

Colloque Santé en détention

Constats et actions

19 mai 2021 – CRES PACA – Montperrin, Aix-en-Provence

Ethique et détention : enjeux particuliers

L'éthique des soins en milieu carcéral ; Le droit à la santé comme droit humain

Les sociétés, en France et ailleurs dans le monde, demeurent profondément attachées aux politiques pénales répressives et assez indifférentes à l'état des prisons et au sort de ceux qui y vivent ou y travaillent.

D'où l'échec des nombreuses tentatives de réformes structurelles visant à faire de la prison l'ultime recours quand toutes les autres peines envisageables ont échoué.

La pandémie COVID-19 a toutefois bouleversé un certain nombre d'idées reçues, de pratiques et a ouvert un champ des possibles assez inattendu.

Les appels au respect des droits fondamentaux des prisonniers formulés de longue date par les divers organes de défense des droits humains sont, il faut bien le dire, difficilement pris en compte.

Or, le COVID-19 a obligé les autorités étatiques à (ré)agir rapidement et à prendre des décisions pragmatiques. Il en est résulté une réduction rapide de la surpopulation pénale et une augmentation des ressources allouées aux soins : autant de recommandations inlassablement répétées jusqu'alors en vain et cette fois-ci entendues.

I – Le droit à santé est un droit humain fondamental

1 - Le droit à la santé est un droit humain fondamental^{1 2}

Le droit à la santé défini comme « le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre » est un pilier des droits de l'homme.

Enoncé pour la première fois dans la Constitution de 1946 de l'Organisation Mondiale de la Santé, il est intégré à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.

Dès après la seconde guerre mondiale, sont ainsi posées les bases éthiques de la déclinaison du droit à la santé :

- Le principe d'égalité et de non-discrimination : garantir l'accès aux soins de santé pour tous mais aussi agir sur les déterminants fondamentaux de la santé
- L'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services ;
- Le consentement et la liberté de refuser un traitement médical ;
- La prohibition de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

¹ Traités et recommandations internationaux : Sites Droits de l'Homme : www.ohchr.org et www.coe.cpt.int

² Le droit à la santé, fiche d'information n° 31, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Organisation mondiale de la santé, Genève, 2009

2 - Le droit à la santé est un droit fondamental également pour les personnes détenues

Les recommandations internationales relatives à la déclinaison du droit à la santé pour les personnes détenues, plus tardives (1955), se sont nourries des constatations de terrain. Elles reconnaissent la difficulté particulière de la position du soignant exerçant en milieu pénitentiaire, souvent confronté aux préoccupations et aux attentes divergentes de l'administration pénitentiaire d'un côté et des personnes incarcérées de l'autre.

Deux textes un peu datés mais princeps en la matière :

- Les principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé dans la protection des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants³ (Nations Unies 1982)
- Les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire⁴ (Conseil de l'Europe 1998)

Plus généralement, les standards définis par les organismes internationaux du champ consacrent l'idée que la médecine en milieu pénitentiaire est une médecine de soin de la personne qui obéit aux mêmes règles déontologiques que la médecine en population générale.

On peut notamment citer :

- Les standards du comité européen pour la prévention de la torture (CPT), souvent repris par les arrêts de la cour européenne des droits de l'homme (CEDH) ;
- Les règles pénitentiaires européennes⁵ (2006 révisées 2020) ;
- L'ensemble des règles minima pour le traitement des détenus, dites règles Nelson Mandela⁶ (Nations Unies 2015).

Ayant eu l'opportunité de visiter de nombreux lieux de privation de liberté de par le monde depuis 20 ans, je peux témoigner :

- D'une part, que la mise en œuvre des dispositions des traités et des recommandations par les Etats prend du temps mais progresse indéniablement, même si les manquements aux garanties fondamentales affectent le plus souvent les groupes les plus vulnérables ou marginalisés,
- Et d'autre part, que le modèle français d'organisation et de prise en charge sanitaire des personnes détenues, sous pleine tutelle du ministère de la santé, est un modèle que l'on nous envie, tout comme du reste notre modèle de protection sociale, même si, bien entendu, sa déclinaison pratique est imparfaite et semée d'obstacles.

3 - Le droit à la santé des personnes détenues en France

La philosophie de ce modèle français est double :

- Donner accès à toutes les personnes détenues à des soins d'une qualité équivalente à ceux délivrés en population générale, sans discrimination ;
- Mais aussi constituer une garantie supplémentaire pour la prévention des mauvais traitements.

³ Résolution 37/194 de l'assemblée générale des Nations Unies en 1982

⁴ Recommandation R(98)7 du comité des ministres des Etats membres du Conseil de l'Europe en 1998

⁵ Nelson Mandela Rules https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016809ee5b0

⁶ Les Mandela Rules 5 ans après https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-F-ebook.pdf
https://www.apr.ch/fr/news_on_prevention/les-regles-nelson-mandela-5-ans-apres-linterdiction-de-la-torture-est-plus

A cet égard, le rôle du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (GLPL)⁷ est précieux et ses recommandations formulées à l'issue de ses visites font souvent évoluer les pratiques.

II – Le questionnement éthique est une praxis et un devoir

1 – Le questionnement éthique s'applique au quotidien de la pratique médicale en milieu pénitentiaire

La prison n'est pas un milieu de vie banal, naturel ou ordinaire ; elle demeure le lieu de la punition, lieu de contraintes, de privation de libertés, d'exclusion du groupe social.

Les soins en milieu pénitentiaire sont possibles mais exigent une particulière vigilance au regard des règles déontologiques essentielles que sont le respect du consentement du patient et du secret médical. Face au risque d'éroussement de la capacité critique qui le guette, en prison comme ailleurs mais plus qu'ailleurs, le soignant doit s'exercer au doute et au questionnement éthique : est-ce que j'exerce mon art dans le respect de la personne et de ses intérêts ?

2 – Les exemples de dilemmes du quotidien de l'exercice en milieu pénitentiaire ne manquent pas

Supporter les conditions de détention

Le degré de surpeuplement d'une prison peut être tel qu'il constitue, à lui seul, un traitement inhumain ou dégradant. Jusqu'à quel point faut-il alors prescrire des somnifères et des anxiolytiques à des détenus qui ne supportent plus la promiscuité de cellules surpeuplées, la violence des cours de promenade, l'inactivité....

Dénoncer les violences subies

Les services de santé des prisons peuvent contribuer à la prévention de la violence contre des personnes détenues, en enregistrant systématiquement les lésions observées. Des informations peuvent être transmises aux autorités compétentes, notamment judiciaires, avec le consentement des détenus concernés.

Mais le plus souvent, les personnes refusent de porter plainte par crainte des représailles, alors que faire ? Dénoncer ? Se taire ? Essayer de convaincre ? Le Protocole d'Istanbul⁸, lui-même, est nuancé dans sa réponse : « Face à de tels dilemmes, l'obligation de ne pas causer de préjudice au patient doit prévaloir ».

Trop de malades en prison

Il faut se préoccuper non seulement de l'éthique des intentions (souvent bonnes) mais également de l'éthique des conséquences (parfois désastreuses). Ainsi le succès de la démarche intégrative (répondre de ses actes pour exister en tant que citoyen, membre de la communauté humaine) ne doit pas occulter :

- Sa contrepartie : l'incessante augmentation du nombre de personnes incarcérées malades ou handicapées, et notamment souffrant de troubles psychiatriques,
- Et son corollaire : le sens de la peine.

⁷ Suite à la ratification du [protocole facultatif](#) se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée générale des Nations-Unies le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la [loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007](#), un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante. www.cglpl.fr

⁸ Protocole d'Istanbul, Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants, HCDH, Nations Unies, 1999

A ce sujet, on peut renvoyer aux très récentes recommandations en urgence du CGLPL en date du 18 mai 2021 sur la situation indigne des personnes âgées du centre de détention de Bédenac.

Si indéniablement la qualité des soins délivrés aux personnes détenues en France a progressé, singulièrement depuis 1994, le dispositif mis en place a validé l'idée que l'on pouvait incarcérer et soigner, voire incarcérer pour soigner.

Ce phénomène ne concerne évidemment pas que la France, c'est une réalité à l'échelle notamment européenne.

La sociologue Camille Lancellevée⁹ souligne que les différentes études épidémiologiques conduites dans les prisons en Europe montrent des prévalences très élevées de troubles mentaux et un sentiment assez généralement partagé que la prison se transforme en asile de dernier recours. Et ce, que la prise en charge des soins en prison relève des missions du ministère de la santé (France, Angleterre, Norvège, Italie...) ou du ministère de la justice (Allemagne, Autriche, Suède, Pays-Bas ...). On peut dire que c'est un choix implicite de société.

3 – Il est possible « malgré tout » de soigner en prison

En définitive, soigner en prison comme en population générale, c'est essayer de faire une place à la liberté de parole et d'écoute, à la confiance, qui suppose évidemment la garantie de la confidentialité et de l'impartialité, et ce pas de côté qui place soignant et soigné dans les conditions d'un soin possible en dépit des aléas de l'existence et de la maladie.

C'est aussi tenir bon sur ce qu'est le soin et ce qu'il n'est pas.

Mais soigner en prison c'est également être conscient du contexte pénitentiaire et judiciaire, en tenir compte, s'y articuler.

III – Ce que la pandémie COVID-19 nous a appris (outre l'humilité)

1 – La pandémie de COVID-19 a surpris la plupart des gouvernements

Environ 11 millions de personnes sont incarcérées dans le monde (+ 8% en 10 ans) dont 740000 femmes (+ 17%) et 410000 mineurs.

Les ¾ des Etats (193 membres de l'ONU mais 223 répertoriés y inclus les régions non autonomes) sont affectés par une surpopulation pénale chronique.

La pandémie de COVID-19 a surpris la plupart des gouvernements en raison de sa propagation rapide, de sa complexité et de son intensité. Répondre à la crise a davantage relevé d'une capacité d'adaptation au jour le jour que d'une véritable gestion. L'urgence était d'éviter une flambée de COVID-19 dans les prisons surpeuplées.

L'OMS et de nombreux organismes internationaux ont très vite souligné que la crise sanitaire mondiale sans précédent que nous vivons exacerbe les situations de vulnérabilité des personnes privées de liberté, notamment dans les prisons, les centres de détention pour migrants, les institutions psychiatriques, les établissements pour personnes âgées et autres.

Des recommandations spécifiques ont été élaborées (standards du bureau régional Europe de l'OMS¹⁰, avis du CPT, avis du SPT¹¹, constats et recommandations de PRI¹², APT¹³¹⁴, Dignity¹⁵...)

⁹ Camille Lancellevée, Soigner ou punir ? Dilemmes européens, La lettre du psychiatre, vol X, n° 6, nov-déc 2014

¹⁰ Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance 8 February 2021. WHO Europe

soulignant toutes l'urgence nécessaire de réduire la population pénale et de prioriser la protection des détenus et des personnels par toutes les mesures appropriées (tests, masques, produits d'hygiène, intégration dans les programmes de vaccination...).

2 - De nombreux Etats ont pris des mesures urgentes

De nombreux Etats ont pris des mesures urgentes de libérations pour diminuer la population pénale. 109 Etats ont ainsi adopté des mécanismes de libération (6% de la population) et d'alternatives à l'incarcération (bracelet électronique...) à quoi s'est ajoutée la baisse d'activité des tribunaux pendant cette période.

On estime à 475000 le nombre de détenus libérés entre mars et juillet 2020 dans 53 pays.

Mais, la pandémie a mis en évidence l'impact péjoratif et limitant de la surpopulation pénale et du manque de ressources habituels des prisons.

En 2020 : 47 Etats ont rapporté 3900 décès de détenus et 122 Etats, 532000 cas de COVID.

Partout, pour ralentir les contaminations, les détenus ont été soumis à de sévères restrictions de leurs droits fondamentaux (accès à la formation, au travail, aux activités culturelles et sportives, contacts avec les proches, permissions de sortir, contact direct avec l'avocat ou les magistrats...) qui ont généré des tensions parfois sévères (émeutes) mais ont été néanmoins dans l'ensemble d'autant mieux acceptées par les détenus et leurs proches qu'ils avaient reçu une information claire, loyale et répétée.

L'accès aux services de santé a été préservé dès lors que ceux-ci existaient (y inclus la télé-médecine dans les prisons où cela était possible) mais très clairement, le manque d'équipement médical approprié et d'équipements de protection de base a été un trait commun observé par les différents organes de monitoring.

Le dispositif de lutte contre le COVID-19 vise à accélérer la mise au point et la production de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins (initiative COVAX), et est censé en assurer un accès équitable à l'échelle mondiale. Ce qui est loin d'être encore le cas.

3 – Des normes internationales sont devenues enfin applicables

Ce qui est néanmoins remarquable et encourageant, c'est que dans de nombreux Etats, les personnes privées de liberté ont été considérées comme des publics prioritaires et que des mesures appropriées ont été prises dans des délais très courts.

On peut en conclure que les normes internationales en matière de détention sont non seulement réalisables, mais surtout indispensables, tant lors de crises qu'en temps normal.

¹¹ Advice of the Subcommittee on Prevention of Torture to States Parties and National Preventive Mechanisms relating to the Coronavirus Pandemic:

<https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/OPCAT/AdviceStatePartiesCoronavirusPandemic2020.pdf>

¹² Tendances des prisons dans le monde, rapport 2021 de PRI – Focus COVID-19

[https://urldefense.com/v3/_https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2021/05/Global-prison-trends-2021.pdf_!!JQ5agg!JV7aNkH07JxiuCsxxGme5ANxMvNd-GGstFJVtfDs4NXBmUnl3OYGUpXtbcTkefA8WaehHDg\\$](https://urldefense.com/v3/_https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2021/05/Global-prison-trends-2021.pdf_!!JQ5agg!JV7aNkH07JxiuCsxxGme5ANxMvNd-GGstFJVtfDs4NXBmUnl3OYGUpXtbcTkefA8WaehHDg$)

¹³ Plateforme collaborative CO/LAB This hub aims to systematise information arising at the nexus of COVID-19 and deprivation of liberty <https://datastudio.google.com/reporting/c686bea7-3152-4dd2-b483-fce072f3ddbdf/page/UkoKB>

¹⁴ Association pour la Prévention de la Torture <https://www.ap-t.ch/fr/ce-que-nous-faisons/notre-travail-sur-la-covid-19>

¹⁵ Dignity https://www.dignity.dk/wp-content/uploads/GuidanceSynthesisCOVID-19Prisons_16.07.pdf

Le défi pour les pouvoirs publics consiste dès lors à tirer les leçons de la crise sanitaire et à inscrire ces changements dans la durée.

Ce n'est pas gagné... En Europe par exemple, si la population pénale a décliné de manière significative les premiers mois de la pandémie, depuis septembre 2020, le nombre augmente de nouveau ; en France la baisse a été de 15% (avec un taux d'occupation jamais atteint inférieur à 100%) mais entre juillet 2020 et janvier 2021, la hausse a été de 6,7% (4000 détenus) faisant passer le taux d'occupation à 110/120%.

Bien sûr la pandémie est loin d'être terminée, et nous aurons de plus en plus d'effets collatéraux psychologiques, sociaux, économiques d'une crise installée dans la durée mais gageons néanmoins que la maturité dont on fait preuve détenus et familles, la coopération sur le terrain entre les professionnels, leur créativité et leur réactivité laissent augurer que cette expérience partagée des acteurs locaux (en anthropologie, on parle de réformateurs locaux), parfois chaotique, laissera des repères à la Bergson : « L'avenir n'est pas ce qui va arriver mais ce que nous allons faire ».