deux structures se partagent actuellement la responsabilité de la médecine en prison, chacune rattachée à un service ou à un pôle hospitalier de proximité, centre hospitalo-universitaire (CHU), hôpital général, ou hôpital privé :

- Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.)
- Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (S.M.P.R.)

- Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.) prennent en charge les problèmes somatiques.

Elles sont actuellement au nombre de 189. Leur mission s'organise autour de quatre grands axes :

- 1) Les soins en milieu pénitentiaire c'est-à-dire :
 - l'ensemble des prestations de médecine générale (visites et consultations médicales, y compris la visite médicale d'entretien) ;
 - les soins infirmiers, incluant la distribution des médicaments ;
 - les consultations spécialisées pouvant être réalisées sur place ;
 - les soins dentaires ;
 - les examens de laboratoire pouvant aussi être effectués sur place ;
 - la permanence des soins en dehors du temps de présence des soignants.
- 2) L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour des consultations ou des examens nécessitant un accès au plateau technique et pour des hospitalisations urgentes ou d'une durée inférieure à 48 heures.
- 3) La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en coordination avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).
- 4) La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé en coordination avec les partenaires concernés (services de l'état, conseil général, autres collectivités, associations...)

Ces actions de prévention permettent entre autres, le dépistage de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles, le dépistage volontaire du VIH et des hépatites, les vaccinations...

L'objectif est de responsabiliser la personne détenue vis-à-vis de sa santé et de favoriser sa réinsertion ultérieure, et notamment la continuité des soins. Ces actions impliquent, pendant l'incarcération, la coopération des personnels pénitentiaires, et lors de la libération, le relais par des structures extérieures, pour que puisse être réalisée une véritable promotion de la santé.

Par ailleurs, un schéma national d'hospitalisation des détenus (hors psychiatrie) a été institué en 1999, et a commencé à être mis en place. Il permet d'améliorer les conditions d'hospitalisation des détenus et de rationaliser leurs conditions de surveillance. Il repose, conformément aux orientations de l'article R. 711-19 du Code de la santé publique, sur des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), dont trois seulement avaient été mises en place au début de l'année 2006.

Depuis plus de 10 ans, malgré les problèmes graves de protection de la santé et d'accès aux soins qui continuent à se poser en prison, la prise en charge par l'hôpital public des pathologies somatiques graves a contribué à améliorer l'état de santé des détenus. Certains ont ainsi pu bénéficier en prison de soins de bien meilleure qualité que ceux auxquels ils auraient eu accès hors de prison.

Mais dans un rapport de décembre 2003, l'Académie de médecine notait « 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 »

- Les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) créés en 1986, et dont les missions ont été redéfinies dans la loi du 18 janvier 1994, sont des services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire par un établissement hospitalier, qui prennent en charge les problèmes psychiatriques (26 centres).
En milieu pénitentiaire, deux niveaux de soins ont été développés :
 - Les prises en charge ambulatoires sont réalisées par l'équipe du secteur de psychiatrie générale locale.
 - Des soins plus diversifiés (incluant l'hospitalisation avec le consentement du détenu) sont assurés dans les services médico-psychologiques régionaux.

Quant aux hospitalisations pour troubles mentaux, sans le consentement des détenus, elles sont réalisées selon la procédure de l'hospitalisation d'office, hors milieu pénitentiaire, dans les établissements de santé habilités. Les modalités d'hospitalisation psychiatriques des personnes détenues ont été réformées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, qui prévoit une redéfinition de l'organisation de leur prise en charge. L'article 48 prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), dispositif actuellement en cours de définition.

Dans son rapport de 2005, le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe remarquait que « même s'ils bénéficient de moyens importants, les SMPR rencontrent de nombreuses difficultés. Ainsi, certains sont logés dans des locaux vétustes et non adaptés aux soins. Le SMPR des Baumettes à Marseille dispose de 32 lits répartis dans 14 cellules de 10m² chacune. Six cellules accueillent trois malades sur des lits superposés. De telles conditions nuisent grandement à la qualité des soins et décuplent les difficultés des personnels soignants. En outre, il faut surtout signaler le très faible nombre de places disponibles dans les SMPR, en comparaison des besoins réels. Ces services perdent ainsi très rapidement leur vocation régionale, et les établissements non dotés d'un SMPR s'en trouvent réduits à assurer les soins courants, alors qu'ils n'ont pas toujours l'appui d'une équipe médicale spécialisée. Des unités psychiatriques ont été intégrées à certaines UCSA, comme au Pontet, mais une telle initiative est loin d'être généralisée. **La situation est plus difficile encore pour les femmes [détenues].** Il n'existe en effet que deux SMPR réservés aux femmes sur toute la France. La maison d'arrêt de Fleury-Mérogis accueille l'un d'entre eux, mais ne dispose que de dix places. Dans les prisons mixtes, les femmes n'ont pas toujours accès aux activités thérapeutiques gérées par le SMPR ».

Mais la prison ne peut pas et ne doit pas – comme c'est de plus en plus le cas aujourd'hui – se substituer à l'hôpital psychiatrique. Cette confusion croissante entre le sens de la peine et le sens du soin pose des problèmes éthiques graves.

. Dans ces deux structures, UCSA et SMPR, les médecins sont des praticiens hospitaliers nommés au même titre que les autres praticiens hospitaliers des hôpitaux publics. Les médecins adjoints et attachés sont vacataires, spécialistes ou généralistes, ou dentistes. Ils assurent un service d'astreinte 24h/24h. Les infirmier(e)s sont salariées de l'hôpital public de rattachement et relèvent comme dans n'importe quel hôpital public de l'autorité de l'administration hospitalière.

. Cette dichotomie entre les deux structures – UCSA et SMPR – crée parfois des problèmes de relations et de coordination, variables selon les établissements, car les deux tutelles hospitalières* sont différentes.

2. L'assurance maladie et maternité entre en prison.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, tous les détenus sont affiliés, dès l'incarcération, au régime général de la sécurité sociale, et depuis 2005, ils devraient bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) L'Etat acquitte les cotisations sociales correspondantes, au travers d'une dotation budgétaire du Ministère de la Justice, versée aux caisses d'assurance maladie. Il finance également la part qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie : le ticket modérateur pour les soins et le forfait hospitalier lors des hospitalisations.

3. Le surveillant se voit attribuer un rôle crucial dans l'articulation de la relation entre détenus et soignants.

* Par exemple l'UCSA de la maison d'arrêt de la Santé relève de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et en particulier de l'hôpital Cochin. Le SMPR du même établissement relève de l'Hôpital Sainte-Anne et donc de la Préfecture de la Seine...

Des surveillants pénitentiaires sont mis à la disposition du service médical pour accueillir et sécuriser les espaces médicaux. Ils sont astreints au secret médical.

Les consultations à l'UCSA et au SMPR se font soit à la demande des détenus, et sont alors transmises par les surveillants, soit à la demande des surveillants eux-mêmes, soit à la demande des soignants. Le surveillant joue ainsi un rôle crucial dans la protection de la santé des détenus et dans leur accès aux soins.

En cas de nécessité d'appel à un spécialiste, celui-ci peut venir dans la prison donner un avis, mais le plus souvent les détenus sont transportés vers l'hôpital de rattachement avec une escorte assurée par l'administration pénitentiaire et une garde policière. S'ils doivent être hospitalisés, ils sont alors gardés par la police.

4. Une forme de contact plus direct entre les détenus et les infirmiers a été progressivement mise en place qui permet en particulier au détenu de demander une consultation en plaçant directement cette demande dans une boîte aux lettres prévue à cet effet. Par ailleurs, la distribution des médicaments est désormais assurée par les infirmier(e)s, et les prisonniers sous traitement de substitution pour toxicomanie peuvent dans certains cas se rendre chaque matin à l'infirmerie pour recevoir ce traitement. Il est important de favoriser le développement de ces relations directes entre détenus et soignants, si l'on veut assurer aux détenus une qualité de soin qui se rapproche de celle qui est proposée à l'ensemble de la population.

5. La loi du 18 janvier 1994 constitue donc la fin d'un régime d'exception et d'exclusion : l'objectif est d'assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins, ainsi qu'un accès aux actions de prévention, de dépistage, et d'éducation à la santé qui soient équivalents à ceux dont dispose l'ensemble de la population.

Un *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* a été réalisé de manière conjointe par les services du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice, et a fait l'objet d'une circulaire du 8 décembre 1994. Une première mise à jour de ce *guide méthodologique*, effectuée par circulaire du 10 janvier 2005, fait le bilan de la mise en place de ces réformes, note les difficultés à résoudre, et formule de nouvelles recommandations.

Ces recommandations concernent notamment la prise en compte du droit des malades en matière d'information, de consentement et de suspension de peine pour raison médicale, les modalités de réponse aux urgences médicales, l'hygiène des lieux de soin, la prévention et l'éducation pour la santé (en particulier pour les auteurs d'infractions sexuelles, les addictions), le suicide, la prise en charge des personnes handicapées, et le nécessaire partenariat entre les professionnels sanitaires et pénitentiaires.

Ce *guide méthodologique* a vocation à être régulièrement actualisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant l'organisation des soins et la santé publique, et des nouvelles directives européennes. Un comité de suivi composé de représentants des institutions concernées et de professionnels de santé a été mis en place afin d'assurer cette actualisation.

B. Les autres lois concernant la santé et les droits de la personne malade ou handicapée.

Après la loi du 18 janvier 1994, spécifique de la santé en prison, quatre lois concernant, d'une manière générale, la santé de la population ont donné une importance nouvelle à la notion des droits de la personne malade, handicapée, ou en fin de vie.

Seule l'une d'entre elles contient un article spécifique à la santé en prison. Il s'agit de :

1. La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Celle-ci a, en son article 10, dont les dispositions ont été insérées dans le Code de Procédure Pénale à l'article 720-1-1, permis d'adapter aux situations de fin de vie des condamnés le caractère libératoire pour raison médicale.

D'autres lois, s'appliquent à la prise en charge de la santé des détenus même si elles ne contiennent pas d'article spécifique concernant la santé en prison, car elles concernent l'ensemble des citoyens :

2. La Loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

A aucun moment cette loi ne se réfère expressément à la condition des détenus, fussent-ils soignés dans un centre hospitalier, mais il va de soi que rien ne justifierait que la personne malade "*dont l'état le requiert*" se voit refuser le droit d'accéder à des soins palliatifs et un accompagnement pour la seule raison de sa détention.

3. La Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Cette loi, pas plus que la précédente, ne vise la situation particulière des détenus. Mais dès lors qu'elle s'applique à la personne en "*phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable*" et qu'elle prévoit de nouvelles règles pour l'accompagner et lui permettre de finir sa vie dans la dignité, il va de soi qu'on ne saurait exclure un détenu du bénéfice de cette loi, pour la seule raison de sa détention.

4. La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi ne prévoit pas davantage, bien évidemment, une privation des détenus du bénéfice de ses dispositions.

IV. Malgré l'existence de ces lois, l'accès aux soins et à la protection de la santé en prison continue de poser des problèmes éthiques majeurs.

A. Dans les situations extrêmes.

1. La personne dépendante, âgée ou handicapée est le plus souvent privée d'aide et d'autonomie

« Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur » indiquait l'enquête menée en 2002 par Handicaps – Incapacités – Dépendance - Prisons.

« Une personne détenue sur deux souffre soit de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps ou l'espace, soit d'une incapacité, difficulté, voire impossibilité à réaliser des actes élémentaires de la vie quotidienne, telle que s'habiller, se laver, parler... »

Une enquête réalisée en 2003 sur les personnes à leur entrée en détention indiquait que 2,4% étaient titulaires d'une allocation pour adulte handicapé (AAA), 3,3% étaient invalides, et 3,8% bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). Au total, plus de 6% des personnes au moment de leur incarcération (soit environ 5 000 personnes incarcérées) étaient concernées par au moins un de ces critères.

L'Académie de Médecine, évoquant d'une manière plus générale les personnes détenues de plus de 60 ans, notait dans son rapport de décembre 2003 que la plupart d'entre elles « sont incarcérées dans des établissements inadaptés aux handicaps physiques liés à l'âge : nombreux escaliers, absence d'ascenseur, absence de plans inclinés rendant inaccessible de nombreux locaux, y compris les locaux médicaux... *a fortiori* pour ceux qui doivent utiliser un fauteuil roulant ».

Ces personnes handicapées sont confrontées en prison à trois grandes difficultés :

- l'inaccessibilité des lieux
- le manque total ou partiel d'aide technique
- et surtout l'absence d'une tierce personne pouvant les aider dans les gestes et soins indispensables au quotidien.

- L'inaccessibilité des lieux empêche le détenu handicapé de bénéficier des parties communes (douches, salles de travail, bibliothèque, cour-promenade...)

La plupart des prisons, archaïques, manquent totalement ou partiellement de barres d'accès et d'ascenseurs, de douches et de WC aménagés, de cellules individuelles suffisamment spacieuses pour recevoir un lit adapté et un fauteuil roulant.

- Les aides techniques (lit adapté, alèses, système de levage, fauteuil roulant, etc.) sont quasiment inexistantes pour les raisons précédemment évoquées, mais aussi par manque de moyens financiers.

Jusqu'au début de l'année 2005, les allocations prévues par la loi pour aider les personnes dépendantes et donc leur permettre d'acquérir certains matériels de soutien se trouvaient réduites ou supprimées quand elles entraient en prison pour un délai excédant 45 jours, y compris lorsqu'elles étaient mises en examen ou prévenues, présumées innocentes.

- Quant à la présence d'une tierce personne, qui apporte une aide à la vie quotidienne ou offre des soins particuliers (kinésithérapie par exemple), elle demeurait, jusqu'à début de l'année 2005 refusée.

L'aide au détenu handicapé dépendait entièrement du bon vouloir de ceux qui l'entouraient (gardiens ou surtout codétenus) avec tous les manques et les risques que cela comporte.

La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* indique, dans son chapitre « éléments d'actualisation du guide (la prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées) » que « l'accueil en détention de personnes dépendantes âgées ou handicapées concerne un nombre croissant de personnes détenues.

En plus de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les personnes détenues peuvent maintenant bénéficier des prestations spécifiques telles que l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) ». Il reste à espérer et à vérifier que ces mesures entreront rapidement en application.

Le même chapitre « éléments d'actualisation du guide (la prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées) » indique aussi que « les personnes dépendantes, âgées ou handicapées doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur état, notamment de cellules réservées à l'accueil de personnes handicapées ».

Mais seuls les nouveaux établissements pénitentiaires sont censés comporter systématiquement « au moins une cellule aménagée ». On voit mal comment les nouvelles prisons dotées pourtant d'une cellule aménagée (une pour 200 places, soit 0.5% dans les seules nouvelles prisons, alors que le pourcentage de personnes handicapées incarcérées, toutes prisons confondues, était en 2003 de plus de 6% !) parviendraient à résoudre le problème de l'ensemble des personnes handicapées détenues, car au nombre de détenus entrant porteurs d'un handicap s'ajoute désormais celui des détenus qui ont vieilli en prison. Ainsi, « celles-ci [les personnes handicapées] sont soumises à des conditions d'hébergement et de vie attentatoire à leur dignité », pour reprendre les termes de la Commission nationale consultative des droits de l'Homme dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006.

Quand toute prise en charge véritable du handicap est dans les fait impossible, la personne détenue handicapée se trouve de fait exclue non seulement du champ d'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais aussi de la loi du 18 janvier 1994, qui a pour objectif de donner au détenu un accès aux soins et à la protection de la santé identique à celui de la population générale.

2. La suspension de peine pour raison médicale en fin de vie, prévue par la loi du 4 mars 2002, est appliquée de manière très restrictive.

Ces dispositions, qui ont été insérées dans le Code de Procédure Pénale à l'article 720-1-1, autorisent la suspension des peines privatives de liberté pour « les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention ».

L'*Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006 de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme cite les chiffres rendus publics par le ministère de la Justice le 19 juillet 2005 indiquant que 165 personnes avaient bénéficié d'une suspension de leur peine pour raison médicale entre l'entrée en vigueur de la loi en avril 2002 et le 31 décembre 2004. Elle met en rapport ces chiffres avec ceux publiés par un collectif d'associations et de praticiens (le « Pôle suspension de peine ») qui indique l'existence de 436 demandes durant cette même période, c'est-à-dire un taux de refus qui serait de plus de 60%.

La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* rappelle que « la mesure de suspension de peine pour raison médicale nécessite, pour sa mise en œuvre, les conclusions concordantes de deux expertises médicales. Elle est assujettie aux délais nécessaires à la réalisation des expertises et s'appuie sur un travail partenarial entre les

services pénitentiaires et les services médico-sociaux, notamment pour la recherche éventuelle d'un lieu de vie adéquat pour la personne bénéficiaire de la mesure. Cependant, la décision appartient au juge de l'application des peines ou à la juridiction régionale de la libération conditionnelle ».

En réponse à des questions écrites de deux députés, en mai et juillet 2005, le Ministre de la Justice a indiqué que l'une « des principales difficultés existantes » à l'application de la suspension de peine pour raison médicale est liée à la recherche de « solutions de prise en charge » : « hospitalisation, hébergement en famille ou foyer ».

Déjà dans un avis du 11 mars 2003, le Conseil national du Sida souhaitait que « les pouvoirs publics prennent des mesures afin que ce texte connaisse une application à la hauteur des ambitions du législateur ».

Quelles que soient les raisons des difficultés d'application d'une loi dont le but était d'éviter la mort en prison, et qui indiquait que seuls « des motifs de santé » doivent être pris en considération dans la décision de suspension de peine pour raison médicale, on ne peut qu'être frappé par le fait que depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, à la date du 31 décembre 2005, sur une période de 3 ans et demi, plus de 800 personnes détenues étaient probablement mortes en prison : plus de 400 de suicide, et plus de 400 de maladies ou de vieillesse.

3. Contrairement à un condamné, un prévenu, présumé innocent, en fin de vie ne peut pas bénéficier des dispositions de suspension de peine pour raison médicale prévues par la loi du 4 mars 2002.

La personne en détention provisoire, qu'elle soit mise en examen, en attente de comparution, ou en instance d'appel ou de pourvoi en cassation, est totalement exclue du champ d'application des dispositions de l'article 720.1.1 du Code de procédure pénale de la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades, qui a pour but d'adapter aux situations de fin de vie le caractère libératoire pour raison médicale.

La possibilité d'une suspension de détention est laissée à l'appréciation du juge d'instruction. A ce statut particulier, hors du champ d'application de la loi concernant les personnes en fin de vie – ou plus largement les personnes dont l'« état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » ou ayant une « pathologie engageant le pronostic vital » – s'ajoutent les conditions de vie généralement indignes des personnes en détention provisoire, incarcérées en maison d'arrêt où la surpopulation, la promiscuité et l'hygiène sont incompatibles avec la mise en place de soins palliatifs et d'un véritable accompagnement humain en fin de vie.

Certains détenus en fin de vie engagent des procédures en faisant référence, par exemple, à la Convention Européenne des Droits de l'Homme qui interdit des traitements dégradants. Mais les procédures sont longues et le plus souvent incompatibles avec l'espérance de vie de ces prévenus. D'autant que le justiciable détenu qui se pourvoit en Cassation reste un prévenu... Cette situation paradoxale encourage le prévenu à ne pas utiliser les voies de recours afin d'être condamné le plus rapidement possible, bénéficiant alors du droit de demander l'application de la loi du 4 mars 2002.

Cette discrimination crée un problème éthique majeur. Une personne en fin de vie devrait être traitée comme telle, sans référence à sa situation judiciaire de prévenue – mise en examen, en attente de comparution, en instance d’appel ou de pourvoi en cassation – ou de condamnée. Le paradoxe étant toujours qu’une personne prévenue est présumée innocente...

Toute personne en fin de vie devrait pouvoir échapper à l’incarcération.

4. L’incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves : la « folie » en prison.

Cette situation, déjà soulignée précédemment constitue l’un des problèmes éthiques majeurs concernant d’une part la confusion croissante entre les sens respectifs de la peine et du soin, et d’autre part le droit à la protection de la santé et à l’accès aux soins. Ces problèmes éthiques graves d’atteinte au droit à la protection de la santé et à l’accès aux soins impliquent à la fois le droit des malades à la meilleure prise en charge médicale psychiatrique possible de leur souffrance dans des conditions respectueuses de leur dignité, et le droit de leurs codétenus à la protection de leur santé mentale, mise en péril par une confrontation permanente à la « folie ».

B. Dans la reconnaissance des besoins essentiels à la protection de la santé et de la dignité humaine.

1. La surpopulation carcérale et le non-respect du droit à l’hygiène, à l’intimité, à la salubrité des locaux et à des conditions de vie non dégradantes pour la santé physique et mentale.

L’Assemblée Nationale indiquait dans son rapport de 2000 que « la surpopulation pénale est à l’origine d’un traitement infligé aux détenus qui peut être considéré, à juste titre, comme inhumain et dégradant ».

Dans son étude de 2004, la Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme soulignait « 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 ».

Dans son étude de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme rappelait qu’en 2005, le Commissaire Européen aux Droits de l’Homme a qualifié de « répugnants » certains lieux de détention qu’il a visité en France.

Pour ne donner qu’un exemple, enfermer en maison d’arrêt trois ou quatre personnes dans une cellule de 9m², avec une cuvette de WC non isolée constitue non seulement une atteinte à l’hygiène, mais aussi une agression psychologique majeure, et une atteinte à la dignité humaine des détenus qui sont contraints d’assurer leurs besoins élémentaires sans la moindre intimité.

La rareté des douches (qui sont souvent, notamment dans les maisons d’arrêt, dans des conditions de saleté liées à la vétusté des équipements) pose à la fois des problèmes d’hygiène et de dignité humaine. Dans son étude de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme rappelait que « les locaux des douches sont souvent insalubres, sans aération et couverts de moisissure. L’article D. 350 du Code de Procédure Pénale indique :

« dans toute la mesure du possible, ils [les détenus] doivent pouvoir se doucher au moins trois fois par semaine ». Mais pour la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, « cette règle, *a fortiori* assortie de ce tempérament, n'est plus admissible au 21^{ème} siècle. Les détenus doivent pouvoir se doucher quotidiennement ».

Pourtant, l'article D. 349 (Décret du 8 décembre 1998) du Code de Procédure Pénale indique que « l'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité ». L'article D. 350 indique que « les locaux de détention, et, en particulier ceux qui sont destinés au logement, doivent répondre aux exigences de l'hygiène ». Et l'article D. 351 indique que « les installations sanitaires doivent être propres et décentes ».

Le Code de Procédure Pénale a mis en place toute une série de processus de contrôle pour assurer que ces règles sont réellement appliquées.

Ainsi, l'article D. 348-1 indique : « l'inspection générale des affaires sociales et les services déconcentrés du ministère chargé de la santé veillent à l'observation des mesures nécessaires au maintien de la santé des détenus et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Ces services contrôlent à l'intérieur des établissements pénitentiaires l'exécution des lois et des règlements se rapportant à la santé publique et effectuent toute vérification nécessaire ».

L'article D. 348-3 indique : « le comité interministériel [de coordination de la santé en milieu pénitentiaire] est chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires. Il veille à la mise en œuvre des orientations fixées dans le domaine de la prévention, de l'organisation des soins et de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires ».

Et l'article D. 380 déclare : « le médecin responsable [...] veille à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire. A ce titre, il est habilité à visiter l'ensemble des locaux de l'établissement et à signaler aux services compétents les insuffisances en matière d'hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d'affecter la santé des détenus ; il donne son avis sur les moyens d'y remédier ».

Les conditions de surpopulation et de promiscuité dans les cellules concernent **essentiellement les personnes prévenues**, présumées innocentes, détenues **dans les maisons d'arrêt**. Les centrales, qui ne sont elles pas surpeuplées, n'accueillent pas de prévenus mais des condamnés à de longues peines.

A titre d'exemple, en 2005, dans 8 maisons d'arrêt, le taux d'occupation était supérieur à 200%.

D'une part, on ne peut qu'être frappé par le nombre de personnes prévenues incarcérées chaque année en détention provisoire : plus de 60 000 en 2005, alors que la loi du 6 janvier 1995 stipule que la détention préventive doit être l'exception.

D'autre part, il existe une contradiction entre la surpopulation et la promiscuité dans les cellules des personnes en détention provisoire et l'article D. 716 du Code de Procédure Pénale (correspondant à la loi du 4 janvier 1993) qui indique : « les personnes mises en examen, prévenues et accusés soumis à la détention provisoire sont placées au régime de l'emprisonnement individuel de jour et de nuit ».

Avant la loi du 15 juin 2000 sur la présomption d'innocence, cet article se poursuivait ainsi : « il ne peut être dérogé à ce principe qu'en raison de la distribution intérieure des

maisons d'arrêt ou de leur encombrement temporaire ou, si les intéressés ont demandé à travailler, en raison des nécessités d'organisation du travail.

La loi du 15 janvier 2000, dans son article 68, a entraîné la modification suivante : « il ne peut être dérogé à ce principe qu'à leur demande [qu'à la demande des personnes détenues] ou, si les intéressés ont demandé à travailler, en raison des nécessités d'organisation du travail », l'article D. 716 indiquant que cette mesure est applicable à compter du 16 juin 2003 (c'est-à-dire il y a plus de 3 ans).

Mais 4 jours avant ce terme, l'article 41 de la loi du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière (!) a prolongé de 5 ans ce délai, entraînant une nouvelle modification de l'article D. 716 : « il ne peut être dérogé à ce principe que dans les cas suivants :

1) si les intéressés en font la demande ; 2) si leur personnalité justifie, dans leur intérêt, qu'ils ne soient pas laissés seuls ; 3) s'ils ont été autorisés à travailler, ou à suivre une formation professionnelle ou scolaire et que les nécessités d'organisation l'imposent ; 4) dans la limite de 5 ans à compter de la promulgation de la loi n° 2003-495 du 12 juin 2003 renforçant la lutte contre la violence routière, si la distribution intérieure des maisons d'arrêt ou le nombre de détenus présent ne permet pas un tel emprisonnement individuel ».

En d'autres termes, le principe du régime de l'emprisonnement individuel, affirmé dans la loi depuis 13 ans, n'a cessé de faire l'objet de dérogations qui en repoussent l'application, pour l'instant, à l'horizon 2008.

Dans son *Etude sur les droits de l'homme en prison* de 2004 et dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme a appelé à « assurer l'encellulement individuel, seul régime de détention à même de garantir l'intégrité physique et psychique des personnes incarcérées ».

La prise en charge défectueuse de l'hygiène en prison dépasse le cadre de la surpopulation carcérale, la promiscuité et l'état déplorable des locaux. Elle concerne aussi l'hygiène alimentaire car la nourriture en prison est source d'inégalités entre les détenus, dont la plupart sont sans ressources. En effet, certains aliments et compléments alimentaires ne sont accessibles aux détenus que s'ils les achètent. Dans son rapport de 2005 *Sur le respect effectif des Droits de l'Homme en France*, le Commissaire Européen aux Droits de l'Homme notait, pour exemple, que le prix de vente du sucre dans certaines prisons était supérieur au prix d'achat du sucre dans les magasins de la même région...

2. L'exposition de plus faibles à la violence des codétenus (cohabitation sans discrimination) et le non-respect du droit du détenu à la sécurité et à la protection de son intégrité physique et mentale. Le jeune présumé délinquant partageant sa cellule avec le criminel professionnel se trouve dans une situation d'extrême vulnérabilité.

Dans son rapport de 2000, *La France face à ses prisons*, l'Assemblée Nationale soulignait que « la surpopulation pénale n'est bien évidemment pas non plus étrangère à la survenue de plus en plus fréquente d'actes d'auto-agressions (automutilations, tentatives de suicide ou suicides), d'agressions entre détenus, de phénomènes de racket et d'actes de violence envers les surveillants ».

Cette violence omniprésente est exacerbée par l'indignité des conditions de détention en maison d'arrêt, par la promiscuité, et par l'intrusion massive de la maladie mentale au sein de la prison.

Elle l'est encore par le défaut d'écoute des problèmes humains vécus, tels que les états de stress et d'angoisse dont l'approche est uniquement et démesurément sécuritaire ou médicamenteuse.

Globalement la violence est traitée de deux manières:

- le recours intensif aux psychotropes qui justifie l'expression « prison médicamenteuse » ou « camisole chimique » ;
- le recours à l'instance disciplinaire qui souvent accroît le trouble qu'elle était censée faire disparaître.

On ne peut qu'être surpris que l'*Annuaire Statistique de la Justice, Exécution de peines et administration pénitentiaire* de 2006 – qui recense, entre 2001 et 2005, l'ensemble des données concernant les détenus, y compris les 2 000 à 3 000 « incidents collectifs ou individuels survenus pendant l'année », dont les agressions envers le personnel, les évasions, les refus d'alimentation, les suicides et les tentatives de suicide – ne fasse aucune mention de l'existence de violences subies par des détenus de la part d'autres détenus, comme si elles n'avaient pas lieu, ou ne méritaient pas d'être signalées et prises en compte parmi les données importantes communiquées sur la prison.

Pourtant, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, à partir de l'analyse des fautes disciplinaires recensées par l'administration pénitentiaire, a mis en évidence l'importance de ces phénomènes de violences : en 2002, plus de 6 800 cas d'agressions physiques entre détenus ont été répertoriés, dont 80% (plus de 5 300 cas) se sont produits en maison d'arrêt.

Une incarcération implique que l'intégrité physique et mentale de la personne incarcérée puisse être protégée et que sa sécurité puisse être assurée de façon permanente : qu'il s'agisse du risque d'agression entre détenus, du risque d'accident, d'automutilation ou de suicide ; ou qu'il s'agisse du risque de maladie grave posant des problèmes d'urgence, en particulier la nuit (asthme grave, infarctus...).

3. Les difficultés d'accès aux soins d'urgence.

Le recours à des soins d'urgence, ou à un accompagnement médical, nécessaire en cas d'angoisse profonde, est parfois rendu inaccessible :

- **Inaccessible la nuit**, par l'insuffisance de « rondes de nuit » rendant impossible l'accueil et la transmission au service médical de tout appel de détresse.

- **Difficile le week-end**, et même **le jour en semaine**, en raison du manque d'attention portée aux appels des détenus par les surveillants trop habitués à leurs cris et souvent peu formés à distinguer les plaintes nécessitant une réponse immédiate.

Pourtant, **il est inacceptable que des personnes enfermées dans des cellules**, en totale situation de dépendance et en situation d'anxiété **ne puissent pas bénéficier en cas d'urgence d'un accès, jour et nuit, à l'équipe médicale.**

L'IGAS et l'IGSJ, dans leur rapport de 2001, notaient que « l'absence de médecin de garde, les conditions d'alerte des surveillants, les délais d'accès aux cellules » étaient « autant d'éléments qui peuvent aboutir à une gestion de l'urgence insatisfaisante ».

L'Académie de Médecine, dans son rapport de décembre 2003, soulignait d'autre part que « le suivi d'un traitement prescrit pour être réparti sur 24h 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 SOS médecin, pour autant qu'ait été identifié (par qui ? le codétenu ?) et signalé l'état anormal du détenu ».

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006, notait **la lourdeur de la procédure** à mettre en oeuvre devant une urgence médicale de nuit : « outre qu'il doit entendre les appels du détenu en détresse ou ceux de ses codétenus, le surveillant de garde doit évaluer 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 enverra un médecin sur place.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme soulignait aussi que le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, dans sa version révisée d'avril 2004, invite 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 ».

La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* indique, dans le chapitre des éléments d'actualisation du guide (la réponse aux urgences), qu'« un dispositif permettant de faciliter la communication directe avec le médecin du centre 15 ou de l'établissement de santé doit être instauré, afin 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 ».

Dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme recommandait « 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 [le médecin régulateur] »

4. Le droit à la prévention et à l'éducation à la santé.

Le Code de la Santé Publique indique que « l'accès à la prévention et aux soins constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ».

La circulaire du 10 janvier 2005 concernant l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* indique, dans le chapitre des éléments d'actualisation du guide (*la prévention et l'éducation pour la santé*) précise que « la prévention fait partie de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue. Le médecin de l'UCSA coordonne, au sein de l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé ».

Le *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* souligne qu' « un des points forts de la politique de santé en milieu pénitentiaire [est] 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 ».

Mais dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme indique : « il apparaît pourtant que, d'une manière générale, y compris lorsqu'un tel plan existe, il demeure lettre morte. Nombre de rapports 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 œuvre 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 ».

5. La question du respect de la vie affective, familiale et de la sexualité.

Pour des personnes écartées de la société pendant un temps plus ou moins long, le maintien des liens familiaux est essentiel, en particulier à leur santé mentale. C'est l'un des appuis permettant au détenu de garder un équilibre psychologique et de croire encore à son avenir. C'est aussi, soulignait Le Conseil Economique et Social dans son rapport de 2006, « un des appuis permettant la réinsertion », dont un des aspects important est la continuité des soins, de la prévention et de la protection de la santé physique et mentale après la sortie de prison.

L'article D. 402 du Code de procédure Pénale indique qu'« il doit être particulièrement veillé au maintien et à l'amélioration des relations [des détenus] avec leurs proches, pour autant que celles-ci paraissent souhaitables dans l'intérêt des uns et des autres ».

L'article D. 410 indique que « les prévenus doivent pouvoir être visités au moins trois fois par semaine, et les condamnés au moins une fois par semaine ».

Dans la réalité de la prison française, et en particulier des maisons d'arrêt, le plein accès à ce droit est souvent impossible: trop grande distance entre le lieu d'incarcération et le domicile familial, transferts dans d'autres établissements pénitentiaires, parfois utilisé à titre de mesure disciplinaire, planning compliqué des visites, conditions difficiles des rencontres, absence de transports en commun, aggravées par des journées de visite et horaires très limités.

De plus, ce droit aux visites est restreint en ce qui concerne **les étrangers** détenus, en raison de l'article D. 407 qui indique que « les détenus doivent s'exprimer en français. Lorsque les uns ou les autres ne savent parler cette langue, la surveillance doit être assurée par un agent en mesure de les comprendre. En l'absence d'un tel agent, la visite n'est autorisée que si le permis qui a été délivré prévoit expressément que la conversation peut avoir lieu en langue étrangère ».

Les enfants – privés d'une intimité d'autant plus importante que les retrouvailles avec le parent incarcéré sont rares et brèves – **sont particulièrement vulnérables. Ils subissent lourdement les conséquences psychologiques et affectives de cette rupture des liens familiaux.** Pourtant, l'intérêt de l'enfant doit primer. La Convention Internationale sur les Droits de l'Enfant, dans son article 3-1, indique que « dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait d'institutions publiques ou privées de protection sociale, des

tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ».

En 1995, un rapport de l'administration pénitentiaire soulignait « la misère affective » des détenus. Jusqu'à une période très récente, il était inenvisageable dans notre pays que des couples, des familles, des parents et leurs enfants puissent se retrouver dans l'intimité. Privation de la liberté d'aller et venir était synonyme de privation de relations intimes affectives et familiales. Et la question de la possibilité pour un couple de maintenir des relations affectives et sexuelles quand l'un est en prison pour une longue peine était totalement exclue.

Pourtant, au Canada, cette possibilité de rencontre dans l'intimité dans des conditions respectant la dignité humaine a été mise en place depuis 25 ans. Dans certains pays européens comme le Danemark et les Pays-Bas, des visites non surveillées dans des locaux aménagés pour permettre des rencontres dans l'intimité sont possibles une fois par semaine.

En France, l'article D. 406 du Code de Procédure Pénale indique qu' « en toute hypothèse, un surveillant est présent au parloir ou au lieu de l'entretien. Il doit avoir la possibilité d'entendre la conversation ».

En 2003, une Unité de Visite Familiale (UVF) composée de trois appartements a été créée à la prison pour femmes de Rennes. Cette UVF permet aux femmes condamnées à de longues peines de retrouver leur famille et leurs proches 4 fois par an, pour une durée de 6h à 72h, dans un appartement où les surveillants ne pénètrent pas. Il faut souligner l'importance de cette mesure. « L'UVF est perçue comme un espace de liberté » déclarait en novembre 2006 le directeur de la prison de Rennes. « Le projet est novateur. Il prouve que l'administration pénitentiaire a su évoluer ».

Actuellement, les UVF n'ont été créées que dans 3 établissements pénitentiaires, ce qui représente un nombre infime par rapport aux 190 prisons françaises. En septembre 2006, le Ministre de la Justice a annoncé la création prochaine de 4 nouvelles UVF. Leur généralisation dans les prisons réservées aux longues peines est prévue pour 2009.

Il reste à espérer que la pleine application de ces mesures, essentielles au plan du respect de la santé mentale et de la dignité de la personne ne sera pas continuellement repoussée – comme cela l'a été pour l'accès au droit à la libération pour raison médicale, l'accès au droit à la prise en charge du handicap, l'accès au droit à l'incarcération en cellule individuelle (voir plus haut) – mais sera rapidement mise en œuvre.

C. Dans la mise en place, pour des raisons de sécurité ou disciplinaires, de contraintes mettant en cause le droit à la protection de la santé et la qualité des soins.

1. L'isolement disciplinaire : la cellule de discipline (le « mitard »), l'isolement en quartier disciplinaire, et les risques pour la santé mentale de détenu.

Dans les établissements pénitentiaires, l'ordre et la sécurité reposent presque uniquement sur le régime disciplinaire et les mesures de mise à l'isolement.

Le décret du 2 avril 1996 définit les manquements à la discipline et les sanctions en découlant. Le Code de procédure Pénale, dans son article D. 283-1, indique que le détenu peut

être isolé dans un quartier spécial par mesure de précaution et de sécurité. Aucune durée maximale d'isolement n'est spécifiée.

Dans son rapport de 2004, la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme notait qu'« en 2002, 161 détenus étaient ainsi maintenus au quartier d'isolement depuis plus d'un an ». Dans son rapport de 2005, le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe indiquait « j'ai rencontré au cours de la visite des personnes se trouvant en isolement total depuis de nombreuses années ».

Parmi les sanctions disciplinaires, le placement en cellule de discipline appelée communément « mitard » est la sanction la plus redoutée des détenus.

Dans cette cellule, le détenu sanctionné reste totalement isolé pendant une durée maximale de 45 jours. Il y est privé de tout ce qui faisait sa vie de prisonnier, pourtant déjà dépouillée : activité, contact avec d'autres détenus, visite de proches,...

Cette sanction extrême a fait l'objet de très nombreuses réserves et mises en garde :

- Le mitard provoque des effets autodestructeurs avec parfois pour conséquence une tentative de suicide survenant dans les jours qui suivent la sortie du détenu de son total isolement.

- Le mitard peut aggraver et rendre incontrôlables les troubles mentaux et les pulsions de violence.

Le Comité Européen pour la Prévention de la Torture (CPT) souligne, dans son rapport de 2000 qu'il « a de sérieuses réserves en ce qui concerne la situation de nombre de détenus placés à l'isolement administratif que sa délégation a rencontré lors de sa visite ; ses réserves tiennent tant à la durée de l'isolement pendant des années d'affilée qu'au régime éminemment restrictif auxquels de tels détenus sont soumis en l'absence d'activités structurées et d'activités en commun ». Le CPT a rappelé les observations qu'il avait faites dans son rapport de 1996 : « La mise à l'isolement peut, dans certaines circonstances, constituer un traitement inhumain et dégradant » et « en tout état de cause, elle [devait] être de la durée la plus courte possible ».

Dans son rapport de 2000, l'Assemblée Nationale soulignait que « les conséquences désocialisantes et psychiquement destructurantes d'une décision de mise à l'isolement ont été à la fois dénoncées par les intervenants de l'administration pénitentiaire et constatées lors des visites ».

Et le rapport du Sénat indiquait, à la même date que « la durée maximale de placement dans le quartier disciplinaire, qui est aujourd'hui de 45 jours, [devait] être réduite à 20 jours ».

Le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe a souligné dans son rapport de 2005 que la durée maximale d'isolement en cellule disciplinaire de 45 jours, spécifiée par l'article D. 251-3 du Code de Procédure pénale « fait du régime disciplinaire pénitentiaire français l'un des plus sévères d'Europe. Ainsi les maxima de l'isolement punitif sont de 3 jours en Ecosse et en Irlande, 9 jours en Belgique, 14 jours en Angleterre, 15 jours en Italie ainsi qu'aux Pays-Bas, et 28 jours en Allemagne ».

Le CPT, l'Observatoire international des Prison (OIP), et la plupart des médecins s'accordent pour dire qu'une personne ne devrait jamais subir cette épreuve au-delà de 15 jours, et ont plusieurs fois attiré l'attention des autorités françaises sur le caractère dégradant

de cette punition infligée parfois dans des conditions inacceptables (un matelas à terre et un WC pour seul horizon).

Il y a plus de 20 ans étaient supprimés pour leur caractère dégradant les quartiers de haute sécurité (Q.H.S.). Le « mitard » qui recèle le même degré d'inhumanité a été maintenu, et cela en parfaite opposition avec toutes les déclarations concernant les droits de l'homme.

Dans son rapport de 2004, la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme avait « recommandé l'intervention du législateur sur cette question », à la fois en termes de durée maximale, de respect de la proportionnalité des sanctions, de respect des principes du procès équitable devant la commission de discipline, et de généralisation du droit au recours juridictionnel.

La Commission note que « par un arrêt du 30 Juillet 2003, le Conseil d'Etat a renversé sa jurisprudence Fauqueux qui qualifiait le placement à l'isolement de « mesure d'ordre intérieur », ne permettant de ce fait aucun recours : cet arrêt a ainsi ouvert « une voie de recours en matière d'isolement administratif ».

Si la sanction d'isolement peut s'avérer nécessaire, elle doit être strictement encadrée, faute de quoi elle va à l'encontre de ses finalités disciplinaires en mettant en péril la santé mentale du détenu. En effet, cette sanction pose une grave question éthique, celle des limites : limite entre punition, traitement dégradant et torture, limite entre pouvoir de l'institution et protection des droits fondamentaux de la personne, notamment le droit à la protection de la santé mentale.

Par ailleurs, l'article D. 381 du Code de Procédure Pénale conduit à un problème d'éthique médicale, liée à la confusion entre le rôle du médecin comme soignant au service du patient et comme expert au service de l'administration pénitentiaire. En effet, l'article D. 381 stipule que « les médecins chargés des prestations de médecine générale [...] assurent des consultations médicales suite à des demandes formulées par le détenu ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute personne agissant dans l'intérêt du détenu ». Le même article poursuit : « ces médecins réalisent en outre : [a)...] ; b) les visites aux détenus placés au quartier disciplinaire [...] chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et en tout cas deux fois par semaine au moins ; c) les visites au quartier d'isolement [...] chaque fois que ces médecins l'estiment nécessaire et en tout cas deux fois par semaine au moins ».

Une véritable relation de confiance entre le médecin et le patient **ne peut pas s'établir si le même médecin** est à la fois celui **qui écoute et soigne le patient** et celui **qui autorise la poursuite d'une sanction disciplinaire qui peut mettre en jeu la santé mentale du détenu.**

Il faut souligner un autre paradoxe : le contraste entre la réticence à accorder aux détenus une incarcération en cellule individuelle, en l'absence de toute mesure d'isolement (comme souligné plus haut, au chapitre IV-B-1) et l'utilisation extensive de l'incarcération en cellule individuelle – le « mitard » – comme une composante d'une sanction disciplinaire. En d'autres termes, la détention en cellule individuelle – qui est demandée depuis des années comme une mesure de protection de l'intégrité physique et mentale, stipulée comme la règle pour les prévenus, sauf dérogation, par le Code de Procédure Pénale, et dont l'application est sans cesse repoussée dans les maisons d'arrêt – n'est mise en oeuvre que dans le cadre d'une punition violente faisant peser sur le détenu des risques pour sa santé mentale.

2. Le menottage et les entraves pendant les consultations médicales et l'hospitalisation.

Ces deux dernières années, le recours au menottage pendant les consultations médicales et l'hospitalisation n'a cessé de s'intensifier pour des raisons de sécurité et par peur de l'évasion. Pourtant en 2005, les chiffres d'évasion au cours d'« extraction » pour consultation médicale à l'hôpital ou pour hospitalisation étaient très faibles (4) au regard du nombre d'« extractions » (55 000), c'est-à-dire une proportion de moins d'1/13 000.

Ce recours au menottage et/ou aux entraves aux pieds a été renforcé par la circulaire du 18 novembre 2004 de l'administration pénitentiaire relative à *l'organisation des escortes des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale* qui définit les niveaux et modalités de surveillance exercée par le personnel, pénitentiaire et les moyens de contrainte (menottes et/ou entraves au pied) non seulement pendant le trajet, mais aussi pendant la consultation médicale.

Il faut noter que parmi les trois « niveaux de surveillance » décrits par la circulaire, aucun ne correspond à une absence de menottage et de présence d'un surveillant au cours de la consultation. Dès le « niveau de surveillance I », le plus faible, le menottage fait partie des possibilités. Il en résulte désormais une application quasi-systématique du menottage pendant la consultation ou l'examen médical.

Ces pratiques constituent incontestablement **une humiliation et un traitement inhumain et dégradant**, mettent en **péril la relation de confiance entre le médecin et le malade, élément essentiel de l'acte médical**, et peuvent **porter atteinte à la qualité de l'examen médical et des soins**. Un examen médical ou chirurgical d'un détenu menotté, entravé, voire un examen gynécologique ou obstétrical d'une détenue avec les mêmes contraintes sont des actes qui ne devraient se produire que dans des circonstances absolument exceptionnelles à l'occasion d'une situation de dangerosité maximale et d'un risque d'évasion potentiellement fort, et uniquement sur la demande du personnel médical une fois qu'il a été dûment informé.

En effet l'entrave peut aboutir à un refus de soin tout à fait légitime. Il a fallu parfois des situations spectaculaires telles que l'accouchement d'une détenue menottée ou l'entrave d'une personne âgée qui ne se déplaçait qu'avec l'aide d'un déambulateur, pour que l'attention soit portée à cette question essentielle.

La France a été condamnée à deux reprises, en 2002 et en 2003, par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour de telles atteintes à la dignité humaine dans le cadre d'une prise en charge médicale.

Dans son rapport de décembre 2005, le CPT note 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 ».

La surveillance continue et rapprochée par le personnel pénitentiaire durant la consultation médicale pose par ailleurs le problème éthique grave de la préservation du secret médical, affirmé comme un principe essentiel du soin par le Code de la Santé Publique, et par le Code de Déontologie Médicale (voir plus loin).

3. Les relations entre détention, protection de la santé et accès aux soins ne commencent pas en prison : les problèmes posés par la garde à vue.

La garde à vue est une mesure privative de liberté permettant à la police judiciaire ou à la gendarmerie, de retenir et d'interroger dans ses locaux une personne présumée innocente, dans des conditions discrétionnaires (privation de sommeil, relais des intervenants, indifférence à l'état de santé...).

Le maintien en garde à vue, qui selon la gravité des faits reprochés, peut durer de 24 à 96 heures, concerne chaque année un nombre très important de personnes (426 000 en 2003 ; 460 000 en 2004) et conduit souvent à une détention dans des conditions d'hygiène et de promiscuité déplorables.

Les règles de cette privation de liberté d'aller et venir sont clairement fixées par la loi du 4 janvier 1993. Parmi celles-ci, est prévue **l'intervention d'un médecin** à la demande de la personne gardée, d'un proche de cette personne ou des autorités de police ou de gendarmerie qui la gardent.

Le rôle du médecin est alors de vérifier si cette mesure et les conditions de son déroulement ne mettent pas en danger la santé de la personne retenue.

Cet examen médical est souvent complexe, en particulier du fait que les intérêts de l'enquêteur et ceux de la personne en garde à vue sont le plus souvent opposés, surtout quand cette dernière présente des troubles ou des problèmes de santé particuliers : personnes malades (diabétiques, asthmatiques, hypertendus...), femmes enceintes, mineurs (13 à 18 ans) dont on attend parfois de la médecine l'estimation de leur âge*.

Dans un contexte aussi délicat, auquel s'ajoutent les difficultés liées aux facteurs matériels (locaux inadaptés parfois insalubres et sales), présence de certains policiers exigeant d'assister à l'examen, le médecin de garde à vue est confronté à de nombreuses questions d'éthique qui touchent au respect du secret médical, à la possibilité d'établir une relation de confiance avec la personne examinée, à la liberté de prescrire si cela s'avère nécessaire et surtout aux limites à déterminer pour que les impératifs de l'enquête ne l'emportent pas sur la déontologie médicale. L'avis sur la compatibilité de l'état de santé avec la détention est souvent difficile, comme l'avis sur les conditions mêmes de la détention.

Théoriquement, l'indépendance du médecin est totale, mais le climat tendu peut rendre difficile cette expression. Il peut y avoir une incompatibilité entre le soin apporté à la personne et une mission à caractère d'expertise. Le respect du consentement de la personne à subir des prélèvements est parfois bafoué. La possibilité pour le médecin de procéder à l'examen médical dans des conditions respectant la confidentialité et le secret médical est l'un des problèmes les plus souvent soulevés par les médecins requis. La requête, voire l'exigence de certains policiers ou gendarmes d'assister à l'examen au motif que la personne est en garde à vue n'est déontologiquement pas recevable, hormis des cas exceptionnels de dangerosité de la personne gardée à apprécier par le médecin.

Une conférence consensus a eu lieu en décembre 2004 sur *l'intervention du médecin auprès des personnes en garde à vue* : elle a souligné la nécessité d'un strict respect du secret médical lors de l'examen médical réalisé sur une personne placée sous le contrôle des forces de police et de gendarmerie.

* Voir l'Avis N° 88 du CCNE *Sur les méthodes de détermination de l'âge à des fins juridiques*

Il est d'autres lieux hors de la prison qui retiennent des personnes ayant perdu leur droit d'aller et de venir. Il s'agit, d'une part des centres éducatifs fermés où sont placés des mineurs sous mandat judiciaire, d'autre part, des centres de rétention administratifs regroupant les étrangers avant leur expulsion. Chacun de ces lieux pose aussi des problèmes éthiques spécifiques en terme de protection de la santé physique et mentale.

D. Les problèmes posés par le respect des droits fondamentaux reconnus par la loi à la personne malade, et qui constituent des éléments essentiels de l'éthique médicale.

Parmi ces droits reconnus par la loi, deux sont à la fois fondateurs et emblématiques de l'éthique médicale, qu'il s'agisse de recherche biomédicale, de soins, ou de prévention : le droit au **secret médical**, et le droit au **consentement libre et informé**.

1. Le secret médical.

Le secret médical est une des plus anciennes exigences éthiques de la médecine, comme en témoigne le serment d'Hippocrate.

L'article L.1110-4 du Code de la Santé Publique indique 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 [au respect] du secret des informations le concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations venues à la connaissance des professionnels de santé [...] Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tout professionnel intervenant dans le système de santé ».

L'article 4 du Code de Déontologie Médicale indique 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, en 1998, a souligné que « le secret médical devrait être garanti et observé [dans le milieu pénitentiaire] avec la même rigueur que dans la population générale ».

Dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme notait que « de multiples violations du secret médical sont régulièrement observés en milieu carcéral ». La Commission cite les rapports de 1996 et de 2000 du CPT : « la présence de membres de force de l'ordre pendant les consultations médicales en milieu hospitalier ou pendant l'administration de 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 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 ».

La circulaire du 18 novembre 2004 de l'administration pénitentiaire relative à *l'organisation des escortes des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale* – qui

définit les niveaux et modalités de surveillance exercée par le personnel, pénitentiaire (et les moyens de contrainte, menottes et/ou entraves au pied) pendant la consultation médicale, et prévoit un *niveau de surveillance* où la consultation médicale se déroule « sous surveillance constante du personnel pénitentiaire » – pose à l'évidence le problème éthique de la préservation du secret médical.

En fait, les atteintes au secret médical commencent dès la délivrance du mandat de dépôt, puisque ce mandat comporte un volet médical rempli par le Juge ordonnant la détention et remis non à l'intéressé mais au gendarme qui le conduit en son lieu de détention.

Si les renseignements que comporte cette notice portent en particulier sur les demandes médicales des prévenus pour éviter tous risques médicaux, et qu'elle est par là nécessaire, on peut regretter que le dossier soit ainsi transmis au gendarme, et par le gendarme au Greffe du service pénitentiaire avant que celui-ci ne remette enfin la notice d'information médicale au médecin.

Par la suite, le mandat de dépôt étant exécuté, il apparaît que le secret médical en prison est d'autant plus difficile à préserver que l'enfermement et l'exigence de sécurité impliquent souvent la présence d'un tiers : le surveillant.

L'examen médical doit se faire dans des **conditions qui respectent la confidentialité** du dialogue singulier. **Les données recueillies** doivent rester **inaccessibles à l'autorité pénitentiaire**. **La distribution de médicaments** ne peut s'accompagner **de la mention de la pathologie en cause**.

Les dossiers médicaux ne peuvent rester dans la prison après la libération, mais doivent être remis à l'hôpital de proximité choisi par le détenu pour que celui-ci, une fois libéré, puisse y avoir ultérieurement accès, comme n'importe quel citoyen.

2. Le consentement libre et informé.

Contrairement au secret médical, qui en constitue l'un des fondements les plus anciens, le consentement libre et informé exprime une évolution essentielle mais plus récente de l'éthique médicale, datant du jugement de Nuremberg en 1947. D'abord inscrit dans la pratique de la recherche biomédicale, le consentement libre et informé est plus récemment devenu dans la pratique médicale elle-même, un des fondements de la relation médecin malade, évolution dont témoigne notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'article D. 362 du Code de Procédure Pénale indique que « hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci [le détenu] doit, conformément aux dispositions de l'article 36 du code de déontologie médicale, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus ».

La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* indique, dans le chapitre des éléments d'actualisation du guide (*prise en compte du droit des malades*) que « le régime de droit commun et notamment la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'applique aux personnes détenues, que les soins dispensés aient lieu dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA),

dans un service médico-psychologique régional (SMR) ou dans un établissement hospitalier ». En ce qui concerne *l'information et le consentement*, « la personne détenue a droit à l'information sur son état de santé, sur les soins proposés, sur le consentement ou le refus de soin, sur l'accès aux informations contenues dans son dossier médical. [...] Le consentement aux soins de la personne détenue s'exerce de la même manière qu'à l'extérieur ».

Le processus de consentement libre et informé joue un rôle essentiel dans la responsabilisation du patient vis-à-vis de sa santé. Mais il revêt aussi en prison une dimension plus large : il constitue en effet l'une des trop rares circonstances où peut être affirmée et reconnue la responsabilité, l'autonomie et la liberté de la personne détenue. Pour cette raison, il pourrait être l'une des composantes de ce que l'administration pénitentiaire proposait dans une circulaire du 29 mai 1998 en matière de politique de prévention du suicide : « restaurer [le détenu] dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie. »

Le respect du **secret médical** et le respect du **consentement libre et informé** apparaissent comme **deux versants d'une même approche** : le fait de **considérer le détenu non pas comme un « objet » de soins**, mais comme **un sujet de droit**.

Il y a au moins trois circonstances, en prison, où les conditions du consentement libre et informé posent des problèmes éthiques de nature très différente.

- a) un problème éthique dont la solution est évidente : l'offre de soins aux personnes souffrant d'addictions aux produits licites ou illicites.

Dans son principe même, le consentement libre et informé implique l'accès à une offre de soins, et, s'il existe plusieurs possibilités thérapeutiques, à **un choix** entre ces différentes approches.

Dans son *Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues* de 2006, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme notait : « en matière d'offre de soins aux personnes [en proie à des conduites d'addiction], 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 des affaires sanitaires et sociales (DDASS) à l'OFDT [Observatoire français des drogues et des toxicomanies] 34,7% de détenus seraient en proie à un problème d'addiction tous produits confondus, l'enquête du Ministère de la Santé auprès des entrants [en 2003] a montré que seuls 6,3% d'entre eux a été orienté vers une consultation spécialisée liée à un usage problématique de drogues illicites et 6% pour une consommation problématique d'alcool ».

La circulaire du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* prend en compte ce problème. En effet le chapitre des éléments d'actualisation du guide (adaptation des politiques de santé publique : les addictions) indique : « la note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 précise les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Au regard de cette note, la prise en charge des addictions se veut exhaustive et transversale. Elle préconise un suivi de la personne tout au long du cursus carcéral : repérage, diversification des prises en charge,

développement de la prévention, proposition d'un traitement de substitution, préparation à la sortie... »

La prise en charge des personnes en situation de dépendance à des drogues licites ou illicites est variable selon les établissements, allant du sevrage brutal, avec ou sans administration de psychotropes à la substitution par la méthadone ou le Subutex. La politique locale d'un établissement ne peut se fonder sur des idées *a priori*, qu'elles soient laxistes ou répressives. Elle ne peut être variable d'un établissement à l'autre. C'est là une exigence éthique minimale.

- b) Deux problèmes d'éthique médicale d'une grande complexité : la grève de la faim et l'injonction de soins.

- Le cas de la grève de la faim.

Dans son principe même, le consentement libre et informé peut, dans certaines situations extrêmes, entrer en conflit avec le devoir d'assistance à personne en danger.

Le CCNE a déjà examiné les problèmes éthiques posés par la grève de la faim, en particulier dans son Avis n° 87 *Refus de traitement et autonomie de la personne*

La grève de la faim est un acte volontaire dont la durée est a priori indéterminée et peut aller jusqu'à la mort. Une grève de la consommation de liquides n'est pas compatible avec la vie plus d'une semaine.

Les grèves de la faim peuvent être individuelles, collectives, liées à des revendications diverses ou témoignant d'un état dépressif. Leur nombre est important, environ 1 500 par an, mais moins de 10 posent un problème vital de santé.

Le médecin confronté à une grève de la faim a le devoir d'emblée d'informer la personne des risques qu'elle encourt sans influencer sa détermination ni peser sur les causes qui ont pu présider à celle-ci. Son attitude doit être totalement neutre. Il est important que cette information médicale soit réitérée à plusieurs reprises dans le cadre d'un dialogue qui respecte les motivations qui ont présidé à cette grève de la faim. En aucune façon, en dehors de situations au seuil de l'inconscience, il ne doit procéder à une alimentation forcée. A chaque fois, la difficulté est pour le médecin de respecter la volonté (code de Déontologie) du détenu, c'est à dire ne pas pratiquer une alimentation forcée par coercition et en même temps de ne pas lui faire courir de risques vitaux. Le médecin est un **médiateur** médical. Sa négociation se fonde uniquement sur un contrat de soin à durée déterminée, renouvelable, respectant les convictions et les désirs de la personne en témoignant de l'indépendance médicale.

La question éthique centrale de la grève de la faim est celle du respect du détenu, de l'absence de tout chantage exprimé à son encontre, et plus encore celle de la vigilance de chaque instant à son égard, car ce comportement exprime toujours une détresse. La difficulté de cette mission éthique est d'essayer de ne pas faire courir de risque grave au détenu tout en respectant sa volonté.

- La question de l'obligation ou de l'injonction de soins.

Dans son principe même, le consentement libre et informé implique l'entière liberté de refuser un acte médical, et donc l'absence de contrainte ou de sanction en cas de refus.

Le Code de Procédure Pénale prévoit l'injonction de soins comme alternative à la prison, ainsi que des remises de peine supplémentaires qui peuvent être accordées à un condamné s'il suit une thérapie destinée à limiter les risques de récidive des infractions pénales. Si la personne accepte le traitement, elle peut être remise en liberté. Si elle refuse, elle reste enfermée. Il n'y a pas là de véritable possibilité de consentement libre et informé, c'est-à-dire de possibilité de refus sans perte de chance.

Les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire ont protesté contre l'obligation de soin en prison et contre l'idée qu'une thérapie puisse se résumer à limiter les risques de récidive.

La proposition de soins qui existe déjà en prison, notamment pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel, et se pratique désormais couramment, **est un dispositif qui est compatible avec l'exercice d'un véritable consentement libre et informé.**

« Le traitement n'a pas (et ne peut pas avoir) pour objectif la prévention d'une récidive délinquante mais la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet souffrant engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental, son mode relationnel et leurs conséquences, et le cas échéant d'y remédier. Dire cela ne constitue pas un désengagement coupable mais une nécessité thérapeutique, particulièrement en psychiatrie. Le soin peut, peut être et de surcroît, contribuer ainsi à la prévention. En cette matière, il faut dire avec humilité mais détermination, que le risque zéro n'existe pas et que le futur ne se prédit pas, mais que tout homme a en lui des capacités évolutives et des aptitudes au changement ». « C'est en recentrant la médecine, et plus singulièrement la psychiatrie, sur son objet premier, la personne malade, que l'on aura le plus d'efficacité thérapeutique, non pas en exerçant un chantage à la médecine comme alternative à l'emprisonnement »*.

Le chantage au traitement dans le but d'éviter une récidive apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure notamment où il enfreint le principe de consentement libre et informé, c'est-à-dire la possibilité d'accepter ou de refuser en dehors de toute sanction. Et pourtant, dans le même temps, malgré l'importance de ce principe éthique, on ne peut pas s'empêcher de se poser la question du bénéfice offert à la personne, par exemple auteur d'infraction à caractère sexuel, qui, acceptant de se traiter, sera libérée de prison.

Mais là surgissent de nouvelles questions : la place de cette personne malade est-elle bien la prison, et non pas l'hôpital ? Ce traitement est-il réellement proposé comme un soin au bénéfice de la personne, ou uniquement comme un moyen de lutte contre la récidive, c'est-à-dire uniquement comme un moyen de protéger la société, ce qui sort du champ de la véritable mission du médecin ?

Que peut et doit faire le médecin devant ces situations ?

* Dr Catherine Paulet, médecin psychiatre au SMPR du centre pénitentiaire de Marseille, présidente de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP)

On est là aux limites des problèmes éthiques posés par l'ambiguïté et la complexité des relations entre médecine et justice, et des risques de confusion et de perte de repères qui en découlent.

V. Un autre obstacle à un véritable accès au droit à la protection de la santé et aux soins en prison : les difficultés des professionnels.

Aux problèmes graves des diverses atteintes à la dignité humaine, au non-respect du droit à la protection de la santé et à l'accès aux soins des détenus, aux conditions souvent indignes dans lesquelles vivent les détenus s'ajoutent des problèmes liés aux personnels: dévalorisation des métiers, ambiguïté des rôles.

A. La dévalorisation du métier de surveillant et l'ambiguïté de ses fonctions.

Les surveillants sont aujourd'hui, en France environ 22 300. **Leur rôle est primordial** dans une prison qui, par force, est **un lieu de vie**.

L'ingratitude de leur travail, la non reconnaissance des efforts qu'ils effectuent parfois pour humaniser l'incarcération favorise la mise au premier plan d'objectifs professionnels seulement centrés sur l'évitement de l'évasion. Les objectifs de réinsertion, qui sont seuls valorisants, finissent par disparaître au profit d'une attention extrême accordée au moindre signe suspect de transgression de l'ordre. La grande qualité humaine de certains surveillants passe ainsi inaperçue, remplacée par des mots d'ordre réducteurs et déshumanisants. Dans la société, il est aujourd'hui difficile de se prévaloir de la profession de surveillant alors qu'un objectif de réinsertion sociale faisant d'eux des « éducateurs » à part entière valoriserait leur mission sans nuire pour autant à leur rôle important dans le domaine de la sécurité. Ils éprouvent parfois le sentiment amer que tout effort porté à l'amélioration du sort des détenus est une soustraction à l'attention apportée à leur propre sort. Cette absurdité devrait pouvoir être sans cesse dénoncée.

Une récente recherche commanditée par la Mission de Recherche Droit et Justice a mis en évidence le fait que les surveillant(e)s se sentent atteint(e)s dans leur intégrité, leur dignité et leur identité. Ils vivent un malaise qu'ils disent lié au sentiment « de travailler dans la poubelle de la société, de n'être qu'un pion sur l'échiquier de l'établissement, d'être le jouet des fantasmes de l'opinion publique qui se déleste de sa haine, de son indignation... » Et là apparaît clairement le lien étroit existant entre souffrance des personnes incarcérées et souffrance du personnel.

Il en résulte des questions d'ordre d'éthique. Elles touchent à la recherche de solutions pour « construire » des hommes dont le rôle est d'aider eux-mêmes à reconstruire d'autres hommes: existence de lieux d'écoute et de parole, formation approfondie et valorisante, choix de nouvelles méthodes de travail...

Mais la plus importante de ces questions est sans doute celle du **sens**.

Chargé d'assurer la sécurité et d'appliquer les mesures disciplinaires, de pratiquer **des fouilles humiliantes sur des prisonniers nus**, de participer à **la protection de la santé et à l'accès aux soins**, et de **jouer un rôle dans la réinsertion**, le plus souvent **sans formation adéquate et sans consignes claires** sur ces différentes fonctions, **confronté à la « folie » d'un grand nombre de détenus**, souvent **méprisé par la société**, le surveillant est placé **dans une situation de confusion et de perte de repères sur le sens même de son métier**.

Comme le souligne, en effet, le rapport cité plus haut: « les personnels pénitentiaires sont confrontés à un effondrement de toutes les frontières. Les limites qui s'effacent sont celles entre la raison et la folie, du normal et du pathologique. Ce sont aussi celles entre l'ordinaire et le fait divers, entre l'interdit et le possible ou encore entre la culpabilité et l'innocence.... »

B. Les difficultés et les ambiguïtés du rôle des soignants, médecins et infirmières et assistants sociaux

Partagés entre leur mission d'assurer les soins d'urgence, les soins de fond et la prévention, de mettre en œuvre l'éducation à la santé, et de préparer la continuité des soins dans le cadre de la réinsertion ; confrontés à la lourdeur, à la rigidité et au caractère contraignant des règles pénitentiaires et à l'insuffisance de moyens accordés aux UCSA et aux SMPR ; mis en présence en permanence avec la maladie mentale hors du cadre de l'hôpital ; souvent coupés de toute possibilité de contact direct avec le détenu en dehors des consultations ; souvent contraints d'examiner à l'hôpital des détenus menottés et entravés en présence d'un surveillant ; souvent confrontés aux conditions de vie des détenus qu'ils savent incompatibles avec une protection de leur santé physique et mentale, les médecins et les infirmiers se trouvent souvent dans une situation extrêmement difficile et éprouvante, qui remet en cause la qualité de leurs missions et l'éthique même de leur profession.

Le médecin doit en plus **assurer un rôle d'expert** qui le place dans des situations difficiles d'un point de vue éthique. Par exemple, l'article D. 380 du Code de Procédure Pénale lui demande de « veiller à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire, de visiter l'ensemble des locaux de l'établissement et de signaler aux services compétents les insuffisances en matière d'hygiène et toute situation susceptible d'affecter la santé des détenus, et de donner son avis sur les moyens d'y remédier ».

On imagine le découragement qui peut gagner le médecin. Il risque même de finir par considérer comme normales des conditions de vie mettant en péril la santé physique et mentale des détenus, conditions qu'il signale régulièrement sans que cela n'ait d'effet. D'autre part, le médecin doit à la fois être le soignant du détenu, et en cas de mesure d'isolement en cellule disciplinaire (le « mitard ») l'expert qui va autoriser la poursuite de la sanction. Comment établir dans ces conditions une véritable relation de confiance, essentielle dans le cadre de la relation de soin ?

Soulageant la souffrance dans un environnement qui la suscite en permanence, le soignant est placé dans une situation de confusion où se pose le problème éthique de la limite entre l'obligation de mener sa mission essentielle et le risque de devenir une caution, voire un complice de conditions de détention qui portent atteinte à la santé physique ou mentale des personnes auxquelles il se consacre.

Ce qui manque et qu'il faut développer, c'est une **véritable reconnaissance par l'administration pénitentiaire du rôle de médiateur et du devoir d'ingérence des soignants** dans les domaines relevant du droit à la protection de la santé, et **plus largement, du respect de la dignité de la personne humaine.**

VI. Le non-respect en prison du droit à la protection de la santé est un révélateur d'un problème plus large : le non-respect en prison des droits fondamentaux et de la dignité de la personne détenue.

A. La non-reconnaissance de la citoyenneté du détenu.

1. Mauvaise application des lois en prison.

Les détenus, n'ayant été juridiquement privé que de leur droit d'aller et venir librement, doivent pouvoir accéder aux autres droits fondamentaux qui leur sont, comme à chacun, reconnus par la loi, notamment en matière de protection de la santé, comme l'accès aux soins palliatifs et l'égalité des droits et chances pour les personnes handicapées.

2. L'absence d'accès du détenu à de nombreux droits fondamentaux.

- a) Les règlements intérieurs continuent trop souvent à primer sur le respect de la loi en prison.

Des améliorations ont été récemment apportées, notamment depuis l'arrêt du 30 Juillet 2003 du Conseil d'Etat qui a ouvert la possibilité pour le détenu de pouvoir bénéficier d'une défense par un avocat et d'un recours en cas de procédure disciplinaire. Mais la primauté accordée au règlement intérieur, justifiée par des **raisons de sécurité, fait souvent obstacle au droit élémentaire de tout citoyen à faire valoir ses intérêts essentiels**, notamment en matière de santé.

- b) Le statut particulièrement défavorisé du prévenu, présumé innocent, en détention provisoire.

Incarcérés en maison d'arrêt où la surpopulation, la promiscuité et l'hygiène sont le plus souvent incompatibles avec le respect de la dignité humaine et la protection de la santé physique et mentale, le **prévenu, bien que présumé innocent, ne bénéficie pas des droits accordés à tous citoyens, même pas de ceux accordés à la personne condamnée.** Ainsi il est **exclu du champ d'application des dispositions de la loi du 4 mars 2002** concernant les personnes en **fin de vie** – ou plus largement les personnes dont l'« état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention » ou ayant une « pathologie engageant le pronostic vital » – qui permettent à un détenu condamné se trouvant au terme de sa vie de sortir de prison pour bénéficier, en un lieu adapté, d'un accompagnement et de soins palliatifs.

- c) La non-reconnaissance du droit à s'associer.

D'une manière plus générale, de nombreux rapports, dont celui de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme en 2004 et du Conseil Economique et Social en 2006 ont souligné la restriction d'accès des détenus à de multiples droits fondamentaux reconnus à tout citoyen, tels que la liberté d'expression, ou les conditions de rémunération et de protection sociale du travail, ou encore la liberté d'association.

La non-reconnaissance du droit à la liberté d'association a des implications en matière de protection de la santé quand on connaît le rôle de plus en plus important des associations de malades dans l'accès aux soins et la prévention. Il est actuellement

impossible aux nombreux détenus malades ou handicapés de créer une association de malades ou de personnes handicapées.

d) Le peu de valeur accordée par la prison à une mission essentielle : la réinsertion

Cette déconsidération d'une des missions principales de l'administration pénitentiaire est sans doute à l'origine de la faillite de la peine d'emprisonnement et du nombre croissant des récidives.

Pourtant, cette mission de réinsertion est inscrite dans le Code de Procédure Pénale et plusieurs fois réaffirmée : elle doit « permettre au détenu de préparer sa sortie dans les meilleures conditions possibles » (article D. 478 du Code de Procédure Pénale). C'est la mission du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), en coordination avec les UCSA en ce qui concerne l'éducation à la santé, la prévention et la préparation à la continuité des soins après la sortie de prison.

Mais, comme l'a souligné le Conseil Economique et Social dans son rapport de 2006, *Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France*, la réalité est toute autre, faute de moyens humains (travailleurs sociaux, formateurs techniques, enseignants, psychologues, soignants, visiteurs...), de moyens matériels (ateliers, travaux rémunérés à leur juste prix...), faute aussi de suivi (maillage familial et affectif, suivi sanitaire...).

La réinsertion signifie « la recherche fondamentale d'un itinéraire possible : reconstruire les liens brisés avec la famille, donner un temps, par le travail ou une formation qui prépare une issue hors des impasses d'hier, permettre par un dialogue avec des visiteurs, des médiateurs, un aumônier, une réconciliation avec soi et la société, soutenir quelque peu une responsabilité vis-à-vis de soi et des autres, penser des manières d'application de sa peine. »*

Quand la mission de réinsertion est défaillante, la sortie de prison devient un facteur de vulnérabilité. Le fait de **se retrouver dehors sans repère, sans formation, sans accompagnement médical et social est source d'exclusion, de désinsertion et de récidive**. Il importe donc que cette mission de réinsertion soit menée non seulement à l'intérieur mais aussi à l'extérieur en lien avec la famille, les associations de soutien, les institutions de réinsertion, les soignants et prioritairement les travailleurs sociaux dont on peut déplorer le trop petit nombre.

Le travail de réinsertion empêche de faire du temps de la détention un temps « suspendu », un présent répétitif et insupportable. Il offre au détenu un avenir.

Faire émerger en prison, dès l'incarcération, dans le respect de la dignité humaine, la préfiguration du temps de la sortie de prison, c'est maintenir et renforcer le lien de la personne détenue avec la société : c'est reconnaître sa citoyenneté.

* Bertrand Cassaigne, Revue projet (Printemps 2002)

B. La non-reconnaissance de la citoyenneté du détenu se manifeste aussi par le maintien en prison de personnes qui ne devraient pas y être, ou pour lesquelles la loi prévoit que la peine d'emprisonnement puisse être commuée en une autre peine (en milieu ouvert).

1. Les personnes qui ne devraient pas être en prison :

- a) **les 20% détenus atteints de maladies psychiatriques que l'hôpital seul peut soigner et accompagner (environ 12 000 personnes souffrant de maladies mentales graves, dont 4 000 schizophrènes)**

Dans son rapport *Sur le respect effectif des Droits de l'Homme en France* de 2005, le Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe notait :
« les médecins que j'ai rencontrés dans les sept établissements pénitentiaires visités [...] ont également mis en avant les incidences de la pénalisation de plus en plus forte des malades mentaux : depuis l'adoption de l'article 122-1 du Code pénal, les experts tendent à privilégier l'altération du discernement sur l'irresponsabilité et donc à envoyer des malades mentaux en prison. (L'article 122-1 du Code pénal, qui renouvelle l'article 64 du Code pénal de 1810, stipule que « la personne qui est atteinte d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime »). Ainsi, au début des années 80, le taux d'irresponsabilité pénale pour cause de maladie mentale était de 17% ; il est passé à 0,17% en 1997 et n'a connu depuis que peu d'évolution. **Punir semble primer sur les soins**, qui ne suivent pas toujours en prison. Ce constat avait déjà été établi par le rapport du Sénat en 2000, mais n'a eu aucun effet. Aucune conclusion sérieuse ne semble avoir été tirée depuis. Pire, d'après tous mes interlocuteurs, la situation se serait nettement dégradée ».

- b) **la majorité des 33% (20 000) de détenus prévenus, présumés innocents, en détention préventive dans l'attente de jugement**, reconnus lors de leur arrestation comme ne présentant aucune dangerosité et qui ne devraient pas être incarcérés, conformément à la loi du 6 janvier 1995 qui considère que **leur incarcération devrait être l'exception**.

2. les personnes qui pourraient ne pas être en prison : les détenus dont l'emprisonnement pourrait être commué en une autre peine (une peine en milieu ouvert) :

- a) **Les travaux d'intérêt général** : la loi du 6 janvier 1995 prévoit que les détenus auxquels il reste moins d'un an de peine à effectuer devraient être libérés pour réaliser des travaux d'intérêt général (seuls 6% d'entre eux le sont actuellement). Vingt pour cent (12 000) des détenus sont des personnes condamnées à des peines de moins de 1 an, sans compter les condamnés à de plus longues peines auxquels il reste moins d'un an de détention à effectuer.

- b) **La libération conditionnelle** : Cette peine, instituée par une loi du 14 août 1885 et nécessitant que le prévenu ait déjà accompli la moitié de la durée de sa peine, est de moins en moins appliquée par crainte des réactions de l'opinion publique.

Même si l'on considère, ce qui n'est pas le cas, que ces différentes catégories de détenus se recoupaient, la simple application de ces lois permettrait la sortie immédiate de prison d'environ la moitié des personnes actuellement détenues.

L'ancien Garde des Sceaux Robert Badinter, qui a été il y a 25 ans l'un des acteurs majeurs de l'abolition de la peine de mort, rappelait récemment, en concluant les Etats généraux de la condition pénitentiaire organisé par l'Observatoire international des prisons (OIP) que : « la prison doit demeurer l'ultime recours, l'ultime ».

L'incarcération et le maintien en prison de personnes que la loi permettrait de soigner, de juger, ou de sanctionner à l'extérieur de la prison est l'une des manifestations marquantes de la non-reconnaissance de la citoyenneté de la personne détenue.

VII. Pour une véritable réflexion de la société sur la notion de droit et sur le sens de la prison et le sens de la peine.

Pourquoi tant de lois, d'articles du Code de Procédure Pénale, du Code de la Santé, du Code de déontologie médicale, de circulaires, de règlements, de recommandations prenant en considération la dignité et la santé de la personne incarcérée n'ont-ils pas, ou seulement partiellement, été appliqués ?

Pourquoi tant d'études et de rapports effectuées par les institutions françaises ou européennes les plus reconnues – le Sénat, l'Assemblée Nationale, l'Inspection Générale des Affaires Sociales, l'Académie de médecine, le Commissariat Européen aux Droits de l'Homme la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, le Conseil Economique et Social, – dénonçant l'indignité dans laquelle vivent les détenus - et par voie de conséquence, les personnels pénitentiaires - n'ont-ils eu aucun effet, ou si peu d'effets ?

Pourquoi tant d'appels, lancés depuis des années par des professionnels (avocats, psychiatres, médecins...) ou des associatifs – membres de la Cimade, du Gisti, de l'Observatoire International des prisons, du Comité pour la prévention de la torture... – n'ont-ils reçu aucune réponse, ou si peu ?

Pourquoi tant d'inertie quand il s'agit de la prison ?

La réponse est à chercher, sans doute, dans la signification donnée par la société française à la sanction – la peine que doit subir toute personne ayant commis un crime ou un délit et plus particulièrement à la peine de prison.

Notre société semble animée de plus en plus par un seul impératif, dont certains voient l'explication dans la peur : « Accroître la sévérité à l'égard des délinquants et des déviants, augmenter les peines, les allonger, les rendre toujours plus dures et humiliantes dans l'espoir qu'elles soient dissuasives* ... »

En quête de sécurité, notre société oublie que la peine de prison se définit seulement par une privation de la liberté d'aller et venir.

Elle ne réalise pas que cette sanction n'a de sens que si l'on offre à celui qui la subit la possibilité d'évoluer, de se transformer afin de pouvoir ensuite se réintégrer et vivre en

* Journal Réforme (février 2006)

citoyen. Toute personne incarcérée est amenée à en sortir. Accroître les "entrées" pour rassurer l'opinion générale et ne pas se préoccuper de la "sortie" qui inquiète cette même opinion, revient à nier le contenu de la sanction et à aggraver la peine toujours provisoire en l'assortissant d'une atteinte à la dignité de l'individu, médicalement affecté pour toujours et définitivement déconstruit.

Notre société paraît confondre sanction, réparation et vengeance, comme le soulignait en 2005 dans son rapport le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe : « la volonté de certains de faire à tout prix en sorte que les conditions de détention soient encore plus difficiles ne peut que s'expliquer que par la volonté de se venger de la personne déjà punie...

De lieu de punition, une prison doit devenir celui de la réinsertion et non celui du durcissement et de la préparation à la récidive. »

L'état d'esprit mortifère génère de graves problèmes dont voici les plus criants :

- **Les personnes malades mentales** ayant commis par **déraison** des actes criminels ou délictueux sont de moins en moins reconnues comme irresponsables. La « folie » dont on sait pourtant qu'elle n'est rien d'autre qu'une maladie difficile à vivre et à guérir « a cessé d'être innocente ». Et ceux qui en sont atteints ont perdu leur statut de malades.

- **Les mourants, les grands vieillards, les personnes lourdement handicapées qui ne devraient pas ou plus vivre dans l'univers carcéral** y demeurent. La raison en est à la fois le défaut d'attention portée à la loi, mais aussi la difficulté de trouver des lieux susceptibles de les accueillir, car même au terme de leur vie, ils demeurent suspects. Il est vrai que dans la vie hors de la prison, ces personnes particulièrement vulnérables sont déjà l'objet d'une grande indifférence.

- **Les unités de visite familiale** – implantées dans de nombreuses prisons chez nos voisins européens ou dans d'autres pays comme le Canada, et si nécessaires pour conserver les liens familiaux et favoriser la réinsertion – ne se développent en France que difficilement. La raison en est l'incompréhension et le désaveu d'une société qui ne parvient pas à supporter l'idée que l'on puisse reconforter une personne vouée à la souffrance et à toutes les formes de privation.

Notre société en recherche de sécurité maximale ne veut rien voir de la souffrance de ceux qui ont pourtant été le plus souvent incarcérés en raison déjà d'un trop plein de souffrance mentale ou de misère affective et sociale.

Aussi un lourd silence pèse sur ce qui est subi de manière inhumaine : la surpopulation, la violence, le suicide, la maladie mentale, les conditions de vie indignes, le peu de place donnée à la réinsertion, le travail sous-rémunéré, l'insuffisante préparation de la sortie, les humiliations...

La condamnation de la France plusieurs fois portée par des Instances Européennes, l'appel sans cesse renouvelé des associations et des bénévoles accompagnant professionnellement ou caritativement les détenus, les conclusions de la Commission Parlementaire réunie à propos du procès d'Outreau ont eu si peu d'effets que surgit là une question éthique essentielle concernant la prison: « les détenus, dont certains sont innocents, d'autres « fous », et d'autres coupables, sont-ils encore à nos yeux des êtres humains à part entière ? ». S'ils sont déshumanisés, que peut-on attendre de leur comportement social, c'est à dire humain ?

Comment accepter que la prison demeure un lieu de punition, de souffrance, de maladie, de folie, d'exclusion et d'oubli, si l'on admet que son rôle est d'être un lieu où la sanction doit permettre à la personne de se reconstruire ?

Comment envisager une (re)insertion si la prison est un lieu où la régression, la perte d'autonomie, l'absence de projet, la violence et la dépendance sont la règle ?

Comment penser la (re)socialisation en prison si la prison désocialise ?

Comment enseigner, en prison et hors de prison, le respect de la loi et de la dignité humaine, si la société ne veille pas, dans ses prisons, au respect de la loi et de la dignité humaine ?

La question éthique majeure – qui est au cœur de l'éthique médicale, mais qui, comme souvent, dépasse largement ce cadre – **est celle du respect de la dignité des personnes.**

Il faut sans cesse rappeler que la prison est l'institution de la république à laquelle revient en dernier recours la charge d'appliquer et de faire appliquer la loi. La loi prévoit que la détention est une sanction définie par la seule privation de la liberté d'aller et venir. **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.**

Pour cette raison, la réflexion sur la santé en prison ne peut être dissociée d'une réflexion sur la prison elle-même. **Il s'agit d'un problème qui engage la société dans son ensemble : nous sommes tous**, en tant que collectivité, **et chacun d'entre nous**, en tant que citoyen, **responsables du respect de la dignité humaine des personnes détenues**, qu'elles soient prévenues, en attente de jugement et présumées innocentes, ou qu'elles aient été condamnées « au nom du peuple français ».

Certains engagements ont été pris en 2006. La France a adopté en janvier 2006 les 108 recommandations du Conseil de l'Europe concernant la prison, s'engageant ainsi à les mettre en application. Le Ministre de la Justice a annoncé cet automne la proposition de confier au Médiateur de la République une mission de contrôle concernant la prison. Enfin, l'enquête réalisée par l'Observatoire International des Prisons (OIP) auprès des détenus et des professionnels dans les prisons, dont la publication a donné lieu cet automne, aux Etats Généraux de la prison, s'est, pour la première fois déroulée avec le soutien du Ministère de la Justice.

Il faut espérer que ces engagements traduisent une réelle évolution des mentalités, et conduiront rapidement à des changements significatifs concrets et visibles.

Recommandations

Les conditions **d'une éthique de la prison et du sens de la peine** doivent être cherchées autant **à l'extérieur** qu'**à l'intérieur** de la prison, autant **en amont** qu'**en aval** : **avant, pendant et après** l'incarcération, **et comme alternative à l'incarcération**.

1. En amont :

- Assurer à toute personne **l'accès aux droits fondamentaux**, notamment en matière de **santé, d'éducation et de protection sociale**.
- Porter une attention particulière aux problèmes de santé mentale **des mineurs en difficulté** et de toutes les **personnes vulnérables**.

2. Lors de la mise en examen:

- Eviter **l'incarcération de prévenus, présumés innocents**, ne présentant pas de dangerosité, **comme le prévoit la loi**. Le cas échéant, prévoir d'autres dispositions que l'enfermement pour éviter le dépérissement des preuves (contrôle judiciaire renforcé à l'instar de la curatelle renforcée).

3. Lors du jugement:

- Faire en sorte que les **personnes atteintes de maladie mentale grave** ne soient **pas** envoyées **en prison**. Se prononcer pour l'incarcération et le maintien **en prison des malades mentaux** pose des **problèmes éthiques graves**
- Développer le recours aux **peines de substitution** à chaque fois que cela est possible, et non pas de manière discrétionnaire, peines toujours préférables à l'incarcération.

4. En prison :

- Considérer le détenu comme un **sujet de droit**. Respecter **sa dignité humaine**, c'est à dire **ses droits fondamentaux**, dont le **droit à la protection de son intégrité physique et mentale**.
- **Inciter les élus et/ou le législateur** à veiller à la **bonne application des lois concernant la santé des personnes incarcérées**, lois parfaitement déclinées dans « le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale ».
- Faire bénéficier d'une suspension de peine les détenus en **fin de vie** et **les détenus handicapés, âgés, ou atteints de maladies somatiques ou mentales graves** dont l'« état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention » **comme le prévoit la loi**.
Ce qui signifie :

. Inciter les responsables des **unités de soins palliatifs** des hôpitaux publics et privés à proposer un accueil dans leur structure aux détenus en fin de vie pour lesquels il y a eu décision de suspension de peine pour raison médicale.

. Rechercher hors des murs de la prison des solutions pour que les **personnes très âgées, les grands handicapés et les personnes souffrant de graves troubles psychiatriques** quittent à jamais la prison.

- **Inciter les juges d'instruction à suspendre la peine des personnes prévenues dont l'état de santé est incompatible avec le maintien en détention** (et dont le statut de prévenu les empêche de bénéficier des dispositions prévues par la loi du 4 mars 2002). Parmi elles, les personnes parvenues au terme de leur vie.

- **Inciter les élus et/ou le législateur à assurer le respect de la dignité humaine et des conditions de vie du détenu** trop souvent source de maladies et de souffrances.

Ce qui signifie :

. **Ne plus repousser**, de loi en loi, la mise en œuvre réelle de la possibilité de détention en **cellule individuelle**, notamment en **maison d'arrêt**, disposition pourtant déjà prévue comme la règle pour les prévenus, sauf dérogation, par le Code de Procédure Pénale.

. Faire en sorte qu'**entraver, lors d'une consultation**, un détenu ou un prévenu soit considéré comme **absolument inacceptable** en dehors de circonstances exceptionnelles.

. Faire en sorte de **réduire et de contrôler le recours et la durée des mesures d'isolement en cellule de discipline** (le « mitard ») et en **quartier disciplinaire**, qui présentent des risques pour la **santé mentale** du détenu.

- **Inciter les médecins et les équipes soignantes** à favoriser les liens directs entre détenus et soignants, à ne pas résoudre seulement les problèmes apparents (somatiques ou psychiques) des personnes détenues, mais à être attentifs aussi à tout ce qui provoque une dégradation de l'être, telles l'humiliation, la violence et la désespérance. Réfléchir, en équipe soignante, au fait que médicaliser la sécurité par le recours aux psychotropes est une facilité apparente, certes parfois inévitable, mais dont l'usage fréquent masque ou aggrave les difficultés de fond plus qu'elle n'y remédie. Son excès constitue une atteinte à la santé et à la dignité. **Développer**, en concertation avec **l'équipe soignante** et avec **l'administration pénitentiaire**, le **rôle de médiateur** et le **devoir d'ingérence des soignants** dans tous les domaines où sont mis en jeu l'intégrité physique ou mentale du détenu, le droit à la protection de sa santé ou le respect de sa dignité humaine.

- Mettre en place **une véritable politique de réinsertion**. La réinsertion doit être préparée dès l'incarcération. Il faut renforcer les moyens et les actions du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), et les moyens et les actions des UCSA en ce qui concerne l'éducation à la santé, la préparation à la continuité des soins et l'accompagnement social après la sortie de prison.

Ce qui signifie :

. Veiller à la création renouvelée de **projets de vie**, seule perspective capable de donner sens à un futur, et fondamentalement nécessaire à la vie psychique et relationnelle en insistant sur les actions de formation professionnelle.

. Favoriser dans toutes les prisons la **création d'unités de visite familiale (UVF)** permettant aux détenus de garder un **lien avec leur famille**, particulièrement avec leurs conjoints et **leurs enfants** et de lutter ainsi contre une misère affective destructrice.

. Favoriser le développement de la **responsabilité du détenu** en mettant en place des **espaces (lieu ou temps)** favorisant un rééquilibrage des relations intra carcérales : **lieu**

de médiation, groupes de parole,... Ces espaces d'expression diversifiées, destinés autant aux professionnels qu'aux détenus, seraient importants pour apaiser la violence, entendre la souffrance, prévenir le suicide, rechercher un meilleur vivre ensemble et préserver aussi la santé mentale de chacun.

. **Développer la vie associative avec le soutien des associations extérieures**, par exemple **les associations de malades et de personnes handicapées**. Donner davantage de place aux membres des associations ou des institutions extérieures apportant déjà un soutien et un savoir-faire au sein de la prison ou à la sortie des détenus (**travailleurs sociaux, enseignants, aumôniers, visiteurs de prison**, etc...)

. Développer toutes les actions possibles d'**information**, de **formation**, de recherche permettant aux professionnels, entourant le détenu, d'accomplir leur mission dans des conditions favorisant le respect mutuel (professionnels, détenus, administration, bénévoles, visiteurs de prison société) et **valorisant** leurs tâches quotidiennes, particulièrement celles des **surveillants**.

- Favoriser et non pas restreindre les **libérations conditionnelles** pour les détenus ayant effectué la moitié de leur peine et favoriser aussi les **libérations** assorties de **travaux d'intérêt généraux** pour des détenus condamnés à une peine de moins d'un an, **comme le prévoit la loi**.

- Réfléchir enfin à ce que l'architecture des nouvelles prisons ne soit pas seulement pensée en fonction des normes de sécurité mais en fonction d'une préparation à la réinsertion sociale.

5. Après la sortie de prison :

- Assurer l'**accès aux soins physiques et psychiatriques, et à la prévention**.

- Donner toute son importance, dès avant la sortie de prison, à l'**accompagnement social** en lien avec des associations et institutions de soutien ou de **réinsertion**. La brutalité ou la soudaineté d'une sortie non préparée met en péril l'autonomie et la santé de la personne. **Une libération mal préparée peut ainsi devenir une source d'exclusion, de désinsertion, d'aggravation d'une maladie somatique ou mentale. Il est donc important qu'elle soit bien préparée**, et que l'on accorde toute son importance au rôle essentiel **des travailleurs sociaux**.

6. D'une manière générale :

- Le CCNE en appelle de manière urgente **aux pouvoirs publics, aux élus, au législateur, et aux autorités** sanitaires pour qu'ils prennent toutes dispositions afin que :

- **la prison ne se substitue plus à l'hôpital psychiatrique**, en raison d'une part **des moyens décroissants** accordés en France **aux secteurs psychiatriques**, et d'autre part **d'une réticence croissante** de notre société à **accepter de soigner et d'accompagner, et non pas de punir**, les personnes ayant commis des infractions à la loi par déraison.

- **tout détenu ait accès au respect de ses droits fondamentaux** : notamment fasse en sorte **que le prévenu puisse bénéficier des dispositions de la loi du 4 mars 2002** permettant la suspension de peine en fin de vie ou lorsque l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention.

- **les recommandations du Conseil de l'Europe concernant la prison**, signées cette année par la France soient appliquées.

- La **réflexion et les débats entre citoyens sur le sens de la peine et de la prison** ne soient pas réduits à quelques vaines incantations sans effets réels.

- Le lien existant de toute évidence entre précarité, désinsertion sociale, abandon et incarcération soit interrogé pour que soit portée la plus grande attention aux personnes, et notamment aux enfants, les plus vulnérables et démunis, et mettre en œuvre leur nécessaire accompagnement médical, éducatif et social.

* * *
* *
*

La question de la détention est d'autant plus complexe et difficile à poser, donc a fortiori à résoudre, qu'elle se heurte généralement à une opinion publique, sensible aux seuls impératifs sécuritaires. Le paradoxe réside dans le fait que la sécurité passe plus par le traitement digne des personnes que par leur élimination. **On ne peut faire l'économie de la dignité humaine, à moins d'accepter et d'assumer l'indignité.**

Le 26 octobre 2006

CONTRIBUTIONS COMPLEMENTAIRES DE DEUX MEMBRES A L'AVIS SUR LA SANTÉ ET LA MÉDECINE EN PRISON

1

Ce qui donne une légitimité et une lisibilité à un institution, c'est sa capacité à circonscrire rigoureusement son objet. Le CCNE n'échappe pas à cette règle. Le droit de regard que s'accordent les membres du Comité d'éthique sur les pratiques scientifiques et médicales de notre temps s'accompagne, comme tout droit, du devoir de tracer les limites de son ressort. C'est peut-être ce qui fait problème dans le dernier Avis intitulé « La santé et la médecine en prison ».

En s'attaquant à la problématique carcérale, le Comité a tendanciellement formulé ses recommandations en termes d'options politiques et de choix de société. Il pouvait difficilement faire autrement. Comment aborder, en effet, l'inhumanité des traitements et des pratiques à l'œuvre dans les prisons françaises sans faire allusion à l'indifférence du politique, aux représentations culturelles et à la crise du lien social ? Reste à savoir s'il appartient au Comité d'éthique de rappeler que les conditions actuelles de détention bafouent les droits de l'homme, attentent au respect de la présomption d'innocence ou au principe démocratique de l'égalité des personnes. Certes, les textes qui définissent les missions du CCNE, l'autorisent à élargir son regard critique aux débats de société. Mais il s'agit d'une ouverture à des « questions de société *soulevées par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé* » (Loi du 6 août 2004)

Entendons-nous bien : le problème n'est pas que ces dénonciations soient fausses. Elles peuvent s'autoriser de quantité de faits et de rapports accablants dont la lecture inspire tristesse et indignation. Le problème est de savoir s'il existe au Comité un centre de gravité qui l'obligerait à demeurer dans l'espace d'investigation auquel il est confiné par son propre intitulé : *les sciences de la vie et de la santé*.

Il ne s'agit pas de dire que le Comité n'a pas à se prononcer sur des questions politiques et sociales en se recroquevillant frileusement sur le champ du sanitaire. Mais ce que le citoyen est en droit d'attendre d'une institution comme celle-ci, c'est qu'elle pose les questions de société en partant des conflits de valeurs ou des événements qui secouent le champ de la santé et de la recherche biomédicale. Or il nous semble que le rapport sur « La santé et la médecine en prison » procède d'une logique inverse : il part d'un problème de société et questionne ses répercussions dans le domaine sanitaire. Mais sauf à médicaliser tous les problèmes de l'existence et à voir dans les humiliations infligées aux personnes un motif de mobilisation des psychiatres ou dans l'atteinte aux droits de l'homme une raison de solliciter le corps médical, il faut convenir que la prison appelle un débat de société qui engage (en urgence) d'autres institutions que la nôtre.

Le mérite de cet Avis est de donner un aperçu saisissant de la gravité des problèmes sanitaires en milieu carcéral. Mais les importants problèmes de prise en charge médicale dans les prisons ne relèvent-ils pas davantage de la déontologie médicale ? Au bout du compte, l'Avis lui-même finit par démontrer que les solutions qui se posent au corps médical se trouvent ailleurs que dans la médecine. Elles touchent à l'application des droits relatifs aux personnes vulnérables, aux choix budgétaires, à la gestion médiatique des peurs collectives ou à la montée en puissance de l'idéologie sécuritaire. La médecine arrive après la bataille s'il est vrai que la détresse des personnes est d'abord et avant tout une question de justice sociale. Malgré toutes ses précautions et ses bonnes intentions, notre Avis, parce qu'il émane d'une instance initialement destinée à traiter d'éthique biomédicale, donne le sentiment malencontreux de ramener la question des prisons françaises dans le giron de la médecine.

Est-ce d'un énième rapport sur les effets dévastateurs de la prison que notre société a besoin ou d'une politique volontariste qui concrétiserait ses plans d'action en faveur des détenus ? C'est, comme le dit très bien l'Avis lui-même, aux pouvoirs publics (à l'Assemblée Nationale, au Sénat, aux ministères de

la justice ou de l'emploi), de prendre leurs responsabilités en partant des conclusions des rapports à la rédaction et à la diffusion desquels ils ont eux-mêmes participé. A remettre le problème entre les mains d'un Comité qui a construit sa réputation et sa légitimité sur sa capacité à anticiper les problèmes éthiques posés par les biotechnologies, ne finit-on pas par jeter la confusion dans les esprits ?

Gardons notre ancrage dans le champ du vivant et soyons présent là où l'on nous attend. La prison n'est pas affaire de bioéthique et pose des questions d'éthique sociale beaucoup plus que d'éthique médicale. Le monde des sciences de la vie et de la santé est le théâtre permanent de recherches et de découvertes qui nourrissent des conflits de valeurs autour de l'usage des savoirs et des pouvoirs médicaux. Les institutions sanitaires, les médecins et acteurs de la recherche, ont pris l'habitude de se tourner vers le CCNE pour soumettre à son examen les aspects éthiques liés à leurs projets d'investigation ou leurs nouvelles thérapeutiques. Ce sont eux, peu à peu au fil des ans, qui ont fait le Comité d'éthique. Ils ont creusé un sillon et fixé une trajectoire dont il convient de ne pas bifurquer outre mesure.

2

En allant plus loin dans la réflexion sur les prisons.

Si la saisine du CCNE se limite à la santé et à l'accessibilité des soins en prison, il me semble impossible d'occulter le sens profond de la prison.

En effet, un nombre important de pathologies découle de l'enfermement et de la désocialisation. Quand au principe de réinsertion dans la société, il est au mieux oublié, au pire bafoué.

Nous aurions d'ailleurs pu limiter tout notre rapport au seul rappel de l'obligation absolue de respecter la dignité humaine de tous sans que les actes que l'un ou l'autre aurait pu commettre nous exonèrent de cet impératif envers lui.

Mais nous savons que la notion de dignité est variable, pour chacun et pour chaque époque.

Si le baigne était accepté par son siècle, il nous serait insupportable aujourd'hui. De même, certaines dérives de la prison, quasi consubstantielles à la prison, seront inacceptables sous peu, lorsque nous ne fermerons plus les yeux, et elles le sont déjà pour beaucoup.

Et sans revenir sur l'ensemble du rapport, il faut préciser que la population des surveillants n'est pas à l'abri de tout ce que nous dénonçons des séquelles de l'enfermement, ils en sont même souvent les premières victimes.

Il ne s'agit donc pas de monter les « gentils » prisonniers contre les « méchants » gardiens, mais de trouver des pistes de réformes qui soient une garantie de respect pour tous, et assurance de bien pour la société.

La Bible, quand bien même ne la verrait on uniquement que comme un livre d'histoire, nous raconte la vie de l'homme, et elle ne parle de la prison qu'en deux occasions. La première lorsque Joseph est jeté dans les geôles égyptiennes, mais c'est injustement et dans une société qui est le repoussoir absolu du monde idéal, et la seconde, lorsque Moïse place en « garde à vue » un homme qui a transgressé la loi, en attendant que l'on sache quoi faire de lui.

Sinon, il n'y a pas de concept de prison dans la Bible, car enfermer quelqu'un est l'inverse du respect de la liberté de chacun prôné par le Livre.

Ce constat nous pousse à poser deux questions. Peut-on humaniser complètement la prison ? Celle-ci est elle utile ?

Aux deux questions, la réponse est non.

Humaniser la prison serait faire preuve d'angélisme, mais cela ne doit pas nous empêcher d'essayer, et beaucoup reconnaissent l'implication de nombres de personnels de l'administration pénitentiaire qui gardent leur sens commun du respect envers leur prochain.

Par exemple, concernant l'évidente surpopulation carcérale, que certains croient régler en construisant de nouveaux établissements, ce qui serait **la** réponse à la promiscuité insupportable que des prisonniers vivent, parfois à quatre dans 9m².

Mais plus de place signifiera plus d'emprisonnés alors qu'en sortant de prison ceux qui n'ont rien à y faire, en posant comme extraordinaire la mesure d'enfermement, en proposant toute la palette des peines alternatives qui existent déjà et qui ont l'avantage de créer un bien pour la victime et pour la société, nous retrouverions largement de la place pour rendre acceptables les conditions d'incarcération de ceux que nous sommes obligés de placer sous écrous.

Quant à l'utilité de la prison, de l'enfermement, il n'est que le témoignage de l'impuissance de la société à trouver la place, la juste place de tous.

Si la prison se justifie pour ceux qui sont un danger pour la société, elle ne peut et ne doit pas accueillir toutes les misères de notre monde. Elle doit rester la solution à n'utiliser que lorsque tout le reste a échoué, et non pas un réflexe premier.

Dans notre travail, nous posons comme plus inacceptable encore la situation faite aux prévenus qui sont « pourtant présumés innocents ».

C'est déjà la preuve que nous partageons peu ou prou l'idée que, finalement, les condamnés vivent une situation normale, conforme à ce qu'ils méritent.

Mais innocent ou coupable, condamné ou en examen, c'est à l'humain que je dois respect et dignité, et si un agissement est insupportable pour l'un, il le sera pour l'autre de la même façon. Le degré de culpabilité ne détermine pas notre degré de respect de la dignité. C'est notre humanité qui définit notre respect des autres.

Et puis, par son effet de masse, la prison nie les différences des uns et des autres en traitant toutes les femmes et les hommes qui lui sont confiés à l'aune des pires d'entre eux. Parce qu'une fois un bazooka a été utilisé dans une tentative d'évasion, on va paramétrer tous les déplacements au risque d'une attaque similaire. Parce qu'une fois, un « malade imaginaire » a tenté de s'échapper lors d'une visite médicale, on en vient à faire accoucher une femme avec des menottes.

Une société qui ne différencie par les situations et les individus perd tout sens de l'intelligence et produit un monde uniforme, monolithique, un monde dangereux.

Réfléchir au sens de la peine, ce n'est pas exclusivement se pencher sur le sort de nos 60000 prisonniers, c'est réfléchir à l'avenir de notre société, à la deuxième chance de notre humanité.

Haïm Korsia
21 novembre 2006