

Questions actuelles en France sur l'accès aux soins des personnes détenues

Pierre-Henri Bréchat^a

^a Membre de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris 5 / Paris Descartes, membre du comité de direction de la Chaire Santé de Sciences Po, professeur de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), et chercheur du département des politiques de santé du Pres Sorbonne Paris-Cité.

Résumé English and German abstracts see p. 144

La prise en charge sanitaire des personnes détenues, par l'Etat, l'assurance maladie et le service public hospitalier, est récente en France. Si une amélioration de la qualité des soins en milieu pénitencier est globalement constatée, des problèmes importants persistent. Malgré cela et des condamnations récentes, l'égalité d'accès aux soins et à la santé pour les personnes détenues est remise en cause par les réformes actuelles, et ce à moyen et à long terme si rien n'est fait. Cela vient renforcer la nécessité de refonder une politique de santé pour un service public de santé.

Mots-clés: personnes détenues; accès aux soins; France; réformes; égalité.

Devant l'état alarmant de la situation sanitaire de la population carcérale¹ [1], des actions en faveur des personnes détenues ont été récemment mises en œuvre, au sein de la politique d'accès aux soins qui comprend aussi la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). La prise en charge sanitaire des personnes détenues par l'Etat, l'assurance maladie et le service public hospitalier, a pu être mise en place en deux étapes: si en 1986, la lutte contre les maladies mentales et l'organisation de la sectorisation psychiatrique² et des services médico-psychologiques régionaux³ furent impulsées, il faut attendre la période 1994–2000, pour que les personnes détenues ne soient plus prises en charge par le service public pénitentiaire, mais le soient, comme tout autre usager, par le service public hospitalier. Le renforcement des liens avec l'hôpital public a permis l'émergence d'une éthique des soins des personnes détenues, l'amélioration des pratiques [2] d'une prise en charge globale qui comprend des actions de prévention et d'éducation pour la santé, des examens

de diagnostic, et des soins. Des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) sont créées⁴. Des dispositifs innovants facilitant la continuité des soins, des guides méthodologiques favorisant la qualité et la sécurité des soins ainsi que des actions de prévention ont été impulsés par le niveau national [3]. Si une amélioration de la qualité des soins en milieu pénitencier était globalement constatée [4], des problèmes importants persistent comme l'échange des informations, la prévention, la santé mentale, la situation contractuelle et non pas statutaire des praticiens ainsi que la sous-administration de la santé en milieu carcéral [2], la qualité et le suivi des soins lors de la libération, ainsi que la coordination par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) recommandait, et ce dès 1998, dans son rapport sur la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, la mise en œuvre d'une «politique de santé publique de qualité [car] il s'agit à la fois d'une nécessité de santé publique et d'une exigence éthique.» [5].

Non seulement cette politique n'a pas vu le jour, mais les avancées importantes dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues, qui restent encore insuffisantes [2], sont mises en danger par le «plan Hôpital 2007», la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) et la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) [6].

La loi HPST fait disparaître le service public hospitalier [7], quarante années après la consécration de ce service par la loi «Boulin»⁵. L'article L.6112-1 du Code de la santé publique tel que modifié par la loi HPST reprend les 10 missions de service public exercées par le «service public hospitalier», dont les soins dispensés aux personnes détenues⁶, et en apporte quatre supplémentaires⁷. Ces quatorze missions devaient remplacer le service public hospitalier, sauf qu'en 2012, ces missions de service public n'étaient pas attribuées, ce qui

1 Conseil d'Etat, 17 décembre 2008, Section française de l'Observatoire international des prisons. Le juge administratif dans cette décision fait obligation à l'administration de protéger la vie des détenus en raison de leur vulnérabilité et de leur dépendance.

2 Décret n°86-802 du 4 mars 1986 modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

3 Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les SMPR sont rattachés pour chacun à un établissement public de santé.

4 Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

5 Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

6 Par exemple: soins dispensés aux détenus, actions de médecine préventive et d'éducation, aide médicale d'urgence ou lutte contre l'exclusion sociale.

7 La permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, les actions de santé publique et la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

fait que ce service public a été mis en «stand-by» pendant près de trois années.

De plus, ni la Tarification à l'activité (T2A), ni les financements apportés par les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) ne peuvent financièrement prendre en considération toutes les dimensions sociales de l'usager malade et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques [8]. Ces nouveaux modes de tarification, ainsi que la nouvelle gouvernance, ont pu contribuer à la construction d'un service hospitalier qui ne soit plus public, car sélectionnant des usagers, des activités et des services, jugés moins «rentables». Ces usagers sont des personnes détenues [9], des usagers précaires, des personnes âgées et des malades atteints de pathologies chroniques, soit des «patients complexes». Les activités, comme la prévention, ainsi que les services, comme la gériatrie, la psychiatrie, la médecine interne ou PASS, sont ceux dont ces patients complexes ont particulièrement besoin. Cela n'est pas corrigé par les professionnels de santé publique fonctionnaires de l'ARS, qui sont de moins en moins nombreux du fait de la RGPP, et qui privilégient la réalisation de contrats à la prise en compte des besoins de santé des populations des territoires de santé infra-régionaux [10, 11].

Les professionnels des établissements de santé doivent gérer la situation paradoxale où se situe aujourd'hui l'hôpital, qui évolue entre «service public de santé» et «entreprise libérale», tout en devant «gérer la crise» plutôt que de «faire de la santé publique» [12]. Les principes, les valeurs, l'éthique, la déontologie et le droit peuvent également être remis en cause pour ces professionnels de santé [13]. Pourtant, comme le rappelle le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dans son avis n°101: «l'hôpital est investi d'un devoir d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au-delà de l'obligation de permanence des soins» [14].

L'égalité d'accès aux soins et à la santé est remise en cause pour les personnes détenues, et ce à moyen et à long terme si rien n'est fait.

Même si l'Etat a été condamné en 2012 par le tribunal administratif d'Orléans pour insalubrité des cellules et conditions de détention indignes⁸ et par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) pour avoir manqué à son devoir de prévention du suicide en prison⁹, il n'y avait en juillet 2012, ni réforme qui puisse préserver ce qui a été mis en place pour l'accès aux soins des personnes détenues, ni politique de santé publique comme cela a été recommandé par le HCSP dès 1998. Pourtant, la France est liée par de nombreux instruments qui lui imposent une prise en charge de la santé

des détenus équivalente à celle des autres personnes. Par exemple, pour la CEDH, le droit à la santé concerne la santé et le bien-être, notamment physique et mental, des personnes détenues, et impose l'obligation de faire à la fois des soins et de la prévention. Le paragraphe 34 de l'Observation générale n°14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) du comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies¹⁰, précise que «les Etats sont en particulier liés par l'obligation de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus [...]».

Considérer les questions actuelles en France sur l'accès aux soins des personnes détenues a aussi permis de revisiter, comme le propose Didier Tabuteau, «[...] les politiques de santé sous le prisme de la précarité, ou plutôt des précarités: celles des [...] détenus, [...], et de toutes les personnes en souffrance, souvent isolées par la vie et confrontées à des pathologies alourdies par les difficultés sociales», pour investir le concept de «l'insécurité sanitaire» qui permet de révéler «les faiblesses de l'organisation de la santé, les carences de la santé publique, les renoncements de l'assurance maladie et les défaillances de l'articulation entre le social et le sanitaire [...]». En s'interrogeant sur la prise en charge de la précarité, on déplace la focale traditionnelle de l'analyse des systèmes de santé, on laisse de côté les indicateurs généraux, les moyennes et les médianes, les schémas institutionnels pour s'intéresser au singulier, aux strates invisibles de la réalité». [15] Cela est particulièrement vrai pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues et des patients complexes, qui sont en train d'être mis «hors humanité» [16] par un Etat gestionnaire libéral. [17] Cela vient renforcer la nécessité de refonder une politique de santé¹¹ pour un service public de santé¹².

Conflit d'intérêt: l'auteur n'a pas de conflit d'intérêt à déclarer en lien avec cet article.

Remerciements au Docteur Christine Barbier, coordination santé des personnes détenues / étrangers malades, bureau MC 1, direction générale de la santé, ministère en charge de la santé, qui nous a soutenu.

8 Tribunal administratif d'Orléans, 14 juin 2012, n°1200333.

9 Arrêt de la cinquième section de la CEDH du 14 juin 2012, pour l'affaire Ketereb c. France (requête n° 38447/09).

10 Disponible sur: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.Fr> [consulté le 3 avril 2012].

11 «S'articul[ant] autour de quatre ambitions: l'amélioration des résultats sanitaires, la réduction des inégalités, l'efficacité du système de santé et l'avancée de la démocratie sanitaire» [18].

12 Issu du titre du Colloque organisé par la Chaire Santé de Sciences Po et par l'Institut Droit et santé de l'Université Paris 5 (Paris Descartes), à Paris le 27 juin 2012: Service public de santé en 2012.

Abstract

Provision of health care for detainees in France: actual questions

The provision of health care for detainees by the state, health insurance and the public hospital services has been recently revised in France. Although an improvement of the quality of health care in prison has been generally recognised, significant problems persist. Despite this and recent condemnations in France, equal access to health care and health is challenged by the current reforms for detained persons. This will remain so in the medium and long term if nothing is done. This reinforces the need to strengthen health policy for public health service.

Zusammenfassung

Aktuelle Fragen bezüglich der Gesundheitsversorgung von Gefangenen in Frankreich

Die Gesundheitsversorgung von Gefangenen durch den Staat, die öffentliche Krankenkasse und das öffentliche Krankenhaussystem ist in Frankreich relativ neu. Auch wenn sich die Qualität der Gesundheitsversorgung insgesamt verbessert hat, bestehen weiterhin erhebliche Probleme. Trotz dieser Entwicklungen und mehrerer Verurteilungen Frankreichs bedrohen aktuelle Reformen den gleichberechtigten Zugang zu Versorgung und Gesundheit. Ohne Massnahmen wird dies mittel- und langfristige Konsequenzen haben. Dies macht die Notwendigkeit einer Erneuerung der Gesundheitspolitik für den Service public im Bereich Gesundheit deutlich.

Correspondance

Pierre-Henri Bréchat
Centre hospitalier Lariboisière – Fernand Widal de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP)
Centre Cochrane Français, hôpital de l'Hôtel-Dieu de l'APHP
1 place du Parvis Notre-Dame
F-75181 Paris Cedex 4

E-Mail: pierre-henri.brechat[at]hhd.aphp.fr

Réception du manuscrit: 24.7.2012

Réception des révisions: 6.9.2012

Acceptation: 11.9.2012

Références

1. Borgetto M, Lafore R. Droit de l'aide et de l'action sociale. Septième édition. Paris: Montchrestien – Lextenso éditions; 2009. p. 637–638.
2. Cornier K. Les personnes détenues. In: Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D (dir). *Traité de santé publique*. Paris: Editions Médecine-Sciences Flammarion, 2007:516–517.
3. Larcher P, Barbier C, Bouille Ambrosini I. Continuité des soins. De l'entrée à la levée d'érou. Dossier «soins aux personnes détenues». *Gestions Hospitalières* 2011;506:344–346.
4. Cogitore J. Accès aux soins en milieu pénitentiaire. Numéro spécial «Agir pour l'accès de chacun aux soins de qualité». *PRESCRIRE* 2012; 30(322):574–576.
5. Haut Comité de la Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris: La Documentation française; 1998. p. 327–328.
6. Chevallier J. Révision générale des politiques publiques et gestion des ressources humaines. *Revue française d'administration publique* 2010; 4(136):907–918.
7. Cristol D. Service public et hôpital, quarante ans après la loi Boulin. In: Couty E, Kouchner C, Laude A, Tabuteau D (dir). *La loi HPST: regards sur la réforme du système de santé*. Rennes: Presses de l'EHES; 2010. p. 73–84.
8. Castiel D, Bréchat PH. Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social: vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité? *Médecine & Droit* 2009;95:52–57.
9. Bertrand-Mapataud M. Bilan d'étape du projet d'unité hospitalière sécurisée interrégionale du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière: un an après son ouverture, résultats et perspectives. Mémoire de fin de formation de directeur d'hôpital, Ecole des hautes études en santé publique; 2010.
10. Bréchat PH. Précaires, personnes âgées, patientes complexes: les exclus du système de santé. Suite à une communication orale. *Le + Le nouvel Observateur*, le 7 avril 2012. Disponible sur: <http://le-plus.nouvelobs.com/contribution/520544-precaires-personnes-agees-patients-complexes-les-exclus-du-systeme-de-sante.html> (consulté le 17 juillet 2012).
11. Jourdain A (dir). Les SROS de troisième génération: un état des lieux en 2007. Association des Régions de France et Ecole des hautes études en santé publique; 2009. p. 55.
12. Bréchat PH, Leenhardt A, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R, Matisse F, Baraille D, Beaufils P. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé publique* 2010;22(5):571–580.
13. Caillol M, Le Coz P, Aubry R, Bréchat PH. Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. *Santé publique* 2010;22(6):625–636.
14. Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE). Avis N°101. Santé, éthique et argent: les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. Paris: Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé; 2007:6.
15. Tabuteau D. Tribune. In: Bréchat PH, Lebas J (dir). *Innover contre les inégalités de santé*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012. p. 417–420.
16. Rosanvallon P. *La société des égaux*. Paris: Editions du Seuil; 2011. p. 11–23.
17. Couty E. Hôpital public: le grand virage. Dossier: La privatisation de la santé. *SEVE: Les tribunes de la santé* 2010;3(28):39–48.
18. Tabuteau D. Loi de santé publique et politique de santé. *Santé publique* 2010;2:262.