



LA SANTÉ INCARCÉRÉE

ENQUÊTE SUR L'ACCÈS AUX SOINS
SPÉCIALISÉS EN PRISON

Juillet 2022

LA SANTÉ INCARCÉRÉE

Enquête sur l'accès
aux soins spécialisés
en prison

Juillet 2022

Sommaire

INTRODUCTION	7
NOTE MÉTHODOLOGIQUE	10
AVANT-PROPOS · SANTÉ EN PRISON : UN BREF ÉTAT DES LIEUX	11
Partie I · Se soigner à l'intérieur	15
1. UN ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS INSUFFISANT	15
1.1 Une prise en charge possible pour les personnes éloignées des parcours de soins	15
1.2 Un accès aux soins spécialisés très dégradé	17
1.3 Des conséquences graves sur la santé des détenus	22
2. UNE OFFRE DE SOINS SOUS-DIMENSIONNÉE	26
2.1 Des dotations en personnel insuffisantes et mal réparties	26
2.2 Une vacance de postes importante	27
3. DES MOYENS MATÉRIELS INSUFFISANTS ET INADAPTÉS	32
3.1 Des locaux sous-dimensionnés...	32
3.2 ...et sous-équipés	33
4. INTERFÉRENCES DU MILIEU PÉNITENTIAIRE	34
4.1 Des rendez-vous non honorés en raison des contraintes pénitentiaires	34
4.2 Des équipements médicaux et traitements refusés en cellule	35
4.3 Protection sociale : des démarches compliquées par l'incarcération	35
5. LA TÉLÉMÉDECINE, UN REMÈDE ?	36
5.1 Principal bénéfice : éviter les extractions	37
5.2 Risques et dérives d'un usage non raisonné	37
Partie II · Se soigner à l'extérieur	39
1. LES EXTRACTIONS MÉDICALES : UN FREIN IMPORTANT DANS L'ACCÈS AUX SOINS	40
1.1 Extractions annulées : privation de soin et perte de chance	40
1.2 Des facteurs d'annulation multiples mais mal recensés	41
1.3 L'incapacité de l'administration pénitentiaire à répondre à toutes les demandes d'extractions	42
1.4 Des extractions fréquemment refusées par les personnes détenues	43

2. CONDITIONS D'ESCORTES ET D'EXAMENS : HUMILIATIONS ET VIOLATIONS DU SECRET MÉDICAL	44
2.1 Les niveaux d'escorte : de la théorie à la pratique	44
2.2 Violation du secret médical	46
2.3 Le poids du regard des autres	48
2.4 Des pratiques sanctionnées par la loi	48
3. LES PERMISSIONS DE SORTIR POUR SOINS : UN SYSTÈME ENCORE TROP PEU DÉVELOPPÉ	50
3.1 Des freins juridiques et logistiques	50
3.2 Avec de la volonté, des obstacles surmontables	51
4. LES HOSPITALISATIONS : UHSI SOUS-UTILISÉES, UHSA SOUS-DIMENSIONNÉES	52
4.1 Les hospitalisations en chambre sécurisée	52
4.2 Les hospitalisations en UHSI	53
4.3 Les hospitalisations en UHSA	55
Partie III · Maladies chroniques et fin de vie	57
1. LE DIFFICILE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	57
2. DES PRISONS NON ADAPTÉES AU HANDICAP ET À LA VIEILLESSE	59
2.1 Une mise aux normes tardive et insuffisante des établissements	59
2.2 Des aménagements insuffisants	60
2.3 Des aides-soignants peu présents	61
3. UN RECOURS LIMITÉ AUX AMÉNAGEMENTS ET SUSPENSIONS DE PEINES	64
3.1 Une démarche compliquée et dont peu s'emparent	64
3.2 La frilosité des magistrats	65
3.3 Un temps judiciaire souvent en décalage avec le temps médical	65
3.4 Le manque de structures d'hébergement	66
4. UNE UTILISATION DÉTOURNÉE DES UHSI ET DE L'EPSNF	67
Recommandations	69
Bibliographie	73

Liste des abréviations

Apsep	Association des professionnels de santé exerçant en prison
ARS	Agence régionale de santé
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
Cpip	Conseiller pénitentiaire d’insertion et de probation
CEDH	Cour européenne des droits de l’homme
Dap	Direction de l’administration pénitentiaire
DGOS	Direction générale de l’offre de soins
Disp	Direction interrégionale des services pénitentiaires
ELSP	Équipe locale de sécurité pénitentiaire
EPSNF	Établissement public de santé national de Fresnes
ETP	Équivalent temps plein
Jap	Juge de l'application des peines
PMR	Personne à mobilité réduite
SMPR	Service médico-psychologique régional
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
USMP/US	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire/Unité sanitaire

Introduction

« En préventive depuis juillet 2021, je n'ai pas pu emmener mon appareil dentaire, qui de toute façon n'est plus utilisable maintenant que les gencives se sont reformées. Or je n'ai plus de molaires. Appareil ? On ne fait pas ! Alors comme je ne peux pas mâcher, on me prescrit des médicaments contre la mauvaise digestion, les brûlures d'estomac. »
Maison d'arrêt de Dijon, mai 2022

« Incarcéré depuis mars 2017, je reste depuis le premier jour 24h/24 dans ma cellule, diminué par des douleurs dorsales sans avoir accès au kiné. Il en est de même pour l'accès aux soins ophtalmologiques par manque de convention avec les professionnels. Âgé de 63 ans je me sens rompu, anéanti, déshumanisé, privé de lecture faute de lunettes adaptées. »
Maison d'arrêt de Reims, novembre 2021

Problèmes dentaires, ophtalmologiques, traumatologiques, gynécologiques, dermatologiques : autant de sujets sur lesquels des personnes détenues sollicitent l’OIP quotidiennement, parfois en urgence. Les difficultés d’accès aux soins spécialisés rapportées sont de différentes natures : délais d’attente pour obtenir un rendez-vous à l’unité sanitaire ou au centre hospitalier de rattachement, annulations d’extraction, renoncement à des soins pour éviter des conditions d’extraction indignes, impossibilité de faire entrer en détention le matériel médical pourtant prescrit par les soignants... Les freins à une prise en charge de qualité sont nombreux, et le suivi requis par certaines pathologies semble à bien des égards incompatible avec les restrictions imposées par la détention, tant en termes d’offre médicale que d’adaptation du cadre de vie.

La carence de soins spécialisés : un phénomène connu, mais peu documenté

Le principe de l’égalité des soins entre personnes détenues et population générale est inscrit dans la réforme du 18 janvier 1994 qui a transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du ministère de la Justice à celui de la Santé. Mais si cette réforme « a été à l’origine d’une amélioration notable de la prise en charge médicale en milieu

1. Valérie Kanoui-Mebazaa, Marc-Antoine Valantin, « La santé en prison », *Les Tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, 2007/4 n° 17, p. 97 à 103.

2. « Quand la prison rend malade. Entretien avec Christine-Dominique Bataillard », OIP, *Dedans Dehors* n°99, mars 2018 ; P. Das, R. Horton, «On both sides of the prison walls - Prisoners and VIH», *The Lancet*, 2016.

carcéral», elle n’a pas permis de répondre aux besoins d’une population qui «cumule des facteurs de risques socio-sanitaires qui la rendent plus vulnérable aux problèmes de santé que la population générale»¹. En plus d’un état de santé dégradé par rapport à la population générale, les personnes détenues voient leur santé fragilisée par des conditions de détention éprouvantes, l’insalubrité et l’absence d’activité physique favorisant la survenue et le développement de pathologies².

Malgré le caractère alarmant de ces constats, les enquêtes documentant l’état de santé des personnes détenues et les problématiques auxquelles elles sont confrontées sont pour la plupart très anciennes, rendant illusoire toute adaptation de l’offre de soins aux besoins de la population carcérale. C’est dans ce contexte que l’OIP a décidé de conduire une étude, afin de dessiner un état des lieux de l’accès aux soins spécialisés en détention, d’en identifier les points critiques et les freins, tant pour les soins délivrés à l’intérieur qu’à l’extérieur. Cette étude se concentre sur les soins somatiques, car la situation des soins psychiatriques, bien que tout aussi préoccupante, est mieux documentée. Les données sur l’offre de soins étant difficilement accessibles, voire inexistantes, cet état des lieux ne peut certes être exhaustif, mais il permet d’avoir une vision plus précise de la problématique spécifique de l’accès aux soins spécialisés dans les établissements pénitentiaires français.

Privation de soins et perte de chance

Si, pour certaines personnes les plus éloignées d’un parcours de soins, le passage par la case prison peut parfois être synonyme d’une prise en charge sanitaire jusque-là inexistante, le bilan dressé ici fait état d’un accès aux soins spécialisés globalement très dégradé. Pour les spécialités les plus demandées, les personnes détenues doivent parfois attendre plusieurs mois avant d’obtenir un rendez-vous, quand elles l’obtiennent. C’est particulièrement le cas pour les soins dentaires, mais aussi pour les soins de kinésithérapie, d’ophtalmologie ou de gynécologie. Malgré une prévalence importante des maladies infectieuses en prison, et notamment du VIH et de l’hépatite C, leur prévention comme leur prise en charge sont ralenties par les contraintes liées à la détention. Ces défaillances contribuent à une détérioration de l’état de santé des personnes incarcérées, avec des conséquences parfois dramatiques : des pathologies qui s’aggravent, des cancers non détectés, et plus globalement une perte de chance. Elles participent aussi, indirectement, à la dégradation de leur état psychique et au renforcement de leur ressenti vis-à-vis des institutions.

Les dysfonctionnements constatés trouvent leurs origines dans nombre de facteurs. Une offre de soins réduite d’abord : les besoins en personnel, en plus d’être sous-évalués, sont insuffisamment pourvus, faute d’attractivité des postes mais aussi de volontarisme des autorités de santé, dont les priorités vont parfois ailleurs. S’y ajoutent des conditions matérielles difficiles pour les soignants comme pour leurs patients : locaux inadaptés et mal équipés, contraintes logistiques liées à l’univers carcéral, logiques sécuritaires qui mettent à mal la prise en charge et le suivi médical...

Le parcours du combattant pour se soigner à l’extérieur

Faute de pouvoir consulter un spécialiste en détention, les personnes détenues devraient en principe pouvoir se faire soigner à l’extérieur. Mais la réalité est plus complexe. Les extractions pour raisons médicales, qui nécessitent une escorte pénitentiaire, sont régulièrement annulées par manque de personnel. Et quand elles ont lieu, les conditions dans lesquelles elles se déroulent conduisent nombre de détenus à préférer se priver de soins tant les dispositifs de sécurité et les moyens de contrainte sont souvent excessifs, appliqués indistinctement à tous quelle que soit leur dangerosité. Il est ainsi fréquent que des personnes détenues soient examinées menottées et en présence de personnels pénitentiaires – y compris pendant des interventions chirurgicales –, au mépris de leur dignité mais aussi du respect du secret médical. Et si la loi prévoit la possibilité d’octroyer à certaines catégories de personnes détenues des

permissions de sortir pour soins, sans surveillance pénitentiaire donc, elles sont dans les faits rarement accordées.

Les hospitalisations de courte durée, à l’hôpital de secteur, se heurtent le plus souvent aux mêmes problèmes de disponibilité d’escorte et d’atteinte à la confidentialité des soins. Pour les prises en charge plus longues en revanche, l’existence de structures spécialisées, les unités hospitalières sécurisées, garantit des conditions plus respectueuses des droits fondamentaux des patients détenus. Mais d’autres problèmes s’y posent, de natures variées – manque de place dans les unités dédiées à la santé mentale, difficultés organisationnelles pour celles dédiées aux soins somatiques – qui contribuent également, en définitive, à une limitation de l’accès aux soins.

Quand la prise en charge sanitaire est incompatible avec la détention

Enfin, cette enquête pose la question de la prise en charge des personnes détenues dont l’état de santé exige un suivi sanitaire au long cours : celles atteintes de pathologies chroniques, de longues maladies, en situation de handicap, ou les personnes âgées dépendantes, de plus en plus nombreuses en prison. Pour elles, les multiples contraintes liées à la détention mais aussi l’architecture carcérale constituent autant d’obstacles supplémentaires à l’accès aux soins et à une prise en charge adaptée. Et si des dispositifs légaux existent pour permettre la remise en liberté des personnes dont l’état n’est pas compatible avec la vie en prison, ils ne sont que rarement utilisés : complexes et méconnus, ils sont peu demandés, et encore plus rarement octroyés. En cause, le manque de structures alternatives pour accueillir les personnes concernées, mais aussi la frilosité des magistrats, qui les réservent le plus souvent aux seules personnes en fin de vie, dont le pronostic vital est engagé à très court terme.

Malgré ce bilan sombre, de nombreuses initiatives visent à favoriser un meilleur accès des personnes détenues à une prise en charge sanitaire adaptée. Elles méritent d’être connues et encouragées. Aussi ce rapport propose-t-il, en conclusion, une série de mesures qui pourraient être prises à moyen et long terme pour lever les freins identifiés et permettre d’améliorer l’accès des personnes détenues à des soins spécialisés.

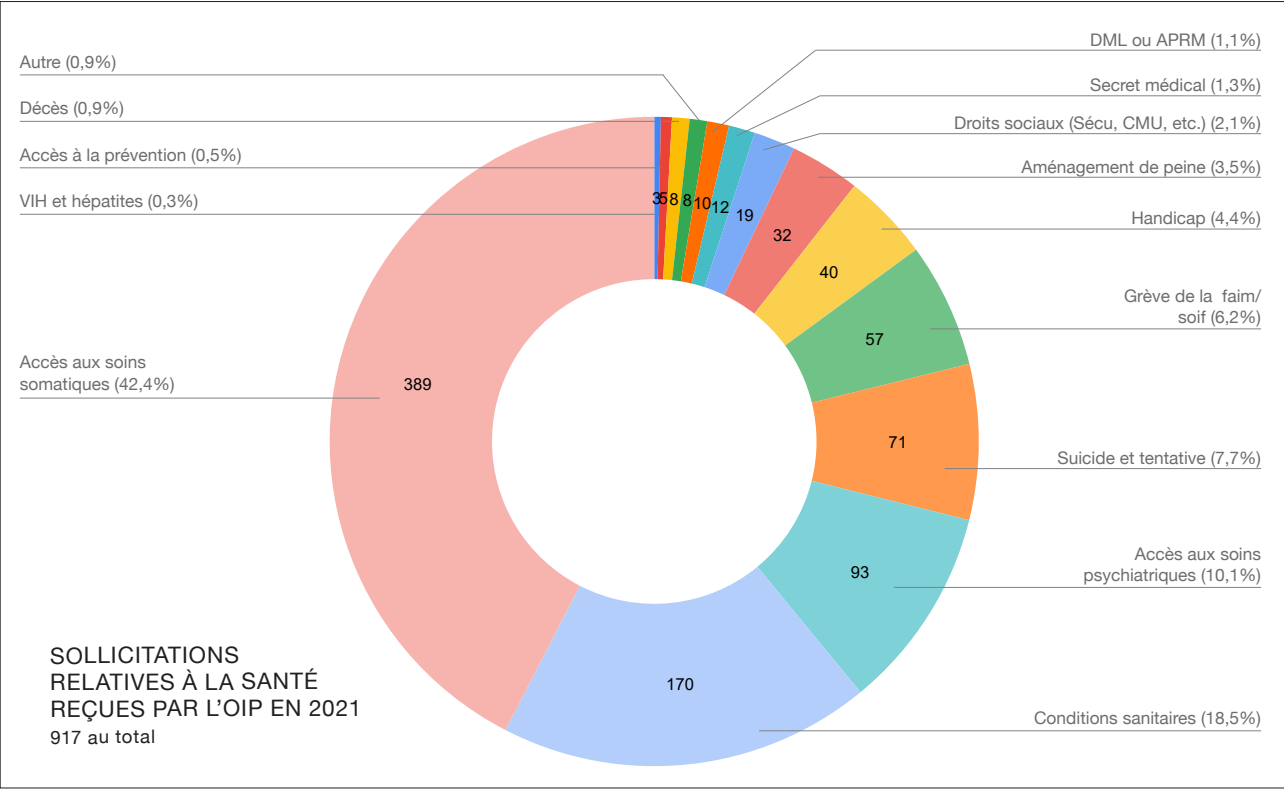
Note méthodologique

Le présent rapport se fonde sur l’analyse des données de première main recueillies par l’OIP via cinq canaux principaux :

- les sollicitations reçues à l’OIP par courrier, email ou téléphone de la part de personnes détenues, de leurs proches ou de divers intervenants en détention, et comprenant pour l’année 2021 917 sollicitations relatives à la santé, dont près de 200 pour l’accès aux soins somatiques spécialisés ;
- une enquête sur l’accès aux soins spécialisés par questionnaire auprès des personnes détenues avec lesquelles l’OIP est régulièrement en contact (43 réponses) et auprès des médecins coordonnateurs des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (14 réponses) ;
- des entretiens réalisés auprès de 15 médecins, 3 conseillers pénitentiaires d’insertion et de probation, 4 juges d’application des peines et 2 chargés de la mise en œuvre des politiques de santé ;
- une enquête de novembre 2021 sur la télémedecine en prison menée par l’OIP ;
- des rapports d’activité d’unités sanitaires en milieu pénitentiaire (60), d’UHSI (3), UHSA (1), SMPR (3).

Ces données sont complétées par l’analyse des décisions de justice relatives à l’accès aux soins, des informations sur l’organisation des soins présentes dans les rapports du CGLPL sur les établissements visités en 2019, 2020 et 2021, et des derniers rapports institutionnels sur les soins en détention (voir bibliographie page 73).

Sauf mention contraire, toutes les citations sont issues des entretiens menés dans le cadre de cette enquête ou des sollicitations reçues à l’OIP.



Santé en prison : un bref état des lieux

La santé des personnes détenues : un sujet insuffisamment documenté

«La prison est un milieu spécifique dans lequel plusieurs populations évoluent, ont des problèmes de santé, des pratiques à risque et/ou sont exposées à des risques sanitaires. L'état de santé dégradé des personnes détenues constitue un enjeu de santé publique à part entière, en regard des besoins cliniquement établis par les professionnels de santé somatique et mentale lors des consultations d'entrée en détention.» Malgré ce constat réitéré par Santé Publique France en 2017³, les études portant sur l'état de santé des personnes détenues sont rares et pour la plupart très anciennes.

Les données nationales sont issues de quatre enquêtes, menées il y a plus de dix voire vingt ans. L'étude générale sur l'état de santé des entrants en maison d'arrêt, menée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), date de 2003⁴. Elle actualise une étude menée en 1999 mais n'a jamais été reconduite. Les trois autres portent sur des types de pathologies spécifiques : «HID prison», menée par l'INED et l'Insee sur le handicap et la dépendance, date de 2001, celle sur les troubles psychiatriques de 2004, et celle sur le VIH, VHC et les dépendances, Prévacar, de 2010. Seules quelques enquêtes régionales permettent d'avoir un aperçu de l'état de santé actuel des personnes incarcérées : l'enquête sur la santé mentale des entrants en détention dans les anciennes régions Nord et Pas-de-Calais en 2017⁵ ; les caractéristiques sanitaires et sociales des nouveaux détenus en Picardie, étude annuelle de l'OR2S Picardie dont la dernière version date de 2015 ; et la récente Enquête flash sur la santé des patients incarcérés à l'entrée en détention de l'ORS Grand-Est, en 2021.

La situation de la psychiatrie en prison a fait, de son côté, l'objet d'une attention particulière ces dernières années. À la suite de la médiatisation en 1999 de la forte inadaptation de l'offre aux besoins en soins psychiatriques de la population carcérale⁶, dans la foulée du rapport Pradier, les rapports et avis se sont multipliés : rapport d'information du Sénat en 2010, rapport de l'Assemblée nationale sur la détention avec un focus sur la santé mentale en 2018, avis du CGLPL en 2015⁷ puis 2019⁸. En 2018, l'OIP, dans le dossier qu'il consacrait aux maladies psychiques en prison dans la revue *Dedans Dehors*, faisait le constat d'un accès inégal et limité aux soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires⁹. Deux études sont actuellement en cours sur la population détenue en maison d'arrêt. Elles portent sur la santé mentale des personnes incarcérées pour l'une, sur les sortantes et sortants pour l'autre¹⁰.

3. À l'occasion de la publication de deux études portant sur le suicide en milieu carcéral et les cas de leptospirose parmi les détenus d'un centre pénitentiaire d'Île-de-France.

4. M.-C. Mouquet (dir.), « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et résultats*, n° 386, 2005, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.

5. Plancke L., Sy A.,Fovet T., Carton F., Roeland J.L., Benradia I., Bastien A., Amariei A., Danel T., Thomas P., *La santé mentale des personnes entrant en détention*, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017.

6. Barbier, G., Demontès, C., Lecerf, J-R., & Michel, J-P. (2010, mai). *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français* (n°434 des affaires sociales, déposé le 5 mai 2010).

7. CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 2015.

8. CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 2019.

9. « Maladies psychiques en prison. Une folie », *Dedans dehors*, n°99, mars 2018.

10. « Épidémiologie et psychiatrique longitudinale en prison » (EPSYLON), et « Santé mentale en population sortante ».

Une population vulnérable, aux besoins sanitaires importants

Bien qu'ancien, le résultat de ces études établit que les personnes détenues sont en moins bonne santé que la population générale et ce, dès leur entrée en détention. Une forte proportion d'entre elles relève en effet d'une population socialement défavorisée, qui cumule les facteurs de risque liés à la précarité.

Ainsi, les comportements à risques liés à la consommation de tabac, d'alcool et de stupéfiants sont surreprésentés en détention. Selon l'étude de la Drees de 2003, 78 % des détenus entrants déclaraient fumer quotidiennement, 31 % indiquaient une consommation excessive d'alcool, 33 % une utilisation prolongée et régulière de drogues au cours des douze derniers mois et 11 % une polytoxicomanie.

La surexposition à la précarité et aux comportements addictifs induit par ailleurs une prévalence très élevée des pathologies bucco-dentaires chez les personnes détenues. L'enquête de la Drees estimait en 2003 que plus de la moitié des arrivants avaient besoin de soins bucco-dentaires. Les études régionales menées plus récemment corroborent ces constats à l'échelle des établissements du territoire concerné. Ainsi, en 2015, le dispositif d'observation de la santé des détenus entrant dans les établissements pénitentiaires de l'ex-région Picardie indiquait que 61 % des entrants nécessitaient des soins dentaires¹¹. En 2021, une enquête sur la santé des patients incarcérés à l'entrée en détention, menée par l'Observatoire régional de la santé Grand-Est¹², indiquait que des soins étaient à programmer pour 42,8% des personnes, une prédominance de ces besoins étant relevée chez les patients déclarant consommer de l'héroïne, de la morphine, de l'opium, de la cocaïne ou du crack.

Les données concernant le VIH et l'hépatite C sont relativement anciennes, puisqu'elles datent de l'enquête Prévacar¹³ conduite en 2010, mais mettent néanmoins en lumière leur prévalence dans la population carcérale : deux personnes détenues sur 100 étaient alors séropositives au VIH et une sur vingt au virus de l'hépatite C, soit environ quatre fois plus qu'en population générale en France.

De la même façon, l'état des lieux de la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral date de 2004¹⁴ et n'a pas été actualisé. Selon celui-ci, un entrant sur dix est orienté vers une consultation de psychiatrie à l'issue de l'examen clinique d'entrée. Plus de la moitié des personnes détenues ont déjà un antécédent de troubles psychiatriques, tandis qu'un entrant sur six a déjà été hospitalisé en psychiatrie. Les pathologies et troubles mentaux sont surreprésentés : une personne détenue sur 25 répond aux critères diagnostiques de schizophrénie, soit quatre fois plus qu'en population générale ; plus d'une personne détenue sur trois est atteinte de syndrome dépressif ; une sur dix est atteinte de dépression mélancolique à haut risque de suicide ; une sur six a une phobie sociale et une sur trois une anxiété généralisée.

Malgré l'ancienneté des données, l'ensemble de ces tendances semblent encore opérantes, comme en témoigne l'étude de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Grand-Est : 36,4 % des patients ont été orientés vers une consultation spécialisée à l'issue de la visite médicale d'entrée, dont 44,3 % en soins dentaires, 39 % en psychiatrie et 28,5 % en addictologie (prescriptions cumulables).

L'organisation des soins en détention

LA RESPONSABILITÉ DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a transféré la responsabilité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues du ministère de la Justice à celui de la Santé, et placé les équipes médicales sous l'autorité des établissements de santé, les rendant indépendantes des directions des établissements pénitentiaires. L'Agence régionale de santé désigne ainsi, pour chaque établissement pénitentiaire, un centre hospitalier de

rattachement et celui-ci est chargé de mettre en place une équipe médicale qui intervient au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de l'établissement et de la doter en personnel et en équipement médical et non médical.

L'administration pénitentiaire, elle, est chargée de mettre à disposition « des locaux spécialisés destinés aux consultations, aux examens et, le cas échéant, à une implantation de la pharmacie à usage intérieur », et de permettre et organiser l'extraction du patient détenu vers un établissement de soins à l'extérieur le cas échéant¹⁵. C'est également à l'administration pénitentiaire que revient la responsabilité de décider des adaptations et modifications du régime pénitentiaire rendues nécessaires par l'état de santé des personnes malades.

PLUSIEURS NIVEAUX D'INTERVENTION

Depuis 2012, l'organisation des soins tant somatiques que psychiatriques repose sur trois niveaux d'intervention :

- le niveau 1 concerne les soins ambulatoires dispensés en détention par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Dans cette unité, sont assurés les consultations et examens ne nécessitant pas d'hospitalisation : sont concernés les soins relevant de la médecine générale ou de la psychiatrie, mais également les soins dentaires, certaines consultations spécialisées, la réalisation des examens de laboratoire et de radiologie nécessaires au diagnostic, ainsi que la fourniture des appareillages, prothèses, médicaments et autres produits pharmaceutiques. Toutefois, dans 26 établissements pénitentiaires français, les soins psychiques sont dispensés au sein de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ;
- le niveau 2 concerne les soins nécessitant une hospitalisation courte ou à temps partiel. Les soins somatiques sont réalisés dans le service correspondant à la spécialité requise de l'hôpital de rattachement ou, lorsque cela le justifie, en chambre sécurisée avec garde statique. Les soins psychiatriques ont lieu en hospitalisation de jour au sein des SMPR (en détention mais en cellules dédiées). Pendant la durée de la prise en charge, le soin prime de manière temporaire sur les autres aspects de la détention ;
- le niveau 3 concerne les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Ces soins sont délivrés en établissements de santé et sont décidés lorsque l'hospitalisation de niveau 2 ne peut proposer une prise en charge suffisante eu égard à l'état de santé du patient. Les soins somatiques sont en principe dispensés en unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) ou à l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF). Exceptionnellement, ils peuvent toutefois avoir lieu à l'hôpital de rattachement (en chambre sécurisée). Les soins psychiatriques sont prodigués en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), en unité pour malades difficiles (UMD), voire au sein d'un établissement de droit commun « autorisé en psychiatrie ».

En transférant la responsabilité des soins en prison au ministère de la Santé, la loi du 18 janvier 1994 avait pour ambition de garantir aux personnes détenues une « qualité et une continuité de soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population ». Toutefois, les contraintes carcérales et logiques sécuritaires l'emportent souvent sur les impératifs sanitaires. Ainsi, les ministères de la Justice et de la Santé reconnaissaient, à l'occasion de la feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022, que « le principe d'équivalence d'accès aux soins des personnes détenues n'était pas pleinement acquis ».

¹¹. État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie, caractéristiques sanitaires et sociales des nouveaux détenus en 2015, OR2S, janvier 2017.

¹². Enquête sur la santé des personnes incarcérées à l'entrée en détention en Grand-Est, ORS Grand est, juillet 2021.

¹³. Enquête Prévacar, Direction générale de la santé et Institut de veille sanitaire, 2010.

¹⁴. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, étude pour le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, décembre 2004.

¹⁵. Article 46 de la loi pénitentiaire n°2009-14336 du 24 novembre 2009 ; article D. 370 du code de procédure pénale.

Se soigner à l'intérieur

Selon l'enquête réalisée dans les établissements du Grand-Est en 2021, un tiers des entrants a un traitement en cours, part qui s'élève à plus de la moitié pour les plus de 55 ans. Dans le cadre de l'incarcération, dont on sait la pathogénicité, l'offre et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire peuvent-elles permettre d'assurer une continuité de ces soins tout en prenant en charge l'ensemble des autres pathologies nouvellement détectées ? L'enquête de l'OIP souligne que les besoins en soins spécialisés ne sont que partiellement couverts, ce qui produit des effets délétères sur l'état de santé des personnes détenues. La faiblesse des moyens humains et des conditions matérielles dans les unités sanitaires, ainsi que les interférences de la logique pénitentiaire dans le processus médical, constituent les freins principaux à une bonne prise en charge.

1. Un accès aux soins spécialisés insuffisant

L'offre de soins spécialisés en détention, si elle permet d'intégrer dans un parcours de dépistage et de traitement les personnes les plus éloignées du soin, ne répond que partiellement aux besoins sanitaires des personnes détenues. Cela entraîne une dégradation de leur état de santé mais aussi de leurs conditions de détention.

1.1 UNE PRISE EN CHARGE POSSIBLE POUR LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DES PARCOURS DE SOINS

*« Peut-on soigner en prison ? C'est la véritable question qui découle de la réforme de 1994, et la réponse est bien sûr "oui", mais dans certaines limites. Ces limites sont le temps de l'incarcération et le lieu. Il faut, en effet, ne pas oublier que la prison n'est pas un hôpital... Néanmoins, certaines personnes sont mieux soignées en prison que dehors, parce que leur vie à l'extérieur est un tel enfer que la parenthèse carcérale, avec son rythme régulier et ses contraintes, permet une certaine "observance". »
Valérie Kanoui-Mebazaa, et Marc-Antoine Valantin¹⁶*

Une grande partie des entrants en détention n'a pas eu de contact avec le système de soins dans les douze mois qui ont précédé l'incarcération. Cette part était estimée, au niveau national, à six entrants sur dix par l'Inspection générale des affaires sociales en 2015¹⁷. Cette « consommation de soins moindre que la population générale » est à rapprocher en partie de l'âge médian de la population carcérale (32 ans en 2015), mais également du mode de vie et

¹⁶. V. Kanoui-Mebazaa et M.-A. Valantin, op. cit.

¹⁷. Igas, IGSJ, 2015, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, n°2015-050R.

de la précarité des conditions sociales d’une partie importante des personnes détenues avant leur incarcération.

Au regard de cet éloignement du système de soins, l’organisation des soins à l’intérieur des murs permet de dépister et diagnostiquer certaines pathologies et de mettre en place des traitements pour des personnes qui n’étaient pas ou peu soignées à l’extérieur.

Le premier jalon de la prise en charge est la visite médicale d’entrée. Cet examen « systématique » qui a lieu « dans les plus brefs délais » après l’arrivée en prison¹⁸ est l’occasion de pratiquer un bilan de santé, de contrôler l’état vaccinal et de proposer une consultation spécialisée, notamment si des troubles psychologiques, des problèmes d’alcoolisme ou de toxicomanie sont dépistés. Un dépistage bucco-dentaire peut également être proposé¹⁹. Selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), la visite est « en règle générale » proposée, « même si, s’agissant [...] des établissements pénitentiaires, l’intervention effective peut être différée de plusieurs heures par rapport à la demande, voire davantage en cas d’arrivée de nuit ou au cours d’un week-end ». En outre, il n’est pas rare que cette visite soit réalisée de façon très sommaire en raison de difficultés liées au choc de l’incarcération, l’essentiel du bilan étant dans ce cas reporté à une consultation ultérieure.

Cette visite médicale est importante car elle est pour certains entrants le premier examen médical depuis un an ou plus. Elle permet de déceler des pathologies qui feront l’objet d’un suivi en détention. « Les détenus qui ne se plaignent pas, il faut attendre qu’ils soient très malades et signalés par des agents pénitentiaires. Donc l’examen d’entrée est très important, car ensuite on ne peut pas détecter ce qui n’est pas signalé », considère Anne Dulioust, cheffe de service et médecin généraliste à l’établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

Toutefois, seul le dépistage de la tuberculose est obligatoire. D’autres dépistages sont proposés aux détenus, mais ils ne peuvent être réalisés sans leur consentement. C’est le cas des dépistages du VIH et des hépatites qui doivent être systématiquement proposés à l’entrée en détention et au cours de l’incarcération, mais ne peuvent être réalisés sans le consentement des personnes concernées. Le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) estimait en 2019 qu’environ la moitié des entrants en détention bénéficiaient d’un dépistage effectif de ces affections²⁰. En 2010, le rapport d’un groupe d’experts du ministère de la Santé avait déjà signalé que le contexte du choc carcéral était peu propice aux messages de prévention, et que les propositions de dépistage devaient donc être réitérées²¹. Pourtant, une étude menée en 2019 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes auprès de 14 unités sanitaires note qu’aucune des personnes détenues interrogées ne s’est vu proposer un dépistage au cours de la détention, hormis à l’entrée²². Outre la temporisation du dépistage liée au choc de l’incarcération, d’autres facteurs peuvent expliquer un taux relativement faible de tests : des « dépistages déjà réalisés en structures d’addictologie ou lors d’une précédente incarcération, des peines très courtes, des jours dédiés aux prélèvements en nombre limité, notamment en cas de dépistage par un Cegidd (Centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l’immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles). Le rendu des résultats n’est pas systématique dans un quart des USMP »²³, selon une enquête portant sur les pratiques diagnostiques et thérapeutiques de l’hépatite C dans la population détenue en France en 2015.

Au cours de la détention, il doit aussi être tenu compte des programmes nationaux de dépistage des cancers. Celui du cancer colorectal doit être proposé tous les deux ans aux hommes et femmes de 50 à 74 ans, celui du col de l’utérus doit l’être tous les trois ans aux femmes de 25 à 65 ans et celui du sein tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans. Mais l’accès aux soins gynécologiques varie considérablement selon les établissements.

À Roanne, un frottis refusé et un cancer du col de l’utérus détecté tardivement

À son arrivée au centre de détention de Roanne, au début de l’année 2020, Laura B., âgée de 26 ans, demande à réaliser un frottis – un précédent examen réalisé en 2018 ayant déjà révélé des anomalies, bénignes, à surveiller. La gynécologue en place, arguant de la jeunesse de la patiente et du précédent frottis, pas si lointain, refuse de réaliser l’examen. Lors de la consultation, aucun examen ni prélèvement

n’est pratiqué, quand bien même la jeune femme explique souffrir de pertes « bizarres ». Aucun autre gynécologue n’intervenant dans l’établissement, Laura reste impuissante face à ce refus. Bénéficiant d’un aménagement de peine un an et demi plus tard, elle sort de prison, et réalise un nouveau frottis. Dix jours après l’examen, elle reçoit un appel lui disant de revenir d’urgence au cabinet. On lui annonce alors

qu’elle souffre d’un cancer du col de l’utérus. Elle est opérée en urgence deux jours plus tard. Plus de la moitié du col de l’utérus est alors enlevée, afin de retirer l’entièreté des lésions. Un amoindrissement qui augmente fortement tant les risques de fausses couches que ceux d’un accouchement prématuré. « Moi, j’ai de la chance, je suis sortie rapidement. Si j’étais restée plus longtemps... », souffle Laura.

1.2 UN ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS TRÈS DÉGRADÉ

En 2021, l’OIP a reçu plus de 900 sollicitations de personnes détenues ou de leurs proches relatives à la santé en détention, dont près de 400 concernant l’accès aux soins somatiques. Parmi ces dernières, la moitié (197) concernait l’accès à des soins dits « spécialisés », pour lesquels les patients signalaient rester longtemps en attente d’examens, de soins et/ou de traitements.

Une offre de soins insuffisante ou inexistante dans certains établissements

Tout accès à une consultation spécialisée peut poser des difficultés : les soins dentaires, ophtalmologiques, de kinésithérapie, mais aussi la psychiatrie, la gynécologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, l’urologie ou l’addictologie. La lecture des rapports de visite du CGLPL illustre cette problématique. À Liancourt en 2019, le CGLPL note que « concernant les consultations spécialisées assurées sur place, leur accès est difficile pour celles qui continuent à être assurées (ophtalmologiste, cardiologue, urologue, spécialiste en chirurgie digestive, chirurgien-dentiste) ». À Borgo, en 2021, il souligne que « pour les femmes, il n’y a pas de soins de gynécologie, et les délais d’attente sont extrêmement longs ». À Niort, le temps de présence du psychiatre est insuffisant, ce qui le conduit « à ne pouvoir consacrer que quinze minutes par consultation ». À Nouméa, c’est la prise en charge en addictologie qui fait défaut : « Bien que la population pénale soit confrontée à une importante problématique addictive à l’alcool et au cannabis, aucune prise en charge d’addictologie n’est proposée au sein de l’unité sanitaire depuis plus d’un an à la date du contrôle. L’addictologie permettait de voir chaque mois entre quarante et soixante patients jusqu’en novembre 2017. »

Certes, l’offre de soins varie selon les établissements pénitentiaires. Dans certains lieux de détention, l’intervention des praticiens au sein de l’unité sanitaire permet même aux personnes détenues d’accéder à des consultations spécialisées dans un délai plus court que la population générale du territoire. Par exemple, à la maison d’arrêt de Niort dans les Deux-Sèvres, le CGLPL indique en 2019 : « Selon les propos recueillis, il n’existe pas de délai d’attente pour bénéficier de soins dentaires – environ une à deux semaines – et les cas urgents sont vus en priorité. » À la maison d’arrêt de Chaumont, dans la Haute-Marne, le CGLPL notait la même année : « Pour les ophtalmologistes, les délais d’attente sont d’environ trois mois pour obtenir un rendez-vous (au lieu de neuf mois pour les autres patients en ville). » Au centre pénitentiaire d’Aix-Luynes, dans les Bouches-du-Rhône, Sophie Lanis, médecin généraliste et coordonnatrice de l’USMP, estime : « Pour certaines spécialités, les personnes détenues sont mieux

¹⁸. Article R57-8-1 du Code de procédure pénale, article 3 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l’article R.57-6-18 du Code de procédure pénale et article R. 6111-32 du Code de la santé publique.

¹⁹. Instruction NOR : ETSP1115156J du 29 août 2011 relative à la réalisation d’un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires et Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 2019.

²⁰. CNS, « Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l’hépatite C chez les personnes détenues », 2019.

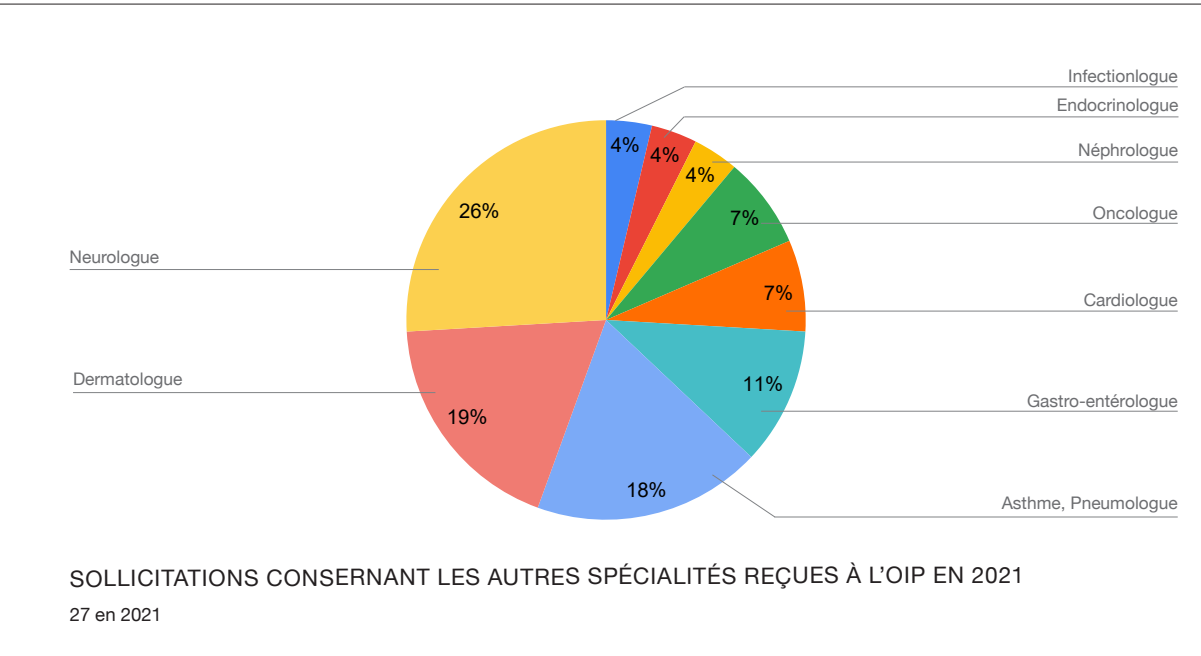
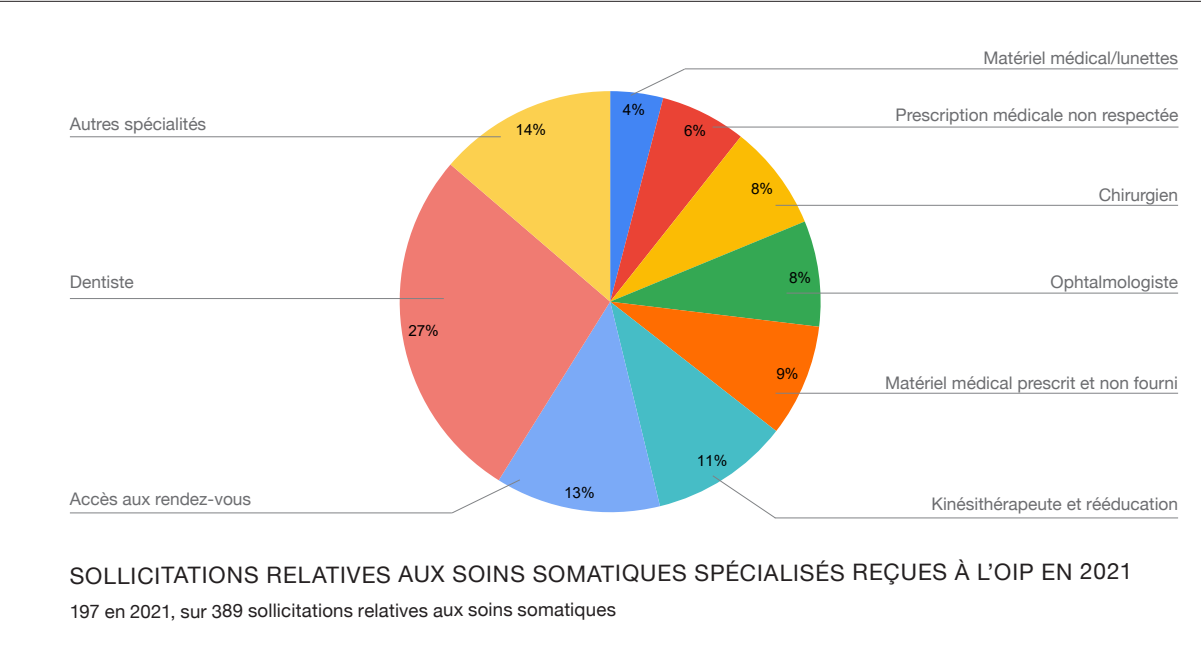
²¹. P. Yeni (dir.), 2010, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d’experts, ministère de la Santé et des Sports.

²². Enquête menée auprès de 14 USN1 par le groupe Inter-Corevih Auvergne-Rhône-Alpes, 2019.

²³. Remy A.J., Canva V., Chaffraix F., Hadey C., Harcouet L., Terrail N., et al. « L’hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 ». *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2017;(14-15):277-84.

loties qu'à l'extérieur. L'ophtalmologiste intervient deux fois par mois, le délai pour avoir un rendez-vous est d'environ un mois, ce qui est raisonnable.»

Partout ailleurs, pour certaines spécialités particulièrement sollicitées en prison, les délais d'obtention d'un rendez-vous sont souvent très longs, quand la consultation n'est pas tout simplement impossible. Sur les 43 répondants au questionnaire diffusé par l'OIP aux personnes détenues, trois-quarts (32) ont connu dans au moins un établissement pénitentiaire l'impossibilité d'accéder à un rendez-vous avec un spécialiste, parce que ce dernier n'exerçait pas en détention, que la personne détenue avait changé d'établissement avant de pouvoir bénéficier d'un rendez-vous ou qu'elle était toujours en attente de celui-ci. Les rendez-vous les moins accessibles, d'après l'enquête, sont les rendez-vous dentaires, suivis des rendez-vous de kinésithérapie, psychiatrie, cardiologie et ophtalmologie. Les sollicitations reçues à l'OIP en 2021 et 2022 confirment ces constats.



Soins dentaires : un besoin rarement satisfait

En raison d'un volume de pathologies bucco-dentaires plus important qu'en population générale, les demandes dans ce domaine sont très nombreuses. Ainsi, à la maison d'arrêt de Périgueux, «le délai pour obtenir une consultation, hors cas d'urgence, est de plusieurs mois. Véritables besoins bien identifiés, les soins bucco-dentaires représentent 50% des consultations spécialisées», précise le rapport d'activité de l'unité sanitaire²⁴. Au centre de détention de Montmédy, «l'activité dentaire est toujours un point sensible. Les demandes des patients sont nombreuses et il nous est difficile de répondre à tous dans l'urgence. Les délais d'attente sont parfois longs mais des créneaux d'urgence sont instaurés et permettent de pallier les demandes les plus urgentes»²⁵.

La majorité des sollicitations relatives aux soins spécialisés reçues à l'OIP (27 %) concernent des problèmes d'accès aux soins dentaires. D'après notre enquête auprès des unités sanitaires, plusieurs postes de chirurgien-dentiste ne sont pas pourvus, comme celui de la maison d'arrêt de Saint-Sulpice, vacant depuis deux ans au moment de l'enquête (avril 2022). En décembre 2021, un homme détenu au centre pénitentiaire de Liancourt signalait : «Je demande un rendez-vous depuis six mois, car mes dents de sagesse poussent et me font très mal. L'unité sanitaire m'a prescrit des médicaments.» En novembre 2021, un homme détenu à Toul attendait d'obtenir une consultation depuis quatre mois.

²⁴. Rapport d'activité 2020 de l'USMP de la maison d'arrêt de Périgueux.

²⁵. Rapport d'activité 2020 de l'USMP du centre de détention de Montmédy.

À Châteaudun, les dents ne sont plus soignées

En septembre 2021, l'OIP publiait une enquête¹ soulignant les difficultés d'accès aux soins dentaires au centre de détention de Châteaudun. Depuis le départ du chirurgien-dentiste deux ans auparavant, les possibilités de prise en charge des pathologies nécessitant des soins urgents étaient extrêmement restreintes. Extrait.

À la prison de Châteaudun, le poste de chirurgien-dentiste est vacant depuis février 2020. Pourtant, les besoins sont immenses : les personnes qui y sont détenues présentent pour beaucoup de graves problèmes

dentaires, en raison d'une surexposition à la précarité et aux comportements addictifs. Et nombre d'entre elles requièrent des soins importants et urgents, comme l'illustre ce certificat médical rédigé par l'unité sanitaire en avril 2021 : « L'état de santé [de Monsieur B.] nécessite la poursuite des soins dentaires précédemment initiés par son odontologiste traitant en raison d'une altération de la denture et de la chute récente d'une dent incisive supérieure. Ces soins sont à réaliser rapidement. » Un autre certificat, daté de février, signale que « l'état de santé [de Monsieur S.] nécessite des

soins dentaires urgents » et porte la mention « 2° certificat », soulignée deux fois. Faute de prise en charge adaptée, l'unité sanitaire en est réduite à pallier la douleur des patients détenus à coups de médicaments. « Mon fils souffre de problèmes dentaires récurrents avec infection, soulagés au Doliprane depuis plusieurs mois », écrit la mère d'un détenu. Un autre indique que son ordonnance d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques est renouvelée tous les dix jours depuis plusieurs semaines.

¹. « À Châteaudun, les dents ne sont plus soignées », *Dedans Dehors* n°112, septembre 2021.

La médecine physique et de réadaptation en souffrance

La prison rassemble par ailleurs un éventail de pathologies nécessitant l'intervention de kinésithérapeutes et d'orthopédistes, qui peuvent être préexistantes à la détention (professions pénibles, plaies par arme blanche ou par balle, blessures lors de l'arrestation) ou s'être déclarées en prison (sport, rixe, sédentarité). En outre, la vie en détention accentue les lésions traumatiques : « Toutes les pathologies où on recommande une activité physique au patient sont problématiques en détention », explique David Brust, kinésithérapeute à la maison d'arrêt de

Bois d'Arcy. Par conséquent, certaines douleurs qui étaient équilibrées à l'extérieur flambent à l'intérieur.

Or la vacance des postes de ces spécialistes est fréquente. À la maison d'arrêt de Sarreguemines, il n'est pas possible « d'organiser des séances de kinésithérapie directement au sein de l'US en raison de l'effectif insuffisant de kinésithérapeute du centre hospitalier »²⁶. Au centre de détention de Neuvic, « le kiné libéral qui venait le mercredi matin a cessé depuis le premier confinement. Aucun remplaçant n'a été trouvé actuellement malgré les recherches actives »²⁷. Dans ces établissements, les détenus ne reçoivent donc pas les soins dont ils ont besoin, et ce même lorsqu'ils sont en possession de certificats médicaux. Les postes sont aussi vacants, entre autres, à Riom, Eysses, Arras, Cœrmingen, Bourges, Varcès ou encore Digne²⁸.

Quand un praticien intervient dans l'établissement, sa présence est souvent insuffisante pour répondre aux besoins, notamment quand le suivi doit être soutenu et régulier. « Les demandes de kiné sont nombreuses mais le kiné n'est présent que 2h par semaine. La difficulté réside dans les prises en charge de patients ayant subi une chirurgie récente », lit-on dans le rapport d'activité 2020 de l'unité sanitaire du centre de détention de Saint-Mihel.

Mélanie Kinné, médecin coordonnateur de l'USMP de la maison d'arrêt de Nîmes, indique de son côté : « En post-opératoire on n'a pas une bonne offre de soins. On a un kiné qui intervient un jour par semaine, mais cela ne permet pas un suivi aussi fréquent que cela est nécessaire pour la rééducation en post-opération (trois fois par semaine par exemple). Donc parfois on temporise ces opérations, car il sera mieux de les faire une fois à l'extérieur pour avoir une bonne rééducation. »

Consultations ophtalmologiques : l'attente prolongée

Le même problème se pose concernant les soins ophtalmologiques. Du centre de détention de Mauzac, un détenu nous écrit en mars 2021 : « Pour les soins c'est l'enfer, trop d'attente, pas de réponse. J'ai des soucis avec ma vue, pour avoir un entretien avec un ophtalmo on m'a répondu qu'il y avait un an d'attente. » Les unités sanitaires signalent fréquemment dans leurs rapports d'activité cette pénurie : « Il serait particulièrement appréciable de pouvoir bénéficier de la présence d'un ophtalmologiste qui représente le premier poste d'extraction médicale pour les consultations programmées et pour lequel le délai d'attente est actuellement d'un an, plus encore pour obtenir des lunettes de vue », souligne-t-on au centre pénitentiaire de Riom en 2020. Au centre de détention de Châteaudun en février 2021, une personne détenue ayant besoin de lunettes ne parvenait pas à rencontrer un ophtalmologiste.

Dans l'attente de soins adaptés, des détenus ont recours au système D pour soulager leur inconfort ou leur douleur : « J'ai une cataracte, et je ne supporte pas la lumière. J'ai besoin d'un courrier du médecin pour que la direction m'autorise à obstruer la fenêtre de ma cellule avec une serviette », écrit une femme détenue à Orléans-Saran à l'OIP en juillet 2021.

Une fois la consultation obtenue, les patients attendent encore pour obtenir des lunettes. Plusieurs se plaignent de ne plus voir assez bien pour lire ou regarder la télévision. En janvier 2021, un détenu du centre de détention d'Oermingen se tournait ainsi vers l'OIP pour signaler qu'il attendait des lunettes depuis son rendez-vous avec l'ophtalmologiste en octobre 2020. Ces délais s'expliquent par les difficultés rencontrées par les centres hospitaliers pour établir des conventions avec des opticiens. Et lorsque convention il y a, elle n'est pas toujours accompagnée d'une motivation suffisante, comme l'indique la persistance des délais de livraison des lunettes. À Lille en 2019, le CGLPL indiquait que le fournisseur Générale d'optique n'intervenait que de manière épisodique : « Il peut s'écouler entre six à huit mois avant que les personnes n'aient accès à leurs lunettes. » Une personne détenue à la maison centrale de Saint-Maur a, quant à elle, attendu deux ans avant de bénéficier d'une correction. Selon une information reçue par le centre hospitalier de Pau au mois de juin 2022, l'opticien qui intervenait à la maison d'arrêt a mis fin à la convention en raison des « contraintes administratives et financières », et n'est toujours pas remplacé, les opticiens contactés motivant leur refus par les « délais de

remboursements de leur intervention par la Sécurité sociale » et « l'absence d'intéressement significatif les incitant à se rendre à la maison d'arrêt ».

Une prise en charge des maladies infectieuses améliorable

La prévalence des maladies infectieuses en détention a justifié le déploiement de mesures particulières pour développer leur dépistage (lire page 16), leur prévention et leur prise en charge. Celles-ci restent néanmoins contraintes par l'univers carcéral.

Une étude menée en 2009 a relevé un faible niveau d'accès aux mesures de prévention préconisées, plus particulièrement pour les traitements de substitution aux opiacés, les préservatifs, la prophylaxie post-exposition au VIH, la désinfection du matériel d'injection, etc. Concernant ce dernier, l'eau de Javel est actuellement le seul dispositif autorisé en détention, en dépit des « réserves majeures » émise par l'OMS à cause de sa très faible efficacité (« faible » pour réduire les risques d'infection lié au VIH, « très faible » pour ceux liés à l'hépatite C). Elle est en outre inégalement proposée selon les établissements : selon une enquête réalisée par un groupe interCorevih en 2019 auprès de 14 USMP de la région Auvergne-Rhône-Alpes, sept établissements indiquaient ne proposer aucun désinfectant.

La mise en place d'un traitement antiviral est en théorie possible. Dans les faits, les situations sont très variables selon les établissements : l'enquête Prévacar montrait en 2010 que seules 52 % des unités sanitaires dispensaient une consultation avancée en infectiologie et 57 % en hépatologie, celles-ci étant plus fréquentes dans les grands établissements.

En outre, un nombre limité de détenus bénéficient effectivement des traitements. Ainsi, les antiviraux d'action directe (AAD), disponibles depuis 2014, sont utilisés pour traiter l'hépatite C en huit à douze semaines (contre plusieurs mois pour les traitements existants jusqu'alors) et avec peu d'effets secondaires. Mais le Conseil national du sida et des hépatites (CNS) considère que, « parmi les personnes dont on estime qu'elles sont porteuses [de l'hépatite C] lors de leur entrée en détention, moins d'une sur deux débute un traitement par AAD durant son incarcération. L'insuffisance du dépistage constitue de loin le principal obstacle ». Néanmoins, une fois dépistées, plus de huit personnes détenues éligibles au traitement par AAD sur dix (82,7 %) y accèdent²⁹. Quant au traitement de l'hépatite B, il est de longue durée, ce qui induit fréquemment une rupture des soins à la sortie de détention.

Selon une étude menée en 2015, plusieurs facteurs restreignent la prise en charge effective de ces pathologies infectieuses : « une durée d'incarcération courte, une sortie possible avant la fin du traitement, des effets indésirables redoutés par les patients et certains soignants, la question des prix élevés des traitements sont des facteurs présents à l'esprit des prescripteurs et des pharmaciens hospitaliers. »³⁰

Des soins dégradés

À défaut de pouvoir proposer un rendez-vous avec un spécialiste dans des délais corrects, ou autant de fois que de besoin, les praticiens doivent eux aussi recourir au système D. Pour pallier l'absence ou le manque de kinésithérapeute ou d'orthopédiste par exemple, des unités sanitaires prescrivent de l'auto-rééducation aux patients. « Mais cela n'est pas toujours possible, et cela ne remplace pas un kiné », souligne Ariane Mayeux, médecin coordonnatrice de l'USMP de Riom. En outre, cette auto-rééducation dépend de l'investissement du patient : « Il y a un besoin plus important d'autonomiser le patient qu'en ville, d'expliquer les exercices qu'il va réaliser seul. En fonction de la capacité des patients à comprendre et s'investir dans la rééducation, ça a un impact très marqué sur la façon dont ça va se dérouler, il y a une grosse variabilité dans les modalités de prise en charge », précise Damien Brust, kinésithérapeute à Bois d'Arcy.

Parfois, ce sont les infirmiers qui s'occupent de ces soins. « En fauteuil roulant à cause d'une blessure par balle, le médecin m'a prescrit trois séances de kiné par semaine. Je suis ici depuis un mois et demi, mais il n'y a pas de kiné. Du coup c'est l'infirmière psychologue, que je vois tous les jours, qui s'occupe de mes soins », explique en janvier 2021 un homme détenu à

²⁹. Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), « Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues », 2020.

³⁰. « L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 », art. cit.

31. CGLPL, Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Liancourt, 2019.

32. CGLPL, Rapport de la deuxième visite au centre pénitentiaire de Châteauroux, 2019.

33. CGLPL, Rapport de la deuxième visite au centre de détention de Montmédy, 2019.

Condé-sur-Sarthe. Dans ces conditions, l'efficacité du soin proposé dépend beaucoup de la motivation et de l'investissement du patient, deux paramètres qui peuvent faire défaut dans un quotidien marqué par l'enfermement et des conditions de détention difficiles. L'importance de la « variable patient » est plus forte qu'à l'extérieur, créant des inégalités de traitement.

Quand ils sont présents en détention, les spécialistes ne disposent pas toujours du temps et du plateau technique nécessaires pour dispenser les soins appropriés. Le CGLPL relève, en 2019 à Liancourt: « Il a par exemple été témoigné d'un "plombage qui saute" au dernier trimestre 2018 et d'une consultation dentaire organisée au deuxième trimestre 2019 au cours de laquelle le dentiste aurait expliqué qu'il n'avait pas le matériel nécessaire, sans que la personne détenue n'ait de nouvelles depuis. »³¹ À Châteauroux, la même année, « la baisse d'activité du cabinet dentaire est également à noter et, en 2018, le phénomène s'est amplifié faute de matériel dentaire disponible. Le problème de matériel semblait résolu le jour du contrôle mais les délais d'attente étaient de quatre mois, sauf urgence absolue »³². Les praticiens dispensent donc parfois des soins dentaires par défaut, quand ils ne sont pas réduits à un rôle d'« arracheur de dents ». Selon un homme détenu à la maison d'arrêt de Pau, « le dentiste [lui] demande depuis vingt mois quelle est [s]a date de sortie car sinon "il va devoir faire le ménage" ». À Montmédy, selon le CGLPL en 2019, « la dentiste ne peut, faute de temps et souvent de CMU-C, réaliser des couronnes dentaires mais préserve au maximum les racines pour une poursuite des soins à l'extérieur et réalise sans délai des prothèses amovibles pour préserver fonctionnalité et esthétique »³³.

Ces difficultés de prise en charge grèvent la relation entre les soignants et les patients. « À cause de ces problèmes d'accès aux soins, j'ai du mal à garder le lien avec les détenus, ils sont en colère, ils jettent l'éponge », désespère Ariane Mayeux, médecin cheffe de l'unité sanitaire du centre de détention de Riom. Les comportements d'évitement et de défiance compliquent d'autant plus le suivi médical de personnes qui entretiennent déjà des relations sporadiques avec le système de santé, en amont de la détention mais aussi entre les murs. Certains détenus ne se manifestent pas auprès des professionnels de santé, niant leurs symptômes et repoussant le moment de consulter.

En outre, l'inégale répartition de l'offre de soins tend à favoriser une logique de transfert, afin que les personnes atteintes de pathologies soient détenues dans les établissements bien pourvus en ressources humaines et matérielles. Mais ces transferts peuvent être préjudiciables pour les personnes détenues, comme le rappelle Béatrice Carton, médecin cheffe de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Bois d'Arcy et présidente de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (Apsep): « On ne va pas non plus espérer que des patients soient transférés dans des établissements où il y a plus d'offre médicale, car c'est aussi leur faire prendre le risque de l'éloignement de leurs proches par exemple. Le lieu de détention doit tenir compte d'un éventuel projet de soins mais aussi des souhaits de la personne. »

1.3 DES CONSÉQUENCES GRAVES SUR LA SANTÉ DES DÉTENUS

Les difficultés d'accès aux soins spécialisés ne sont pas sans effets sur l'état de santé des détenus: le suivi médical n'étant pas toujours optimal, leurs pathologies tendent à s'aggraver, quand ils ne développent pas une addiction aux antalgiques prescrits dans l'attente d'une prise en charge. Les dépistages et diagnostics tardifs sont autant de pertes de chance.

Des addictions qui se développent

Une personne incarcérée au centre pénitentiaire d'Orléans-Saran écrit en décembre 2021: « J'avais un problème avec une dent qui bougeait, et me faisait souffrir. Mais il n'y a pas de dentiste, j'ai fini par arracher ma dent tout seul. Puis le médical m'a prescrit du Tramadol. »

Face aux difficultés d'accès aux soins spécialisés, le personnel médical et paramédical des unités sanitaires tente de pallier l'absence de spécialistes. Dans la plupart des établissements, des protocoles d'urgence dentaire permettent aux médecins généralistes et aux infirmières d'assurer la continuité des soins. Mais ceux-ci ne peuvent que soulager la douleur sans

Une attente qui pèse sur le quotidien de la détention

Dans un contexte où les personnes détenues obtiennent peu de réponses aux questions qu'elles posent, la difficulté d'accéder aux soins a des conséquences délétères sur leur moral : « On fait des courriers pour faire une demande de médecin ou d'un spécialiste mais on n'a aucune réponse pour savoir si notre courrier a été pris en compte ou perdu. C'est le plus gros problème, car vous restez en attente. Alors je comprends que certaines personnes pètent

les plombs », lit-on dans une réponse à notre questionnaire. Ces jours et semaines d'attente, sans certitude d'un rendez-vous, même lointain, s'ajoutent aux courriers adressés à l'administration pénitentiaire et restés sans réponse. On comprend dans ces conditions que « la durée estimée par les malades excède sans doute la durée réelle », comme le constate Aline Chassagne¹, l'absence de communication et la multiplication des attentes

amenant son lot d'inquiétudes sur la pathologie : « Attendre pour poser une question, attendre une réponse, attendre un courrier, attendre un parloir, attendre un rendez-vous avec un infirmier, un médecin. Attendre fait partie de la peine. »²

1. Aline Chassagne, *Soins et prison. Enquête auprès de détenus gravement malades*, Ed. Erès, coll. Trajets, 2019.
2. Ibid.

s'attaquer à la pathologie. Au centre pénitentiaire de Riom, dans lequel le poste de kiné n'est pas pourvu depuis l'ouverture de l'unité sanitaire en 2016, Ariane Mayeux, médecin cheffe de l'USMP, se désole: « Pour des douleurs chroniques, on fait des grosses prescriptions de morphine. Ce n'est pas facile de dire qu'on en prescrit parce qu'il n'y a pas de kiné, on les rend dépendants. » Un homme détenu à la maison d'arrêt de Pau déclare à l'OIP qu'il prend de l'oxycodone depuis trente mois pour diminuer les douleurs de son arthrose. Un autre, au centre pénitentiaire de Fresnes, contactait l'OIP en juillet 2021 pour faire part de sa situation: « Je suis entré en détention avec sept caries qui me provoquaient des paralysies faciales. On m'a dit qu'il fallait toutes les enlever. J'ai vu deux fois le dentiste mais on m'en a enlevé seulement deux et on m'a mis un pansement. J'ai un abcès et je dois prendre des antidouleurs en permanence. Je ne comprends pas pourquoi on ne m'enlève pas tout et pourquoi on fait durer alors que j'ai très mal. »

Des pratiques de dernier recours qui, sur le long terme, mettent en danger la santé des détenus. Au centre de détention de Châteaudun, où le poste de dentiste est resté vacant entre février 2020 et janvier 2022, l'équipe médicale s'alarmait ainsi du développement « de nouvelles addictions aux opiacés, en raison de la prescription répétée des antalgiques »³⁴.

Des pathologies qui s'aggravent

Le défaut de prise en charge contribue grandement à la détérioration de l'état de santé des détenus. Les pathologies dentaires, oculaires, dermatologiques s'accroissent. Un homme s'alarme en février 2022: « Je suis en prison depuis huit mois. Ma vue est passée de 6/10 à 2/10, car mon traitement n'est pas adapté ». À Val-de-Reuil, la sœur d'un détenu signale début 2022 que ce dernier développe des kystes sous-cutanés: « Le médecin estime qu'il faudrait consulter un dermatologue... mais toujours pas de suite, pas de réel examen. Les boules qu'il avait sur le crâne se répandent sur son visage et son cou désormais, et le font souffrir, nous sommes extrêmement inquiets. »

C'est le cas également pour les douleurs musculaires ou osseuses: « Le retard de prise en charge crée également des tensions, des mal-être ou des douleurs qui s'installent et se chronicisent, par exemple des pathologies d'épaule, de genou en attente d'avis spécialisé, d'examen complémentaire ou d'interventions ambulatoire (arthroscopie, infiltration., etc.), qui vont gêner le patient pendant de longs mois dans son quotidien, alors que dehors il serait pris en

34. Courrier adressé à la direction du centre hospitalier de Châteaudun en avril 2021.

charge plus rapidement. L'attente d'un soin ou d'un avis spécialisé est beaucoup plus longue qu'à l'extérieur», explique Sophie Lanis, coordonnatrice de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes.

Le mal-être et les douleurs persistantes suscitent également des symptômes dépressifs, et ce d'autant plus que les détenus ne disposent souvent d'aucune visibilité sur les suites qui seront données à leur demande de soins. L'OIP reçoit en effet de nombreuses sollicitations de personnes maintenues dans l'attente d'une date de rendez-vous : « Je souhaite voir un psychiatre depuis six mois mais je n'ai pas de nouvelles. J'en viens à me taper la tête contre le mur », explique l'une ; « J'ai eu un rendez-vous chez le dentiste en décembre, et je devais en avoir un second mais je n'ai pas de nouvelles. Je crois qu'il n'y a pas de place », s'inquiète une autre en mars 2022.

« Incarcéré à 800 kilomètres de chez moi, je ne reçois même pas les soins dont j'ai besoin »

« Je suis à Condé-sur-Sarthe depuis septembre 2021. J'y ai été transféré d'un précédent établissement parce que j'avais besoin d'une cellule pour personne à mobilité réduite (PMR). J'ai une fracture de la colonne vertébrale, et pour cela j'ai besoin de trois séances de kiné par semaine. Mais ici, il n'y a pas eu de kiné pendant plusieurs mois. Aujourd'hui, il y en a un qui intervient une fois par semaine, donc je n'ai qu'une séance au lieu de trois. Par ailleurs, le lit médicalisé et le matelas ne sont pas adaptés à ma pathologie et à mon poids. Je n'arrive pas à dormir. Le matin, quand les infirmières apportent mes médicaments, elles me trouvent sur le matelas à même le sol. Le problème c'est que le lit médicalisé dont j'ai besoin ne

rentre pas dans la cellule. J'ai également une maladie cutanée inflammatoire chronique – la maladie de Verneuil. Pour m'asseoir, j'ai besoin d'une bouée en mousse, car j'ai des abcès. J'ai pu obtenir l'autorisation de l'administration d'avoir cette bouée quand je suis en classe, mais pas en promenade. Comme j'ai la colonne cassée, je ne peux pas rester longtemps debout. Du coup, les autres détenus me prêtent des vêtements, on en fait fait une boule, et je m'assois dessus. Je suis incarcéré à 800 kilomètres de chez moi, et je ne reçois même pas les soins dont j'ai besoin. J'ai fait faire un certificat, qui atteste que mon état s'aggrave. Voici ce qu'on peut y lire : “Maladie de Verneuil, psoriasis, fracture de la colonne vertébrale. Ces

trois affections ont contribué à l'apparition d'un syndrome anxio-dépressif, qui pourrait à son tour favoriser les poussées de psoriasis et de la maladie de Verneuil, voire les compliquer, entretenant un cercle vicieux. [...] Par ailleurs le patient doit bénéficier d'une prise en charge kiné qu'il n'a pas pu avoir depuis sept mois par défaut de professionnel. [...] Les entretiens avec M. X se font debout, à défaut de matériel adapté pour s'asseoir. Il se plaint également de l'absence de celui-ci dans les promenades, et de l'absence d'un matelas spécial pour soulager ses douleurs. D'où la majoration du mal-être anxiété-insomnie.” » *Témoignage d'un détenu de Condé-sur-Sarthe, juin 2022*

Des diagnostics tardifs et une perte de chance

« Le centre pénitentiaire de Riom est un établissement accueillant des personnes pour de "longues peines", pouvant aller jusqu'à plus de quinze ans, et est habilité à recevoir des personnes à mobilité réduite. Le site est d'ailleurs connu pour avoir une surreprésentation de personnes âgées. L'absence de prise en charge de kinésithérapie peut entraîner une perte de chance de récupération des amplitudes articulaires, une

évolution plus rapide vers la dépendance des personnes âgées ainsi qu'une surconsommation de traitement antalgique. »
Rapport d'activité de l'US de Riom, 2020

L'ensemble des difficultés d'accès aux soins retardent la pose d'un diagnostic ou la réalisation d'un contrôle. À l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Lille, dans laquelle de nombreux détenus sont hospitalisés pour des soins oncologiques, le médecin responsable Frédéric Grimopont explique qu'il faut essayer de compenser ce retard par une grande réactivité dans la mise en place du traitement : « Pour plein de facteurs, les détenus ne sont pas dépistés assez rapidement en détention. Des patients nous sont adressés avec des pathologies cancéreuses à un stade très avancé. Donc on s'organise pour obtenir nos examens dans un délai particulièrement rapide, en les regroupant sur trois ou quatre jours d'hospitalisation pour faire en sorte que les patients soient diagnostiqués, puis reçoivent un traitement – chimiothérapie, immunothérapie, ou autres – organisés dans nos murs. Ça rattrape un peu le temps perdu initialement, même si ça ne remplace pas tout. »

Un retard de prise en charge aux conséquences irréversibles

Lorsqu'il sent pour la première fois une grosseur au pectoral, en août 2021, Monsieur A., incarcéré dans un centre de détention, se rend à l'unité sanitaire. Alors que cette boule ne fait que grossir, une échographie est réalisée mi-septembre. Elle révèle la présence d'un « regroupement d'adénopathies [de ganglions enflés] (une demi-douzaine), de 60, 30 et 20 mm pour les plus volumineuses ». L'examen sanguin réalisé fin septembre 2021 ne révèle pour sa part « aucun syndrome inflammatoire ou infectieux », selon un certificat médical établi par l'unité sanitaire. Pour autant, en dépit de la progression de ces grosseurs, et des douleurs croissantes, Monsieur A. ne reçoit pour tout traitement que des prescriptions d'anti-inflammatoires et d'antibiotiques, suivies de doses croissantes d'antidouleurs (du Doliprane au Tramadol, un dérivé morphinique). Entre septembre et novembre, une dizaine de prescriptions seront ainsi

réalisées, selon Monsieur A. Le dossier médical transmis depuis à sa famille ne contient quant à lui aucun élément postérieur au 8 octobre. « Cette masse a été traitée initialement comme un phénomène inflammatoire, analyse un médecin saisi du dossier par l'OIP. L'absence de réponse au traitement et la taille des ganglions repérés à l'échographie auraient dû entraîner des examens complémentaires rapides, potentiellement une biopsie. Le compte rendu de l'échographie est par ailleurs parcellaire et ne permet pas de juger du caractère potentiellement cancéreux des adénopathies étudiées. » Ce n'est que début décembre que Monsieur A. est transféré à l'UHSI. La masse « mesurait alors 19 cm, suintait, et lui comprimait la partie gauche du corps, qui était enflée. Cela lui déformait le buste et était même visible de dos », témoigne sa compagne. Sur place, une batterie de tests sont rapidement réalisés : scanner,

échographie et surtout une biopsie. La conclusion de ces examens est sans appel : Monsieur A. souffre d'un cancer métastatique de stade 4 et son pronostic vital est engagé à court terme. Le 30 décembre, une suspension de peine pour raison médicale lui est accordée, afin qu'il puisse mourir près des siens. Les délais séparant la première apparition de la grosseur et la réalisation des examens complémentaires – en dépit de la croissance rapide de la tumeur, laisse ses proches choqués et en colère. « Le cancer dont souffre mon ami est curable lorsqu'il est pris à temps, or il a été diagnostiqué beaucoup trop tardivement. Pourquoi ses douleurs et ses demandes de soins n'ont pas été prises en compte ? Les personnes détenues bénéficient-elles réellement d'une équité de soins ? Nous avons fait confiance à la justice, puis aux médecins, sans jamais intervenir, et aujourd'hui, mon compagnon va mourir. »

2. Une offre de soins sous-dimensionnée

Au premier rang des facteurs qui contribuent à l'accès dégradé aux soins spécialisés en détention figure la pénurie de praticiens, qui relève de deux problématiques différentes : l'inadéquation des effectifs budgétés avec les besoins de la population carcérale, et la part considérable de postes vacants.

2.1 DES DOTATIONS EN PERSONNEL INSUFFISANTES ET MAL RÉPARTIES

Des postes sous-évalués

Dès 1996, un premier bilan du ministère de la Santé sur la mise en œuvre de la réforme de 1994 (voir page 12) pointait l'insuffisance des moyens en personnel, et identifiait la dermatologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie, la kinésithérapie et le dentaire comme spécialités en carence dans le milieu carcéral. Un constat qui a entraîné une augmentation de 26 % du temps de travail budgété pour le personnel médical en soins somatiques et 33 % en soins psychiatriques entre 1997 et 2001³⁵. Cependant, « les budgets permettant le fonctionnement des unités [sanitaires] [...] n'ont pas été réévalués depuis 2007 », relevait Béatrice Carton à l'occasion d'une récente audition parlementaire³⁶. Ils ne permettent de fait pas de proposer une offre de soins satisfaisante. En outre, les budgets alloués ne sont depuis 2003 plus fléchés, ouvrant la voie à l'utilisation d'une partie des crédits vers d'autres destinations (lire page 31 – Le rôle clé des centres hospitaliers).

Un mode de calcul inadapté

L'inadéquation des moyens humains avec les besoins est renforcée par le mode de calcul des budgets alloués aux unités sanitaires, fondé sur la capacité théorique des établissements pénitentiaires et non sur le nombre réel de personnes qui y sont détenues. Étant donnée la suroccupation massive des prisons françaises, avec une densité carcérale moyenne de 117 % au 1^{er} mai 2022 – et de 139 % dans les maisons d'arrêt –, la part des besoins non pris en compte est importante. À Nîmes, qui figure, avec un taux d'occupation de 210 % au 1^{er} juin 2022, parmi les établissements les plus surpeuplés de France, « les dimensions de l'USMP ne sont pas appropriées. Les besoins dentaires sont tellement importants qu'il y a parfois des consultations qui ripent sur celles du médecin généraliste pour qu'il les prenne en charge, et celui-ci doit aussi assurer des consultations d'addictologie », selon Mélanie Kinné, médecin coordonnateur de l'unité sanitaire. Dans un établissement comme la maison d'arrêt pour femmes de Fleury-Mérogis, avec deux gynécologues présentes chacune une journée par semaine et une sage-femme assurant une demi-journée de présence chacun des trois autres jours, les besoins étaient couverts à effectif plein. Le départ en janvier 2022 d'une des deux médecins a fragilisé cet équilibre, qui ne subsiste qu'à la faveur d'un taux d'incarcération resté bas depuis la crise sanitaire³⁷. Plus généralement, les fluctuations du taux de remplissage des établissements empêchent un suivi suffisant et régulier des patients, et nuisent à la bonne organisation des soins, note David Brust, kinésithérapeute à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy.

D'importantes disparités territoriales

La question des moyens consacrés au fonctionnement des unités sanitaires se double de celle de leur répartition. Dans leur rapport de 2015, l'Igas et l'IGSJ soulignaient les effets délétères de l'abandon des ratios indicatifs de personnels de santé par type et taille d'établissement pénitentiaire, institués en 2005, sur le lissage des disparités entre établissements en termes d'offre de soins³⁸. En effet, en fonction des politiques des centres hospitaliers de rattachement et de la plus ou moins grande mobilisation des ARS, les situations connaissent d'importants déséquilibres géographiques, qu'il convenait de corriger en rendant les unités sanitaires moins dépendantes des volontés locales. En 2015-2016, un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), incluant des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire, des professionnels exerçant en établissement de santé ayant des compétences dans le domaine des affaires financières mais aussi de référents exerçant

en ARS, s'était réuni dans le but de recalibrer la MIG³⁹, c'est-à-dire de redéfinir les besoins médicaux en fonction des établissements et d'identifier les établissements les moins bien dotés. Pour ajuster au mieux les moyens à la réalité du terrain, les participants avaient proposé des critères de pondération : accueil de femmes, de mineurs, de personnes en perte d'autonomie, afin que les besoins en spécialistes soient évalués en fonction de la spécificité des personnes détenues⁴⁰. Mais ces analyses destinées à faire évoluer le modèle de financement des USMP, menées il y a six ans, n'ont pas été suivies d'effet, et la DGOS déclare aujourd'hui qu'un travail de refonte, intégrant d'autres critères que la capacité théorique de l'établissement pénitentiaire, est en cours...

Besoins sanitaires : des spécificités non prises en compte

L'absence de données épidémiologiques récentes à l'échelle nationale, voire régionale – à l'exception du Grand-Est (2021) et de l'ex-Picardie (2015) –, ne favorise par ailleurs pas cette prise en compte des besoins sanitaires réels. Privant les acteurs d'une analyse des besoins, elle ne permet pas d'ajuster les moyens. Sur le terrain, les médecins coordonnateurs des unités sanitaires constatent pourtant les besoins non pourvus : « Pour l'addictologie, il y a peut-être beaucoup d'actions sociales mises en place, mais on n'a pas de financement suffisant pour recruter des médecins addictologues », constate Sophie Lanis à Aix-Luynes. Ce problème s'ajoute à la démographie médicale déficitaire, en addictologie comme dans d'autres spécialités.

Cela crée des carences importantes dans le financement de certaines spécialités comme la gynécologie, ce que déplore Virginie Arnould, référente soins aux détenus à l'ARS Grand-Est, qui avait participé au groupe de travail : « Au niveau national, la problématique des financements des spécialités de ce type n'est pas valorisée au sein de la MIG. [...] Les ARS peuvent appuyer des prises en charge spécifiques grâce au fonds d'intervention régional mais ce fonds ne permet pas de financer des emplois pérennes. »

La nécessité d'une stratégie régionale

Dans la région Grand-Est, l'ensemble des établissements pénitentiaires comprenant un quartier femmes ont obtenu un financement de l'ARS pour l'intervention de gynécologues, mais cette capacité des ARS à combler les déficits de postes budgétés est très variable selon les régions. Elle dépend des politiques régionales des ARS, de l'implication des référents prison qui, hormis dans la région Grand-Est, ne sont pas à plein temps sur mission, et de la coordination de leur action avec celle des référents santé des DISP d'une part, des référents prisons du ministère de la Santé d'autre part. Le turnover fréquent de ces derniers met en échec la bonne coordination des politiques. Dans le récent rapport parlementaire sur les dysfonctionnements de la politique pénitentiaire, l'une des recommandations consiste à « faire de l'Agence régionale de santé l'actrice centrale de la coordination des soins », s'appuyant sur l'article du code de la santé publique précisant que les agences « évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention [...] et règlent l'offre de soins en milieu pénitentiaire »⁴¹. Cette disposition pourrait faciliter l'homogénéisation des pratiques.

2.2 UNE VACANCE DE POSTES IMPORTANTE

En 2015, la mission d'enquête de l'Igas et de l'IGSJ évaluait à 22 % la proportion de postes de spécialistes budgétés non pourvus, avec une concentration des sous-effectifs dans certaines unités sanitaires et dans certaines spécialités : « Seules 12 unités sanitaires (USMP) indiquent couvrir à 100 % leurs postes de kinésithérapeutes, 18 ont recruté à moins de 50 % et 18 ont fonctionné en 2013 sans aucune présence de kinésithérapeute, pour lesquels au total environ 25 % des postes ne sont pas pourvus. » Même constat pour les dentistes, avec 21 unités sanitaires fonctionnant à moins de 50 % des postes budgétés et, pour certaines, une absence totale de dentistes⁴². En psychiatrie, plus de 15 % des postes n'étaient pas pourvus en 2015.

Depuis, la situation n'a pas fait l'objet d'une réévaluation nationale, et les données recueillies par la DGOS à travers son système d'information Piramig ne permettent pas de chiffrer les vacances de postes, celui-ci ne recueillant pas la double information des effectifs théoriques

³⁹. Les MIG sont des dotations venant en complément des recettes de tarification prises en charge par l'assurance maladie. La MIG R03 est destinée aux USMP, et le montant alloué est calculé à partir de fourchettes d'effectifs théoriques de personnes détenues : le forfait de base, pour les établissements dont la capacité opérationnelle est comprise entre 70 et 200 s'élève à 380 000€. En deçà de 70 places : un demi-forfait est alloué, soit 190 000€. Au-delà de 200 places : le forfait de base est « proratisé » à la capacité de l'établissement pénitentiaire à hauteur de 1900 € par place supplémentaire. La dotation est destinée à financer les frais de personnel médical et non médical, ainsi que les frais de fonctionnement. En 2015, le rapport de l'Igas et l'IGJS précisait que la MIG était « en cours de remodelisation avec mise en application pour janvier 2017 ».

⁴⁰. Entretien du 29 avril 2022 avec Virginie Arnould, référente prison à l'Agence régionale de santé Grand-Est.

⁴¹. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op. cit.

⁴². Igas, IGSJ, 2015, op. cit.

³⁵. G. Guérin, *La santé en prison*, dossier du Haut comité de la santé publique, 2003.

³⁶. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, Rapport fait au nom de la commission d'enquête visant à identifier les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française, Assemblée nationale, n°4906, p. 278-289.

³⁷. Entretien du 14 avril 2022 avec Rose Nguyen, gynécologue à la maison d'arrêt pour femmes de Fleury-Mérogis.

³⁸. Igas, IGSJ, 2015, op. cit.

et réels, et «le taux de non-réponse» étant «parfois significatif»⁴³. Mais les éléments recueillis par l'OIP semblent indiquer que le constat de la mission est toujours d'actualité, sans que l'on puisse chiffrer pour l'ensemble des établissements les taux de vacance de postes de spécialistes⁴⁴.

⁴³. Réponse de la DGOS à l'OIP, 30 mai 2022.

⁴⁴. Les données qui suivent proviennent des rapports d'activité des USMP des établissements pénitentiaires, des rapports du CGLPL et des questionnaires remplis par les unités sanitaires pour notre enquête.

Le recul de certaines spécialités

Sur les 20 unités sanitaires pour lesquelles nous connaissons à la fois le nombre d'ETP (équivalents temps plein) rémunérés et le nombre d'ETP budgétés pour les dentistes, 10 ont un effectif complet. Sur les 10 autres, 8 ont un effectif réel inférieur de plus de la moitié à l'effectif budgété, voire nul. L'influence de la politique régionale est manifeste dans notre échantillon : 9 unités sanitaires sur les 10 ayant un effectif complet sont dans les régions Grand-Est et Hauts-de-France, où une politique volontariste a permis de doter l'ensemble des établissements de personnel dentaire.

Certains établissements sont totalement dépourvus de kinésithérapeutes. Malgré 0,4 ETP budgété, soit deux jours par semaine, le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran, qui comptait plus de 800 personnes au 1^{er} janvier 2022, et dont les deux quartiers maison d'arrêt sont suroccupés, n'a pas été doté de kinésithérapeute entre 2016 et 2022. Le poste est temporairement occupé depuis mars, mais la personne qui l'occupe quitte la région en juillet. Le poste est également vacant au centre pénitentiaire de Grenoble-Varces, de même que dans les maisons d'arrêt de Strasbourg, Sarreguemines, Périgueux, ou les centres de détention d'Oermingen ou Neuvic. Au centre pénitentiaire de Riom, le poste n'a jamais été pourvu depuis l'ouverture du service en 2016. Or, d'après le rapport d'activité de l'unité sanitaire, «la population carcérale a des besoins importants en termes de kinésithérapie en raison d'une surreprésentation des troubles traumatiques. Les lombalgies chroniques sont un des motifs les plus récurrents de consultation de médecine générale au sein du service». Accueillant des personnes pour des longues peines, et habilité à recevoir celles à mobilité réduite, l'établissement, pourtant connu pour sa surreprésentation de personnes âgées, se trouve dans l'incapacité de faire face aux besoins de cette population. Le rapport d'activité précise que «l'absence de prise en charge de kinésithérapie peut entraîner une perte de chance de récupération des amplitudes articulaires, une évolution plus rapide vers la dépendance des personnes âgées ainsi qu'une surconsommation de traitement antalgique». Au centre pénitentiaire d'Orléans-Saran, le poste est resté vacant pendant six ans, et la praticienne arrivée en mars a pris la mesure des dégâts causés en termes d'accès aux soins : «Certains détenus arrivent là car il y a des cellules PMR [pour personnes à mobilité réduite], d'où la frustration de patients qui sont transférés ici parce qu'il y a des cellules adaptées mais qui perdent au passage les soins de rééducation qu'ils avaient dans l'établissement précédent. Ils ont bien eu un lit médicalisé et une cellule plus grande, mais plus de kiné!»

Plusieurs établissements voient la présence d'ophtalmologistes reculer : celui qui intervenait à la maison centrale de Saint-Maur et au centre pénitentiaire de Châteauroux n'y vient plus ; même chose à Besançon. Le déficit est d'autant plus criant qu'il touche des établissements à forte densité, comme la maison d'arrêt de la Santé qui, avec 1048 personnes détenues au 1^{er} mai 2022, enregistre un taux d'occupation de 147,2 % et se trouve sans ophtalmologiste depuis 2019.

Des disparités géographiques à l'image des déserts médicaux

L'une des raisons de cette pénurie de professionnels au regard des postes ouverts tient parfois, mais pas toujours, comme l'indique l'exemple qui précède, à la densité médicale, hétérogène géographiquement et selon les spécialités. Pour Béatrice Carton, présidente de l'Apsep, «l'intervention des spécialistes en détention suit la démographie médicale extérieure. S'il y a très peu de stomatologues ou de cardiologues sur le territoire, on n'arrivera pas à en faire intervenir au sein de l'unité sanitaire».

Les chiffres du Conseil national de l'ordre des médecins pour 2020 révèlent une forte hétérogénéité des situations départementales, allant de 26 spécialistes (toutes spécialités confondues)

pour 100 000 habitants à Mayotte ou 43,8 dans la Meuse, les minima hors et en métropole, au maximum de 399,3 à Paris⁴⁵. En Eure-et-Loir, département qui se trouve en deçà de la médiane en termes de densité de spécialistes, le centre de détention de Châteaudun, où aucun dentiste n'exerce depuis février 2020, ne parvient même pas à organiser des consultations dentaires au centre hospitalier de rattachement, qui est également dépourvu de consultation dentaire, faute de praticien. C'est au service d'odontologie du centre hospitalier régional d'Orléans que les consultations ont lieu, mais seulement à raison d'une par mois, ce qui provoque des délais d'attente supérieurs à une année⁴⁶. Le même problème se pose pour d'autres spécialités au centre pénitentiaire de Châteauroux : le gastro-entérologue et le chirurgien ne s'y déplacent plus, et la consultation d'ophtalmologie a fermé, faute de praticien au sein du centre hospitalier. Ces difficultés sont à mettre en rapport avec la démographie médicale de spécialistes très déficitaire dans l'Indre (<68 pour 100 000 habitants en 2020), qui fait partie des 21 départements ayant connu la plus forte baisse du nombre de spécialistes durant la décennie 2010-2020⁴⁷. À la maison d'arrêt d'Auxerre, dans l'Yonne, département considéré comme un désert médical, aucune consultation spécialisée n'a lieu depuis plusieurs mois, et le centre hospitalier a recours à des intérimaires pour assurer les consultations de médecine générale⁴⁸.

L'inégale répartition territoriale des professionnels de santé joue en défaveur de certaines régions. Ainsi les départements d'outremer sont-ils durablement en déficit de spécialistes comme de généralistes, comme le pointait déjà le rapport de la Cour des comptes en 2014⁴⁹. Elle opère aussi à l'intérieur d'une même région, entre zones rurales et zones urbaines. Dans le Bas-Rhin, dont la densité moyenne de spécialistes est parmi les plus élevées de France (>144 pour 100 000 habitants), aucun spécialiste (hors dentaire) n'intervient au centre de détention d'Oermingen ou à la maison d'arrêt de Sarreguemines, alors qu'un ORL, un ophtalmologiste et un gynécologue interviennent à la maison d'arrêt de Strasbourg.

Certaines spécialités connaissent également une démographie déficitaire à l'échelle nationale. C'est le cas des gynécologues, y compris en Île-de-France : «On a des difficultés à pourvoir les postes de gynécologue de façon générale, pas seulement en détention, explique Rose Nguyen, gynécologue à l'US de Fleury-Mérogis. Ne serait-ce qu'à l'hôpital il manque des temps pleins, et on a du mal à faire des listes de garde obstétrique. Dans le réseau de santé périnatale, certains de nos établissements ont recours à l'intérim pour les gardes.» Pour la kinésithérapie, les établissements pénitentiaires situés dans les régions dont la densité de spécialistes⁵⁰ est au-dessus de la médiane nationale connaissent eux aussi des carences de praticiens. Ainsi à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy, en forte surpopulation avec 865 personnes détenues pour 503 places au 1^{er} mai 2022, le kinésithérapeute n'est présent qu'un jour par semaine.

Une faible attractivité

La pénurie de spécialistes se fait particulièrement sentir dans le secteur public hospitalier, en raison de niveaux et modes de rémunération largement défavorables, notamment pour les kinésithérapeutes, comme le souligne Sophie Lanis, médecin coordonnatrice de l'unité sanitaire d'Aix-Luynes : «La rémunération est un frein énorme. Les kinés qui sont intéressés sont les libéraux, ceux qui veulent varier un peu. Sauf que par rapport à une rémunération libérale, la grille salariale de l'hôpital est une catastrophe. Et jamais on n'a vu un kiné de l'hôpital avoir envie de venir bosser à la prison.» Malgré la récente revalorisation des grilles, le problème est toujours d'actualité : «Les études de kiné sont privées et chères, et les étudiants diplômés vont travailler en ville pour payer leur crédit étudiant. Les grilles de salaire à l'hôpital ont changé, le ministère a enfin compris, ça a été revu ces derniers mois mais il y a un effet d'inertie. Il y a cinq ans, le tarif d'embauche était de moins de 1400 euros net.» S'ajoute au niveau de rémunération celui du statut des intervenants, qui travaillent sous le statut peu protecteur de vacataire : «C'est difficile, au vu des rémunérations, d'attirer des vacataires. Car si vous faites venir un spécialiste en détention pour un temps bref, ça se fera sous le statut de vacataire, qui n'est pas forcément avantageux. On a un ophtalmo qui vient aux Baumettes 2 tous les quinze jours au tarif hospitalier, c'est presque du bénévolat pour lui, comparé aux tarifs en libéral», constate Christophe Bartoli, responsable de l'UHSI de Marseille.

⁴⁵. Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale 2020*.

⁴⁶. OIP, « À Châteaudun, les dents ne sont plus soignées », *Dedans Dehors* n°112, octobre 2021.

⁴⁷. Conseil national de l'ordre des médecins, op. cit.

⁴⁸. CGLPL, rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt d'Auxerre, 2021.

⁴⁹. Cour des comptes, Rapport public annuel 2014, « La santé des personnes détenues ».

⁵⁰. Le calcul de la densité de spécialistes ne comprend pas les professions paramédicales comme la kinésithérapie.

En plus de la question des rémunérations, qui affecte le recrutement hospitalier dans son ensemble, l'exercice médical en détention souffre d'une faible attractivité. Or le « principe d'affectations fondées sur le volontariat des praticiens » ne peut que renforcer la difficulté à recruter, comme le rappelaient déjà les rapporteurs de l'Igas en 2015⁵¹. Des difficultés pratiques s'ajoutent aux contraintes financières pour dissuader les spécialistes d'exercer en détention, mission qu'ils doivent associer à leur pratique hospitalière ou libérale, en faisant la navette entre deux lieux d'exercice souvent distants l'un de l'autre. Au centre pénitentiaire de Grenoble-Varces, situé à 25 minutes en voiture et 50 minutes en transports en commun du centre-ville, on peine à recruter puis à conserver les praticiens, sauf lorsqu'ils résident sur place : « La dernière fois qu'on a gardé plusieurs années une kiné, c'est parce qu'elle habitait à Varces. D'ailleurs c'est un de nos critères de recrutement », concède François Chiron, médecin à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt. En outre, les « conditions particulières d'exercice, notamment la crainte liée à l'insécurité » et « les contraintes résultant des règles applicables en détention », relevées par la mission parlementaire de 2022 et les enquêteurs de l'Igas en 2015, agissent comme des freins au recrutement.

Valoriser l'exercice de la médecine spécialisée en détention

Plusieurs solutions pour limiter les freins au recrutement sont avancées et parfois testées localement, comme la rémunération à l'acte à Aix-Luynes pour les kinésithérapeutes, en accord avec l'hôpital de rattachement. Cela permet à la praticienne d'intervenir à l'unité sanitaire avec un maximum de quatre consultations à l'heure, en étant rémunérée le double de ce qu'elle aurait touché avec une vacation. D'autres professionnels préconisent d'étendre la logique d'attribution de primes actuellement réservée aux infirmiers à tous les praticiens hospitaliers exerçant en milieu pénitentiaire. Une logique qui s'applique par ailleurs aux agents de la Dap, qui perçoivent une prime de risque.

⁵¹. Igas, IGSJ, 2015, op.cit.

⁵². P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op.cit.

Mais les incitations financières ne sont pas suffisantes pour venir à bout des freins à l'attractivité. Même avec la mise en place de la rémunération à l'acte, l'unité sanitaire d'Aix-Luynes ne résout pas ses problèmes de recrutement : « Cela fait un an qu'on propose la rémunération à l'acte, et c'est toujours aussi difficile de recruter. Il y a trois, quatre personnes qui nous contactent, mais quand ils viennent voir, ils ne signent pas ! » Il semble important d'engager des réformes plus profondes. L'enquête parlementaire sur les dysfonctionnements du système pénitentiaire préconise « un travail sur la reconnaissance et l'évolution des carrières »⁵². Dans cette perspective, Béatrice Carton insiste sur la nécessité de « remettre sur la table les conditions d'exercice », de travailler sur la valorisation de carrière : « Il faut qu'on reconnaisse qu'on fait un travail un peu particulier, qui fait qu'on acquiert une spécificité qui devrait être valorisée. »

La valorisation passe également par des actions visant à améliorer l'image de l'exercice de la médecine en détention, dont Marie Ahouanto Chaspoul, conseillère santé de la Dap, déplore qu'elle ne soit pas abordée dans le cursus des étudiants en médecine, ce qui nuit au remplacement des médecins en fin de carrière : « Les médecins dans les unités sanitaires sont des médecins engagés, sauf que beaucoup sont un peu âgés et on ne voit pas la relève. C'est un problème d'organisation des études [...]. Les jeunes médecins ne connaissent pas la médecine pénitentiaire. Quand il y a des postes d'internes en détention, les coordinateurs de faculté ne les ouvrent pas, et les médecins font le plus souvent leurs stages autour de leur fac. » D'où le pessimisme de la conseillère concernant l'avenir des soins en unité sanitaire, même si des échanges ont été initiés par la DGOS et les deux associations de médecins exerçant en milieu pénitentiaire avec la conférence des doyens de faculté. Des initiatives ont été prises localement pour valoriser la médecine en détention. Le CHU de Lille a ouvert cinq postes d'interne en médecine pénitentiaire, dont un au centre pénitentiaire de Lille-Sequedin, un à celui de Lille-Annoëullin, et un à l'UHSI de Lille.

Le rôle clef des centres hospitaliers

Responsable de l'organisation des soins en détention, les centres hospitaliers de rattachement jouent un rôle clef dans l'équilibrage des ressources humaines. Or, les moyens qu'ils mettent en œuvre pour améliorer l'attractivité des postes ne sont pas toujours à la hauteur de

l'enjeu d'égal accès aux soins inscrit dans la loi de 1994, comme le rappelle Virginie Arnould, référente soins aux détenus à l'ARS Grand-Est : « Il y a des postes vacants, oui, mais le centre hospitalier doit assurer les soins nécessaires à la prise en charge du patient comme en population générale, donc il doit proposer des soins kiné. Si ce n'est pas possible à cause du plateau technique ou des ressources humaines, il peut conventionner avec un libéral par exemple, peu importe le moyen. Ceux qui disent qu'il n'y a pas de kiné n'ont peut-être pas envisagé toutes les possibilités d'intervention en milieu carcéral. Seuls les territoires reconnus en déserts médicaux ou connaissant des problématiques de ressources humaines médicales et paramédicales peuvent être en difficulté de manière pérenne. » Rappel qui fait écho au constat des rapporteurs de l'Igas-IGSJ en 2015. Face à une tendance de certaines directions hospitalières à se dédouaner de toute responsabilité, « la capacité des établissements hospitaliers à mobiliser les praticiens est également en jeu ».

Tout d'abord, les hôpitaux gardent une marge de manœuvre importante quant à l'utilisation des moyens financiers qu'ils reçoivent pour les postes médicaux en détention. Si en 1994 les budgets étaient uniquement fléchés sur les unités sanitaires, ils ont rapidement été fondus dans une enveloppe plus large, regroupant d'autres activités, ce qui laisse une marge d'appréciation aux directions hospitalières et fait dépendre l'accès aux soins en détention de leurs choix. La mise à disposition de temps de spécialistes dépend parfois de l'engagement des praticiens hospitaliers exerçant en détention, pour que les temps dédiés soient effectivement pourvus : « Une journée par semaine, c'est ce qui a été négocié au niveau institutionnel entre l'administration pénitentiaire et l'hôpital. On a un peu fait évoluer les choses, parce que les 20 % [d'un temps plein] n'y étaient pas au début, on a essayé d'améliorer la situation par rapport à l'existant. Comme on est en tension au niveau de l'hôpital, on n'arrive pas à obtenir plus de temps, dans le contexte de la médecine hospitalière en France, c'est compliqué. Le sujet est plutôt de maintenir l'existant », précise David Brust. Plusieurs unités sanitaires ont ainsi vu le départ d'un ou plusieurs spécialistes, « faute d'effectif suffisant au centre hospitalier ». Tout se passe comme si l'organisation de soins en détention était secondaire par rapport à celle du centre hospitalier, ce que confirment certaines réponses de la direction à des responsables d'unités sanitaires s'étonnant de l'absence de tel ou tel spécialiste : « On n'en a déjà pas à la maison de retraite, alors... ».

La priorisation des directions hospitalières joue donc un rôle non négligeable dans la dotation en médecine spécialisée des établissements pénitentiaires. Si dans quelques USMP la présence des spécialistes permet peu ou prou de répondre aux besoins, beaucoup accusent des déficits importants, qui soulignent la place mineure des soins en détention dans la prise en charge hospitalière. À Riom, certaines spécialités ne sont pas représentées comme elles le devraient, bien que les postes soient effectivement pourvus. Cela touche également la médecine générale : « On a un médecin qu'on paie à plein temps mais qui ne vient pas à plein temps chez nous, il fait le reste au CHU. Ce compromis a été accepté au départ, et on doit faire avec ! », affirme Ariane Mayeux, responsable de l'unité sanitaire. La présence des dentistes est également inférieure à ce qu'elle devrait être, mais les tentatives de recrutement de la responsable se heurtent aux refus de la direction. L'absence de ventilation claire des postes aggrave la situation, car elle ouvre la voie à des arrangements locaux qui favorisent un type de soins au détriment d'un autre : « Ils voulaient bien me donner un mi-temps kiné mais si j'enlevais un mi-temps d'infirmière ! »

Certains des praticiens interrogés déplorent le manque d'initiatives pour attirer les professionnels vers des postes en détention. En trois ans et demi de travail comme enseignante à l'école de kinésithérapie d'Orléans, Alice Belliot n'a jamais vu passer une seule offre d'emploi pour le poste qu'elle occupe aujourd'hui à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran, pourtant vacant depuis 2016. L'annonce n'est pas parue à l'extérieur de l'hôpital non plus, elle n'en a eu connaissance que par ses contacts personnels. « Le poste a bien été proposé au centre hospitalier, mais d'après mes collègues, sans aucune explication, ce n'était pas vendu. Or c'est un milieu inconnu, qui entraîne beaucoup de préjugés et d'appréhensions », ajoute-t-elle. Rien d'étonnant dans ces conditions que les postes de spécialités déficitaires sur le territoire national puissent rester vacants plusieurs années dans les unités sanitaires, malgré des ETP budgétés.

3. Des moyens matériels insuffisants et inadaptés

La taille et la configuration des locaux, tout comme la disponibilité du matériel médical, sont très variables d'une unité sanitaire à l'autre, et peuvent occasionner des retards de prise en charge et un écart entre le nombre de consultations possibles en fonction de l'effectif médical et le nombre de consultations effectivement réalisées. Cela touche au premier chef les soins spécialisés, qui nécessitent plus de matériel médical et doivent souvent partager des salles de consultation en nombre insuffisant.

3.1 DES LOCAUX SOUS-DIMENSIONNÉS...

Le problème des locaux alloués aux unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) s'est posé dans la foulée de la loi de 1994 qui a généralisé leur mise en place. Dès 2003, le Haut conseil en santé publique constatait que les surfaces libérées par l'administration pénitentiaire pour les USMP étaient très insuffisantes pour une organisation des soins en accord avec les normes hospitalières en matière de superficie. Dix ans plus tard, l'enquête conjointe de la Dap et de la DGOS sur l'état des locaux indiquait de fortes disparités entre centres pénitentiaires, maisons d'arrêt et maisons centrales, les deux premiers étant trois fois moins dotés en superficie que les troisièmes. Elle met également en évidence des inégalités territoriales, des régions comme la Normandie et l'Île-de-France accusant une surface moyenne de locaux inférieure de 50 % aux exigences de l'Anap⁵³. Un constat qui n'est pas surprenant quand, dans le même temps, les efforts pour rénover les locaux des unités sanitaires produits par l'administration pénitentiaire, à qui incombe la responsabilité du parc immobilier, sont jugés lents et très limités par la Cour des comptes⁵⁴.

Aujourd'hui, les travaux de réhabilitation ou rénovation menés dans certains établissements sont trop rarement effectués en concertation avec les soignants, comme le déplore Patrick Serre, vice-président de l'Apsep, et les projets de réhabilitation et de construction de locaux dans les nouvelles prisons se révèlent mal adaptés aux besoins médicaux. C'est par exemple le cas au centre pénitentiaire de la Santé, où des portes ne permettent pas le passage de brancards⁵⁵. Dans d'autres établissements, des travaux nécessaires ne sont pas engagés, créant un entassement des médecins spécialisés et une réduction de leurs possibilités d'action autant qu'une atteinte à la qualité de leurs soins. Au centre de détention de Bapaume, face à la pénurie d'espaces de consultation, un même bureau sert pour plusieurs intervenants extérieurs – dermatologue, radiologue, opticien, addictologue –, et le seul bureau équipé d'une webcam, utilisé pour les téléconsultations en addictologie, sert aussi de salle de consultation pour la kinésithérapie et la PMI (protection maternelle et infantile)⁵⁶. Au centre de détention de Montmédy, dans la Meuse, où la densité en médecine spécialisée est la plus faible de France, la délivrance des soins est en outre très affectée par l'étroitesse des locaux. Le rapport d'activité 2020 évalue à trois bureaux et une salle de soins supplémentaires l'espace nécessaire pour un déploiement optimal de l'activité et pour éviter que les situations d'urgence ne viennent interrompre des consultations programmées. Actuellement, il y a six bureaux, une salle de soins et un cabinet dentaire. Le manque de place empêche aussi l'accueil d'intervenants extérieurs qui permettraient une augmentation, pourtant jugée indispensable, de l'offre de soins. À l'unité sanitaire de la maison d'arrêt d'Arras, le manque de bureaux de consultation oblige les deux psychologues à partager un même espace. À Ensisheim, c'est l'ensemble des spécialités qui se trouvent obligées de cohabiter dans les deux seules salles de consultation : le psychiatre, le kinésithérapeute et l'ORL exercent dans le cabinet médical du généraliste, tandis que la salle de soins est mutualisée pour les soins courants et l'utilisation de l'électrocardiographe et du défibrillateur. « Derrière la porte laissée ouverte a été installé un rideau mobile sur une tringle pour préserver les personnes détenues du regard des surveillants pendant les soins », indique par ailleurs le rapport de visite du CGLPL.

En effet, l'exiguïté des locaux et la cohabitation forcée des divers médecins ne permettent pas le respect du secret médical et imposent parfois, faute d'espace dédié, le stockage des dossiers médicaux dans les salles de consultation : « En l'absence de salle d'archives, les dossiers médicaux des patients sortis de détention sont stockés dans des cartons entreposés dans les

bureaux d'entretien de médecin ou psychologue. Ainsi, non seulement les patients voient les dossiers à côté d'eux pendant leur consultation mais la pièce est accessible aux surveillants qui ont la clef des bureaux. »⁵⁷

Enfin, l'étroitesse et l'exiguïté des locaux rend parfois la circulation très difficile, notamment quand, comme à Saint-Étienne ou à Angoulême, aucun accès adapté aux personnes à mobilité réduite n'a été aménagé, obligeant le personnel médical à se déplacer en cellule⁵⁸.

Ces problèmes, persistants dans certaines unités sanitaires, renforcent le manque d'attractivité des postes de médecine en détention. « Il y a des tas d'endroits où les services sont vétustes, le matériel informatique et les connexions obsolètes », relève Béatrice Carton.

3.2 ... ET SOUS-ÉQUIPÉS

La pénurie de matériel technique nuit également à l'activité médicale. Un phénomène d'autant plus marqué pour les soins spécialisés que ceux-ci exigent plus souvent l'utilisation de matériel spécifique.

À Orléans, la nouvelle kinésithérapeute a constaté à son arrivée la quasi absence de matériel : « Cela a été le sujet de mon premier mail au centre hospitalier. » Pour les soins dentaires, certaines unités sanitaires n'ont toujours pas le matériel nécessaire aux soins de conservation. Le CGLPL indique en 2021 qu'en raison de la taille de la maison d'arrêt d'Auxerre, il serait nécessaire que le cabinet dentaire « dispose d'un système de radio numérique ».

Des problèmes de maintenance et d'approvisionnement affectent également le bon usage du matériel. Au centre pénitentiaire de Châteauroux et à la maison centrale de Saint-Maur, dans l'Indre, l'activité dentaire a diminué du fait d'un problème d'approvisionnement matériel⁵⁹. Dans les centres de détention de Montmédy et Saint-Mihiel, dans la Meuse, les unités sanitaires ont des difficultés à faire venir des techniciens en détention pour réparer le matériel⁶⁰.

Il arrive parfois que le matériel spécialisé soit bien présent à l'unité sanitaire, mais ne puisse être utilisé faute de place, comme c'est le cas à Oermingen pour le panoramique dentaire, ou faute d'un praticien pour le manipuler, comme à Aix-Luynes où le matériel de radiographie est opérationnel, mais où le temps de présence du manipulateur radio est insuffisant⁶¹. Même problème pour l'échographe, sous-utilisé faute de disponibilité du radiologue. Au centre de détention de Salon-de-Provence, le matériel est utilisé, mais la technologie qui devrait faire gagner du temps aux praticiens ne l'est pas, faute de liaison informatique avec le centre hospitalier de rattachement : « [La] table [de radio] est numérisée mais la liaison avec le CHSP [centre hospitalier de Salon-de-Provence] pour le PACS⁶² n'a pu être réalisée, le débit du réseau informatique étant semble-t-il insuffisant pour permettre cette fonctionnalité. Il en est de même pour l'appareil panoramique dentaire. Les radios sont apportées au CHSP par le personnel soignant. »⁶³

Là encore, la dotation en matériel connaît de fortes disparités, notamment géographiques : les fonds d'intervention régionaux des Agences régionales de santé peuvent permettre de remettre à niveau les équipements des unités sanitaires. C'est ainsi que l'ARS Grand-Est a organisé le remplacement des fauteuils dentaires de l'ensemble des unités sanitaires de la région et financé l'achat de matériel de conservation, pour mettre fin à des installations « moyennageuses » et à des pratiques systématiques d'extractions dentaires inévitables auparavant en l'absence d'outils adaptés⁶⁴. Mais la démarche n'est pas généralisée à l'échelle nationale. Pourtant, les unités sanitaires comptent sur les ARS pour faire évoluer leur parc de matériel, sans lequel l'intervention de spécialistes perd son sens. Les praticiens sont ainsi contraint d'adapter leur pratique. À Bois d'Arcy par exemple, David Brust favorise les techniques manuelles, faute de place pour le matériel de kiné dans une salle qu'il partage avec l'ophtalmologie, dont le matériel est volumineux.

Même si les spécialistes intervenant dans les unités sanitaires ont appris à composer avec la précarité des ressources matérielles, celle-ci peut avoir des conséquences lourdes sur la prise en charge spécialisée des patients détenus. Avant que l'unité sanitaire de Nîmes soit équipée

⁵⁷. CGLPL, Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Nouméa, 2019.

⁵⁸. CGLPL, Rapport de la deuxième visite à la maison d'arrêt de Saint-Étienne, 2019, et rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt d'Angoulême, 2019.

⁵⁹. Rapport d'activité 2019 de l'USMP de Châteauroux, rapport d'activité 2020 de l'USMP de Saint-Maur.

⁶⁰. Rapport d'activité 2020 des USMP de Montmédy et Saint-Mihiel.

⁶¹. Entretien du 28 avril 2022 avec Sophie Lanis, médecin coordonnatrice de l'unité sanitaire d'Aix-Luynes.

⁶². Serveur d'images où sont enregistrées les radios réalisées, pour liaison avec l'hôpital de rattachement et insertion dans le dossier patient informatisé.

⁶³. Rapport de visite du CGLPL au centre de détention de Salon-de-Provence, 2021.

⁶⁴. Entretien du 29 avril 2022 avec Virginie Arnould, référente prison de l'Agence régionale de santé Grand-Est.

⁵³. L'Anap, Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale, avait établi en 2010 un guide de programmation sur l'organisation et l'aménagement des locaux des unités sanitaires.

⁵⁴. Cour des comptes, 2014, op. cit.

⁵⁵. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op. cit.

⁵⁶. Rapport d'activité 2020 de l'USMP du centre de détention de Bapaume.

d'un panoramique dentaire, Mélanie Kinné se souvient que par périodes, deux extractions par semaine étaient mobilisées pour réaliser les panoramiques à l'hôpital, ce qui contribuait à engorger un système déjà saturé (cf. Partie 3.1) et retardait la prise en charge par le dentiste, qui devait attendre deux mois pour recevoir le panoramique réalisé à l'extérieur. L'accès aux examens au sein des unités sanitaires est donc crucial pour gagner du temps de consultation et accélérer la prise en charge des patients : « Ce serait bien d'avoir aussi un appareil d'échographie, pour la gynéco notamment, quand il y a découverte d'une grossesse, au moins pour faire du débrouillage [...] ça nous permettrait d'éviter des extractions médicales. » Cet appareillage n'appelle évidemment pas à faire l'économie des extractions nécessaires pour le suivi de grossesse, mais permet des orientations plus rapides.

Enfin, la vétusté et la faible disponibilité du matériel spécialisé dans les unités sanitaires renforce le peu d'attractivité des postes médicaux en détention : « Avant, à Villefranche-sur-Saône, il y avait un ORL qui faisait ses consultations à l'ancienne, avec une frontale et une cuillère miroir, raconte un ancien médecin intervenant dans l'établissement. Quand il est parti à la retraite en laissant son matériel, aucun des jeunes ne voulait venir, ils ne savaient ou voulaient pas faire de consultations sans endoscope. Du coup on a dû commencer à faire des extractions pour les consultations ORL », raconte un praticien.

4. Des interférences du milieu pénitentiaire qui nuisent à l'accès aux soins

Déjà réduit par l'insuffisance des moyens budgétaires mis à disposition pour l'emploi de spécialistes et par le taux important de postes vacants, l'accès aux soins est encore limité par des problèmes de coordination internes à la détention, qui nuisent à la bonne tenue des consultations. Ce phénomène concerne l'accès aux soins en général, mais est d'autant plus dommageable pour l'accès aux soins spécialisés que ceux-ci sont déjà trop faiblement disponibles dans les unités sanitaires.

4.1 DES RENDEZ-VOUS NON HONORÉS EN RAISON DES CONTRAINTES PÉNITENTIAIRES

Une partie des consultations programmées, estimée entre 10 et 30 % par la Cour des comptes en 2014⁶⁵, est annulée ou reportée en raison de l'absence de la personne détenue au rendez-vous. Cet absentéisme s'explique en grande partie par des problèmes de coordination entre l'administration pénitentiaire et l'unité sanitaire. Les rendez-vous sont programmés sans visibilité de l'emploi du temps de la personne détenue, donc potentiellement sur des horaires déjà occupés par d'autres activités – rendez-vous avec les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, parloir, unité de vie familiale, travail, etc. Le patient n'étant pas informé à l'avance de l'horaire et du jour de rendez-vous, il n'a pas la possibilité d'informer son médecin de son indisponibilité, et l'administration pénitentiaire ne fait pas le lien entre le planning des détenus disponible sur l'application de gestion de la détention Genesis et le planning médical. « Quand j'ai les infos, j'en tiens compte dans le planning. C'est sur les horaires de promenade où je n'y arrive pas, ça change tous les jours ou tous les deux jours, il faut retenir, et c'est différent selon l'aile ou l'étage... », reconnaît Alice Belliot, kinésithérapeute à l'USMP d'Orléans-Saran. À Bois d'Arcy, David Brust évoque également le problème des « agendas étanches » entre les organisations médicale et pénitentiaire pour expliquer l'absentéisme aux rendez-vous, mais aussi les indisponibilités des agents pénitentiaires chargés d'accompagner certains détenus à l'unité sanitaire : « Dans les moyens qu'on met à disposition, une partie part en fumée parce que les patients ne sont pas disponibles de façon fluide, on a des temps morts puis quatre arrivent en même temps, tout cela dépend des ouvertures de cellules, des promenades, il y a une complexité d'organisation qui perturbe mon fonctionnement. »

Ces contraintes organisationnelles affectent plus particulièrement certains détenus, et notamment ceux qui travaillent et se trouvent lésés en termes de créneaux horaires disponibles pour les consultations. Certaines unités sanitaires parviennent à rééquilibrer l'emploi du temps, comme celle du centre de détention de Bapaume, qui s'est adaptée à la nouvelle organisation

au sein du centre de détention, notamment pour les patients travaillant en détention, « pour ne pas priver les hommes et femmes travailleurs, afin que chacun puisse avoir un accès aux soins qui soit égal »⁶⁶.

4.2 DES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX ET TRAITEMENTS REFUSÉS EN CELLULE

La perturbation des rendez-vous médicaux n'est pas la seule manifestation de l'interférence de la logique pénitentiaire dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Aussi, nombreuses sont les prescriptions de soins ou de matériel médical adapté qui ne sont pas respectées. En 2021, 15% des sollicitations reçues par l'OIP relatives aux soins spécialisés concernaient des problèmes d'accès aux traitements ou équipements médicaux prescrits. Il peut s'agir de difficultés pour bénéficier de douches médicales⁶⁷ et de régimes alimentaires particuliers, mais aussi d'un lit médicalisé, de prothèses, de béquilles, de genouillères, de lecteurs de glycémie, loupes, savons, etc.

Un détenu décrit : « Pour pouvoir me tenir debout, je porte une prothèse à la jambe, mais l'administration la retient depuis mon arrivée. Donc depuis huit mois, je reste assis, alors que normalement il faut que je marche un peu avec ma prothèse et ma béquille. » Un autre, souffrant de « crises de goutte », se démène pour obtenir le régime pauvre en purines – composants d'un certain nombre d'aliments comme la vinaigrette, le fromage, le lait, les boissons sucrées, la sauce tomate, les gâteaux industriels, le thon – qui lui a été prescrit par le médecin de l'établissement où il est incarcéré.

À l'issue de la visite effectuée à Douai en 2019, le CGLPL a constaté, concernant les détenus souffrant de diabète, qu'« en accord avec l'administration pénitentiaire depuis toujours et sans remise en cause, aucun matériel (stylo à insuline, autopiqueur, conteneur à aiguilles) n'est laissé à la disposition des personnes détenues en cellule ». Il a d'ailleurs formulé une recommandation à ce sujet : « Des considérations sécuritaires ne doivent pas interférer dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues atteintes d'une pathologie diabétique : ces dernières doivent disposer du matériel utile en cellule. »

4.3 PROTECTION SOCIALE : DES DÉMARCHES COMPLIQUÉES PAR L'INCARCÉRATION

Les difficultés d'affiliation à une couverture sociale ou de mise à jour de celle-ci compliquent encore la qualité de la prise en charge, pour les prothèses dentaires ou les lunettes. En janvier 2022, l'unité sanitaire du centre de détention d'Eysses adressait un courrier à un patient pour l'informer qu'il ne pourrait rencontrer l'opticien en l'absence de droits complémentaires à jour. En mai 2022, un autre patient devait attendre que la conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation effectue les démarches nécessaires pour son affiliation à une mutuelle, une somme de 90 euros lui étant demandée pour le règlement de ses lunettes – somme qu'il était dans l'incapacité de fournir. Les problèmes de couverture sociale sont aussi aigus en ce qui concerne les soins dentaires. À Douai, ils sont « partiellement assurés alors que l'indice dentaire CAO⁶⁸ est qualifié de très élevé : aucune prothèse fixe n'est posée. [...] Les seules prothèses adjoindes posées seraient celles qui sont financées par la PUMa. Des délais anormalement longs sont observés pour la réalisation des prothèses : un devis daté d'avril 2018 avec une validité de six mois a été reçu par la personne détenue en septembre 2019, après un long regard porté par le Spip sur les droits sociaux alors que la personne concernée bénéficierait d'une mutuelle. »⁶⁹ Ainsi, même si la circulaire pauvreté prévoit l'accompagnement par les services pénitentiaires d'insertion et de probation dans les démarches pour ouvrir ou renouveler une couverture complémentaire santé, voire le paiement du reste à charge par l'établissement pénitentiaire⁷⁰, la lenteur des démarches prive de fait, et pour des durées considérables, de nombreuses personnes détenues des soins dont elles auraient besoin.

⁶⁶. Rapport d'activité de l'unité sanitaire du centre de détention de Bapaume, 2020.

⁶⁷. « À Villepinte, des dysfonctionnements internes privent un détenu des soins nécessaires », communiqué OIP, 4 juin 2021.

⁶⁸. L'indice CAO = C + A + O, dans lequel C est le nombre de dents cariées, A est le nombre de dents absentes pour cause de carie et O est le nombre de dents obturées définitivement dans la bouche de la personne examinée.

⁶⁹. CGLPL, rapport de la deuxième visite de la a maison d'arrêt de Douai, 2019.

⁷⁰. Circulaire relative à la lutte contre la pauvreté des personnes détenues et sortant de détention, ministère de la Justice, 7 juin 2022.

⁶⁵. Cour des comptes, 2014, op. cit.

5. La télémedecine, un remède ?

Le rapport de la commission d'enquête sur les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française de janvier 2022 préconise le développement de la télémedecine, qui permet de limiter le recours aux extractions, de garantir une plus grande confidentialité et un meilleur accès aux soins⁷¹. Ce développement fait déjà partie des objectifs des feuilles de route 2010-2014 puis 2018-2022 relative à la santé des personnes placées sous main de justice, qui prévoyaient pour la première de « mettre en place un plan de développement de la télémedecine dans les USMP » et, pour la deuxième, de « doter d'une offre de télémedecine la majorité des unités de soins en milieu pénitentiaire ». Il est aussi partie intégrante de la stratégie Santé des personnes placées sous main de justice d'avril 2017. Le projet « déploiement de la télémedecine au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire », porté conjointement par la Dap et la DGOS, a été retenu par le Fonds de transformation de l'action publique. L'objectif de ce projet est de permettre à toutes les USMP d'intégrer une offre de soins adaptée en télémedecine, à l'horizon 2024. Dans cette perspective, sous la double tutelle de la Dap et de la DGOS, un chargé de mission a même été recruté pour piloter un appel à projet national en 2022. Pourtant il semble que le déploiement de la télémedecine soit beaucoup plus lent dans les établissements pénitentiaires que dans le reste du territoire : en 2022, la DGOS estime à 60 % le nombre d'unités sanitaires n'y ayant pas recours.

En effet, la mise en place de la télémedecine suppose une disponibilité des équipes locales pour répondre aux appels à projets et œuvrer au déploiement des outils. En place depuis dix ans au centre pénitentiaire du Mans, la télémedecine a nécessité un engagement sans relâche du responsable de l'unité sanitaire, Patrick Serre, pour voir le jour et se développer. Elle suppose aussi des incitations régionales pour développer les projets. Il existe donc de grandes disparités de dotation selon les régions et/ou établissements. En Grand-Est, 11 établissements sur 20 sont équipés pour la télémedecine. Parmi les neuf qui ne sont pas équipés, quatre ne peuvent l'être faute de place.

Sur les 58 unités sanitaires pour lesquelles nous avons des informations à ce sujet⁷², vingt n'ont pas recours à la télémedecine. Parmi elles, huit sont en cours d'acquisition ou d'installation du matériel nécessaire (Saintes, Niort, Joux-la-Ville, Eysses, Baumettes, Rennes et Rennes-Vezin), alors que six n'en ont pas même le projet, souvent parce que les conditions matérielles et humaines ne sont pas réunies (personnel et locaux non disponibles, connexion obsolète), comme à la maison d'arrêt de Laval ou au centre de détention de Salon-de-Provence, ou parce que les unités sanitaires n'ont pas les financements (maison d'arrêt d'Auxerre).

Du côté des unités sanitaires utilisant la télémedecine, les situations sont aussi très contrastées. Certaines équipes, comme à Béziers, en ont un usage extensif : « Lancée en 2012 à la faveur d'un appel à projets de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon, l'activité de télémedecine, d'abord limitée à la pré-anesthésie, s'est à partir de 2016 étendue à de nombreuses spécialités : endocrinologie, infectiologie, néphrologie, cardiologie, pneumologie, urologie ou encore chirurgie viscérale, orthopédique ou vasculaire – la liste n'est pas exhaustive », précisait l'article de la revue *Dedans Dehors* consacré au sujet en décembre 2021. À l'inverse plusieurs d'entre elles reconnaissent un usage très limité, voire nul, du dispositif. Le centre pénitentiaire de Rennes-Vezin a cessé de l'utiliser. Beaucoup le limitent à la télé-expertise ou aux consultations de pré-anesthésie. Au centre de détention de Villenauxe-la-Grande (Aube), située pourtant dans un secteur enclavé à l'offre médicale spécialisée très réduite, c'est la taille des locaux qui empêche un déploiement pourtant favorisé par l'ARS de tutelle. Au centre de détention de Montmédy, dans une situation territoriale comparable, le développement des téléconsultations, théoriquement disponibles en pré-anesthésie, addictologie et dermatologie, est freiné par le manque de moyens humains nécessaires lors des consultations, le dermatologue réalisant les téléconsultations ayant pris sa retraite.

5.1 PRINCIPAL BÉNÉFICE : ÉVITER LES EXTRACTIONS

Les bénéfices paraissent évidents concernant la télé-expertise. « C'est assez formidable : en même pas 24 heures, on a la réponse des dermatologues de l'hôpital Cochin », salue Benjamin Silbermann, médecin chef de service à La Santé. Dans les régions particulièrement sinistrées, la télémedecine permet aussi d'accéder à des spécialités qui ne sont pas offertes dans le département.

Pour les téléconsultations, les avantages sont plus relatifs, et semblent avant tout liés au fait qu'elles permettent d'éviter des extractions. Autre avantage non négligeable : alors qu'à l'hôpital, « les surveillants pénitentiaires sont souvent présents lors de la consultation », dénonce un cadre de santé (lire page 46), la confidentialité des soins est en principe garantie dans le cadre des téléconsultations. Éviter les extractions permet aussi de raccourcir les délais de consultation : « À La Santé, on est limité à quatre extractions par jour. Les délais pour obtenir un rendez-vous à l'extérieur ne sont pas liés aux nécessités de l'hôpital, mais à la gestion des extractions. On est début novembre, le planning est complet jusqu'à début janvier. Quand le délai est de deux mois au lieu de dix jours, c'est une vraie perte de chance pour les patients détenus », déplore Benjamin Silbermann (lire page 40). En outre, décharger le planning des extractions des consultations pouvant être pratiquées à distance permet de recentrer les escortes à l'hôpital « sur les examens complémentaires lourds (scanner, IRM, etc.) ou sur les consultations spécialisées nécessitant des actes techniques », complète Philippe Gouiry, responsable de l'unité sanitaire de Béziers. « Que l'administration pénitentiaire ne s' imagine pas que ce sont des extractions en moins : les carences sont telles que si on ne fait pas une extraction pour une consultation en anesthésie ou en dermatologie, on en fera pour autre chose », prévient Béatrice Carton, cheffe de service des unités sanitaires de Bois-d'Arcy et Versailles et présidente de l'Apsep.

En dehors de ces bénéfices pour l'organisation et l'accès aux soins, la téléconsultation, telle qu'elle se pratique en prison, présente un réel avantage du point de vue médical. En effet, celle-ci s'effectue toujours en présence d'un soignant de l'unité sanitaire – « tant par contrainte pénitentiaire pour des raisons sécuritaires que par nécessité médicale », précise Béatrice Carton. Une particularité qui permet de gagner en qualité de suivi. « Le médecin de la prison est présent lors de la visio et peut reprendre les choses avec le patient, car il faut souvent adapter les consignes du spécialiste au milieu carcéral (par exemple comment va-t-il se procurer de la bétadine) », explique une soignante. « C'est toujours très intéressant d'entendre ce que le spécialiste a à dire et d'avoir un échange à trois. Mais le point négatif, c'est que c'est très chronophage. Si ça prend de l'ampleur, il faudra prévoir du temps infirmier », pointe Béatrice Carton. On touche ici à l'une des principales limites de la télémedecine : la question des moyens. En effet, le développement de cette activité se fait généralement à effectifs constants, et empiète donc nécessairement sur la prise en charge réalisée dans les murs. « La plus grande difficulté n'est pas carcérale : il faut du temps médical pour cela. Et ce dont nous manquons, c'est de temps médical », souligne Anne Lécu, médecin à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.

5.2 RISQUES ET DÉRIVES D'UN USAGE NON RAISONNÉ

Le risque existe dès lors d'une médecine sans médecin, comme le laisse craindre l'usage des cabines de téléconsultation, dans lesquelles le patient est seul, guidé en visioconférence par le médecin. Marie Ahouanto Chaspoul, conseillère santé de la Dap, met en garde contre cette dérive : « La télémedecine doit arriver comme un plus et pas un moins, le lien médical est très important, ça ne doit pas rompre les liens médicaux directs. Il faut que la consultation ait lieu avec le médecin traitant ou une infirmière. Il ne faut pas abandonner la personne. Il commence à y avoir ces petites cabines à l'extérieur pour prendre la tension, avec le médecin à l'autre bout : ce n'est pas l'usage le plus intéressant de la télémedecine, il faut l'éviter en détention. »

Les praticiens craignent surtout que le développement de la télémedecine contribue à éluder le problème central du manque de moyens et ne vienne entériner le manque de soignants à l'intérieur des murs, voire l'accentue, faisant perdre encore en qualité de soins. En termes d'usage de la télémedecine, la DGOS n'énonce que quelques grands principes sans plus de

⁷¹. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op. cit.

⁷². Données extraites des questionnaires télémedecine OIP 2022, des rapports d'activité des unités sanitaires 2020 et 2021, et des entretiens réalisés en 2022 dans le cadre de la présente étude.

précisions : « soumise au consentement éclairé du patient », la télé-médecine constitue « un outil complémentaire », qui « a vocation à être utilisée en alternance avec la prise en charge en présentiel », à laquelle « elle ne se substitue bien entendu pas entièrement ». En attendant, « à ce stade, chaque unité sanitaire décide de ses usages », reconnaît Béatrice Carton, « en fonction de ses besoins » mais aussi selon la sensibilité du chef de service ou de l'équipe médicale en place. Et si certains, comme à Béziers, défendent un usage extensif bien que raisonné de la télé-médecine, la majorité se montre plus réservée. « Pour la majeure partie des spécialités, il faut quand même examiner les patients. Le dermato ça se prête bien, mais le reste... Je ne vois pas très bien à quelle autre spécialité on pourrait étendre les téléconsultations », estime Benjamin Silbermann.

En ce qui concerne la psychiatrie, si pour une grande partie des praticiens, recourir à la téléconsultation en ce domaine relève de l'aberration, d'autres déclarent l'envisager. L'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) ne s'est elle-même pas encore officiellement prononcée sur la question. « Nous n'avons pas traité ce dossier car nous n'avons encore jamais été sollicités par les autorités pour donner un avis sur l'utilisation de la télé-médecine en milieu pénitentiaire, explique Pascale Giravalli, représentante de l'ASPMP. Ce qui est sûr, c'est que cela ne va pas de soi. La question relationnelle est au cœur du soin psychique ; la rencontre avec le patient ne peut se faire qu'en présentiel. En outre, on voit déjà dans le cadre des audiences judiciaires que la visio renforce les problématiques anxieuses et délirantes (dé-lires de persécution) pour les personnes fragiles et vulnérables. Cela étant dit, dans certains cas – pour un avis sur un traitement, une situation d'urgence, savoir ce qu'il faut faire, s'il faut extraire ou pas – cela peut ponctuellement venir pallier l'absence de psychiatre sur place au-près du patient. Le risque, c'est que l'on s'en contente, par difficulté à recruter des praticiens en raison du manque d'attractivité de l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. » Des craintes partagées par la présidente de l'Apsep : « Pour ce qui est de la psychiatrie, pour moi, c'est inenvisageable. Et en même temps, qu'est-ce qui vaut mieux ? Personne ou un pis-aller ? Est-ce qu'il faut s'entendre pour que cela reste provisoire ? Mais le provisoire souvent dure... Ce qui me désole, c'est que si cela se fait, ce sera parce que l'on manque de personnel médi-cal. J'y suis opposée : la télé-médecine doit servir à améliorer l'accès au soin, pas venir pallier l'absence de professionnels », rappelle Béatrice Carton.

Se soigner à l'extérieur

*« L'accès des personnes détenues aux soins dispensés à l'extérieur est subordonné à la disponibilité des équipes pénitentiaires et des forces de l'ordre pour assurer à la fois l'extraction et la garde. Conjuguée au manque de personnel, la surpopulation a pour conséquence de multiplier les besoins de consultations externes, et donc les extractions médicales qui mobilisent le personnel pénitentiaire pendant plusieurs heures. Souvent des rendez-vous sont annulés au dernier moment par manque de gardes statiques disponibles. »
Rapport parlementaire sur les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française, janvier 2022⁷³*

Chaque année, une partie des soins doit être réalisée en dehors des unités sanitaires, nécessitant l'organisation d'extractions médicales. Il n'existe pas de donnée statistique fiable pour en mesurer le nombre : ainsi, pour la seule année 2020, l'administration pénitentiaire en recensait 30 000, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé plus de 50 000. Si certains de ces soins, comme les chirurgies, ne peuvent s'effectuer que dans des structures hospitalières, d'autres ne sont programmés à l'extérieur qu'en raison du manque de personnel ou d'équipement nécessaire au sein des unités sanitaires. Un phénomène amplifié par la surpopulation carcérale, notamment en maison d'arrêt.

⁷³. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op. cit.

En dépit de l'ampleur des besoins, une partie non négligeable des extractions programmées par les unités sanitaires ne sont pourtant pas réalisées. Lorsqu'elles ne sont pas annulées au dernier moment, elles se déroulent pour la plupart d'entre elles dans des conditions indignes. À l'usage de moyens de contrainte renforcés et non individualisés s'ajoute la présence fréquente de surveillants lors des examens. Bien qu'en partie illégales, et fréquemment sanctionnées par la loi, ces pratiques persistent. Quant aux solutions qui existent pour pallier ces problèmes, telles les permissions de sortir pour raison médicale, elles peinent à prendre leur essor.

En outre, les personnes détenues sont parfois amenées à être hospitalisées, que ce soit pour des soins psychiatriques ou somatiques. Si les structures spécifiquement construites pour la prise en charge des soins psychiatriques peinent à répondre à l'importance de la demande, celles prévues pour les soins somatiques restent en revanche sous utilisées.

1. Les extractions médicales: un frein important dans l'accès aux soins

«Ma consultation chez le neuro-chirurgien a été annulée à la dernière minute. La direction m'a dit qu'elle ne pouvait pas avoir lieu car d'autres extractions avaient été prévues et qu'il n'y avait pas suffisamment d'escortes.» Témoignage d'une personne détenue, septembre 2021

Les unités sanitaires peinent à faire réaliser la totalité des extractions qu'elles programment, dans des proportions parfois inquiétantes dans certains établissements. En cause, un manque de personnel au sein de l'administration pénitentiaire pour effectuer la totalité des extractions demandées, mais également un déficit de coordination entre les différents acteurs. Il arrive que les annulations soient répétées : « Certains rendez-vous pour une même personne ont été supprimés jusqu'à cinq fois de suite », rapportait ainsi le CGLPL à l'issue de sa visite du centre de détention de Salon-de-Provence, en 2019. Elles peuvent alors occasionner des retards de diagnostic ou de prise en charge des personnes détenues. La part de refus d'extraction imputable aux personnes détenues elles-mêmes est par ailleurs importante. Une réalité derrière laquelle se cache bien souvent la crainte d'être confronté à des conditions d'extractions indignes.

1.1 EXTRACTIONS ANNULÉES : PRIVATION DE SOIN ET PERTE DE CHANCE

«J'avais rendez-vous depuis trois mois avec un neurochirurgien. La consultation a été annulée le matin-même, je ne sais pas pourquoi.» Témoignage d'une personne détenue, août 2021

Dans leur rapport de 2015, l'Igas et l'IGSJ estimaient que 20 % des extractions sollicitées par les unités sanitaires avaient été annulées⁷⁴. Pour les années 2019 et 2020, la DGOS estimait quant à elle les taux d'annulation respectivement à 29,4 et 33 % – une hausse expliquée en partie par l'épidémie de Covid-19. Ces chiffres sont cependant à prendre avec précaution, la DGOS n'étant pas, selon ses propres aveux, « en mesure de disposer de données fiables sur certains items »⁷⁵. L'OIP a analysé en détail 28 rapports d'activités d'unité sanitaire⁷⁶ et six rapports du CGLPL pour l'année 2020, et mesuré un taux d'annulation de 37 % dans les établissements concernés.

«C'est extrêmement usant. Les secrétaires passent leur temps à reprendre les rendez-vous, et ça rend fous les services! Une fois, un médecin s'est déplacé spécialement à l'hôpital quatre fois de suite pour un examen très spécifique : l'extraction a à chaque fois été annulée, déplore Sophie Lanis, exerçant à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes. Cela peut parfois être une vraie perte de chance pour les personnes détenues!» La situation varie grandement d'une prison à l'autre : si certaines unités sanitaires parviennent à faire réaliser la quasi-totalité des extractions demandées, d'autres connaissent des taux d'annulation extrêmement élevés. À Perpignan, Saint-Étienne ou encore Aiton, cela concerne plus d'une extraction sur deux – et cela depuis des années, pour cette dernière⁷⁷.

En conséquence, des détenus patientent parfois plusieurs mois pour accéder à une prise en charge – consultation ou intervention chirurgicale. « On m'a diagnostiqué une cataracte à l'œil droit en juin 2018. Depuis, je n'ai toujours pas été opéré, et je ne vois presque plus rien », écrivait en juin 2021 une personne détenue au centre pénitentiaire de Ducos. « Je devais passer une IRM cette semaine pour des douleurs au dos et au genou, mais elle a été annulée et je ne sais pas quand elle sera reportée », indiquait une autre, incarcérée au centre de détention de Roanne, en octobre 2021.

1.2 DES FACTEURS D'ANNULATION MULTIPLES MAIS MAL RECENSÉS

En dépit de l'ampleur du problème, il existe peu d'études globales sur les raisons de ces annulations. En 2015, l'Igas et l'IGSJ soulignaient ainsi « un suivi très différencié des motifs d'annulation ou de report des extractions médicales »⁷⁸ – certains établissements n'ayant *a priori* pas développé d'outils de suivi appropriés. Une traçabilité précise des extractions semble également demander une bonne communication entre l'unité sanitaire et l'administration pénitentiaire : « Parfois, nous ne sommes pas au courant que l'extraction est annulée ; parfois, nous l'apprenons une semaine après. Dans ces cas-là, il est impossible de savoir ce qu'il s'est passé », souligne Sophie Lanis, à Aix.

Pour Virginie Arnould, chargée de mission à l'Agence régionale de santé (ARS) Grand-Est, « il existe parfois des inadéquations organisationnelles entre les établissements pénitentiaires et certains spécialistes. Par exemple, dans un établissement, le cardiologue n'est disponible que le vendredi après-midi. Or, l'organisation de la prison fait qu'aucun gradé ne peut être là le vendredi après-midi et qu'aucune extraction ne peut être organisée à ce moment-là... ».

Le CGLPL invite également à une meilleure coordination entre les services pénitentiaires et de santé. « Des conflits de programmation et d'agenda pourraient être évités par une meilleure articulation des deux institutions », note-t-il notamment à la suite de sa visite du centre de détention de Villeneuve-la-Grande.

Selon les chiffres de la DGOS et ceux tirés des rapports d'activité des unités sanitaires analysés par l'OIP, les déprogrammations seraient imputables en proportions égales aux personnes détenues, à l'administration pénitentiaire et à l'établissement de santé (voir tableau ci-dessous).

	2019	2020
TOTAL	19477	20853
Dont...du fait de la personne détenue	6039	5259
Dont...du fait de l'AP, de la police	6057	4934
Dont...du fait de la préfecture	210	465
Dont...du fait de l'établissement de santé	3863	5090

Extractions non réalisées en 2019 et 2020 (données DGOS)

Mais ces chiffres semblent devoir être pris avec précaution. Ainsi, si le rapport d'activité de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Borgo attribue aux refus des détenus la majeure partie des annulations (près de 50 %), les constats du CGLPL sur place contredisent ces assertions : « Ces proportions ne correspondent ni aux propos recueillis durant la visite, ni aux données communiquées par l'administration pénitentiaire. » Lors de sa visite, près de la moitié des annulations étaient imputables à l'administration pénitentiaire. Dans les réponses qu'il a obtenues de la part de personnes détenues dans le cadre de cette enquête, l'OIP a, de son côté, recueilli les informations suivantes : sur les vingt-neuf annulations recensées, six étaient le fait des personnes détenues elles-mêmes, huit de l'unité sanitaire, et treize de l'administration pénitentiaire. Deux personnes n'avaient obtenu aucune explication.

78. Igas,IGSJ, 2015, op. cit.

74. Igas, IGSJ, 2015, op. cit.

75. Depuis 2018, la DGOS tente d'assurer une remontée homogène des informations, via le système d'information Pyramig.

76. Sur les soixante rapports d'activités d'unités sanitaires analysés par l'OIP pour ce rapport, seuls 28 détaillaient précisément le nombre d'extractions annulées ainsi que les motifs de ces annulations.

77. CGLPL, Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire d'Aiton, 2021.

1.3. L'INCAPACITÉ DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE À RÉPONDRE À TOUTES LES DEMANDES D'EXTRACTIONS

« Certaines unités sanitaires se censurent pour ne programmer d'extractions que pour les patients en ayant un besoin urgent. »
Pierre Brun, médecin responsable de l'UHSI de Bordeaux

Des besoins sous-évalués et jugés non prioritaires

En 2010, une réforme a confié à l'administration pénitentiaire la responsabilité des extractions qui relevaient jusque-là des forces de police et de gendarmerie, que ces extractions soient médicales, judiciaires ou administratives. Déployée progressivement à partir de 2011 pour s'achever en 2019, cette transition a notamment été marquée par une sous-évaluation du nombre de missions à effectuer et des postes à pourvoir. Et, en conséquence, par une multiplication des « impossibilités de faire », c'est-à-dire le refus de l'administration pénitentiaire de procéder aux extractions demandées. En 2014, celles-ci représentaient 4 % des extractions, pour atteindre 11 % en 2015, puis 24 % en 2016.

Concernant les extractions médicales, l'administration pénitentiaire prévoit, dans la plupart des établissements, un certain nombre de créneaux par semaine. Ces derniers sont cependant insuffisants dans de nombreuses prisons. « On a le droit à huit extractions par semaine, explique un soignant d'une prison détenant plus de 400 personnes. C'est trop peu, et elles sont en plus régulièrement annulées : parce qu'il y a un manque d'effectifs, parce qu'ils doivent faire un transfert non prévu, etc. Aujourd'hui, on a trois mois de délai pour trouver un créneau libre. » Conséquence : les urgences prennent régulièrement le pas sur des interventions prévues de longue date.

La création, en 2019, des équipes locales de sécurité pénitentiaire (ELSP), chargées entre autres des différentes extractions et intervenant aujourd'hui dans cinquante-sept établissements pénitentiaires, était annoncée comme une solution à ce problème. Outre qu'elle n'a pas eu l'effet escompté, cette réforme a aggravé la situation dans certaines prisons, notamment celles qui disposaient auparavant d'escortes spécifiquement dédiées au service médical. « Depuis la mise en commun des équipes de transfert, c'est une catastrophe. Si je prends le cas de la maison d'arrêt de Gradignan, c'est terrible. Avant ils arrivaient à faire trois extractions par jour pour les patients et actuellement ils sont plutôt à huit par semaine. Avec la mise en commun des équipes, c'est le plus souvent la justice qui prime sur les extractions médicales », explique ainsi Pierre Brun, médecin responsable de l'UHSI de Bordeaux.

À Aix-Luynes, qui connaissait des taux d'annulation entre 20 et 45 % selon les années, la réforme des équipes de transfert est loin d'avoir amélioré la situation. « Nous avons six extractions quotidiennes. Constatant qu'ils ne parvenaient jamais à les honorer par manque de personnel, nous leur avons proposé de passer à quatre, alors même que le nombre de détenus a doublé avec l'ouverture d'Aix 2. Et même ainsi, le taux d'annulation est resté important, 43 % sur l'année 2021 – même si depuis le mois d'avril, nous en avons beaucoup moins. Malheureusement, une seule et même équipe d'escorte a plusieurs missions en même temps : extractions médicales, transferts de prison, reconduite aux frontières... et le médical ne prime pas. Il nous faudrait absolument une équipe dédiée », pointe Sophie Lanis.

Saisie de ce problème, l'Association des professionnels de santé exerçant en prisons (Apsep) confirme : « Là où ces équipes ont été mises en place, on a pu constater une diminution du nombre d'escortes disponibles pour les extractions médicales. Globalement, ça ne se passe pas très bien, mais c'est encore récent : il y a un vrai point de vigilance à avoir pour la suite », relève sa présidente, Béatrice Carton.

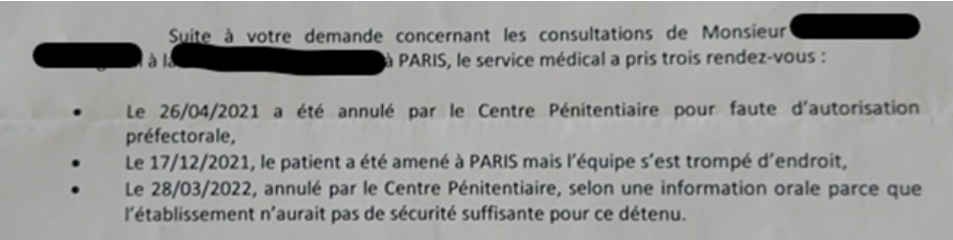
Des surveillants qui outrepassent leurs fonctions

Face à ces difficultés, certains surveillants n'hésitent pas à outrepasser leurs fonctions, et à juger par eux-mêmes de l'importance ou non de réaliser certains examens. « Nous avons une difficulté avec un surveillant, qui ne respecte pas le secret médical et annule des extractions

de son propre chef. Un matin, il a constaté qu'un détenu qui devait être extrait pour un examen à jeun avait pris son petit déjeuner : il a décidé d'annuler l'extraction sans nous consulter », explique une soignante. Des pratiques que le CGLPL a pu constater lors de ses visites d'établissement. À Borgo, par exemple, un détenu avait vu sa consultation déplacée quatre fois, l'équipe des escortes ayant considéré que son extraction n'était pas justifiée médicalement⁷⁹.

Il arrive également que des surveillants annulent des extractions et en imputent la faute aux personnes détenues. « Certains surveillants disent que ce sont les détenus qui ont refusé l'examen. Or, il y a certains patients que je connais très bien, et qui me disent qu'ils n'ont jamais été appelé pour l'examen : cela sème le doute ! », pointe ainsi Sophie Lanis.

Face à ces dysfonctionnements, certains établissements, comme l'UHSI de Lille, tentent de mettre en place des garde-fous : « Il y a eu des cas de figure où un secrétaire d'unité sanitaire nous disait que le patient refusait le transfert. En enquêtant un peu, on découvrait que c'était eux qui avaient un problème d'escorte... Donc on demande tout le temps un écrit de la part du patient, envoyé par fax, qui stipule son refus et dans l'idéal le motif », explique Frédéric Grimopont, médecin responsable de l'UHSI de Lille.



Réponse d'un centre hospitalier à un courrier de l'OIP, saisi par une personne détenue de multiples problèmes d'extraction, le 14 juin 2022

1.4 DES EXTRACTIONS SOUVENT REFUSÉES PAR LES PERSONNES DÉTENUES

Il reste cependant fréquent que les extractions soient refusées par les personnes détenues elles-mêmes. Ces refus s'expliquent, pour une partie d'entre eux, par un conflit avec d'autres activités importantes en détention – parloirs, travail, etc. En effet, pour des raisons de sécurité, les personnes détenues ne sont le plus souvent pas prévenues de la date de leur extraction et ne peuvent donc pas l'anticiper. Dans les réponses aux questionnaires de l'OIP, seuls trois détenus sur 22 indiquaient en avoir été informés la semaine précédente ; trois l'avaient été la veille ; les autres (17) l'avaient été le jour même.

« Nous ne pouvons jamais leur communiquer le jour et l'heure de leurs extractions⁸⁰. Mais lorsqu'un rendez-vous avec l'urologue tombe en même temps qu'un parloir avec leur femme, je comprends qu'ils refusent, c'est leur liberté. Par ailleurs, lorsque le rendez-vous arrive trois, quatre mois après la consultation, ce n'est peut-être plus dans leur tête, ça peut tomber pendant que leur affaire judiciaire est examinée, à un moment où ils ont d'autres préoccupations... Moi j'essaie de leur dire à peu près le délai quand je peux, au moins le mois, car c'est important de pouvoir se préparer. Cela n'arrive jamais en dehors de la prison, de ne pas savoir quand on va être opéré ou examiné », explique ainsi Sophie Lanis.

En 2015 déjà, l'Igas et l'IGSJ préconisaient une meilleure information des personnes détenues : « Il apparaît que certains de ces refus pourraient être évités par une meilleure information du détenu, au moment où il doit être extrait, comme en amont par le médecin. Si la date de l'extraction ne peut être communiquée aux détenus pour des raisons évidentes de sécurité, ses modalités et le délai approximatif de sa réalisation pourraient, dans certains cas, être explicités⁸¹. Des recommandations qui semblent avoir été prises en compte aux Baumettes, où le CGLPL soulignait ainsi en 2020 qu'« en cas d'hospitalisation/examen programmé, un soignant voit le patient une semaine avant pour le lui rappeler, et évoquer l'importance de l'examen et les conditions d'hospitalisation avec remise du livret de l'UHSI⁸². Mais ce sont surtout les conditions dans lesquelles se déroulent les extractions médicales qui sont avancées par les prisonniers pour justifier leurs refus.

79. CGLPL, rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Borgo, 2021.

80. Pour des raisons de sécurité – et notamment prévenir les évasions –, les dates des extractions, comme celles des transferts, ne sont jamais communiquées aux personnes détenues.

81. Igas, IGSJ, 2015, op. cit.

82. CGLPL, rapport de la troisième visite du centre pénitentiaire des Baumettes, 2020.

2. Conditions d'escorte et d'examen: humiliations et violation du secret médical

«J'avais les menottes aux mains et l'attache à la taille, en laisse comme un chien.»
«Je suis allé à l'hôpital voir un neurologue, les deux surveillants sont restés dans le cabinet, ils n'ont pas enlevé les entraves aux pieds, ils écoutent tout, quelle humiliation.»
Témoignages reçus à l'OIP en mars et avril 2022

Menottes, entraves, ceinture abdominale – «laisse», comme l'appellent les personnes détenues –, présence constante des surveillants : ces moyens de contrainte et de surveillance suscitent un sentiment d'humiliation, doublé d'une violation du secret médical, qui conduisent de nombreuses personnes détenues à renoncer à ces soins. Leur usage est pourtant, en théorie, régi par des normes réglementaires. Ces dernières imposent une individualisation des méthodes utilisées, en fonction de la personnalité et du parcours de chaque personne détenue. Force est pourtant de constater que dans l'immense majorité des cas, menottes et entraves sont généralisées et imposées indépendamment de la situation et du profil des personnes détenues.

2. 1 LES NIVEAUX D'ESCORTE : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Les moyens de contrainte auxquels sont soumises les personnes détenues sont en théorie définis par le chef d'établissement lors d'une commission pluridisciplinaire unique (CPU). Un niveau d'escorte y est attribué à chaque personne, à partir d'une «appréciation individualisée»⁸³ (situation pénale, comportement en détention, antécédents, etc.). Ce niveau d'escorte peut être réévalué au cours de la détention, à la hausse (incidents en détention) ou à la baisse (permission de sortir réalisée sans incident par exemple). Par défaut, toutes les personnes détenues sont classées en escorte de niveau 2.

	profil des personnes détenues	cas particuliers
Esc 1	les personnes détenues qui : - adoptent un comportement stabilisé en détention (absence d'incident disciplinaire notable) ; - et ont une date de libération proche ou encourent une peine courte (inférieure ou égale à un an). = conditions cumulatives	permissions de sortir : les personnes bénéficiaires de permissions de sortir régulières qui se sont correctement déroulées font l'objet d'une évaluation systématique afin que soit privilégié un placement en escorte 1. affaires criminelles : sauf avis contraire et spécialement motivé de la CPU, les personnes prévenues dans des affaires criminelles ne peuvent être placées en escorte 1.
Esc 2	par défaut, toutes les personnes détenues sauf celles relevant des niveaux d'escorte 1, 3 ou 4.	
Esc 3	les personnes détenues dont le profil requièrent une sécurisation particulière : - détenus particulièrement signalés (DPS) - incarcérées pour des faits de terrorisme - présentant un risque grave de trouble à l'ordre public	isolement : sauf les personnes détenues placées à l'isolement pour leur protection, les personnes détenues isolées par mesure d'ordre sont obligatoirement placées en escorte 3 ou 4.
Esc 4	les personnes détenues qui présentent un niveau de dangerosité particulièrement élevé (par exemple : DPS qui bénéficie d'un soutien extérieur important, ayant à son actif une évasion réussie avec complicité extérieure). = niveau d'escorte exceptionnel : lorsqu'un chef d'établissement envisage de placer une personne détenue en escorte 4, il en informe immédiatement la direction interrégionale afin que les mesures de sécurisation spécifique soient envisagées, en collaboration avec les services de la préfecture et les forces de police ou de gendarmerie.	

Source: Annexe 2 de la circulaire JUSK1928803C du 4 octobre 2019, « Doctrine d'emploi des équipes de sécurité pénitentiaire »

De ce niveau de sécurité attribué découlent ensuite les différents moyens de contraintes pouvant être mis en œuvre :

	pendant le transport et l'attente à l'hôpital	pendant les soins
Esc 1	Avec ou sans moyens de contrainte	Avec ou sans moyens de contrainte Hors la présence des personnels pénitentiaires
Esc 2	Avec moyens de contrainte	Avec ou sans moyens de contrainte* En présence des personnels pénitentiaires
Esc 3	Avec moyens de contrainte renforcés	Avec moyens de contrainte renforcés* En présence des personnels pénitentiaires
Esc 4	Avec moyens de contrainte renforcés	Avec moyens de contrainte renforcés* En présence des personnels pénitentiaires

* sous réserve de la compatibilité avec l'examen médical

Dans les faits, la répartition des détenus en quatre niveaux d'escorte semble rarement appliquée, au profit d'un usage généralisé et renforcé des moyens de contrainte. Dans leur réponse au questionnaire diffusé par l'OIP dans le cadre de son enquête, 27 détenus témoignaient avoir été extraits avec menottes et un moyen de contrainte supplémentaire (entrave, ceinture abdominale ou les deux), six n'avaient été « que » menottés, et seules trois personnes disaient avoir été extraites sans moyen de contrainte. Dans la majorité des prisons contrôlées par le CGLPL, le constat est similaire: les personnes détenues sont extraites menottées et entravées. « Il n'est tenu compte ni du niveau d'escorte ni du degré de dangerosité des personnes détenues. Pourtant, plus de 57 % des escortes sont classées en niveau 1 », souligne-t-il ainsi dans son rapport de visite de la maison d'arrêt de Sarreguemines⁸⁵. À Douai, « seuls les « plus de 70 ans, béquilles, cancer ou problème de santé apparent » ne sont pas menottés, les autres l'étant systématiquement et étant soumis en plus (pour plus de la moitié de la population hébergée) au port d'une ceinture abdominale et d'entraves aux chevilles »⁸⁶. Et ce constat n'est pas récent: en 2015, l'Igas et l'IGSJ soulignaient déjà que « bien qu'une grande majorité des personnes détenues soient classées en escorte 1, l'absence de menottes demeure exceptionnelle »⁸⁷.

Conséquence de cette absence d'individualisation, ce niveau de sécurité excessif est souvent en complet décalage avec la « dangerosité » des personnes à qui il est appliqué. « J'avais les menottes aux pieds et mains alors qu'il ne me reste que 18 mois à faire, que je n'ai jamais voulu m'évader et que j'ai déjà été extrait plusieurs fois sans aucun problème », témoigne ainsi un détenu. Il est même complètement absurde quand les personnes bénéficient par ailleurs de permissions de sortir, qui leur permettent de quitter temporairement l'établissement pénitentiaire sans escorte. « Je suis sorti en permission en mars 2022, et ai été extrait à l'hôpital en avril. J'avais les menottes aux poignets », écrivait récemment un détenu à l'OIP.

Cette pratique est d'autant plus humiliante que les entraves sont souvent maintenues pendant la consultation médicale. Dans les réponses au questionnaire de l'OIP, seuls 11 détenus sur

Lors de l'extraction, le surveillant en charge de l'escorte dispose par ailleurs d'une marge d'appréciation pour ajuster ce niveau d'escorte, le plus souvent à la hausse. Et ce d'autant que le manque d'effectifs conduit parfois à confier l'organisation des escortes à des surveillants moins expérimentés ou non formés à ce poste. Un constat posé notamment par le CGLPL à l'issue de sa visite au centre de détention de Villenauxe-la-Grande, en 2020. « Les agents en charge des escortes sont théoriquement affectés à cette mission et formés à cet effet, mais ils sont le plus souvent remplacés par des surveillants qui n'ont aucune pratique sur ce sujet et privilégient les approches sécuritaires »⁸⁴, soulignait-il ainsi dans son rapport.

Source: Annexe 2 de la circulaire JUSK1928803C du 4 octobre 2019, « Doctrine d'emploi des équipes de sécurité pénitentiaire »

84. CGLPL, Rapport de la deuxième visite du centre de détention de Villenauxe-la-Grande, 2020.

85. CGLPL, Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Sarreguemines, 2019.

86. CGLPL, Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Douai, 2019.

87. Igas-IGSJ, 2015, op. cit.

32 indiquaient avoir été examinés sans moyen de contrainte. Deux étaient parfois démenottés, notamment si le praticien le demandait, tandis que 19 étaient systématiquement entravés. « J’ai fait ma coloscopie attaché au lit, avec l’escorte présente dans la pièce », écrivait ainsi un détenu à l’OIP. « J’avais les menottes aux mains, aux pieds, au ventre, m’empêchant de respirer. J’ai eu une prise de sang par cathéter à la main, avec les menottes », indiquait un deuxième. Un dernier se plaignait que ces pratiques, en plus de l’atteinte à la dignité, affectaient également la qualité des soins prodigués : « Quand le praticien vous voit menotté de haut en bas, l’examen est bâclé et pas fait sérieusement », constatait-il. L’humiliation ressentie conduit alors certaines personnes à renoncer aux soins. « On propose régulièrement des mammographies, mais j’ai fréquemment des refus de la part des patientes, à cause des extractions qui se font menottées. Si elles sont là pour des courtes peines, elles préfèrent attendre d’être sortie » explique Rose Nguyen, médecin à la maison d’arrêt des femmes de Fleury-Mérogis.

2.2 VIOLATION DU SECRET MÉDICAL

« Je ne comprends pas pourquoi le surveillant reste pendant la consultation... pas pu poser de questions, se confier devant un médecin c’est déjà dur, mais devant un surveillant qu’on va croiser tous les jours, c’est humiliant. »
Témoignage reçu à l’OIP en mars 2022

Présence des personnels pénitentiaires pendant les consultations

Dans la majorité des cas, un ou plusieurs surveillants assistent aux entretiens médicaux. Dans les réponses reçues par l’OIP à son questionnaire, seules cinq personnes avaient pu être seules avec le médecin ; les trente-neuf autres avaient effectué la consultation ou l’examen en présence de l’escorte. « Je me suis fait examiner les parties intimes devant les escortes, j’ai dû faire voir mes testicules et mon anus devant les surveillants, sans aucun secret médical », écrivait l’un d’eux à l’OIP en avril 2022.

Dans certains services hospitaliers, cette présence semble systématique. « Quels que soient les motifs de ces consultations ou de ces examens, tous se déroulent en présence de trois, voire quatre agents pénitentiaires. Un paravent peut parfois mettre le patient à l’abri des regards, ou il peut être demandé aux agents de se retourner. Néanmoins, aucune confidentialité des échanges patient/médecin n’est assurée »⁸⁸, dénonçait ainsi le CGLPL à l’issue de sa visite au centre hospitalier de Sarreguemines. Une critique qui vaut pour beaucoup d’autres établissements.

Il arrive également que les surveillants soient présents pendant des interventions chirurgicales. « Une fois, une surveillante est entrée dans le bloc opératoire. Et malheureusement, mes collègues l’ont laissé faire, car ils ne savaient pas qu’elle n’avait pas le droit d’être là », rapporte Rose Nguyen, à Fleury-Mérogis. Une pratique que le CGLPL notait comme systématique à l’issue de sa visite aux Baumettes en 2020⁸⁹, ainsi qu’à Sarreguemines en 2019. « Selon les informations rapportées aux contrôleurs, la surveillance par des agents pénitentiaires ou de la police s’exerce jusque dans la salle d’opération et dans la salle de réveil, alors que les patients sont endormis et ce quel que soit le niveau d’escorte. L’escorte aurait même, il y a quelques mois, demandé à ce qu’un patient soit menotté à la table d’opération », dénonçait-il dans son rapport⁹⁰.

Des médecins souvent consentants

« Ces faits, comme ceux rapportés précédemment, n’interrogent aucun soignant ni aucun médecin », note le CGLPL. *De facto*, de nombreux soignants acceptent sans questionner cette rupture du secret médical. Bien que différentes stratégies⁹¹, portées conjointement par les ministères de la Santé et de la Justice, prévoient la diffusion de notes « d’information et de sensibilisation des professionnels sur le respect du secret médical, la confidentialité des soins et la

question des entraves dans le cadre des extractions médicales », force est de constater que ces dernières peinent à s’imposer. « J’ai demandé au surveillant qu’il sorte durant la consultation. Il a refusé. J’ai donc demandé au médecin de lui demander : il m’a répondu que c’était comme ça, et que si cela me dérangeait, il avait autre chose à faire », écrivait en avril 2022 une personne détenue à l’OIP. « Vous avez raison, c’est vrai qu’on ne respecte pas le secret médical, les surveillants sont là. Mais nous c’est de la chirurgie orthopédique, il n’y a pas de cancers, il n’y a pas grand-chose qui impacte gravement l’intimité du patient. C’est des fractures, des entorses, des plaies, tout le monde le sait avant de tout façon », se défend ainsi un chirurgien orthopédiste.

Une grande partie des praticiens hospitaliers ne semble donc pas s’interroger sur ces pratiques, ni connaître les règles portant sur les niveaux d’escorte. La présence des surveillants durant les consultations semble même fréquemment sollicitée par les soignants eux-mêmes, peu habitués à examiner des personnes détenues. « Des collègues femmes ne veulent pas examiner seule un détenu si les surveillants ne sont pas dans la pièce. On a beau leur parler de secret médical, elles disent “vous êtes bien gentil, la sécurité prévaut sur le secret médical, si je suis seule sans surveillant je ne l’examine pas” », explique de son côté un soignant.

Quant aux médecins qui demandent aux surveillants de sortir, ils se heurtent très souvent à des refus. Les marges de négociation dont ils disposent varient d’une escorte à l’autre, mais sont dans l’ensemble peu étendues. À Sarreguemines, les escortes demandent ainsi aux soignants de signer une « décharge concernant la présence du personnel pénitentiaire pendant la consultation »⁹². Tout refus de signature conduit à l’annulation de la consultation. Dans d’autres hôpitaux, comme à Salon-de-Provence, les demandes de retrait « donnent lieu à de vives discussions »⁹³. À Condé-sur-Sarthe, ces dernières sont refusées⁹⁴. À Saint-Étienne, les conflits à ce sujet ont été promptement réglés : « Cela s’est soldé par la sélection de médecins moins regardants. »⁹⁵

Pour autant, dans les rares établissements attentifs à ce sujet et n’imposant pas le port des moyens de contraintes ni la surveillance des agents, aucun problème de sécurité n’a été signalé (lire ci-dessous).

92. CGLPL, Sarreguemines, 2019, op. cit.

93. CGLPL, Rapport de la deuxième visite du centre de détention de Salon-de-Provence, 2019.

94. CGLPL, Rapport de la troisième visite au centre pénitentiaire d’Alençon-Condé-sur-Sarthe, 2020.

95. CGLPL, Rapport de la deuxième visite au centre pénitentiaire de Saint-Étienne, 2019.

88. CGLPL, Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Sarreguemines, 2019.

89. CGLPL, Rapport de la troisième visite du centre pénitentiaire des Baumettes, 2020.

90. CGLPL, Sarreguemines, 2019, op. cit.

91. Stratégie Santé des personnes placées sous-main de justice, 2017, Feuille de route 2019-2022 pour la santé des personnes placées sous-main de justice.

Le cas particulier du centre hospitalier de Creil

« Les personnes ne sont ni menottées, ni entravées, selon les témoignages recueillis qui attestent tous du caractère exceptionnel des moyens de contrainte. En trente années d'expérience, une soignante se souvenait d'avoir vu une seule fois des entraves aux pieds d'un patient escorté par des policiers	lourdement armés ; une autre a rapporté avoir vu une unique personne menottée dans la salle d'opération en quinze années d'expérience. Les soins dans les chambres sont assurés porte entrouverte, mais hors la présence des fonctionnaires de police. Ces mêmes fonctionnaires n'accèdent	ni au bloc opératoire, ni à la salle de réveil, dont ils surveillent seulement l'accès de l'extérieur. Aucun incident n'a été rapporté aux contrôleurs. » Rapport de visite du CGLPL, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Creil, 2019.
---	--	---

2.3 LE POIDS DU REGARD DES AUTRES

Dans certains hôpitaux, des circuits dits « protégés », utilisés essentiellement pour les personnes détenues et gardées à vue, permettent aux patients de circuler au sein de l'hôpital et d'attendre les consultations à l'abri du regard du public. Tous n'en sont néanmoins pas pourvus ; et dans ceux qui le sont, les confrontations au public restent fréquentes. Ces rencontres, lors desquelles les personnes apparaissent entravées, menottées, accompagnées d'agents armés, constituent alors un élément traumatisant supplémentaire.

« Les retours les plus fréquents que nous avons d'une expérience au CHU sont relatifs au regard des autres, expose François Chiron, exerçant à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces. Être menotté et entravé en public, cela ne leur arrive qu'à l'hôpital. Au Palais de justice par exemple, ils bénéficient d'un circuit à part. Là, ils peuvent être à la vue de tous, c'est difficile. » « Pour les détenus, ce n'est pas évident, confirme Christophe Bartoli, à l'UHSI de Marseille. Notamment lorsqu'il s'agit de personnes avec un statut de “détenu particulièrement signalé”⁹⁶, qui nécessitent une garde renforcée : elles sont alors accompagnées de surveillants cagoulés et lourdement armés. »

Dans ces conditions, de nombreuses personnes détenues préfèrent renoncer à être extraites – y compris pour des soins importants. « J'ai un patient dont le test d'effort montrait qu'il risquait l'infarctus et qui, en dépit de ça, refusait d'être hospitalisé », témoigne ainsi un docteur intervenant en unité sanitaire.

2.4DES PRATIQUES SANCTIONNÉES PAR LA LOI

À plusieurs reprises, les juridictions administratives ont condamné le non-respect par l'administration pénitentiaire de l'obligation posée par les textes d'individualiser les niveaux d'escorte. À Rouen en 2015, un homme détenu au centre pénitentiaire du Havre souffrant d'un syndrome coronarien aigu (obstruction soudaine d'une artère du cœur) a été entravé aux chevilles et a eu les poignets menottés à l'avant pendant son transport à l'hôpital. Il a ensuite été maintenu attaché à un lit d'hôpital de manière ininterrompue par un lien à la cheville durant les cinq jours de son hospitalisation et au cours des examens médicaux dont il a fait l'objet : des mesures de coercition reconnues comme disproportionnées par le tribunal⁹⁷. En 2016, à Nancy, un détenu affecté d'une incapacité permanente fixée à 70 % et tétraplégique a porté plainte et obtenu gain de cause, en raison de l'absence de confidentialité des soins, un surveillant étant resté présent tout au long de sa consultation⁹⁸. À Lille, un détenu ayant eu les poignets menottés tant durant le transport que durant les examens médicaux, et ayant effectué la consultation en présence de deux surveillants, a également obtenu la condamnation de l'État. Le tribunal a en effet estimé que ces mesures étaient disproportionnées, le requérant n'ayant manifesté, depuis son incarcération, aucun comportement présentant une dangerosité pour lui-même ou pour des tiers ou un risque de fuite⁹⁹.

Ces pratiques avaient également été condamnées par la Cour européenne des droits de l'homme en 2011. Les réponses apportées depuis par les pouvoirs publics ne semblent pas avoir convaincu le comité des ministres du Conseil de l'Europe, en charge de l'exécution des arrêts de la Cour : l'affaire n'est en effet toujours pas considérée comme exécutée, le comité exigeant donc de la France qu'elle rende des comptes sur les mesures prises.

96. Statut lié au comportement en détention et aux risques d'évasion, qui autorise le personnel pénitentiaire à user de mesures de surveillance accrues.

97. Tribunal administratif de Rouen, arrêt n° 1301578, 16 juin 2015.

98. Cour administrative d'appel de Nancy, arrêt n° 15NC02515, 6 octobre 2016.

99. Tribunal administratif de Lille, arrêt n° 1505904, 30 novembre 2017.

Les suites toujours non exécutées de l'affaire Duval

Le 26 mai 2011, la France était sanctionnée par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) pour les conditions dans lesquelles le requérant, M. Duval, avait été conduit puis examiné à plusieurs reprises en milieu hospitalier. Ce dernier avait en effet fait l'objet de nombreuses extractions médicales, durant lesquelles il était systématiquement menotté et entravé. Des gestes médicaux intimes avaient également été pratiqués en présence des surveillants ; notamment un examen urologique impliquant un toucher rectal. Concluant à une violation de la jurisprudence du Conseil d'État, qui prévoit un usage adapté et proportionné des mesures de sécurité, la CEDH avait condamné la France au titre de l'article 3 de la Convention sanctionnant les traitements inhumains et dégradants. Contraint à la suite de cet arrêt de prouver que des mesures avaient été prises pour remédier à ces pratiques, le gouvernement présentait dans les années suivantes différents bilans d'action. Avançant « la large diffusion de l'arrêt » et le développement de « formations spécifiques »¹ à l'attention des surveillants, et se basant sur les statistiques relatives aux niveaux d'escorte appliqués à la population pénale, le gouvernement estimait ainsi que l'arrêt avait été exécuté. En 2015 et en 2020, le CGLPL contestait avec force ces

affirmations. Regardant attentivement les conditions dans lesquelles les personnes détenues étaient extraites depuis 2015, il concluait que la définition du niveau d'escorte n'était pas toujours individualisée, ni réévaluée au cours de la détention, et que « le recours aux moyens de contraintes lors des extractions médicales [était] quasi-systématique et souvent disproportionné »². Surtout, il constatait sur le terrain « de nombreux décalages entre la théorie et la pratique », soulignant que « le niveau de contrainte effectivement appliqué aux personnes détenues lors des extractions [était] souvent supérieur à ce qui [avait] été décidé initialement et enregistré dans le logiciel ». Il condamnait par ailleurs fermement la manière dont le gouvernement analysait sans recul les données statistiques fournies : « Les chiffres avancés par le gouvernement – dont on relèvera au demeurant qu'ils ne sont assortis d'aucun élément permettant d'en apprécier la portée (période d'évaluation, extractions concernées). et qu'ils sont identiques à ceux qui figuraient dans le bilan d'action de 2017 – sont d'autant moins pertinents qu'ils ne sont pas mis en perspective avec les modalités effectives de recours aux moyens de contraintes. »³ Tirant enseignement des 58 visites de contrôle effectuées depuis 2017, le CGLPL réaffirmait

par ailleurs son constat que, dans la majorité des cas « les membres de l'escorte demeur[raient] présents pendant les consultations médicales, au mépris du secret médical et de l'intimité de la personne détenue »⁴. Faisant fi de ces avis, le gouvernement français publiait en 2021 un nouveau bilan d'action. Mettant une fois de plus en avant les formations, les rappels de la réglementation en vigueur et communiquant les statistiques des différents niveaux d'escorte (55,4 % de détenus en niveau 1, 34,7 % en niveau 2, 3,3% en niveau 3, 0,1 % en niveau 4), il concluait à nouveau sur la base de ces seuls chiffres que « les détenus [n'étaient] pas systématiquement menottés et/ou entravés lors des extractions ou des consultations médicales »⁵. Une démonstration que viennent encore et toujours contredire les témoignages récurrents reçus par l'OIP et les constats dressés par le CGLPL.

1. Gouvernement français, bilan d'action revisité, 3 septembre 2019.
2. Communication d'une INDH (Contrôleur Général des lieux de privation de liberté) (03/01/2020) relative à l'affaire DUVAL c. France (requête n° 19868/08).
3. Ibid.
4. Ibid.
5. Bilan d'action du gouvernement français, mise à jour juin 2021.

3. Les permissions de sortir pour soins : un système encore trop peu développé

Face à ces difficultés, l'octroi de permissions de sortir constitue une alternative pour accéder à des soins. Dès 2015, l'Igas et l'IGSJ suggéraient de substituer aux extractions, particulièrement lourdes et coûteuses, «une utilisation plus large des permissions de sortir pour raison médicale d'une journée, qui peut être adaptée aux exigences à la fois de la réinsertion et de la sécurité (notamment lorsque la personne est en fin de peine ou bénéficie déjà par ailleurs de permissions de sortir)». Depuis 2020, les chefs d'établissement peuvent également obtenir, en accord avec les juges de l'application de peine, une délégation de signature leur permettant d'accorder des permissions de sortir à certaines personnes : un dispositif qui pourrait faciliter l'octroi de telles permissions pour des motifs médicaux.

Pourtant, en 2022, hormis dans certaines structures, force est de constater que cette recommandation a été peu prise en compte. Si, de son côté, la Dap indique que ses outils statistiques ne lui permettent pas de connaître le nombre de permissions de sortir pour raison médicale accordées chaque année, notre enquête révèle que peu d'acteurs, qu'ils appartiennent au domaine judiciaire, pénitentiaire ou médical, ont recours à ce système.

3.1 DES FREINS JURIDIQUES ET LOGISTIQUES

Des obstacles juridiques s'opposent parfois à leur mise en œuvre : les permissions de sortir ne sont accessibles qu'aux personnes condamnées – et sous certaines réserves (absence de période de sûreté, avoir exécuté une partie de sa peine, etc.). La prévalence des personnes prévenues en maison d'arrêt est ainsi susceptible de créer un biais chez les soignants, ceux-ci pensant *a fortiori* que leurs patients n'y sont pas éligibles. «On ne le fait concrètement quasiment jamais car il y a beaucoup moins de patients permissionables, explique Sophie Lanis, à la maison d'arrêt d'Aix-Luynes. Et ceux qui le sont n'ont pas forcément besoin d'examen médical. Mais nous n'y pensons aussi peut-être pas assez, car nous ne connaissons que très rarement la situation pénale du patient, et ne nous posons pas la question lors des consultations.»

Par ailleurs, les contraintes auxquelles est soumise la justice pour certaines catégories de personnes détenues, comme les auteurs de violences conjugales, peuvent compliquer l'octroi du dispositif. Un récent décret a en effet introduit l'obligation d'informer la victime chaque fois que son agresseur sort de prison. «Cela suppose d'avoir les coordonnées de la victime. Lorsqu'elles ne figurent pas au dossier, on est un peu contraints de refuser la permission de sortir», explique Pierre-François Martinot, juge de l'application des peines (Jap) à Nantes. La situation est encore plus complexe lorsqu'une peine mixte impliquant le port du bracelet antirapprochement a été prononcée dans le cadre d'un sursis probatoire. «Le bracelet antirapprochement doit être réinstallé à chaque sortie du condamné, sur lui mais aussi sur sa victime. Tout cela est assez lourd à mettre en place, ça demande de l'anticipation. Or, les demandes de permission de sortir pour raison médicale surviennent souvent à bref délai et pour des durées courtes. Dans ces cas-là, on privilégiera l'extraction» poursuit-il. Une problématique qui se poserait de plus en plus fréquemment, alors que le nombre de personnes incarcérées pour ce type de faits est loin d'être négligeable et en nette augmentation, d'après ce magistrat : «Aujourd'hui, un tiers des détenus de la maison d'arrêt de Nantes sont écroués pour ce motif.»

L'accessibilité des lieux de soins ainsi que la capacité des patients à s'y rendre affectent également la mise en place de ces permissions. «La prison est dans un *no man's land* : la première gare est à 10km, et il n'y a aucun transport en commun pour y accéder. C'est un énorme frein», explique un soignant. «En centre de détention, avec des détenus peut-être plus âgés, qui ne sont pas du coin, cela n'est pas facile, ça peut être anxiogène de sortir seul dans un environnement inconnu» confirme Béatrice Carton, présidente de l'Apsep.

La mise en place de telles permissions est également freinée par le manque de coordination, pourtant indispensable, entre le médical, le service pénitentiaire d'insertion et de probation

(Spip) et le Jap. «Pour faire une demande de permission de sortir pour raison médicale, il faut se mettre en relation avec le Spip, qui lui-même se met en relation avec le Jap, et on va possiblement avoir des difficultés de délai et de confidentialité», avance entre autres Béatrice Carton.

Pour certains magistrats, un échange d'informations entre les institutions judiciaires et sanitaires est pourtant possible, dans le respect du secret médical. Pierre Jourdin, Jap à la maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis, explique ainsi : «J'aurais juste besoin d'un mot du médecin me disant “Mme X a un rendez-vous avec tel spécialiste, tel jour, à telle heure.” Je n'ai pas besoin de plus de détails, pour moi ça serait un motif indiscutable. Et entre le fait de mettre le juge au courant du spécialiste consulté ou que les surveillants assistent à la consultation s'il y a une extraction, sur le plan du secret médical, il y a tout à y gagner à développer ce système!» Pour lui, c'est donc avant tout un problème de dialogue qui se pose. «Il faudrait que les Cpip [conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation] et les soignants amorcent une réflexion... De mon côté, à mon regret, nous n'avons pas de relation avec le médical. C'est le seul acteur de la détention avec lequel je ne suis pas en contact, avance-t-il. Mais je n'attends qu'une chose, c'est d'être saisi d'une demande de permission de sortir pour soin. J'accorde régulièrement des permissions pour des démarches administratives, je ne vois pas pourquoi je ne le ferais pas pour des soins. Je serais même prêt à faire du hors-débat, et je pense que le parquet ne s'y opposerait pas.»

À Nîmes, la tentative des soignants de mettre en place de telles permissions n'a cependant pas été un franc succès. «On a tenté de les mettre en place il y a environ trois ans, mais cela a été complexe. Il fallait que le Spip vérifie que la personne avait les moyens de se rendre à l'hôpital, qu'elle était en capacité financière d'acheter un titre de transport, ou qu'un membre de sa famille pouvait l'emmener. Ensuite s'est posée la question du secret médical, parce que la détention nous demandait si le détenu était bien allé à son rendez-vous. Donc nous avons dû mettre en place un papier à faire tamponner à l'hôpital. Cela nous a mis beaucoup de freins, et nous en avons peu fait. Et parmi celles qui ont été programmées, on a eu un patient qui ne s'est pas rendu à sa consultation : cela a été très compliqué pour nous», explique ainsi Mélanie Kinné.

3.2 AVEC DE LA VOLONTÉ, DES OBSTACLES SURMONTABLES

Nonobstant les difficultés, certaines prisons arrivent à développer ces permissions. «Dans mon centre pénitentiaire, nous en faisons pas mal, explique ainsi une Cpip. Comme les extractions sont compliquées – et cela a empiré depuis la mise en place des ELSP –, on privilégie cette solution. Concrètement, les secrétaires de l'US ont toutes les dates de commissions d'application des peines. Elles nous demandent en amont si les personnes sont permissionables, et si oui, elles prennent rendez-vous pour eux. Elles remettent ensuite au patient, ainsi qu'à nous, une convocation qui précise le rendez-vous et le médecin, et c'est validé en commission d'application des peines. Le Jap suit à chaque fois, sauf si incidents. Nous avons de bonnes relations avec le secrétariat de l'US, ce qui aide!» Pour Elise Labbé, du syndicat SNEPAP-FSU, «ces relations sont facilitées dans les établissements de petite taille, où nous pouvons facilement discuter avec les secrétaires de l'US. À l'inverse, quand nous devons traverser trois bâtiments pour les voir, les liens seront plus distants...».

À Nantes, où Médecins du Monde (MdM) expérimente un projet de médecine communautaire depuis 2015, ces permissions sont même entrées dans les pratiques. S'apercevant que les conditions des extractions faisaient renoncer certains détenus aux soins, la coordinatrice du projet a entrepris de solliciter les différents acteurs. «On en a parlé avec l'unité sanitaire et l'administration pénitentiaire, et on s'est aperçu que chacun en avait sa propre conception, sans se parler. Les personnels de santé pensaient qu'il fallait que les détenus aient déjà bénéficié d'une permission de sortir auparavant pour y avoir droit. L'administration – Spip et direction – ne s'en préoccupait pas, et il n'y avait pas de dialogue entre les services. Du coup les personnes détenues n'avaient pas l'info. Tout cela faisait que c'était très peu utilisé, explique-t-elle. Nous avons fait en sorte que tous se parlent, pour éclaircir et se mettre d'accord. Un stagiaire de la direction nous a donné le cadre juridique exact, en nous disant qu'on pouvait y aller. Alors

Les personnes détenues du groupe de travail en ont fait la promotion auprès des autres, et la secrétaire de l'unité sanitaire a organisé le lien entre les médecins et les Cpip. Les médecins ont pris l'habitude de demander à leurs patients s'ils étaient permissionnables.» Bilan : le nombre de permissions de sortir a progressivement explosé : 48 en 2015, 107 en 2016, 149 en 2018, jusqu'à 249 en 2019.

Pour arriver à de tels chiffres, il a cependant fallu convaincre le juge de l'application des peines, non convié aux discussions initiales. « Nous n'avions pas d'informations sur la nécessité de pratiquer le soin à l'extérieur. Notre crainte, c'était que ce soit utilisé comme un prétexte pour sortir un peu facilement. On redoutait aussi le phénomène de nomadisme médical et que ces rendez-vous échappent au parcours de soin en détention. Donc on rejetait au départ pas mal de demandes. » Les soignants sont alors allés à sa rencontre, et une solution a émergé : l'unité sanitaire transmet au juge de l'application des peines un certificat mentionnant le fait que le soin ne peut pas être pratiqué en détention – sans mentionner lequel. « Ce procédé fluidifie beaucoup les choses. Nous, ça nous rassure, puisque ça nous garantit que le soin est nécessaire et qu'il ne peut pas être pratiqué à l'intérieur », explique le magistrat.

À Nantes, la hausse substantielle des permissions de sortir pour soins n'a pas pour autant fait baisser le nombre d'extractions. « Cela veut donc dire que les gens ne sortaient pas se faire soigner, qu'ils préféraient attendre d'être sortis plutôt que d'être extraits », analyse la coordinatrice du projet de MdM.

La création d'une nouvelle catégorie d'établissement, les structures d'accompagnement à la sortie (Sas), devrait également contribuer à favoriser l'octroi de ces permissions. Les Sas mettent en effet les liens avec l'extérieur au cœur de leur projet, et les permissions de sortir, pour soins ou autre, y sont en théorie facilitées¹⁰⁰. Cinq ont été ouvertes et dix-neuf autres sont prévues. « À la Sas des Baumettes, l'unité sanitaire a un plateau technique extrêmement réduit : l'idée est d'accorder des permissions systématiques pour effectuer les soins (somatiques, en addictologie, psychologique ou psychiatrique) à l'extérieur. Les soignants peuvent également accompagner les détenus lors de ces permissions, pour organiser la continuité des soins dès l'exécution de la peine, pour en garantir l'effectivité à la libération, identifier les lieux, les professionnels, etc. » explique Morgan Donaz-Pernier, juge de l'application des peines. Une amélioration indéniable pour les personnes détenues, mais qui interroge. « Pourquoi faut-il une structure particulière pour appliquer ce qui est de toute manière prévu dans les textes ? » souligne un juge d'application des peines en maison d'arrêt.

4. Les hospitalisations : UHSI sous-utilisées, UHSA sous-dimensionnées

Lorsque l'état de santé des personnes détenues nécessite de nombreux soins, ces dernières peuvent être hospitalisées. Inférieure à 48h, l'hospitalisation peut s'effectuer au sein de l'hôpital de secteur, en chambre sécurisée. Plus longue, elle s'effectue en théorie au sein d'établissements de santé spécifiques : les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI, pour les soins somatiques) et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA, pour les soins psychiatriques). Si les soignants et les surveillants y sont en théorie mieux formés, et les droits des personnes détenues davantage respectés, d'autres facteurs freinent cependant l'adhésion de ces dernières aux soins.

4.1 LES HOSPITALISATIONS EN CHAMBRE SÉCURISÉE

En centre hospitalier, la surveillance des personnes détenues est assurée par une garde statique, sous la responsabilité de la police ou de la gendarmerie. Là encore, en l'absence d'effectifs mobilisés, il arrive que des hospitalisations soient annulées. C'est ainsi qu'en juin 2021, l'hospitalisation d'un détenu de la maison d'arrêt de Fresnes souffrant d'une pancréatite aiguë n'a pas pu avoir lieu : « L'absence de garde statique à l'hôpital de Bicêtre, malgré la demande qui avait été faite à la préfecture, a conduit les médecins de l'hôpital à différer l'intervention et à nous réadresser Monsieur B. qui doit toujours ne se nourrir que de Modulen (alimentation

liquide sans lactose, sans gluten, sans fibre) », certifiait le médecin en charge du suivi du patient en détention.

Hospitalisées, les personnes détenues se heurtent aux mêmes atteintes au secret médical que durant les consultations : examens le plus souvent réalisés porte ouverte, voire en présence des surveillants, gendarmes ou policiers dans la chambre. Ces atteintes à la confidentialité sont exacerbées par l'agencement de certaines chambres, qui laissent pour certaines le bloc sanitaire à la vue des surveillants. Dans leur grande majorité, ces chambres sont également spartiates : absence de table, de chaise, d'horloge, de télé, et surtout interdiction de fumer... le temps peut sembler extrêmement long aux personnes détenues qui y sont hospitalisées. Ce à quoi les ARS opposent généralement la très courte durée de séjour des personnes détenues.

Il arrive cependant que ces hospitalisations outrepassent les 48h. En avril 2022, une personne détenue est ainsi restée hospitalisée près d'une semaine au centre hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, faute de place à l'UHSA (lire page 56). Un rapport parlementaire publié en 2022 notait également ce problème, soulignant que « les hospitalisations dans les établissements de rattachement restent privilégiées, y compris pour des hospitalisations supérieures à 48 heures »¹⁰¹.

Il arrive aussi que la localisation des chambres sécurisées au sein du centre hospitalier empêche l'accès à certains types de prise en charge. À Aix-en-Provence, par exemple, les chambres sécurisées se situent aux urgences. « Or, ces services d'urgence n'ont pas vocation à faire des interventions programmées, en chirurgie par exemple. Je ne peux donc pas leur adresser mes patients, y compris pour de petites interventions, des hernies, des fibroscopies, des kystes. Et comme les chirurgiens savent que l'UHSI de Marseille n'est pas loin, ils trouvent ça plus simple de les envoyer là-bas. Mais le problème, c'est qu'à l'UHSI, les patients doivent être hospitalisés au moins une nuit, puisque la structure ne fait pas d'ambulatorio. Du coup, j'ai des patients qui doivent faire une coloscopie, et qui se retrouvent hospitalisés pendant deux ou trois jours », explique Sophie Lanis. Or, ces hospitalisations, par les conditions de détention qu'elles proposent, sont souvent refusées par les personnes détenues.

4.2 LES HOSPITALISATIONS EN UHSI

Des établissements polyvalents...

- Une offre de soin relativement complète

Créées en 2000, les UHSI sont au nombre de 8 sur le territoire métropolitain¹⁰² – il n'en existe pas en outre-mer – et ont une capacité totale de 170 lits. Placées sous la surveillance de l'administration pénitentiaire, ces unités sont cependant situées au sein des centres hospitaliers universitaires, et permettent aux personnes détenues de bénéficier des plateaux techniques de ces derniers. Les séjours peuvent y être de courte, moyenne ou longue durée, tant en médecine et chirurgie qu'en soins de réadaptation.

« À Marseille, nous faisons 50 % de médecine et 50 % de chirurgie, notamment orthopédique. On voit de tout, de la "bobologie" jusqu'aux cancers et fins de vie. Une fois que le patient est dans notre circuit, il est aussi bien soigné qu'à l'extérieur, parfois même plus rapidement », explique Christophe Bartoli, responsable de l'UHSI. La concentration des soins et spécialistes disponibles peut également permettre de « compenser » les effets de diagnostics posés tardivement – du fait du parcours de vie des personnes avant leur incarcération, mais également du fait des dysfonctionnements internes aux établissements pénitentiaires. « Le problème, c'est l'accès aux soins en pré-diagnostic, les rendez-vous qui n'ont pas lieu, les extractions pour des scanners, des coloscopies, etc., qui n'ont pas lieu », poursuit Christophe Bartoli.

Sur place, il explique bénéficier de la présence de tous les spécialistes exerçant à l'hôpital Nord, qui acceptent de venir consulter dans la chambre sécurisée des patients, avant de prodiguer les soins, si cela est nécessaire, dans leurs services. Il en est de même à Lille. Frédéric Grimoport, médecin responsable de l'UHSI, précise : « On a des vacances de certains

¹⁰⁰. « Structures d'accompagnement vers la sortie : de la théorie aux pratiques », OIP, *Dedans Dehors* n° 114, mars 2022.

¹⁰¹. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op. cit.

¹⁰². Les UHSI en fonctionnement en 2022 sont situées à Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Nancy, Paris et Rennes.

spécialistes, qui réalisent leurs examens au sein de l’unité: tout ce qui est échographie digestive, cardiaque, électrocardiogramme, fond d’œil, endoscopie digestive, fibroscopie peuvent ainsi être faits sur place... On s’est aussi formé à faire le maximum de gestes au sein de l’UHSI, des biopsies, des ponctions lombaires, des ponctions pleurales, etc. On ne fait sortir les patients de l’UHSI que pour les scanners, radiothérapies, blocs opératoires, qu’on ne peut pas faire chez nous. »

Cette organisation permet d’éviter le plus possible aux personnes détenues d’être escortées dans différents services à la vue du public. Mais ce n’est pas toujours possible. « Pour certains soins, les patients détenus sont amenés à croiser du public. Donc ils sont installés dans un fauteuil, avec un drap sur les entraves ou les menottes, et sont accompagnés par des aides-soignants et des surveillants. Pour les détenus ce n’est pas le top, on essaie d’éviter certains moments, comme le scanner le mercredi avec tous les enfants », explique Christophe Bartoli.

- Des personnels mieux formés

L’accent est également mis sur la formation spécifique des différents professionnels, ce qui permet d’assurer, entre autres, un meilleur respect du secret médical et de moindres humiliations pour les personnes détenues. « Le personnel de l’UHSI est très bien formé, commente Christophe Bartoli. Nous avons des réunions tous les quinze jours entre la santé et l’administration pénitentiaire. Tous les nouveaux, soignants et surveillants, sont formés par les deux acteurs. À mon sens, le secret médical est bien géré, on ne peut pas parler de “secret partagé”. Quand il y a une consultation, le surveillant ouvre la porte et ressort. Il y a un oculus, que les soignants ferment s’il s’agit d’une consultation intime. Les soignants ne demandent jamais à ce que le surveillant reste, sauf en cas de grosses tensions, mais c’est extrêmement rare. » Frédéric Grimopont nuance cependant : « Les surveillants pénitentiaires sont involontairement au courant du diagnostic des patients, on ne peut pas lutter contre. On ne leur parle pas médecine, on n’échange pas avec eux sur le sujet mais ils sont au courant de tout. Les portes sont épaisses de trois centimètres, j’ai le défaut de parler trop fort : je ne peux pas prétendre que le surveillant n’entend pas ce que je dis. »

... mais sous-occupés

Les UHSI restent cependant largement sous-occupées, avec un taux d’occupation inférieur à 70 %¹⁰³. Différentes raisons sont avancées pour expliquer ce moindre usage, bien qu’aucune analyse précise n’ait à ce jour été produite. Si « un éventuel surdimensionnement du dispositif dû à des projections imprécises »¹⁰⁴ ne peut être exclu, selon l’Igas et l’IGSJ, et si certaines hospitalisations sont annulées en raison du transfert ou de la libération des personnes, il faut aussi considérer les refus des personnes détenues d’y être hospitalisées. « De nombreux patients refusent d’y être envoyés, témoigne François Chiron, à Varcès. Soit nous essayons de trouver des alternatives, avec une hospitalisation brève, suivie de soins ambulatoires rapprochés, soit les patients attendent d’être sortis. » « On voit des pertes de chances, complète Sophie Lanis, à Aix. On a déjà eu des gens qui ont refusé pour des radiothérapies, dans des situations de cancer, et qui repoussaient le traitement. »

En cause notamment, les conditions de vie dans ces structures, « jugées paradoxalement plus difficiles qu’en prison »¹⁰⁵. À l’exception de celle de Lille, les autres UHSI sont en effet dépourvues de cour de promenade. « Cet espace extérieur n’est pas prévu dans la circulaire de création des UHSI, c’est incompréhensible, juge Virginie Arnould. C’est contraire aux règles pénitentiaires européennes, qui précisent que les patients doivent pouvoir bénéficier d’une promenade d’une heure minimum par jour. »

« C’est pire qu’en prison. On est enfermé 24h sur 24h sans tabac ni sortie ni rien », décrivait un détenu à l’OIP. La cigarette étant interdite à l’hôpital, les personnes détenues, enfermées dans leur chambre, se retrouvent donc dans l’impossibilité de fumer. Bien que des traitements nicotiniques soient proposés, cette situation reste difficile à supporter – d’autant plus qu’environ huit personnes détenues sur dix fument¹⁰⁶. « À Lille, nous sommes les seuls à conserver un fumoir, depuis dix-sept ans. Ils ont droit à deux cigarettes le matin, deux cigarettes l’après-midi ;

quatre cigarettes c’est mieux que zéro. Le fumoir était fermé pendant un an, les patients ne voulaient plus venir », témoigne Frédéric Grimopont. Si des réunions entre la Dap et la DGOS ont régulièrement eu lieu ces dernières années pour évoquer le sujet, aucune évolution n’est à noter à ce jour.

Autre désagrément de taille poussant les détenus à refuser l’hospitalisation à l’UHSI : la perte de leur numéro d’écrou. « Quand on arrive à l’UHSI de Marseille, on est écroué aux Baumettes. Donc on perd l’écrou de sa prison d’origine, sa cellule, parfois ses cantines... Et le dossier, avec tous les droits (pécules, visites) peut mettre du temps à être transféré. Si les détenus restaient écroués dans leur prison d’origine, ça serait plus simple », explique Christophe Bartoli. « Quand ils ne restent pas trop longtemps, ils peuvent garder leur cellule – mais ça dépend un peu du statut du détenu. J’ai un patient qui est resté deux mois à l’UHSI : il est revenu, il avait perdu sa cellule, la moitié de ses affaires avaient été volées, c’était catastrophique. Et alors qu’il était incarcéré depuis cinq ans, il a dû repasser par le parcours arrivant », complète Sophie Lanis.

En raison du manque d’escortes, l’hospitalisation peut par ailleurs être prolongée de plusieurs jours. « Il arrive qu’alors que la personne peut sortir, l’administration pénitentiaire mette, un, deux, voire jusqu’à cinq jours ou plus pour venir la chercher », explique Christophe Bartoli.

4.3 LES HOSPITALISATIONS EN UHSA

Créées en 2002 et au nombre de neuf, avec un total de 440 places, les UHSA se répartissent sur le territoire métropolitain entre Lyon, Toulouse, Nancy, Villejuif, Fleury-Les-Aubrais (Loiret), Rennes, Lille, Marseille et Cadillac. Elles peuvent prendre en charge les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète, avec ou sans consentement, et constitue un troisième niveau de prise en charge, à la suite des soins ambulatoires en USMP et de l’hospitalisation de jour en SMPR (service médico-psychologique régional). Ce dispositif hybride – un hôpital avec une coque pénitentiaire – soulève d’importantes questions sociétales et éthiques sur la frontière entre soins psychiatriques et prison¹⁰⁷ : « Nous conservons des détenus qui devraient être hospitalisés », soulignait ainsi le directeur de l’administration pénitentiaire lors d’une audition parlementaire¹⁰⁸. En dépit de ces réserves, de nombreux soignants et personnes détenues témoignent de la qualité des soins prodigués¹⁰⁹.

Leur taux d’occupation est cependant très élevé, en particulier à Lille, Lyon, Toulouse ou Rennes¹¹⁰, et il peut parfois être compliqué d’y être hospitalisé, notamment en cas d’urgence. « L’absence de pilotage territorial et national conduit à exclure les patients des UHSA des parcours de soins ou induit des admissions inappropriées. Alors qu’elles étaient très attendues, les prises en charge des urgences constituent plus l’exception que la règle » soulignait ainsi une députée en octobre 2021¹¹¹. En 2019, le délai moyen d’admission à l’UHSA de Rennes avait augmenté, pour passer à 39 jours¹¹². Les patients en situation de crise psychiatrique ont ainsi été laissés plus d’un mois dans leur cellule de manière inappropriée, sans suivi psychiatrique », pointe le CGLPL¹¹³. À l’UHSA de Toulouse, la durée moyenne d’attente était de 29 jours en 2018, « avec des délais pouvant dépasser trois mois »¹¹⁴. En réponse à ces délais, le gouvernement annonçait en avril 2022 avoir lancé un comité de pilotage, en vue d’identifier les sites d’implantation de trois futures UHSA en Normandie, Occitanie et Île-de-France¹¹⁵.

Ces durées d’attente ont par ailleurs été aggravées par la crise du personnel hospitalier qui frappe de nombreuses structures depuis quelques mois. En décembre 2021, un tiers des places de l’UHSA de Lyon a ainsi été fermé, pour une durée de six mois, faute de personnel disponible. L’UHSA de Dijon prévoyait de son côté de fermer la moitié de ses lits, et la même logique était à l’œuvre à l’UHSA de Villejuif¹¹⁶.

Lorsque les unités sanitaires ne parviennent pas à obtenir de transfert à l’UHSA, les cas les plus urgents peuvent être traités dans l’établissement de santé mentale le plus proche. Une solution qui pose des problèmes de prise en charge, les personnes étant souvent placées, du seul fait de leur condition de détenues, en chambre d’isolement, voire sous contention¹¹⁷. Les risques de rupture des protocoles thérapeutiques sont également renforcés, et il arrive

¹⁰⁷. Lire à ce sujet : « Unités hospitalières spécialement aménagées : le coût éthique d’une meilleure prise en charge », OIP, *Dedans Dehors* n°99, juin 2018.

¹⁰⁸. P. Benassaya, C. Abadie, 2022, op. cit.

¹⁰⁹. OIP, juin 2018, art. cit.

¹¹⁰. « Soigner les détenus : des dépenses sous observations », Rapport d’information n° 682 (2016-2017) ; Antoine Lefèvre, 2017.

¹¹¹. Question n° 41617 posée au gouvernement par Mme Valérie Gomez-Bassac, publiée au JO le 5 octobre 2021, p.7294.

¹¹². CGLPL, Rapport de la troisième visite au centre pénitentiaire d’Alençon-Condé-sur-Sarthe, 2020.

¹¹³. Ibid.

¹¹⁴. CGLPL, Rapport de visite, Deuxième visite de l’unité hospitalière spécialement aménagée de Toulouse, 2019.

¹¹⁵. JO, op. cit.

¹¹⁶. « Trois UHSA visées par des fermetures de lits », OIP, *Dedans Dehors* n°113, décembre 2021.

¹¹⁷. Igas, IGSJ, 2015, op. cit.

régulièrement que les personnes détenues soient renvoyées dans leur établissement d'origine sans avoir été stabilisées. Ainsi, en avril 2022, faute de place disponible à l'UHSA du Vinatier, un homme détenu au centre pénitentiaire de Villefranche-sur-Saône a été hospitalisée dans une chambre sécurisée de l'hôpital psychiatrique le plus proche. Au bout d'une semaine, il est retourné au centre pénitentiaire – sans avoir été stabilisé, selon ses proches. Cinq jours après son retour à Villefranche, il a finalement été ramené d'urgence à l'hôpital, et placé cette fois-ci dans une chambre d'isolement – ce qui a occasionné une nette dégradation de son état psychologique. Il ne sera finalement admis à l'UHSA que le 25 mai 2022.

Les ruptures de soins à la sortie : un réel enjeu

La sortie de prison représente une période de vulnérabilité considérable : les personnes récemment libérées sont en effet généralement confrontées à d'importantes difficultés matérielles, financières, juridiques, administratives et psychologiques. Durant cette période, le risque de rupture du parcours de soins est majeur. Pour pallier cela, des consultations « sortants » sont en théorie organisées pour préparer la personne détenue et faciliter la transmission du dossier médical à un médecin à l'extérieur. Dans les faits cependant, ce dispositif est rendu inopérant par la surpopulation carcérale, la grande précarité des personnes libérées et les difficultés du secteur médical public, notamment psychiatrique. Dans la feuille de route 2019-2022 pour la santé des personnes placées sous-main de justice, le gouvernement notait

qu'il convient « d'organiser la continuité de la prise en charge sociale et sanitaire des personnes à leur levée d'écrou ce qui induit d'assurer une coordination entre les équipes de soins de l'USMP, les Spip et assistants sociaux des Spip et les dispositifs sociaux, médico-sociaux et les soins de ville et hospitaliers ». Depuis, quelques dispositifs innovants ont été mis en place, tels que les équipes de mobilité transitionnelle (Emot). À Lille, celle-ci est composée de quatorze professionnels qui exercent pour la plupart aussi en détention. L'équipe va à la rencontre des patients pendant les six mois suivant leur libération, afin d'assurer le relai des soins psychiatriques et leur prise en charge dans les structures médicosociales de droit commun. Cette mobilité vise à « pallier les difficultés des patients sortants que l'on

perd de vue. La plupart n'ont pas de domicile fixe, pas de téléphone », explique Tatiana Scouflaire, psychiatre au CHU de Lille, ayant cofondé l'Emot avec son confrère Thomas Fovet. Pour les consultations, les professionnels se déplacent au domicile des personnes, dans le lieu d'hébergement, dans la rue... « Nous allons toujours vers les patients, ce ne sont pas eux qui viennent à nous »¹, poursuit la soignante. Si ce fonctionnement semble faire des émules (une équipe similaire a vu le jour à Toulouse, et des acteurs du secteur médico-social se mobilisent à Lyon), ces dispositifs, portés par des acteurs locaux engagés, restent encore trop sporadiques pour assurer une réelle continuité des soins à la sortie.

¹. Lire à ce sujet : « Soins : des psys font le lien à la sortie », OIP, *Dedans Dehors* n°111, juin 2021.

Maladies chroniques et fin de vie

*« La prison n'est pas un lieu de soin au long cours et n'est pas en mesure de prendre en charge des personnes détenues atteintes de pathologies chroniques, qu'il s'agisse de pathologies liées au vieillissement, de maladies chroniques ou d'affections mentales de longue durée. »
Adeline Hazan, ancienne Contrôleure générale des lieux de privation de liberté¹¹⁸*

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques et de lourds handicaps, la vie en détention fait souvent obstacle à la bonne prise en charge, au quotidien, de leurs pathologies. Il en va de même pour les personnes âgées dépendantes qui présentent des difficultés à accomplir seules certains actes de la vie quotidienne, qu'il s'agisse de monter les escaliers, se doucher, s'habiller ou encore nettoyer leur cellule. Or celles-ci sont de plus en plus nombreuses : entre 1980 et 2021, la proportion de personnes détenues âgées de plus de soixante ans a plus que quadruplé, passant de 0,9 % à 4,2 %¹¹⁹. Au total, le fonctionnement comme l'agencement des établissements pénitentiaires sont souvent incompatibles avec la prise en charge du handicap, de longues maladies et de la perte d'autonomie, et peut conduire à des situations indignes. Pour autant, les personnes détenues concernées peinent à être orientées vers d'autres structures, et les aménagements et suspensions de peine restent peu nombreux.

1. Le difficile suivi des pathologies chroniques

En détention, la prévalence des pathologies chroniques somatiques – des problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge sur plusieurs années – est, du fait de l'allongement des peines et du vieillissement de la population carcérale, amenée à augmenter, tout comme la prévalence des pathologies cancéreuses. Ces maladies, quel que soit leur degré de gravité, nécessitent un traitement adapté et régulier, dont le suivi est mis à mal par l'univers carcéral.

La prise en charge de ces pathologies se heurte d'abord au manque de praticiens. Certains patients attendent plusieurs semaines voire plusieurs mois une consultation médicale. « J'ai des crises de goutte à répétition, je me déplace avec une béquille. Le traitement me donnait des effets secondaires, on me l'a arrêté. Depuis, je n'ai pas de nouveau traitement pour calmer ces douleurs insupportables. Je demande un rendez-vous avec le médecin depuis un mois, sans nouvelle », écrit un détenu. Lorsque les spécialistes interviennent en prison, leur présence est souvent insuffisante pour pouvoir assurer le suivi nécessaire. « Pour les pathologies qui demandent des rendez-vous réguliers (sclérose en plaques, Verneuil, etc.), les difficultés vont notamment venir de la fréquence des consultations. Pour une sclérose en plaques relativement

¹¹⁸. *Actualité et dossier en santé publique* n°104, septembre 2018.

¹¹⁹. En 1980, 359 détenus étaient âgés de 60 ans et plus, pour 36 913 personnes écrouées. En 2021, ils étaient 3193, pour 75 021 personnes écrouées. Ministère de la Justice, séries statistiques des personnes placées sous main de justice, 1980-2021, p.19.

stabilisée, on n’aura pas de difficultés à adresser le patient à son neurologue tous les six mois ou une fois par an. Mais s’il y a une demande de kiné trois fois par semaine, c’est sûr que cela ne va pas se faire. Peu d’établissements bénéficient d’une telle présence», indique Béatrice Carton, médecin coordonnatrice de l’US de la maison d’arrêt de Bois d’Arcy et présidente de l’Association des professionnels de santé exerçant en prison (Apsep).

La régularité du suivi se heurte parfois à des difficultés dans la distribution du traitement, assuré par un infirmier ou un médecin de l’unité sanitaire de l’établissement. Un homme incarcéré au centre de détention d’Uzerche alertait l’OIP en 2021 : diabétique de type 1 auquel il était prescrit cinq injections d’insuline par jour, il recevait parfois ses doses avec un retard de 24 heures, ce qui l’exposait à un risque accru de coma diabétique.

En outre, les aspects sécuritaires prenant souvent le pas sur les recommandations médicales, il est fréquent que les détenus essuient des refus de l’administration pénitentiaire pour bénéficier d’un traitement ou de matériel médical spécifique, adapté à leur condition. Il peut s’agir de difficultés pour obtenir des douches médicales ou des régimes alimentaires particuliers, mais aussi un lit médicalisé, des prothèses, des lecteurs de glycémie, de la Ventoline, etc. « Je suis atteint d’une dystrophie rétinienne décelée en 2007, une pathologie qui peut être stabilisée avec un traitement régulier et une bonne hygiène de vie. Mais à mon arrivée en prison en janvier 2019, mon traitement m’a été retiré. Le médecin de l’unité sanitaire a fait une ordonnance pour que je puisse le récupérer. Mais mon traitement avait “disparu”, et je devais le commander dans une pharmacie extérieure avec des bons de cantine exceptionnelle. Après plusieurs relances, certificat médical à l’appui, je l’ai finalement obtenu en juillet », raconte un détenu de la maison d’arrêt de Lille-Annoëullin.

Les pathologies chroniques peuvent également être particulièrement problématiques dans le quotidien de la détention : un homme atteint d’une inflammation de la muqueuse intestinale rapportait ainsi à l’OIP qu’il ne pouvait pas aller en promenade car les toilettes étaient trop éloignées, de même qu’il n’osait se rendre aux douches qui étaient dépourvues de sanitaires.

Lorsque les soins ne sont pas possibles en détention, il peut être envisagé des consultations régulières en centre hospitalier. Cependant, les extractions pour raisons médicales, d’autant plus si elles nécessitent une certaine fréquence ou régularité, peuvent poser des problèmes d’organisation (lire page 40). Les conditions pénibles dans lesquelles elles sont réalisées peuvent en outre amener le malade à renoncer aux soins. Incarcéré dans un établissement du centre de la France, un homme a par exemple refusé une hospitalisation à l’UHSI de Bordeaux, car le temps de transport était trop long, ce qui impliquait pour le détenu, en raison de sa pathologie, qu’il porte une couche.

Les pathologies cancéreuses nécessitent que les patients effectuent des allers-retours fréquents entre le lieu de détention et le centre hospitalier. Mais dans certains cas, cette organisation est très compliquée, voire impossible. « Pour des perfusions, des séances de chimiothérapie, d’immunothérapie, la majorité des patients font des allers-retours. Pour la radiothérapie c’est autre chose : ce sont des séances de rayons tous les jours du lundi au vendredi pendant cinq à sept semaines, c’est impossible à organiser au départ d’un établissement pénitentiaire. Les plannings d’escortes des établissements sont chargés à trois mois, et il n’est pas envisageable d’imposer pour un seul patient des mouvements quotidiens à horaire précis mais qui changent tous les jours. On garde donc ces patients en hospitalisation pendant toute la radiothérapie, ce qui permet d’ailleurs de surveiller la tolérance et de gérer d’éventuels effets indésirables », explique Frédéric Grimopont, médecin responsable de l’UHSI de Lille. Mais les contraintes de sécurité imposées dans les UHSI font que certaines personnes refusent d’y séjourner (lire page 53).

2. Des prisons non adaptées au handicap et à la vieillesse

Afin d’adapter davantage les établissements pénitentiaires à une population carcérale vieillissante et/ou en situation de handicap, des réformes ont été adoptées ces dernières années. Mais elles restent appliquées diversement sur le territoire, tant sur le plan de la mise aux normes des bâtiments que pour organiser l’intervention des auxiliaires de vie en détention.

2.1 UNE MISE AUX NORMES TARDIVE ET INSUFFISANTE DES ÉTABLISSEMENTS

Aux termes de l’article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, les restrictions liées à la vie en détention doivent « tenir compte de l’âge, de l’état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue ». Des réformes ont été engagées afin d’adapter les lieux d’incarcération à la situation des détenus présentant, entre autres, des difficultés motrices. Deux arrêtés ont été pris : l’un du 4 octobre 2010 et l’autre du 29 décembre 2016, respectivement relatifs à l’accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires neufs et les établissements pénitentiaires existants¹²⁰. Cependant, la mise aux normes de ces derniers est souvent tardive, voire inexistante.

Ainsi, au centre pénitentiaire de Nantes, dans lequel les personnes de plus de 60 ans représentaient 8% de la population carcérale en 2018, l’accessibilité des locaux est problématique : « Nous avons énormément de détenus âgés qui ne vont jamais en promenade. Si vous n’êtes pas valide, vous n’y allez pas, il y a trop d’escaliers, de couloirs et de portes à franchir pour accéder à la cour », décrit un membre du personnel soignant de l’établissement. Un détenu en fauteuil roulant raconte une expérience similaire à la maison d’arrêt de Brest : « Pour accéder à la cour de promenade, il fallait que je me lève de mon fauteuil, que quelqu’un me porte et que je descende les escaliers sur une jambe. » Dans un autre établissement, une femme témoigne également : « Rien n’est adapté dans cette prison. J’ai voulu me rendre à une activité, ce sont deux détenues qui m’ont portée, car elle se trouve à l’étage. Le mois dernier j’avais une unité de vie familiale, j’ai dû descendre les marches sur les fesses et récupérer mon fauteuil après. »

Les arrêtés de 2010 et 2016 fixent par ailleurs des quotas de cellules pour personnes à mobilité réduite (PMR) : 3 % dans les nouveaux établissements de plus de 120 places, 2 % pour ceux qui ont une moindre capacité d’accueil, et 1 % dans les établissements existants. Ces cellules, plus spacieuses, sont censées permettre le passage et la manœuvre des fauteuils roulants par la porte d’entrée et entre les éléments du mobilier. Cependant, selon un récent état des lieux¹²¹, moins d’un établissement sur deux en est doté.

Même lorsque les prisons en sont équipées, leur nombre devient insuffisant en cas de surpopulation. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) relevait ainsi en juin 2021, à l’issue de sa visite au centre pénitentiaire de Toulouse-Seysse : « [Les] cellules [PMR] sont toutes les trois doublées. Au moment de la visite, la première héberge deux personnes ne présentant pas de handicap apparent ; la deuxième accueille deux personnes dont une en fauteuil roulant ; enfin, la troisième est équipée de deux lits médicalisés et accueille une personne tétraplégique et la seconde en fauteuil roulant sous oxygène. Ces deux personnes n’ont pas suffisamment d’espace pour se mouvoir correctement avec leurs fauteuils. [...] Le matériel médical est entreposé n’importe où, les repas sont pris sur un plateau posé sur les genoux. Le manque de place entrave l’intervention de l’infirmière et la confidentialité des soins n’est pas respectée. » En avril 2022, à Rennes, un détenu handicapé témoignait auprès de l’OIP être également doublé en cellule PMR, avec un codétenu qui était lui aussi en situation de handicap. En dépit d’un certificat médical indiquant la nécessité d’un couchage adapté, il dormait sur un matelas au sol.

¹²⁰. Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l’accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction et arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l’accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées.

¹²¹. Réponse conjointe du ministère de la Justice et du ministère des Solidarités et de la Santé aux Recommandations en urgence du 18 mai 2021 du CGLPL relatives au centre de détention de Bédénac.

L'enfer vécu par les personnes âgées détenues à Bédénac

Le 16 avril 2021, à la suite de sa visite au centre de détention de Bédénac, la CGLPL publie des recommandations en urgence. Sur place, le traitement réservé aux détenus les plus âgés, malades et handicapés, est effroyable. Ouverte en 2013, l'« unité de soutien et d'autonomie », au bâtiment G, est pensée pour accueillir les personnes détenues vieillissantes et en perte d'autonomie, et accueille très vite des détenus de toute la France. Sur place pourtant, les moyens tant humains que matériels ne sont pas à la hauteur, laissant les personnes dépendantes dans des conditions indignes. Lors de la visite du CGLPL, huit détenus sont en fauteuil roulant, et effectuent leur déplacement du lit au fauteuil au prix de nombreux efforts, parfois suivis de chutes. Dès l'ouverture de la structure, l'administration pénitentiaire était censée conclure des partenariats avec les structures locales, notamment concernant

l'intervention d'aides à domicile. Lors de la visite du CGLPL, ces conventions n'avaient pourtant pas été élaborées. La situation ne semble pas s'être arrangée depuis : « Il y a des personnes incapables de faire les gestes du quotidien. Des assistants à domicile interviennent, mais dans un volume d'environ trois demi-journées par semaine », témoigne Pierre-Yves Lapresle pour la CGT Insertion-probation. Cette pénurie d'intervenants ne concerne pas seulement les aides à domicile : en 2020, l'unité sanitaire peinait à recruter et stabiliser une équipe d'infirmiers en nombre suffisant. Lassé par de nombreuses alertes non prises en considération et des demandes de suspensions de peines pour raison médicale n'aboutissant pas, la médecin généraliste a quitté la prison en 2021. Elle n'a depuis pas été remplacée. « Depuis la visite de la CGLPL, l'ARS a débloqué un budget, mais

n'arrive pas à recruter de médecin. Il y a des vacataires qui viennent, du personnel du centre hospitalier de Jonzac, deux à trois demi-journées par semaine, mais on n'arrive pas à avoir de titulaire à temps plein. Ça impacte forcément le travail du service médical, la priorité est logiquement donnée aux soins prioritaires, aux traitements et moins à des démarches administratives sur les dossiers des patients. Celles-ci sont pourtant nécessaires pour l'accès aux droits sociaux, la construction de projets d'aménagement ou de suspension de peine », poursuit Pierre-Yves Lapresle. Un problème qui n'est pas récent : « L'UHSI n'est pas une réponse à ces besoins, et les aménagements de peine sont refusés ou impossibles », pointait dès 2020 l'unité sanitaire¹.

¹. Rapport d'activité 2020 de l'USMP du centre de détention de Bédénac.

2.2 DES AMÉNAGEMENTS INSUFFISANTS

Les cellules PMR, lorsqu'elles existent, ne sont pas toujours adaptées : dimension des portes qui ne permettent pas le passage d'un lit médicalisé, exiguïtés et positionnement des sanitaires, hauteur et fonctionnement des douches, localisation du bouton d'alarme, etc.

À la maison d'arrêt de Chaumont par exemple, « la cellule étiquetée “PMR” ne peut pas réellement accueillir un détenu handicapé physique : très exiguë, elle ne comporte pas de potence au-dessus du lit et au-dessus de la douche, dont l'accès est d'ailleurs difficile, et le positionnement du lavabo ne permet pas l'utilisation d'un fauteuil roulant », pointait le CGLPL à l'issue de sa visite de l'établissement en 2019.

Fréquemment, la conception des sanitaires pose problème, avec des conséquences dramatiques pour les détenus qui peinent à se laver ou à aller aux toilettes. « J'en ai marre, j'en ai ras-le-bol. Je suis depuis deux ans et demi dans cette cellule. Je me bagarre pour avoir des barres, je ne peux pas accéder aux WC et j'utilise un pistolet pour uriner. Je ne me douche pas car le siège est trop petit et il glisse. Si je tombe, il n'y a personne pour me relever », rapporte un détenu du centre pénitentiaire de Mont-de-Marsan.

D'autres dysfonctionnements sont parfois pointés, comme la localisation du système d'alarme. En cas de chute ou de malaise, les personnes en situation de handicap doivent en effet pouvoir alerter le personnel pénitentiaire grâce à une sonnette. À Rennes-Vezin, un homme décrit : « Le bouton d'alarme est à côté de la porte. Ce qui fait que si on a un problème en pleine nuit, il faut qu'on sorte de notre lit et qu'on puisse aller jusqu'au bouton. Mon voisin de cellule est en fauteuil électrique, et il lui est déjà arrivé de tomber de son lit la nuit. Dans ces cas-là, il ne peut pas accéder au bouton d'appel, et il reste allongé par terre, jusqu'au lendemain matin quand ils vont ouvrir les cellules. »

2.3 DES AIDES-SOIGNANTS PEU PRÉSENTS

Les personnes en perte d'autonomie connaissent une difficulté supplémentaire en prison, et non des moindres : elles peinent à bénéficier de l'aide d'un tiers, si elles en ont besoin, pour accomplir des gestes du quotidien. La loi pénitentiaire de 2009 a certes introduit la possibilité pour les personnes détenues de « désigner un aidant de leur choix ». Elles peuvent depuis bénéficier des prestations des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), par le biais de partenariats locaux entre les prisons et les départements. Mais le développement du dispositif est encore parcellaire, du fait de la complexité des relations entre les administrations, de la longueur des démarches, et d'aspects propres à la détention qui découragent les interventions.

¹²². Loi du 24 novembre 2009, art. 30.

Les relations sont parfois compliquées entre les établissements et les services départementaux : certains conseils généraux ne reconnaissent pas la domiciliation du détenu auprès de la prison, malgré la loi¹²², et estiment que le versement des prestations permettant au détenu de financer l'intervention d'un auxiliaire de vie n'est pas de leur compétence. Par ailleurs, les services médico-sociaux de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Une personne détenue handicapée privée de soins adaptés

À la maison d'arrêt de Villefranche-sur-Saône, dans laquelle Monsieur F. a été incarcéré de 2019 à mars 2021, l'unité sanitaire a prescrit à plusieurs reprises un lit médicalisé, un matelas adapté, un fauteuil en cellule, ainsi qu'un fauteuil roulant pour lui permettre de se déplacer. En vain. La direction de la prison s'est opposée de manière systématique à l'obtention de ce matériel médical, au motif que Monsieur F. n'était pas placé dans une cellule pour personne à mobilité réduite. Forts du constat que « l'état de santé de Monsieur F. nécessite des conditions de détention qu'il ne peut pas avoir au centre pénitentiaire de Villefranche », comme en attestent différents

certificats médicaux, ses avocats ont réclamé son transfert. « Depuis le début, nous demandons un transfert de notre client vers des prisons adaptées à sa prise en charge : Bourg-en-Bresse, Corbas, Valence ou encore Saint-Quentin-Fallavier », expliquent-ils. Monsieur F. a fini par être transféré, en mars 2021, mais à Moulins. Un transfert « fait dans la précipitation, sans concertation avec le service médical afin de choisir un établissement permettant de fournir les soins nécessaires au patient », regrette un médecin de Villefranche-sur-Saône. L'unité sanitaire de Moulins confirme en effet que Monsieur F. ne peut bénéficier ni d'un fauteuil en cellule, ni d'un lit médicalisé, l'un comme l'autre ne passant

pas les portes des cellules. Elle ajoute qu'au regard des différents problèmes de santé que rencontre Monsieur F., l'établissement n'est pas adapté à sa prise en charge. En attendant un éventuel nouveau transfert, Monsieur F. limite ses déplacements, ne sort en promenade que lorsqu'il en a la force et y reste essentiellement adossé au mur, l'administration pénitentiaire lui ayant refusé le droit d'avoir une chaise en promenade. Surtout, ces défauts de prise en charge ont entraîné une aggravation de ses différentes pathologies – aggravation constatée à deux reprises par des certificats médicaux. *Communiqué OIP, 29 avril 2021 (extrait).*

viennent normalement sur place évaluer le degré d'autonomie de la personne, déterminer ses besoins financiers, en auxiliaires de vie et en aides techniques pour la vie quotidienne. En prison, ce n'est pas toujours le cas. Ensuite, la constitution des dossiers administratifs, assurée par les services pénitentiaires d'insertion et de probation, est complexe et longue. Pour ces raisons, la Dap a diffusé fin 2020 un modèle-type de convention¹²³ pour en impulser la mise en place. Encore faut-il que les administrations s'en saisissent : « Avec un binôme à la direction interrégionale, nous travaillons depuis un an essayer de conventionner un Ssiad avec chaque établissement pénitentiaire de la région Grand-Est. Ceci afin que tous les établissements sachent vers qui ils peuvent se tourner quand ils en ont besoin. On a demandé aux différents acteurs concernés de rédiger le protocole (MDPH, département, Disp, ARS, etc.), mais personne ne s'empare du sujet », détaille Virginie Arnould, référente Soins aux détenus à l'ARS Grand-Est.

Le centre de détention de Toul accueille un public vieillissant et est précurseur dans l'intervention des services d'auxiliaires de vie. « Le centre hospitalier de rattachement dispose d'un Ssiad pour personnes âgées et/ou handicapées sur le toulinois. En vertu d'une convention avec le centre de détention, ils intervenaient cinq jours par semaine. À force d'insister, l'ARS a pérennisé leur intervention même le weekend. On a ainsi des aides-soignants qui interviennent sept jours sur sept, pour toutes les personnes qui en ont besoin selon les critères du Ssiad », raconte Virginie Arnould.

Mais l'Igas¹²⁴ souligne que « passé l'obstacle de l'accès aux droits, la difficulté objective de trouver des auxiliaires de vie volontaires limite l'effectivité des prestations. [...] Les Spip sont en effet confrontés à la difficulté de trouver des associations d'aide à la personne conventionnées, et des auxiliaires de vie formés pour intervenir dans les établissements pénitentiaires. Il est régulièrement fait état d'incivilités et de manque de respect de la part de personnes détenues à l'égard des intervenants, ce qui fragilise ces interventions d'autant que le personnel d'aide à domicile est très majoritairement féminin. » En outre, la rémunération à l'acte des auxiliaires pénalise leur intervention : « Certains conseils généraux ont pour politique générale de ne prendre en charge que le coût horaire correspondant à la réalisation de la prestation elle-même, à l'exclusion du temps perdu en déplacements ; or ces derniers peuvent être très longs au sein des établissements pénitentiaires », note la Cour des comptes¹²⁵.

Au total, moins d'un tiers des personnes détenues qui y ont droit bénéficient de l'aide d'un intervenant extérieur et l'aide sollicitée est souvent celle d'un codétenu. En témoigne un détenu incarcéré dans une maison d'arrêt : « À 72 ans, je suis dans l'incapacité de me doucher depuis un an, en raison de mon surpoids et de plusieurs pathologies somatiques. Par chance, un détenu m'accompagne et me soutient dans cette inqualifiable situation, à la suite de réclamations incessantes. [Le] manque de propreté, à cause de mon impossibilité d'effectuer moi-même les plus élémentaires soins d'hygiène, me provoquait des plaies infectées et purulentes sur les jambes. »

Cette solution interroge à plusieurs égards. D'abord, les détenus ne sont pas formés à la prise en charge du handicap, notamment à des manipulations qui évitent à la personne comme à son aidant de se blesser. Par ailleurs, la situation peut induire des déséquilibres dans les relations entre les détenus. Les risques de chantage et de racket sont en effet accrus envers des personnes considérées comme vulnérables.

Dans d'autres établissements, des soignants ou aides-soignants interviennent à la place des auxiliaires de vie. Mais « très peu d'infirmières des unités sanitaires acceptent de prendre en charge les toilettes médicalisées des personnes dépendantes, cette tâche ne relevant d'ailleurs pas de leur compétence », indique l'Igas. À Liancourt, en 2020, cette tâche était confiée à un aide-soignant : « Quotidiennement, un à deux patients peuvent être pris en charge par l'aide-soignant pour des soins “simples”, stimulation ou aide à la toilette, aide à l'habillage, stimulation à la marche... L'aide-soignant du service est également assistant dentaire. »¹²⁶

Les soins gériatologiques se développent à Nantes

Une équipe de soignants de la prison de Nantes a créé un projet gériatologique multidisciplinaire au sein de l'unité sanitaire, pour prendre en charge un public carcéral vieillissant. Les dégradations physiques et mentales étant accélérées par les années de détention, les patients concernés sont suivis en gériatrie à partir de 60 ans, et non pas 75 ans comme en population générale. « Le centre de détention de Nantes accueille une population plus âgée que dans d'autres établissements. Il y avait trente détenus de plus de 60 ans quand nous avons monté le projet en avril 2018, soit 8 % de notre population carcérale¹ et leurs besoins en santé n'étaient pas pris en compte », introduit Claire Bideau, médecin généraliste et gériatre. Initié il y a trois ans, le projet rassemble un médecin gériatre, trois infirmières, une chirurgienne-dentiste et une

kinésithérapeute. Orientés par le médecin traitant, les patients – neuf depuis la mise en place effective du projet début 2019 –, font l'objet, avec leur accord, d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS) passant en revue tous les aspects relatifs à l'état de santé : les pathologies cognitives, les maladies cardio-vasculaires, les problèmes métaboliques (diabète, nutrition), dentaires, de mobilité ou encore la réévaluation des traitements médicamenteux. L'étude de l'ensemble de ces troubles permet de dépister les sujets âgés fragiles et d'élaborer un plan de soins et d'aide personnalisés. « Il ne s'agit pas seulement d'une offre de soins, mais aussi de penser l'organisation autour des personnes âgées », précise Claire Bideau. Toute évaluation donne lieu à une visite de cellule, pouvant aboutir à la prescription d'équipements adaptés, comme

un lit médicalisé, un fauteuil roulant, un déambulateur, des couverts ergonomiques. « Les difficultés pour se procurer le matériel adapté concerne essentiellement les équipements non pris en charge par la sécurité sociale et on a des patients qui ont très peu de ressources. » L'équipe a également sollicité un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), qui intervient depuis avril auprès de deux détenus en perte d'autonomie. Un second volet du projet s'adresse à tous les détenus de plus de 60 ans en dehors de toute évaluation. Les infirmières animent des ateliers de prévention et d'éducation à la santé en gériatologie (mémoire, socio-esthétique, nutrition).

¹. Au 1^{er} juillet 2021, les détenus de plus de 60 ans représentent 4,1 % de la population carcérale (près de sept fois plus qu'au début des années 1990), soit 2820 personnes.

Incompatible avec les conditions matérielles de vie en prison, le handicap l'est aussi avec les règles de la détention. « À cause de mon handicap, je ne peux pas accéder au travail, ni aux activités culturelles, ni au sport. À l'oral, on m'a dit que c'était à cause de mon fauteuil. Le problème, c'est que je n'ai pas de remise de peine supplémentaire, parce que je ne “m'investis pas”, explique un homme détenu dans une maison d'arrêt. Un autre, en maison centrale, partage la même expérience : « Je ne suis pas classé aux ateliers parce que je suis handicapé. Du coup, je n'ai pas d'argent et à partir du 15 du mois, je ne peux plus téléphoner à ma famille. »

L'état de santé ou de dépendance d'une personne peut nécessiter une prise en charge qui rend impossible son maintien en détention. Dans ces cas-là, il existe des dispositifs pour permettre au détenu de sortir provisoirement ou durablement de la prison. Mais les conditions qui encadrent l'octroi de ces mesures sont complexes et celles-ci ne sont pas utilisées autant qu'elles le pourraient.

3. Un recours limité aux aménagements et suspensions de peines

«*De manière générale, le handicap, la vieillesse et la fin de vie sont difficilement compatibles avec la vie en détention, et soignants comme détenus éprouvent les limites de leur prise en charge.* » Aline Chassagne, sociologue¹²⁷

Nulle personne détenue ne devrait, en principe, être maintenue en détention si son pronostic vital est engagé ou si son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec la prison. Plusieurs dispositifs peuvent permettre à celles atteintes de graves problèmes de santé de sortir momentanément ou durablement de prison. Pour celles condamnées, la suspension et le fractionnement de la peine, limités dans leurs conditions d’octroi aux courtes et moyennes peines, peuvent être accordés aux personnes ayant besoin de suivre un traitement médical à l’extérieur. La libération conditionnelle peut également être octroyée pour raison médicale, tout comme la semi-liberté, le placement à l’extérieur ou la détention à domicile sous surveillance électronique – sous réserve que la personne remplisse les conditions de recevabilité propres à chacune de ces mesures.

Face à ces limites, une suspension de peine spécifique a été instaurée en 2002. Elle devait permettre d’éviter à toute personne condamnée en fin de vie de mourir en prison, et à toute personne condamnée gravement malade ou handicapée d’être libérée lorsque son état de santé s’avère durablement incompatible avec un maintien en détention. Trop peu utilisée par les praticiens, elle a subi des modifications importantes destinées à renforcer son efficacité par la loi du 15 août 2014¹²⁸. Celle-ci a élargi son champ d’application, en l’étendant notamment aux prévenus et aux personnes souffrant de troubles mentaux. Elle a assoupli ses conditions d’octroi en prévoyant une seule expertise médicale au lieu de deux. Enfin, elle a créé la libération conditionnelle pour raison médicale, qui peut être accordée aux personnes bénéficiant déjà d’une suspension de peine depuis un an¹²⁹.

Mais la complexité des procédures ainsi que le manque de structures d’hébergement médicalisé pour accueillir les personnes sortant de prison restent des freins importants à la mise en œuvre de ces mesures, qui demeurent sous-utilisées.

3.1 UNE DÉMARCHE COMPLIQUÉE ET DONT PEU S’EMPARENT

Qu’il s’agisse d’aménagement ou de suspension de peine pour raison médicale, les personnes détenues s’engagent dans un parcours du combattant.

Il n’existe pas de spécificité procédurale liée à la demande d’aménagement de peine pour motif d’ordre médical : le détenu doit satisfaire aux conditions de recevabilité propres à chaque type d’aménagement. Toutefois, si le détenu purge une peine de plus de dix ans, il doit passer deux mois dans un centre national d’évaluation (CNE), lequel va estimer les risques de récidive. Or pour des patients dépendants ou séniles, le déplacement au CNE et l’évaluation reposant sur plusieurs entretiens individuels sont souvent impossibles et la procédure d’aménagement de peine ne peut pas être engagée. « Le droit de la personne détenue se trouve en ce cas privé d’effectivité par l’exigence d’une formalité impossible à respecter », dénonce le CGLPL¹³⁰.

Malgré les assouplissements apportés en 2014, la suspension de peine pour raison médicale demeure également une procédure complexe. Le dispositif juridique, qui débute souvent par le signalement d’un médecin, n’est pas bien connu de tous les professionnels de santé. Si le repérage n’est pas réalisé par un soignant, beaucoup de détenus ne sont pas capables d’engager eux-mêmes les démarches. Le CGLPL souligne notamment que ces dispositifs « sont plus difficilement accessibles aux personnes en situation de handicap et de dépendance qu’aux autres personnes détenues. » Et s’il appartient aussi à l’administration pénitentiaires de concourir au repérage et au signalement des personnes susceptibles de bénéficier

de cette procédure (surveillants, Cpip, chef d’établissement), cette démarche est encore loin d’être systématique.

Au total, les demandes de suspension de peines pour raison médicale sont assez rares : « Nous n’avons qu’un nombre très anecdotique de requêtes en ce sens : une seule en cours pour ma part », indique un magistrat du tribunal judiciaire de Poitiers. « Il y a peu de demandes, confirme un autre juge au tribunal judiciaire de Nantes. »

3.2 LA FRILOSITÉ DES MAGISTRATS

Saisie d’une demande d’aménagement de peine pour un motif médical, la juridiction de l’application des peines dispose de son plein pouvoir d’appréciation quant à l’opportunité de la mesure. Les juges sont vigilants aux conditions de recevabilité auxquelles elle est assujettie : durée de la peine prononcée, nature de l’infraction commise, gages de réinsertion présentés... « La libération conditionnelle répond à des critères de fond, il ne faudrait pas la détourner », confirme un Jap.

Susceptible d’être mise en œuvre à tout moment de la peine, la suspension peut quant à elle être ordonnée uniquement si la personne détenue présente « une pathologie engageant le pronostic vital » ou un « état de santé physique ou mentale durablement incompatible avec le maintien en détention »¹³¹. Mais les juridictions interprètent ces termes de façon très restrictive : la Cour de cassation exige, depuis un arrêt du 28 septembre 2005, que le pronostic vital soit engagé « à court terme ». Si bien que cette approche conduit « à réserver la mesure aux seules personnes mourantes », indique Jean-Claude Bouvier, Jap au tribunal judiciaire de Paris.

Par ailleurs, le juge examine, au-delà des expertises médicales, les aspects liés au comportement de la personne, aux motifs d’incarcération, à l’organisation de la sortie, aux solutions d’hébergement. Certains juges d’application des peines sont réticents à ordonner une mesure au regard des risques de trouble à l’ordre public. « Les questions posées aux experts sont insuffisamment précises pour permettre un éclairage pertinent du juge. Les notions de “dangerosité” et de “risque de récidive”, souvent mises en avant par les experts et régulièrement retenues par les juges comme motif prépondérant de rejet, ne sont pas toujours analysées au regard de l’état physique de la personne détenue », indique le CGLPL.

De plus, l’état de santé est rarement mis en regard des conditions de vie en prison, si bien que les suspensions pour incompatibilité avec les conditions de détention sont très rares. Selon le CGLPL : « Les médecins experts se déplacent peu fréquemment en détention pour y rencontrer la personne dans son environnement. Les expertises ne fournissent donc en général que des éléments insuffisants quant aux conditions matérielles de détention, à la disponibilité des soins et aux aides nécessaires pour les actes essentiels de la vie. »

Au total, il s’agit d’une procédure longue, dont l’issue est incertaine : « Nous ne sommes jamais certains que la démarche va aboutir favorablement, il y a beaucoup de pathologies en zone grise », conclut un soignant en centre de détention.

3.3 UN TEMPS JUDICIAIRE SOUVENT EN DÉCALAGE AVEC LE TEMPS MÉDICAL

En définitive, la suspension de peine pour raison médicale est avant tout sollicitée dans le cadre de la fin de vie, dans le but de permettre aux personnes détenues de mourir dans des conditions dignes. Mais le temps nécessaire aux procédures judiciaires n’est pas pour autant « un temps qui va avec la fin de vie », souligne Aline Chassagne : « Pour le médecin, parler de court terme signifie que l’horizon se réduit à quelques semaines, voire quelques mois. Face à cette “urgence” du point de vue du médecin, le magistrat dispose de quatre mois pour répondre à une demande de suspension de peine, et de six mois en cas de demande d’un aménagement de peine. »¹³²

Les délais d’expertise sont par ailleurs trop longs, car les médecins experts sont en nombre insuffisant, surtout en psychiatrie. Lorsque le décès est imminent – souvent dans quelques

¹²⁷. « Fin de vie en prison : autopsie d'une anomalie », OIP, *Dedans Dehors* n°94, décembre 2016.

¹²⁸. Article 729 du code de procédure pénale.

¹²⁹. Ibid.

¹³⁰. CGLPL, Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d’autonomie dues à l’âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.

¹³¹. Article 720-1-1 du code de procédure pénale.

¹³². Aline Chassagne, Aurélie Godard-Marceau et Régis Aubry, « La fin de vie des patients détenus », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 15 | 2017.

jours, voire quelques heures –, la mesure peut être ordonnée sans expertise, sur la base d’un certificat médical établi par le médecin responsable de l’unité sanitaire dans laquelle la personne est prise en charge.

Il arrive néanmoins que la décision de justice soit rendue trop tard. « Un détenu était décédé en détention, alors qu’une demande de suspension de peine avait été faite. Les contraintes procédurales ne nous ont pas permis de prendre la décision aussi rapidement qu’il aurait fallu », raconte le Jap du tribunal judiciaire de Nantes. « Quand elle est sollicitée, elle débute souvent par un signalement du médecin au juge de l’application des peines. Ensuite, il y a le temps de l’expertise médicale, qui ne va pas toujours dans le sens de notre certificat initial. Puis le temps de la justice », décrit un soignant. À la suite de ce décès, en 2019, l’équipe médicale du centre de détention de Nantes a sollicité une réunion avec les juges d’application des peines, dans un souci de fluidifier la communication. L’issue des procédures repose parfois sur les relations qui se sont construites entre les magistrats et les médecins, avec un caractère “Jap-dépendant” : « Les fonctionnements [sont] ancrés dans un territoire avec des relations particulières avec certains médecins, certains experts, et pour des schémas similaires, on [peut] ne pas avoir les mêmes réponses d’une ville à une autre », relève la sociologue Aurélie Godard-Marceau¹³³. Quand un Jap est muté dans une autre juridiction, les usages qui s’étaient développés entre les acteurs peuvent changer. « L’un de mes patients à l’UHSI était dans un état général catastrophique. Il a obtenu une suspension de peine, pour pouvoir mourir dignement dans une unité de soins palliatifs. Mais, alors que l’ancienne Jap accordait toujours des suspensions de peine de six mois – en sachant que la personne serait décédée dans ce délai, la nouvelle juge ne lui a donné que deux mois. Au bout de ces deux mois, elle m’a appelé : elle voulait que je le reprenne. Je lui ai dit qu’il en était hors de question. En vain. Il a été ré-écroué et est mort quinze jours plus tard à l’UHSI, dans une chambre fermée à clé, avec des barreaux à la fenêtre », relate Frédéric Grimopont, médecin responsable de l’UHSI de Lille.

3.4 LE MANQUE DE STRUCTURES D’HÉBERGEMENT

Fréquemment, l’octroi d’un aménagement ou d’une suspension de peine pour raison médicale échoue faute de places disponibles dans les structures d’hébergement médicalisé (Ehpad, maison d’accueil spécialisée, hébergement avec prise en charge à domicile), peu disposées à accueillir des sortants de prison.

« Le Spip doit souvent faire des recherches de maisons de retraite, pour des projets d’aménagement ou de suspension de peine. Dans ce cadre la clarification des revenus et la mise en place des aides sociale est fondamentale, mais même quand cette étape est réglée cela ne suffit pas. On sait par l’ARS qu’il y a des places disponibles dans les Ehpad de la région, mais ils refusent tous. Pour une personne qui sort, on peut solliciter vingt établissements, les vingt refusent. On avait parlé de la nécessité de développer des conventions spécifiques sur l’accès aux maisons de retraite *via* un travail commun entre les ministères de la Justice et de la Santé sur ces questions, mais ça ne s’est jamais fait » s’agace Pierre-Yves Lapresle, de la CGT Insertion-probation et Cpip à Bédenac. Un manque déploré par le CGLPL en 2021 : « Contrairement à ce qui était prévu lors de l’inauguration du bâtiment en 2013, le service pénitentiaire d’insertion et de probation (Spip) n’a pas développé de partenariat lui permettant de proposer une prise en charge extra-carcérale des personnes âgées ou handicapées, que ce soit en termes d’hébergement ou de suivi en soins ambulatoires. »¹³⁴

Certaines expériences montrent pourtant que ces difficultés peuvent être surmontées. « Une maison de retraite a été ouverte dans la direction interrégionale de Dijon, avec des lits pour personnes détenues. La directrice a mené son projet à bien, elle a préparé les équipes, a mis en place une formation à l’accueil de personnes ayant fait de la prison, et le résultat est très bien », expose Anne Dulioust, médecin généraliste à l’EPSNF. Une initiative salubre, mais qui reste isolée.

Salon-de-Provence : faute d’expert, un détenu gravement malade reste en prison

Monsieur T. a 71 ans. Incarcéré depuis de nombreuses années, il souffre aujourd’hui de lourdes pathologies pulmonaires et cardiaques, qui l’ont poussé en novembre 2019 à solliciter une demande de suspension de peine pour raison médicale. Sans nouvelle du tribunal, Monsieur T. renvoie en mars et avril 2020 différents certificats médicaux décrivant son état. L’un d’eux précise notamment qu’il a besoin d’oxygène en continu. Mais une suspension de peine pour raison médicale ne peut être prononcée que si une expertise mandatée par un juge établit que « la personne est atteinte d’une pathologie engageant son pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention ». Ce n’est cependant qu’en juin, soit sept mois après le dépôt de la demande de Monsieur T., qu’un expert médical est officiellement désigné. En dépit de cette désignation,

cinq mois plus tard, Monsieur T. n’a toujours pas reçu de visite de cet expert. Interrogé par l’OIP en novembre 2020 sur la cause de ces délais, le tribunal d’Aix-en-Provence a indiqué dessaisir le premier expert et en nommer un second. Il a également annoncé inscrire l’examen de la demande de Monsieur T. à l’audience du tribunal de l’application des peines (Tap) prévue en janvier 2021 – sous réserve que l’expertise ait été réalisée d’ici là. Si le Tap se prononce sur la demande de Monsieur T. en janvier, il aura fallu plus de quatorze mois pour qu’elle soit examinée. Mais les délais d’expertise étant parfois très longs, rien ne garantit qu’un expert pourra examiner Monsieur T. dans les temps. L’examen de sa demande serait alors repoussé à la prochaine audience du Tap, soit de plusieurs semaines, voire mois. La loi prévoit pourtant un délai de six mois maximum pour l’instruction de telles demandes.

« Les délais d’expertise sont parfois très longs, qu’elles soient psychiatriques ou médicales, et nous manquons d’experts » explique un magistrat. Loin d’être isolée ou circonscrite au ressort du tribunal d’Aix-en-Provence, cette situation vient souligner à quel point les dispositifs de suspension de peine pour raison médicale restent aujourd’hui difficilement accessibles. « Les experts sont en nombre insuffisant sur le ressort, ne réalisent pas les missions des juges d’application des peines en priorité et rendent leur rapport dans des délais très importants », abonde ainsi un magistrat d’un autre ressort. Une situation dont le ministère de la Justice affirme être conscient – sans qu’aucune politique destinée à pallier ce manque n’ait pour autant été mise en place. Communiqué OIP, 2 décembre 2020.

4. Une utilisation détournée des UHSI et de l’EPSNF

« J’ai eu un cas symptomatique, il y a une dizaine d’années. On avait un patient qui n’avait plus besoin de soins. Pendant un an, on a essayé de trouver un lit quelque part... Un an à le garder, en ne faisant pas grand-chose pour lui. Quand on a commencé à voir une ouverture, et que la justice a commencé à faire quelque chose, c’est là qu’il est décédé. C’est typiquement le genre de patients pour lesquels il faut qu’on se batte pendant des mois pour réussir à avoir une option de sortie. » Un médecin en UHSI

Pour ceux dont l’état de santé ne conduit pas à prononcer une mesure d’aménagement ou de suspension de peine, mais dont la dépendance croissante nécessite une prise en charge quotidienne, les UHSI apparaissent comme les seules structures pouvant les accueillir, bien que cela ne soit pas leur finalité.

« Nous avons certains profils hybrides, par exemple des personnes handicapées, dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation, mais qui est incompatible avec la détention. Ils restent à l'UHSI, alors que ce n'est pas leur place. Les logiques médicales et les logiques de justice sont différentes », pointe Christophe Bartoli, à Marseille.

Cet usage détourné des structures de soins souligne l'incompatibilité de la détention avec de tels profils, et se retrouve sur tout le territoire : « On rencontre des situations complètement ubuesques, avec des patients qui monopolisent nos lits alors qu'ils n'ont pas indication à être dans notre service. Ce n'est pas souvent mais ça se produit régulièrement. Ce sont des cas qui mettent parfois plus d'un an à se décanter, jusqu'à ce que l'on trouve une place qui convienne. C'est extrêmement long et complexe et ça pénalise les patients en attente d'hospitalisation », explique Pierre Brun, à Bordeaux.

À l'EPSNF, Anne Dulioust rencontre les mêmes problèmes. « Souvent, dans la prison d'origine, ils ne font rien, ni sur l'aménagement, ni sur la recherche d'Ehpad. Ils pensent qu'on peut tout faire, mais nous n'avons pas de réseau particulier. Il faut qu'ils fassent les recherches dans leur région en amont. Et s'ils ont des patients à l'état incompatible avec la détention, il faut faire la demande d'aménagement de peine et ne pas nous les envoyer... Nous avons un patient qui est là depuis onze ans, car il est jugé potentiellement dangereux et ne peut pas avoir d'aménagement, mais son état n'est pas compatible avec la détention. Ces situations, ça bloque notre système. On n'est pas un établissement de long séjour, on ne peut pas garder les gens pendant des années ! »

Dès 2001, l'Igas et l'IGSJ soulignaient les lacunes dans les dispositifs de prise en charge du vieillissement et du handicap. Des avertissements non pris en compte les années suivantes ; à tel point que les deux corps d'inspection, dans leur rapport de 2015, s'interrogeaient sur l'opportunité de transformer une partie des places surnuméraires en UHSI pour accueillir des personnes dont l'état serait devenu incompatible avec la détention – en attendant de leur trouver une place dans un établissement adapté.

Recommandations

PRÉAMBULE

Assurer aux personnes détenues les conditions d'une prise en charge sanitaire adaptée nécessiterait avant tout de garantir la dignité des conditions d'incarcération, comme l'a exigé la Cour européenne des droits de l'homme dans sa décision du 30 janvier 2020 qui condamnait la France pour l'état de ses prisons.

Cela requiert :

— Une réforme en profondeur des politiques pénales et pénitentiaires afin de mettre fin à la surpopulation carcérale, facteur de promiscuité, de violences, et de conditions de prise en charge dégradées.

— L'amélioration des conditions matérielles de détention et la rénovation du parc carcéral vétuste et insalubre.

— Le respect du principe de « normalisation » posé par le Conseil de l'Europe, qui vise à rapprocher autant que possible la vie en détention de celle hors les murs. Le Conseil de l'Europe recommande notamment un programme d'activités variées, un niveau de sécurité le moins restrictif et coercitif possible, un régime de détention qui facilite une certaine autonomie, avec la mise en place de dispositifs permettant aux détenus de prendre part aux décisions concernant l'organisation de la vie en détention, y compris s'agissant de leur santé. Dans ce cadre, l'accès à Internet devrait être autorisé en prison, afin de permettre l'accès à l'information médicale d'une part, et les visio-consultations à l'initiative des personnes détenues d'autre part.

Réunir les conditions préalables à une bonne prise en charge des besoins sanitaires en détention

— Réaliser des études, renouvelées à échéances régulières, pour actualiser les connaissances de l'état de santé des personnes détenues et identifier les besoins sanitaires spécifiques de la population carcérale, aux niveaux local, régional et national.

— Veiller à l'application, en prison, de toutes les politiques générales de santé et de celles qui sont spécifiques aux personnes détenues, notamment :

- Réitérer les propositions de dépistage au cours de la détention ;
- Améliorer l'accès aux mesures de prévention des maladies infectieuses.

— Veiller à ce que les besoins sanitaires priment sur les logiques sécuritaires et carcérales.

- Améliorer la formation de l'ensemble des acteurs de la détention et du soin et notamment :
- Former le personnel pénitentiaire sur les exigences imposées par le secret médical ;
 - Former le personnel médical exerçant en prison (pour les nouveaux arrivants), dans les centres hospitaliers de rattachement, les UHSI et UHSA sur les problématiques sanitaires spécifiques de la population carcérale et sur l'environnement carcéral lui-même ;
 - Informer et sensibiliser les décideurs des structures sanitaires externes aux murs de la prison sur les besoins sanitaires et les problématiques spécifiques à la santé des personnes détenues.

Améliorer l'offre de soins spécialisés en détention

— Réviser le calcul de la dotation en personnel médical spécialisé afin qu'il soit en adéquation avec les besoins sanitaires de la population pénale.

— Mettre en place une feuille de route nationale qui vise à assurer un financement pérenne des postes du personnel médical et paramédical avec notamment des effectifs dédiés et suffisants au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) pour les spécialités qui doivent être accessibles sur place et pour lesquelles la télémédecine n'est pas une solution (dentisterie, kinésithérapie, gynécologie, ophtalmologie, etc.).

— Veiller à la déclinaison de cette feuille de route au niveau régional, et à son respect par les centres hospitaliers de rattachement.

— Favoriser le recrutement du personnel à pourvoir *via* une démarche volontariste auprès du corps médical en poste ou en devenir.

Améliorer les conditions de prise en charge des personnes détenues

— Doter les unités sanitaires de locaux adaptés aux besoins, en termes d'espace et de configuration, pour permettre que les actes médicaux soient effectués dans des salles dédiées et dans le respect du secret médical.

— Doter les unités sanitaires des équipements médicaux nécessaires à l'exercice des spécialités présentes en détention.

— Permettre aux personnes détenues et aux secrétariats des unités sanitaires de communiquer directement pour la prise de rendez-vous afin d'éviter les conflits d'agenda.

— Autoriser l'accès des patients détenus aux traitements non disponibles *via* la pharmacie de l'USMP, ainsi qu'au matériel médical nécessaire en cellule, conformément à leurs prescriptions médicales.

— En l'absence de complémentaire santé, ou lorsque celle-ci ne permet pas de couvrir l'intégralité des soins, prévoir que l'établissement se substitue automatiquement à la personne détenue dont les ressources sont insuffisantes pour assumer le reste à charge lié à toute prestation médicale ou tout équipement prescrits par un soignant.

— Améliorer les conditions d'accueil dans les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), notamment par la mise en place de cours de promenade.

Limitier les annulations des extractions pour raison médicale

— Garantir la traçabilité des annulations des extractions médicales, de manière à avoir des statistiques fiables sur leur nombre et leurs motifs, afin notamment de mettre fin aux dysfonctionnements identifiés.

— En cas de taux d'annulation important, définir un seuil d'alerte à partir duquel les différents acteurs – pénitentiaires et sanitaires – seraient tenus de proposer des solutions.

— En cas d'annulation d'une extraction, prévoir une information obligatoire et sans délai de l'unité sanitaire et de la personne détenue concernée, avec indication du motif d'annulation.

— Prévenir dans un délai raisonnable la personne détenue de son extraction à venir ; *a minima*, prévenir le service pénitentiaire d'insertion et de probation (Spip) afin que le planning de la personne détenue puisse être modifié en fonction (avec son accord).

— Afin de limiter les « impossibilités de faire » des escortes, garantir une plus grande disponibilité des équipes et un nombre de créneaux suffisants pour les extractions médicales.

Garantir des conditions d'extraction respectueuses des droits

— Assurer que les moyens de contrainte et de surveillance soient individualisés et strictement proportionnés, comme le prévoient les textes. Dans ce sens :

- Créer un niveau d'escorte sans moyen de contrainte, applicable par défaut ; notifier, systématiquement et par écrit, à la personne détenue la décision établissant le niveau d'escorte auquel elle sera soumise ;
- Conditionner la présence d'une surveillance dans le cadre d'une consultation médicale à une décision écrite expressément motivée et notifiée à la personne détenue, quel que soit son niveau d'escorte.

— Favoriser la possibilité pour les personnes détenues de contester le niveau d'escorte appliqué s'il diffère du niveau théorique défini.

— Interdire l'usage des moyens de contrainte pour les personnes ayant déjà effectué des permissions de sortir sans incident.

— Assurer une formation effective des soignants en milieu hospitalier sur les droits des personnes détenues extraites.

Favoriser les permissions de sortir pour soin

- Généraliser les permissions de sortir pour soin pour les personnes condamnées. À cette fin :
- Assurer une formation effective sur ce sujet aux soignants intervenant en milieu pénitentiaire ;
 - Favoriser une diffusion au sein des Spip et des USMP des bonnes pratiques existantes ;
 - Sensibiliser les juges de l'application des peines à ce dispositif ;
 - Systématiser les permissions de sortir pour soin pour les personnes ayant déjà fait l'objet de permissions de sortir, en proposant éventuellement un accompagnement vers le lieu de soin si la prison est mal desservie.

Éviter les ruptures de soins à la sortie

- Proposer automatiquement à la personne détenue un rendez-vous médical en amont de sa sortie.
- Généraliser au niveau national un dispositif de consultation par une équipe médicale dans les six mois suivant la sortie.

État de santé incompatible avec la détention : permettre une prise en charge en milieu libre

- Garantir la remise en liberté des personnes dont l'état de santé est incompatible avec la détention (fin de vie), ou avec les conditions de détention (perte d'autonomie, maladie longue). À cette fin :
 - Réviser les critères fixant l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne avec la détention ;
 - Garantir le repérage systématique des personnes susceptibles de bénéficier d'un aménagement ou d'une suspension de peine pour raison médicale, en mobilisant tous les intervenants : professionnels de santé, personnels pénitentiaires, avocats.
 - Sensibiliser les juges de l'application des peines (Jap) à l'importance de l'ensemble de ces dispositifs.
 - Dans le cadre d'une demande d'aménagement de peine, de suspension de peine ou d'une remise en liberté, les Jap devaient notamment veiller à ne pas fonder la décision d'octroi uniquement sur l'état de santé de la personne détenue mais prendre également en compte l'incompatibilité de celui-ci avec ses conditions matérielles de détention.
 - Faciliter la conclusion de partenariats locaux entre les établissements pénitentiaires et les structures d'hébergement médicalisé pour assurer l'accueil des personnes sortant de prison nécessitant une prise en charge et l'octroi des mesures d'aménagement ou de suspension de peine.
- À défaut de pouvoir les remettre en liberté, assurer l'effectivité et l'égalité d'accès des personnes à mobilité réduite ou en perte d'autonomie aux lieux et aux services de l'établissement.
- Assurer l'hébergement des personnes dont l'état de santé le nécessite dans des cellules aux normes PMR (personnes à mobilité réduite).
- Assurer l'intervention adéquate des services d'aide ou de soins infirmiers à domicile (Saad ou Ssiad) au sein des établissements.

Bibliographie

Actualité et dossier en santé publique (ADSP) n°104, septembre 2018.

G. Barbier, C. Demontès, J.-R. Lecerf, J.-P. Michel (2010, mai). « Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ». Rapport d'information fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, n°434, mai 2010.

P. Benassaya, C. Abadie, Rapport fait au nom de la commission d'enquête visant à identifier les dysfonctionnements et manquements de la politique pénitentiaire française, Assemblée nationale, n°4906, 2022.

S. Boime (dir.), Enquête sur la santé des patients incarcérés à l'entrée en détention en Grand Est, Observatoire régional de la santé Grand-Est, 2021.

J.-C. Bouvier, « Sortir de prison pour raison médicale, du droit au fait », *Délibérée*, La Découverte, 2017, n°1.

A. Chassagne, A. Godard-Marceau, R. Aubry, « La fin de vie des patients détenus. Des temporalités incertaines dans un espace contrôlé », *Anthropologie et Santé*, n°15, nov. 2017.

A. Chassagne, *Soins et prison. Enquête auprès de détenus gravement malades*, Ed. Erès, coll. Trajets, 2019.

E. Chiron, M. Jauffret-Roustide, Y. Le Strat, K. Chemlal, M.-A. Valantin, P. Serre et al., Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. BEH 2013;35-6.

Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues, 2019.

Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), Rapport sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues, 2020.

Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale 2020*.

Cour des comptes, *La santé des personnes détenues*, Rapport public annuel 2014.

A. Duburcq, S. Coulomb, J. Bonte et al., *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*, 2004.

Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, étude pour le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, décembre 2004.

Enquête menée auprès de 14 USN1 par le groupe Inter-COREVIH Auvergne Rhône-Alpes, 2019.

Enquête Prévacar, Direction générale de la santé et Institut de veille sanitaire, 2010.

Enquête sur la santé des personnes incarcérées à l'entrée en détention en Grand-Est, ORS Grand-Est, juillet 2021.

État de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie, caractéristiques sanitaires et sociales des nouveaux détenus en 2015, OR2S, janvier 2017.

E. Fauchille, S. Zerkly, A. Trugeon et al., *Etat de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire dans l'ex-Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015*, OR2S, 2015.

G. Guérin, *La Santé en prison*, dossier du Haut Comité de la santé publique, 2003.

Igas, IGSJ, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, n°2015-050R.

C. Jacomet, A. Guyot-Lenat, C. Bonny, C. Henquell, M. Rude, S. Dydymski, J.-A. Lesturgeon, C. Lambert, B. Pereira, J. Schmidt, "Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study", *European Journal of Public Health*, 2016, Vol. 26, n° 1.

V. Kanoui-Mebazaa, M.-A. Valantin, *La Santé en prison*, Presses de Sciences Po, 2007.

A. Lefèvre, Soigner les détenus : des dépenses sous observations, Rapport d'information n°682, 2016-2017.

L. Michel, M. Jauffret-Roustide, J. Blanche et al., « Prévention du risque infectieux dans les prisons francaises. L'inventaire ANRS PRI2DE 2009 », *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ; 39 : 409-12.

M.-C. Mouquet (dir.), « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », Études et résultats, n° 386, 2005, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille.

L. Plancke, A. Sy, T. Fovet, F. Carton, J.-L. Roeland, I. Benradia, A. Bastien, A. Amariei, T. Danel, P. Thomas, *La santé mentale des personnes entrant en détention*, Lille, F2RSM Psy, novembre 2017.

A-J. Remy, V. Canva, F. Chaffraix, C. Hadey, L. Harcouet, N. Terrail et al., « L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 », *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(14-15):277 84.

Stratégie Santé des personnes placées sous-main de justice, 2017, Feuille de route 2019-2022 pour la santé des personnes placées sous-main de justice.

P. Yeni (dir.), *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH*, Recommandations du groupe d'experts, ministère de la Santé et des Sports, 2010.

Publications OIP

« Fin de vie en prison : autopsie d'une anomalie », OIP, *Dedans Dehors* n°96, décembre 2016.

« Maladies psychiques en prison. Une folie », *Dedans Dehors*, n°99, mars 2018.

« Unités hospitalières spécialement aménagées : le coût éthique d'une meilleure prise en charge », *Dedans Dehors* n°99, mars 2018.

« À Villepinte, des dysfonctionnements internes privent un détenu des soins nécessaires », *Dedans Dehors* n°111, juin 2021

« Des psys font le lien à la sortie », OIP, *Dedans Dehors* n°111, juin 2021.

« À Châteaudun, les dents ne sont plus soignées », *Dedans Dehors* n°112, septembre 2021.

« Trois UHSA visées par des fermetures de lits », OIP, *Dedans Dehors*, n°113, décembre 2021.

« Structures d'accompagnement vers la sortie : de la théorie aux pratiques ». OIP, *Dedans Dehors* n° 114, mars 2022.

Rapports de visite et avis du CGLPL

Avis du 16 juillet 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé.

Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.

Avis du 22 novembre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

Recommandations en urgence du 16 avril 2021 relatives au centre de détention de Bédénac

Réponse conjointe du ministère de la Justice et du ministère des Solidarités et de la Santé aux Recommandations en urgence du 18 mai 2021 du CGLPL relatives au centre de détention de Bédénac.

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire d'Aiton, 2021.

Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt d'Angoulême, 2019.

Rapport de la troisième visite au centre pénitentiaire d'Alençon-Condé-sur-Sarthe, 2020.

Rapport de visite de la maison d'arrêt d'Auxerre, 2021.

Rapport de la troisième visite du centre pénitentiaire des Baumettes, 2020.

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Borgo, 2021.

Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Chaumont, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Châteauroux, 2019.

Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Creil, 2019.

Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Douai, 2019.

Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Douai, 2019.

Rapport de la deuxième visite de la maison centrale d'Ensisheim, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Liancourt, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Séquedin, 2021.

Rapport de la deuxième visite du centre de détention de Montmédy, 2019.

Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Niort, 2019.

Rapport de la deuxième visite de la maison d'arrêt de Niort, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre pénitentiaire de Nouméa, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre de détention d'Oermingen, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre de détention de Salon-de-Provence, 2019.

Rapport de visite, Hospitalisation des personnes détenues au centre hospitalier de Sarreguemines, 2019.

Rapport de la deuxième visite au centre pénitentiaire de Saint-Etienne, 2019.

Rapport de visite de la deuxième visite de l'unité hospitalière spécialement aménagée de Toulouse, 2019.

Rapport de la deuxième visite du centre de détention de Villenauxe-la-Grande, 2020.

Textes législatifs et jurisprudentiels

Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction et arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées.

Circulaire relative à la lutte contre la pauvreté des personnes détenues et sortant de détention, ministère de la Justice, 7 juin 2022.

Communication d'une INDH (Contrôleur général des lieux de privation de liberté) (03/01/2020) relative à l'affaire DUVAL c. France (requête n° 19868/08).

Cour administrative d'appel de Nancy, arrêt n° 15NC02515, 6 octobre 2016.

Instruction NOR : ETSP1115156J du 29 août 2011 relative à la réalisation d'un examen bucco-dentaire des personnes détenues lors de leur arrivée en établissement pénitentiaire et à la réduction du risque infectieux associé aux soins dentaires et Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, 2019.

Rapports d'activité des unités sanitaires

Rapports d'activités 2019 des USMP des établissements pénitentiaires de Arles, Châteauroux, Mulhouse, Nancy.

Rapports d'activités 2020 des USMP des établissements pénitentiaires d'Agen, Aiton, Aix-Luynes, Arras, Aurillac, Auxerre, Bapaume, Baumettes, Bédénac, Besançon, Blois, Bordeaux (SMPP), Bourges, Chambéry, Digne, Epinal, Eysses, Foix, Gradignan, Joux-la-Ville, La Santé, Liancourt, Limoges, Montauban, Maxéville (CSL), Mont-de-Marsan, Montluçon, Montmédy, Mulhouse, Nancy-Maxéville, Neuvic-sur-L'isle, Nevers, Oermingen, Orléans, Périgueux, Perpignan, Poitiers (SMPP), Rennes (CPF), Rennes-Vezin (CPH), Rodez, Saint-Martin-de-Ré, Saintes, Salon-de-Provence, Sarreguemines, St-Maur, St-Mihiel, Strasbourg, Tarascon, Tarbes, Tours, Varcès, Villefranche-sur-Saône, Villeneuve-sur-Lot.

Rapports d'activités 2021 des USMP des établissements pénitentiaires de Bayonne, Bourges, La Roche-sur-Yon, Lavaur, Riom, Saint-Sulpice-la-Pointe.

Rapports d'activités 2020 des unités hospitalières : UHSA Loiret, UHSI Bordeaux, UHSI Marseille, UHSI Rennes.

Remerciements

L'OIP remercie tout particulièrement les personnes détenues et leurs proches qui ont accepté de livrer des pans de leurs expériences de soins en milieu carcéral.

L'OIP remercie toutes les institutions, organisations et personnes qui ont accepté de lui accorder des entretiens et de lui communiquer des informations : professionnels de santé en milieu carcéral, praticiens hospitaliers, chargés de mission santé auprès des administrations sanitaires et pénitentiaires, magistrats, chercheurs, membre de l'administration pénitentiaire et intervenants en détention.

L'OIP remercie chaleureusement toutes celles et ceux qui ont participé à la collecte et à l'exploitation des informations, ainsi qu'à la transcription des entretiens ayant servi de base à ce rapport : Julia, Myriam, Pauline, Anna, Oriane, Solal, Louise, Maëlys, Zélie, Mireille Jaegle, Juliette Gandelot.

L'OIP exprime également sa gratitude à Christophe Michon pour ses précieux conseils et son accompagnement tout au long du projet.

Depuis 1996, la section française de l’Observatoire international des prisons (OIP) fait connaître l’état des conditions de détention en France, défend les droits et la dignité des prisonniers, milite pour un moindre recours à l’incarcération et propose un travail rigoureux d’éclairage et d’analyse des politiques pénales et pénitentiaires, au cœur des problématiques de société.

Les besoins en matière sanitaire sont énormes en prison. L'état de santé des personnes détenues, souvent déjà dégradé au moment de leur incarcération, est encore fragilisé par des conditions de détention difficiles. Pourtant, l'accès aux soins spécialisés s'avère la plupart du temps compliqué, voire impossible, et le suivi requis par certaines pathologies semble, à bien des égards, incompatible avec les restrictions imposées par les logiques pénitentiaires.

Issu d'une enquête de plusieurs mois, ce rapport dresse un état des lieux de l'accès aux soins spécialisés en prison, en identifie les freins et propose une série de recommandations pour que le principe d'égalité des soins entre personnes détenues et population générale, inscrit dans la loi depuis 1994, soit enfin une réalité.