

# Santé en prison : la double peine des malades chroniques

*Quatre ans après la mise en œuvre d'un ambitieux plan stratégique et de nouvelles directives censées permettre aux détenus de « bénéficier de la même qualité de soins » que la population générale, le bilan reste mitigé. Les constats mettent en avant la lenteur des progrès, principalement en matière de réduction des risques, auprès d'une population particulièrement touchée par le VHC et le VIH. Pourtant, de nombreux acteurs présents sur le terrain n'attendent qu'un geste politique pour confirmer des avancées sur le point d'aboutir.*

Les malades vont-ils enfin sortir de l'obscurité des geôles françaises? Alors que le gouvernement doit s'attaquer à deux chantiers majeurs – une loi santé et une réforme pénale – à l'été 2014, les bilans réalisés depuis le début de l'année sur la prise en charge sanitaire des détenus se montrent relativement sévères, alors même que d'importants progrès ont été réalisés au cours des quatre dernières années. Deux documents, le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)<sup>1</sup> et celui de la Cour des comptes relatif à la santé des détenus<sup>2</sup> risquent de refroidir les plus ardents défenseurs de la continuité des soins, de la réduction des risques (RdR) en matière d'usage de drogues et, plus généralement, de la prise en charge des pathologies chroniques en milieu carcéral.

**Données Prévacar.** Il faut dire que l'année a plutôt mal commencé après la publication fin 2013 d'une étude consacrée à la prévalence de l'infection par le VIH et le VHC chez les personnes détenues<sup>3</sup>. Cette étude confirmait et détaillait les données recueillies dans le cadre de la vaste enquête Prévacar réalisée auprès de 2 154 personnes sur les quelque 61 000 détenus que comptaient les prisons françaises en 2010<sup>4</sup>. À savoir : une prévalence du VIH et du VHC « six fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale », 75 % des personnes vivant avec le VIH recevant réellement un traitement, un tiers d'entre elles étant au stade sida et pas moins de 30 % des interrogés n'ayant fourni aucune information sur leur statut virologique alors que les tests sont, en principe, systématiquement proposés lors de l'incarcération. L'étude confirmait du même coup les caractéristiques communes, sur le plan de la santé, entre les détenus et les populations les plus précaires vivant avec des maladies chroniques :

une très forte prévalence du VIH chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (15,4 %), une contamination ancienne (neuf ans en moyenne), mais découverte, pour le quart d'entre elles, durant l'incarcération et 70 % des contaminations par le VHC liées à l'usage de drogues injectables. Au total, près de 1 200 personnes vivraient avec le VIH dans les prisons françaises et 3 000 avec le VHC, la moitié seulement de ces dernières observant un traitement. À ces pathologies s'ajoutent des questions de santé complémentaires et cruciales, dont le fait que la moitié des détenus souffrent d'addictions (tabac et alcool principalement), et des pathologies mentales beaucoup plus prégnantes que dans la population générale. Enfin, les auteurs d'une étude annexe<sup>5</sup> ont montré le manque de connaissances relatives aux maladies chroniques en prison, comme le diabète ou l'hypertension artérielle, alors que la population des détenus, en hausse permanente, connaît par ailleurs un vieillissement sans précédent – le nombre des plus de 60 ans a doublé en quinze ans.

**Remue-ménage institutionnel.** Vingt ans après, les espoirs de voir enfin les objectifs de la loi du 18 janvier 1994 traduite dans les faits étaient et restent pourtant réels. Ce texte, qui prévoyait de faire bénéficier les personnes détenues d'une prise en charge sanitaire d'une qualité identique à celle proposée à la population générale, avait conduit à la création d'Unités de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa) reliées aux établissements de santé pour chacun des sites pénitentiaires français. Six ans plus tard, elle avait été complétée par la création de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales pour les hospitalisations de court séjour, avant que ne soient installées, en 2006, 236 chambres sécurisées au sein des établissements de santé concernés. Entretemps, la



loi Kouchner (2002), confortée par la loi du 24 novembre 2009, a instauré le principe de la « suspension de peine pour raison médicale », dont les autorités judiciaires ont fait un usage pour le moins modeste.

Surtout, l'arsenal législatif a débouché sur un ambitieux plan d'actions stratégiques 2010-2014<sup>6</sup> affichant des ambitions encore plus hautes que la loi de 1994 en matière d'accès aux soins. Tenant compte de la prévalence particulièrement forte du VIH, du VHC et de la tuberculose, mais aussi de la surreprésentation du handicap, des pathologies mentales, des addictions et bien sûr du nombre alarmant de suicides (plus d'une centaine par an), ce plan replaçait le médecin des Ucsa au cœur des problématiques de santé en prison et de RdR. Il retenait plusieurs axes prioritaires, dont la prévention du suicide, l'éducation et la promotion de la santé, l'amélioration de l'organisation des soins et l'accès aux droits sociaux des détenus. Les mesures préconisées, qui se sont traduites en 2012 dans un guide méthodologique (circulaire interministérielle)<sup>7</sup>, portaient une ambition à la hauteur de la déception dont font preuve certains acteurs quatre ans plus tard. Le plan prévoyait notamment de mettre fin à la méconnaissance de la situation épidémiologique dans les prisons françaises, notamment pour certaines pathologies chroniques et infectieuses. Il annonçait une évaluation de la politique de RdR en milieu carcéral et donnait au médecin toute autorité, « en partenariat avec le chef de l'établissement pénitentiaire », pour veiller à l'approvisionnement

en outils de RdR, dont les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Il préconisait même de reconnaître et de mieux appréhender la vie sexuelle des détenus, de renforcer le dépistage du VIH durant la détention et, enfin, de lutter contre la rupture de soins à l'entrée (pour des raisons de stigmatisation) et à la sortie de détention (pour des raisons de mauvaise coordination entre les équipes médicales, les services sociaux, les autorités pénitentiaire et judiciaire).

**Bilan morose.** Sur quels bénéfices le plan stratégique et le guide de 2012 ont-ils débouché? En mars 2014, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté Jean-Marie Delarue a livré, dans son *Rapport annuel d'activité 2013*, quelques éléments de bilan en matière de santé. Il évoque en particulier, au troisième rang des procédures engagées par les détenus à l'encontre de l'administration pénitentiaire, la « non-assistance à personne en danger » invoquée principalement par des personnes se disant en mauvaise santé, voire « en risque de grave accident sanitaire » et estimant ne pas avoir accès aux soins nécessaires ou aux personnels médicaux. Des procédures qui n'aboutissent jamais pour la plupart. Jean-Marie Delarue souligne aussi la nécessité de « réajuster les effectifs des équipes sanitaires », trop disparates selon les territoires, et préconise que la prochaine loi donne « un caractère prioritaire aux personnes détenues pour l'accès aux soins, du moins certaines spécialités ». Mais le principal coup

de semonce est venu, en février 2014, de la Cour des comptes. Si cette dernière indique que les personnels de santé présents au sein des unités sanitaires ont nettement augmenté au bénéfice de la législation (+56 % de médecins somatiques et +131 % des personnels non médicaux somatiques entre 1997 et 2012), en lien avec la hausse de la population carcérale (+25 % en vingt ans), le satisfecit est loin d'être au rendez-vous. La Cour révèle un sous-emploi important et chronique pour certaines disciplines (infirmiers, médecins spécialistes, psychiatres) et le faible usage des capacités d'hospitalisation somatique en raison notamment des réticences de l'administration pénitentiaire, mais aussi des détenus confrontés au dispositif particulièrement lourd de « l'extraction » de la prison vers l'unité sanitaire. Elle signale en outre des défauts d'affiliation à la Sécurité sociale, le taux d'absentéisme record aux consultations médicales (10 % à 30 %), les problèmes récurrents de confidentialité et de secret médical, ainsi que la rupture de soins persistante à la sortie de détention, l'équipe sanitaire ignorant souvent la date de levée d'écrou d'un détenu qu'elle suivait. Enfin, elle tire un bilan délétaire de la suspension et aménagement de peine pour raisons médicales. Entre 2002 et 2011, seules 925 demandes de ce type ont été déposées (650 ont reçu un accueil favorable), en raison du caractère restrictif de la loi (critère d'extrême gravité), des réticences des juges, de la lourdeur de la procédure et de l'absence de structures d'hébergement adaptées (types appartements de coordination thérapeutiques [ACT]) pour les détenus à leur sortie.

**Sur le terrain, des praticiens s'impatientent.** La principale inquiétude des praticiens exerçant au sein des établissements pénitentiaires est la lenteur des progrès en matière de RdR, notamment pour les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) structurellement surreprésentés en raison d'une très forte pénalisation en France des affaires relatives à l'usage et bien sûr au trafic de stupéfiants. Ils avancent plusieurs facteurs, de l'hostilité de l'administration pénitentiaire qui considère la seringue comme une « arme potentielle » à celle des équipes médicales, en passant par la prudence politique des autorités sanitaires conscientes de marcher sur des œufs vis-à-vis de l'opinion publique en période électorale. De l'avis de certains acteurs, les bonnes résolutions du plan d'actions stratégiques sont restées plus ou moins cantonnées aux textes.

« Pour l'instant, affirme André-Jean Rémy, médecin intervenant auprès du centre pénitentiaire de Perpignan, la réduction des risques se limite à l'usage d'eau de Javel diluée [pour limiter la transmission des infections lors de l'échange de seringues, NDLR]. En milieu carcéral, on

en est encore à surveiller les bonnes et les mauvaises pratiques dans la distribution de Subutex® et de méthadone [produits de substitution pour les UDVI, NDLR] aux détenus. Il y a quelque temps, une étude a montré que 20 % des Ucsa pilaient le Subutex®, une pratique à éviter absolument. On commence tout juste à accepter que la distribution de traitements de substitution ne constitue pas du "deal". Certains soignants pensent toujours que les détenus ne sont pas des patients comme les autres. »

Il y a quatre ans, André-Jean Rémy a tenté en vain de lancer un programme d'échange de seringues en partenariat avec plusieurs Ucsa. « Ce projet avait été financé. Il a été abandonné, pas tant à cause de l'hostilité de l'administration pénitentiaire que de celle de certains soignants et au sein de la Direction générale de la santé [DGS]. Ils voulaient achever l'état des lieux dans le cadre de l'enquête Prévacar avant de nous laisser lancer ces programmes. Mais on est habitué. En 2011, un autre projet portant sur les centres pénitentiaires de Marseille et de Béziers a également été abandonné. » En l'occurrence, les autorités se sont bien gardées de signifier noir sur blanc la possibilité d'un programme d'échange de seringues dans le cadre de la RdR en milieu carcéral. Bien au contraire : le guide 2012 mentionne que ses recommandations « n'intègrent pas à ce jour la mise à disposition de matériel stérile pour le piercing, le tatouage et la consommation de drogues (notamment seringues, eau stérile, filtres, pailles) ». Sollicitée, la DGS ne s'est d'ailleurs pas exprimée sur le sujet. Éternel paradoxe français : le tabou entoure encore et toujours la RdR, perçue par ses détracteurs comme une incitation à l'usage de drogues, alors que celle-ci est prévue depuis de nombreuses années par la loi.

D'autres intervenants, plus optimistes, constatent malgré tout de réels progrès sur le terrain. C'est le cas du D<sup>r</sup> Fadi Meroueh, chef du service de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone (Hérault), où le taux de prévalence des détenus pour le VHC atteint le chiffre astronomique de 13 %. « En France, en matière de réduction des risques, on est en avance sur certains points, en retard sur d'autres, estime-t-il. On achoppe sur l'échange de seringues, mais on a progressé dans d'autres domaines, comme la vaccination de l'hépatite B, le traitement de l'hépatite C et du VIH. Presque tous les établissements mettent des préservatifs à disposition au sein des Ucsa, alors que dans d'autres pays européens, les détenus doivent payer pour les obtenir. » À Villeneuve, les détenus infectés par le VHC sont traités indistinctement, quelles que soient la longueur de leur peine et leur charge virale, selon le principe du traitement comme prévention (TasP) et conformément aux conclusions du rapport du groupe d'experts Morlat rendues fin 2013.



Il n'en va pas de même dans tous les établissements, les médecins décidant dans certains cas de repousser le traitement après la libération d'un patient incarcéré pour une courte peine.

**« Méthodes sauvages ».** En l'absence de cadre réglementaire défini, certains intervenants n'ont pas attendu le feu vert des autorités sanitaires pour pousser la RdR au bout de sa logique. « *Le programme d'échange de seringues existe officieusement dans certaines prisons*, indique le Dr Fadi Meroueh. *Des patients qui ont noué une relation de confiance avec leurs soignants viennent les voir et ces derniers tentent de les aider le plus discrètement possible et quand ils le peuvent.* » Une pratique confirmée par la sociologue Lara Mahi, qui travaille sur la trajectoire pénale des justiciables souffrant d'une pathologie somatique chronique (lire p. 21). « *Plusieurs détenus m'ont parlé d'un établissement où les médecins de l'Ucsa faisaient exprès de laisser le tiroir ouvert pour leur permettre de récupérer des seringues propres*, explique-t-elle. *Un système d'échange s'est mis en place de façon très informelle.* » « *Pour faire bouger les choses*, complète le Dr André-Jean Rémy, *certaines soignants distribuent des seringues propres. Ce faisant, ils ne prennent pas de risque pour eux, mais en font courir aux détenus. Si ces derniers se font attraper avec des seringues, ils peuvent avoir des ennuis. Ce n'est pas une façon correcte de faire de la réduction des risques.* »

Appuyés par de nombreuses associations, dont Act Up qui en a fait l'un de ses combats, les défenseurs du programme d'échanges de seringues ont les yeux rivés

sur les exemples européens en la matière, notamment en Espagne, en Suisse et en Allemagne. À Genève, un programme tout à fait officiel lancé au sein de la prison de Champ-Dollon, en collaboration avec les Hôpitaux universitaires de Genève, a d'ailleurs été primé fin 2011 par l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre du prix Health in Prisons Project<sup>8</sup>. Depuis sa mise en place, dès 1996, plusieurs dizaines de détenus en bénéficient chaque année, soit 300 à 400 seringues propres distribuées annuellement. Aucune blessure liée à la détention de ces seringues n'aurait été à déplorer entre 1996 et 2011, selon les porteurs du projet. En France, la mise en place d'un programme d'échange de seringues du même type a reçu en 2013 le soutien implicite du groupe d'experts Morlat, qui déplorait que ce genre de programme soit « *disponible au-dehors, mais pas en prison* ». De plus, les experts estimaient que les autres outils de RdR déjà déployés en milieu carcéral restent « *peu accessibles* », à l'instar des traitements de substitution aux opiacés ou même des préservatifs en dehors des unités sanitaires, où on les trouve désormais après une forte mobilisation associative.

**Deux chantiers majeurs en sous-marin.** Alors que les choses semblent immobiles en surface, les autorités ont impulsé en profondeur, sous la pression associative, une réflexion sur la santé et l'accès aux soins des détenus. Fin 2012, sollicitée par la commission « Prison » d'Act Up, la ministre de la Justice, Christine Taubira, a lancé avec son homologue de la Santé, Marisol Touraine, deux groupes de travail interministériels associant les autorités

sanitaires, pénitentiaires, judiciaires, médecins et associations. L'un portait sur la mise en œuvre de la RdR, dont les programmes d'échange de seringues, l'autre sur la suspension et aménagement de peine pour les détenus souffrant de pathologies lourdes. Ces groupes de travail ont planché durant l'année 2013, mais n'ont pas officiellement abouti à ce jour. Sollicitée à plusieurs reprises, la DGS n'a pas donné de détails sur l'avancée et les conséquences de cette réflexion.

Ce silence des autorités fait dire à certains observateurs que ces avancées sont gelées dans un contexte électoral – les municipales, puis les européennes – particulièrement difficile pour le gouvernement et peu propice à un nouveau débat passionné sur la RdR ou l'aménagement de peine. Surtout après le report de la création de salles de consommation de moindre risque pour les usagers de drogues, à la suite de l'avis négatif rendu par le Conseil d'État en octobre dernier. Pour d'autres, les choses seraient au contraire sur le point de bouger. « *Au terme du groupe de travail sur la réduction des risques, on est parvenu à un relatif consensus*, assure Laurent Jacqua, coordinateur de la commission « Prison » d'Act Up, qui a participé au nom de l'association et du groupe interassociatif TRT-5. *Des représentants de la prison de Champ-Dollon sont venus expliquer comment fonctionnait leur programme d'échange de seringues. Tout le monde a convenu que c'était possible. L'idée serait d'expérimenter le programme dans quatre ou cinq établissements pénitentiaires volontaires, notamment les plus importants comme Fleury, Fresnes ou les Beaumettes. Le seul problème est que l'on attend une décision du nouveau Premier ministre sur le sujet.* » « *Tout est prêt pour être lancé, mais on ne veut pas choquer les uns et les autres*, confirme le Dr Fadi Meroueh. *Ce qui m'inquiète, c'est que demain on choisisse d'autorité des sites pilotes qui ne sont pas volontaires. Il faut la confiance des détenus, le soutien des personnels soignants et du directeur de la prison. Il faudra se mettre autour de la table et discuter. Si ce n'est pas le cas, les choses se passeront mal et l'évaluation du programme d'échange de seringues sera négative.* »

Le médecin estime malgré tout que les sites pilotes pourraient être déterminés « *d'ici à la fin de l'année 2014, début 2015* ». Encore faudra-t-il ensuite mettre en place des protocoles pour chaque prison et convaincre les détenus concernés par l'usage de drogues d'entrer dans un processus qui posera nécessairement des questions de confidentialité. « *La mise en place sera encore plus longue que la préparation* », prédit Laurent Jacqua.

Concernant les questions d'aménagement et suspension de peines pour raisons médicales, le groupe de travail « Santé justice » a remis début 2014 aux ministres concernées un rapport non publié<sup>9</sup>. Là encore les choses



semblent avancer discrètement. Ce document propose notamment d'élaborer un guide méthodologique à destination des acteurs concernés, d'élargir le champ d'application de la suspension de peine en tenant compte en particulier des questions de handicap et des troubles psychiatriques, et d'étendre le dispositif aux prévenus en détention provisoire, une vieille revendication d'Act Up. Il propose aussi d'assouplir les procédures et de supprimer le critère de pronostic vital « engagé à court terme » qui réduit considérablement les chances des demandeurs souffrant de pathologies chroniques lourdes, dont le VIH. Des propositions qui pourraient être abordées lors du débat sur la réforme pénale, déjà reportée et prévue en principe pour l'été 2014. La santé des détenus est plus que jamais sur le terrain politique. ●

<sup>1</sup> **Rapport d'activité 2013, CGLPL, mars 2014 :** [cgpl.fr/2014/rapport-dactivite-2013-2/](http://cgpl.fr/2014/rapport-dactivite-2013-2/)

<sup>2</sup> **La santé des personnes détenues : des progrès encore indispensables, rapport public annuel 2014, Cour des comptes, fév. 2014 :** [ccomptes.fr](http://ccomptes.fr)

<sup>3</sup> **BEH n° 35-36, InVS, nov. 2013. Source de l'enquête Prévacar 2010 :** [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr)

<sup>4</sup> **Au 1<sup>er</sup> août 2013, la population détenue en France a atteint 67 683 personnes (source : direction de l'administration pénitentiaire).**

<sup>5</sup> **« La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature », BEH n° 35-36, InVS, nov. 2013.**

<sup>6</sup> **[sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html](http://sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html)**

<sup>7</sup> **Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, guide méthodologique, oct. 2012 :** [circulaire.legifrance.gouv.fr](http://circulaire.legifrance.gouv.fr)

<sup>8</sup> **Communiqué du 5 octobre 2011, Hôpitaux universitaires de Genève :** [hug-ge.ch/sites/interhug/files/presse/cp\\_05-10-11.pdf](http://hug-ge.ch/sites/interhug/files/presse/cp_05-10-11.pdf)

<sup>9</sup> **Une version provisoire du rapport Aménagements et suspensions de peines pour raison médicale est publiée sur :** [pole.lune-rouge.net](http://pole.lune-rouge.net)

# L'absence de soins mène plus vite en prison

**Sociologue, Lara Mahi (laboratoire Sophiapol, université Paris-Ouest-Nanterre) mène depuis quatre ans un travail consacré aux trajectoires pénales des justiciables vivant avec une pathologie somatique chronique.**

**S**on projet de thèse, financé par Sidaction, l'a conduite d'une part à observer plusieurs centaines de procès au tribunal de grande instance de Paris afin d'analyser la manière dont la santé du prévenu était abordée à l'audience et, d'autre part, à rencontrer les détenus de trois établissements pénitentiaires français.

« Ce qui m'intéresse, indique Lara Mahi, est de comprendre comment on juge un malade, qu'il soit sous traitement ou pas. Le magistrat regarde les faits, mesure leur gravité au regard du code pénal et décide de la peine en fonction de la personnalité du prévenu. La santé est un des éléments constitutifs de l'enquête de personnalité. Au cours d'un procès, le magistrat questionne toujours le prévenu sur son état de santé et sur sa prise en charge. » La santé est également un critère constitutif de l'insertion sociale du prévenu, au même titre que le fait d'avoir un emploi stable, d'être de nationalité française ou d'avoir une famille.



**Le soin comme protection.** Lara Mahi n'a constaté « aucune différence dans le traitement pénal entre les personnes susceptibles d'être stigmatisées pour leur maladie et les autres ». En revanche, le fait de ne pas se soigner pour l'une de ces pathologies aurait un effet manifeste sur la décision du magistrat. « Les personnes malades qui ne se soignent pas ont cinq fois plus de risque d'être transférées directement en prison à l'issue de leur procès que celles qui se soignent, affirme-t-elle. À l'inverse, les personnes qui se soignent sont davantage protégées de la prison que celles se déclarant en bonne santé. » Selon elle, les juges perçoivent une « double déviance » chez les prévenus malades qui ne se soignent pas : « non seulement elles ont enfreint une norme légale » au regard de la justice, « mais en plus elles présentent un écart par rapport à la norme de l'état de bonne santé ».

Auprès des personnes incarcérées, la sociologue a en outre mesuré l'effet stigmatisant de la maladie en détention. En prison, la dissimulation de la pathologie reste la norme. Ayant interrogé 74 détenus souffrant de pathologies chroniques somatiques, dont plus de la moitié suivies pour le VIH, le VHB ou le VHC, elle constate que ces personnes, dans leur majorité, « gardent le secret ou font tout pour le protéger », notamment en s'isolant, en « cachant leur traitement » ou en mentant sur son objectif. Un secret plutôt difficile à garder.

« Lorsque l'infectiologue vient dans la prison, tous les détenus concernés sont convoqués dans la salle d'attente pour le rencontrer, raconte Lara Mahi. De même, pour permettre la circulation de leurs patients jusqu'à l'infirmerie, les médecins remettent une liste de ces derniers aux surveillants. À partir de là, il est très difficile de se dire que le secret médical est respecté. » ●

