

Prison et éducation à la santé

Jean-Marie Delarue,
premier contrôleur général des lieux
de privation de liberté.

On a disputé longtemps la question de savoir si la prison était un lieu de soins. La réponse est, en toute rigueur, négative. Mais les établissements pénitentiaires sont sans conteste des lieux où des personnes sont soignées, au moins au titre d'une médecine ambulatoire (même si elle est exercée par des praticiens hospitaliers) et parfois davantage, au titre des soins psychiatriques, dans les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) par exemple.

L'éducation à la santé ne pose pas de questions identiques. Elle est sans doute d'efficacité maximale lorsqu'elle a lieu sur les lieux mêmes de vie ou de travail de ceux auxquels elle est destinée. Elle requiert par ailleurs des acteurs très variés. Elle peut se passer, enfin, d'une infrastructure substantielle, si du moins des outils nécessaires ont été façonnés d'avance par des personnes compétentes.

Prison et population carcérale

Comment donc appliquer ces principes au milieu clos que constitue la prison ? On doit revenir brièvement sur les caractéristiques de celle-ci et des personnes détenues, qui déterminent les actions à entreprendre ; évoquer à grands traits ce qui se fait en la matière ; enfin suggérer quelques principes d'amélioration.

L'on sait que la population pénale, recrutée massivement parmi les catégories défavorisées ou très défavorisées

(ainsi 10 % des personnes détenues sont au-dehors « sans domicile fixe »), présente, pour divers motifs, une absence de familiarité avec le système de soins, antérieure à la vie carcérale. Certes, cette absence concerne des hommes jeunes (18 à 40 ans) qui constituent le gros des effectifs pénitentiaires et dont les besoins du système de soins sont moins étendus que d'autres. Mais, d'une part, l'absence de soins antérieure a pu générer de tels besoins ; le genre de vie mené avant la prison crée, de deuxième part, des difficultés (addictions, suites de coups, etc.) ; de troisième part, la population des personnes de plus de 60 ans est en rapide croissance dans les établissements pénitentiaires ; enfin, la santé est un sujet de préoccupation majeure en détention parce que, la parole étant bien peu prise en considération, le corps « parle » à sa place et que c'est là un motif pour penser à soi en prison.

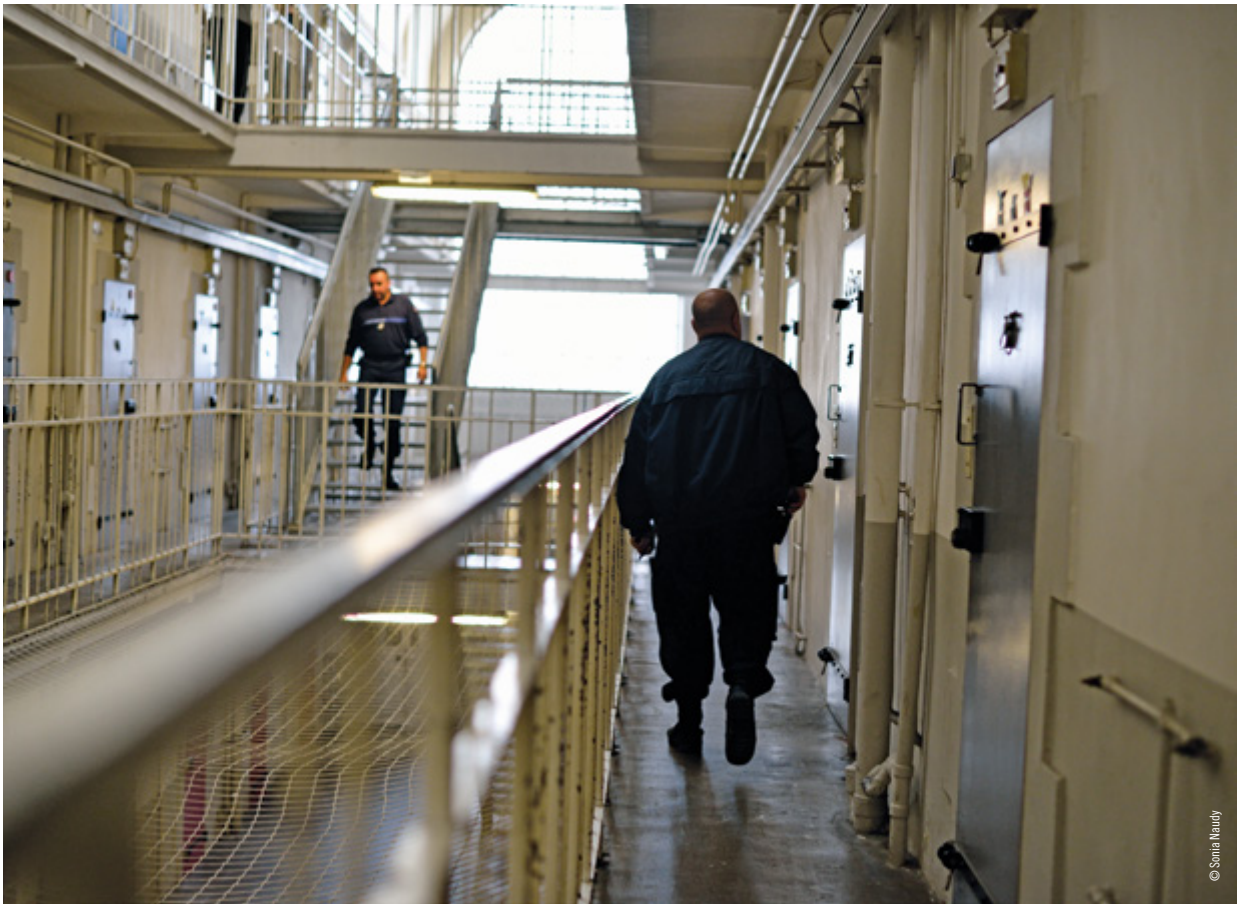
Au sein de celle-ci, la fameuse formule *Mens sana in corpore sano* trouverait sans doute son exact opposé. Ici vivent des esprits troublés dans un cadre malsain.

Par esprits troublés, on ne veut pas évoquer seulement la maladie mentale, dont la prévalence est sensiblement plus élevée comme on sait « dedans » que « dehors » ; grossièrement, un quart des personnes détenues est atteint de pathologies mentales sérieuses. On veut aussi signifier qu'entre « l'environnement de santé » telle qu'elle peut se manifester dans la vie habituelle et telle qu'elle se traduit en prison, existe un écart très important, comme entre toutes les préoccupations usuelles et celles qui habitent un détenu dont l'esprit est habité principalement par l'infraction commise, la condamnation à venir ou prononcée et la durée de la peine.

Éducation à la santé : une situation très contrastée

Les conditions de vie carcérale ne facilitent pas davantage l'éducation à la santé. Celle-ci d'abord n'est pas neutre. Comme toute chose en prison, elle est l'objet d'enjeux de toute nature. On l'a déjà indiqué par ailleurs : on ne comprend rien à la consommation de médicaments, par exemple, si l'on ignore que le moindre d'entre eux est une richesse, donc un objet de commerce. Ensuite, elle met à jour des conflits entre population carcérale et personnel pénitentiaire : la présence excessive de ce dernier dans les salles d'attente ou lors d'extractions hospitalières entraîne un nombre non négligeable de refus de soins. Enfin, les conditions quotidiennes d'hygiène constituent un discours autrement plus prégnant qu'une incitation bienveillante à pratiquer un bon équilibre de vie : comment en appeler à l'entretien du corps si l'état des douches et leur fréquence laissent grandement à désirer ?

Le courrier envoyé des prisons au contrôle général des lieux de privation de liberté reflète ces circonstances. Il est fait état, sur le premier élément, de soins entrepris avant la prison, par exemple, à la suite d'accidents d'automobile ou de « deux-roues » et qui n'ont pas de suite après l'incarcération : les difficultés d'accès aux spécialistes, mais aussi aux professions paramédicales, par exemple aux kinésithérapeutes, en sont la cause. Il est mentionné, sur les seconds, des délais d'attente importants, des remèdes quelque peu universels très généreusement dispensés mais des soins adaptés nettement plus chiches, des affections de longue durée mal prises en compte, des traitements



L'ESSENTIEL

▣ Jean-Marie Delarue a été contrôleur général des lieux de privation de liberté de juin 2008 à juin 2014.

▣ À ce titre, il s'est rendu dans la totalité des établissements pénitentiaires français (dont les départements d'outre-mer) où il a pu, pendant ces années, prendre acte de la réalité et entendre notamment les voix des personnes détenues.

▣ Il a accepté de témoigner de cette réalité et dresse le constat de la problématique sanitaire de l'enfermement, tout en proposant des stratégies d'action.

▣ D'une manière générale, la prison peut être un lieu dans lequel des affections inconnues du patient ou non soignées par lui, sont prises en charge.

externes incompatibles avec le rythme très imprévisible des extractions hospitalières. Comme les rapports du contrôle général l'ont établi, la santé reste le deuxième ou le troisième motif de préoccupation chez les personnes détenues qui lui écrivent.

C'est donc là un paysage très contrasté qu'on doit avoir présent à l'esprit si l'on veut penser efficacement à la santé.

Il y a d'abord une éducation à la santé qui résulte du régime carcéral lui-même. Le code de procédure pénale et le règlement intérieur « type » des établissements exigent l'hygiène, un régime alimentaire équilibré distribué trois fois par jour, l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées, l'interdiction de fumer dans les parties collectives, « des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité » tant pour les locaux que pour « l'application des règles de propreté individuelle et la pratique des exercices physiques ». Ces derniers éléments sont détaillés par le régime des douches, la distribution d'une trousse de toilette et de produits de nettoyage des cellules périodiquement renouvelés, par l'accès à l'air libre (la cour de promenade) pour au moins une heure par jour.

Ces textes, qui ne dépareraient pas les professions de foi « hygiénistes » du XIX^e siècle, sont d'effet inégal. La composition des repas, par exemple, est différente suivant qu'elle est servie par un prestataire extérieur, soucieux de diététique et d'équilibre financier, ou qu'elle est conçue en interne par une équipe de détenus, généreux en

féculeux. Les premiers, jugés insuffisants et peu attrayants, sont peu consommés (voir la situation peu enviable des pieds d'immeuble de détention, encombrés de déchets) et remplacés s'il se peut par les achats de « cantine » extérieure. Autre exemple, la cigarette est le compagnon quasi-indispensable des situations d'enfermement ; comme l'observe un premier surveillant, si l'on a rarement vu en prison des personnes arrêter de fumer, on en a vu bien davantage commencer à consommer du tabac. Plus gravement, une étude récente conduite par le médecin de l'unité sanitaire d'un centre de détention sur ses patients a montré que non seulement la consommation de produits stupéfiants ne ralentissait pas, mais qu'elle augmentait durant le séjour des personnes détenues dans son établissement.

La seule mesure réellement efficace de la règle pénitentiaire est le sevrage de l'alcool. Certes, il circule de l'alcool en détention, introduit irrégulièrement. Mais en quantités faibles, réservées à des privilégiés. Pour la plupart, il s'agit d'un arrêt brutal, qui n'est ni préparé ni accompagné. Par conséquent, cette efficacité est limitée dans la durée. On

La mise en œuvre de l'éducation à la santé

Sans s'enfermer dans une définition trop rigide de celle-ci, esquissons quelques traits de l'éducation à la santé, telle qu'elle a été perçue dans les visites qu'a effectuées le contrôleur général des lieux de privation de liberté dans la totalité des établissements pénitentiaires de l'hexagone et de l'outre-mer.

le constate avec le régime de semi-liberté, où sont placées avec sortie dans la journée des personnes qui ont séjourné en détention, dont une des caractéristiques est un taux élevé de retours, le soir, de « pensionnaires » en état d'ivresse.

Le développement des bilans de santé

Un deuxième ensemble concerne les mesures confiées par la réglementation (code de procédure pénale) aux soignants de l'unité sanitaire de chaque établissement pénitentiaire. Elles consistent, en particulier lors de l'arrivée en détention dont les procédures ont été heureusement développées depuis une dizaine d'années, à établir avec chaque personne un bilan de son état de santé. Usuellement – mais pas toujours – des propositions de tests de dépistage sont faites (VIH, VHB, VHC, IST) et le dépistage de la tuberculose réalisé. Des procédures de substitution à la consommation de stupéfiants peuvent être mises en œuvre (10 % environ des effectifs d'un établissement en bénéficient). Une approche commune dont les modalités peuvent être problématiques, par l'administration pénitentiaire et par les soignants, de la prévention du suicide est organisée. De manière plus générale, la prison peut être un lieu dans lequel des affections inconnues du patient ou non soignées par lui sont prises en charge.

Là encore, les résultats peuvent être mis en échec par les pratiques en usage dans les établissements. D'une part, comme le notait la Cour des comptes dans un récent rapport, des études épidémiologiques restent à conduire. D'autre part, si des efforts sont incontestables, la vie carcérale peut se charger de les ruiner. Prévenir un suicide par les questionnaires d'arrivée (remplis par un agent pénitentiaire), par une surveillance accrue, par la mise en œuvre de cellules de protection d'urgence (CProU) est intéressant, mais si les conditions des rapports sociaux au sein de la prison, marquées de violence et de mépris (codétenus et personnel), demeurent inchangées, des causes n'en seront pas modifiées comme le montre avec évidence le courrier reçu au contrôle général des lieux de privation de liberté.

Actions inégalement réparties

Enfin, sont décidées des actions d'éducation à la santé, au sens étroit du terme, de manière volontaire, en sus des soins, par les personnels de l'unité sanitaire, singulièrement les soignants, qui mobilisent à cette fin des intervenants extérieurs dans le cadre des protocoles passés entre les établissements hospitaliers et les établissements pénitentiaires.

Elles sont très inégalement réparties selon ces derniers. Dans beaucoup d'entre eux, en effet, le temps et l'organisation matérielle ne permettent pas ces actions. S'agissant du temps, il s'agit non seulement du temps des soignants, dont le nombre ne permet pas d'assurer les tâches nécessaires ; mais aussi du temps des personnes détenues. On doit se rappeler que la durée moyenne d'emprisonnement aujourd'hui en France (telle qu'on peut, du moins, l'approcher) est d'à peine plus de onze mois. Dans les maisons d'arrêt, en particulier, la rotation des effectifs de détenus est importante : il est difficile, dans ces conditions, de développer des actions éducatives dans des conditions satisfaisantes. S'agissant de

« IL NE FAIT AUCUN DOUTE QUE LA "POPULATION PÉNITENTIAIRE" DOIT REPRÉSENTER UNE DES CATÉGORIES PRIVILÉGIÉES DE L'ÉDUCATION SANITAIRE. »

l'organisation matérielle, trois facteurs doivent être mentionnés : les installations de l'unité sanitaire, la capacité des personnes détenues à y accéder (elles dépendent en cela du bon vouloir des personnels pénitentiaires), l'existence et la mobilisation possible d'intervenants extérieurs. S'ajoutent à ces données, naturellement, la disponibilité des crédits. On peut regretter sur ce point, par exemple, que trop souvent les *patches* utilisés contre l'usage du tabac demeurent à la charge financière des personnes détenues.

Prévention des addictions

Les formes d'éducation à la santé sont multiformes et dépendent des objectifs poursuivis. Sont mobilisés en particulier les Csapa (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire), des psychologues (en particulier en animation de groupes de parole, exercice dans lequel s'est également lancé le service pénitentiaire d'insertion et de probation pour d'autres motifs), des associations (tels les *Alcooliques anonymes*, dont la première intervention date de 1971 à la maison d'arrêt de Rouen) : la prévention des addictions est, autant que le contrôle général a pu en juger, le premier objet de l'éducation à la santé. D'autres peuvent exister, sur les IST, sur la consommation alimentaire, etc. L'éducation peut aller de l'affiche placardée dans les locaux sanitaires, en général largement pourvus sur ce point, à l'inscription régulière, pendant plusieurs mois, d'une même personne à un groupe d'expression. Il ne fait aucun doute cependant que la première forme – passive, exigeant peu de temps – l'emporte largement sur les autres.

Il faut aussi noter cette forme particulière d'éducation à la santé qu'exprime la présence, dans les locaux sanitaires, de distributeurs de préservatifs masculins. Aux personnes qui s'interrogeraient sur cette présence dans un milieu exclusivement masculin (comme le faisait d'ailleurs, de manière caustique et critique, une personne détenue devant l'auteur de ces lignes), il suffit de rappeler l'existence d'une sexualité en détention, dont la forme la plus banale est celle de rapports dissimulés – et, en principe, réprimés – durant les parloirs. Pour justifiée qu'elle soit, l'existence de cette distribution ne s'accompagne guère, semble-t-il, d'éléments éducatifs plus développés. Il arrive même que cette distribution soit mal assurée (distributeurs vides).

Quelques principes d'action

Il ne fait aucun doute que la « population pénitentiaire » (au sens le plus immédiat du terme puisque personne n'a vocation à en faire partie) doit représenter une des catégories privilégiées de l'éducation sanitaire.



Non seulement, comme il a été dit (et répété) parce que ceux qui en relèvent appartiennent aux catégories de la population à la fois les plus sujettes à des difficultés sanitaires mais aussi à un accès difficile aux soins, de leur fait ou en raison des lacunes de la couverture sociale. À cet égard, les constats de l'état sanitaire de cette population n'ont pas de raison de différer de ceux qui ont été faits sur les habitants des quartiers les plus défavorisés par exemple. Quelques actions simples et persévérantes sont donc susceptibles d'avoir des effets sensibles. Mais aussi parce que la population des prisons est à la disposition de l'autorité sanitaire de 7 heures du matin à 17 h 30 le soir (heures du service de « jour ») ; que sa situation est le plus souvent oisive et qu'elle est le plus souvent avide d'occupation ; qu'elle est sans doute plus réceptive à des messages de « meilleure vie » que dans la vie ordinaire.

L'organisation des unités sanitaires et leurs moyens doivent donc être conçus en conséquence, notamment par le moyen des « protocoles » dont le code de la santé publique impose la signature entre chaque établissement hospitalier chargé des soins et la prison et, au niveau national, dans les plans relatifs à la santé en prison périodiquement arrêtés par les directions compétentes du ministère chargé de la Santé (en particulier la direction générale de l'Offre de soins) et la direction de l'Administration pénitentiaire.

S'adapter aux personnes

Cette conception ne saurait omettre d'associer des partenaires extérieurs indispensables à la réalisation d'une éducation sanitaire efficiente. Outre ceux qui sont déjà identifiés depuis longtemps en la matière, on doit penser en particulier au concessionnaire privé chargé par l'administration pénitentiaire, dans la plupart des prisons désormais, d'assurer les prestations matérielles nécessaires à l'existence quotidienne des personnes détenues (alimentation, hygiène, nettoyage) ; et aussi aux familles qui constituent le lien quasi-exclusif que beaucoup de prisonniers conservent avec l'extérieur.

L'éducation à la santé doit s'adapter aux personnes dont elle est l'objet. Une des difficultés du soin en détention provient de cette attitude qu'ont les soignants de regarder les personnes détenues comme « *des patients comme les autres* ». Si ce regard a des aspects indispensables, en particulier en ce qu'il contribue à faire disparaître de la personne tout ce qu'elle véhicule avec elle de la détention (et d'abord son passé de délinquant), il ne doit pas conduire à effacer les obstacles que cette détention interpose entre le prisonnier et le soin, en particulier les atteintes somatiques ou psychologiques que provoquent la condition de détenu, les risques d'atteinte à la confidentialité et au secret, et les difficultés d'accès aux soins qui ne dépendent nullement du patient. Au contraire, il doit être pris conscience que le soignant ou le médecin représente en détention beaucoup plus que ce qu'il représente

« dehors », si du moins il sait capter une confiance souvent mise à mal en prison. À cet égard, on conçoit mal que des fonctions, même sanitaires ou d'éducation sanitaire, en détention puissent se dispenser de formation préalable au bénéfice de ceux qui doivent les exercer.

Favoriser l'innovation

Dans l'adaptation requise, on doit prendre garde à ce que l'éducation recherchée s'adresse à tous. On ne saurait oublier sur ce plan que, d'une part, le taux de ceux qui ont de graves difficultés avec la lecture et l'écriture est de l'ordre de 15 % à l'entrée en détention et que, d'autre part, la proportion d'étrangers détenus est trois fois plus élevée que celle des étrangers dans la population générale (18 %), ces deux populations pouvant naturellement se recouper tout en étant loin de se confondre. Loin de constituer un obstacle supplémentaire à l'éducation sanitaire, ces caractères doivent favoriser l'innovation, en particulier dans l'expression. Des accords devraient être passés avec l'administration pénitentiaire pour l'utilisation, là où il existe, à des fins sanitaires, du canal vidéo interne de l'établissement de détention ; pour la remise, lors des procédures d'arrivée, de livrets proprement sanitaires ; pour une association plus étroite entre pratique sportive et précautions de santé...

« Repenser » les interventions de santé

La santé est un enjeu de taille en prison. Les professionnels le savent bien. Mais le temps de la détention doit aussi être une projection vers l'avenir. Ce qui vaut pour la réinsertion sociale et professionnelle de la personne détenue vaut aussi sur le plan sanitaire. Par sa présence au cœur même de la prison, en dépit des difficultés et des urgences quotidiennes, l'unité sanitaire doit être à même de penser le long terme, d'assurer le futur, de nouer les liens entre dispositif du « dedans » et système de soins du « dehors », de contribuer à améliorer durablement la vie de chacun. C'est en ces termes que des objectifs et des réalisations dans le domaine de l'éducation sanitaire doivent être pensés avec les responsables de terrain, fixés et mis en œuvre. ■