

N° 222

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 17 février 2009

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi pénitentiaire
(texte de la commission),*

Par M. Nicolas ABOUT,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguette Dini, M. Jean-Marc Juillard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

Voir le(s) numéro(s) :

Sénat : 495 (2007-2008), 143, 201 et 202 (2008-2009).

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT PROPOS	5
I. PROGRÈS ET LIMITES DE LA LOI DE 1994	7
A. DONNER AUX STRUCTURES HOSPITALIÈRES AU SEIN DE LA PRISON LES MOYENS DE FONCTIONNER	9
1. <i>Une organisation trop dépendante de l'implication des acteurs</i>	10
a) Assurer le travail en commun des unités au sein des établissements pénitentiaires et les relations avec l'administration.....	10
b) Renforcer le statut des personnels médicaux.....	12
2. <i>Mieux allouer les moyens financiers</i>	15
a) La prise en compte des insuffisances de la tarification à l'activité	15
b) Un financement approximatif des soins psychiatriques.....	17
B. ASSURER LA COHÉRENCE DES SOINS HORS DE LA PRISON	18
1. <i>Assurer la cohérence des sorties pour soins</i>	18
a) Nécessité et difficulté pour le détenu malade des sorties pour soins ambulatoires.....	18
b) Les structures d'accueil spécialisées.....	19
2. <i>Assurer un suivi des soins après la sortie de prison</i>	22
a) Éviter que la libération ne signifie l'interruption brutale des soins	22
b) Des progrès en demi-teinte concernant l'affiliation à la sécurité sociale.....	23
II. GARANTIR L'EFFECTIVITÉ DES SOINS	25
A. UNE CLARIFICATION NÉCESSAIRE DES MISSIONS	26
1. <i>Sanctuariser la relation entre le médecin et ses patients</i>	26
2. <i>Fixer des objectifs de santé publique pour la population carcérale</i>	27
a) Les pathologies et le suicide	27
b) Les conditions d'incarcération.....	29
B. DONNER LES MOYENS DE SOIGNER	30
1. <i>Introduire plus d'humanité dans les pratiques</i>	30
a) Le respect dû aux personnes	30
b) La prise en compte des besoins des plus fragiles	31
2. <i>Utiliser les techniques les plus modernes</i>	31
a) L'intérêt de l'investissement dans la télémédecine	32
b) Mettre fin aux fouilles intégrales et aux investigations corporelles par l'usage de scanners.....	32
EXAMEN DES ARTICLES	33
• Article additionnel après l'article 3 Obligation pour les magistrats du parquet et les juges d'instruction d'effectuer des visites régulières en prison	33
• Article additionnel après l'article 11 bis Possibilité pour les prisonniers de choisir leur alimentation	34
• Article 11 ter Obligation d'activité	34

• <i>Article additionnel avant l'article 13 (art. 713-3 du code de procédure pénale)</i>	
Indexation de la rémunération des détenus sur le Smic	37
• <i>Article 14 Acte d'engagement</i>	38
• <i>Article 15 Droits des détenus au maintien des relations avec leur famille</i>	39
• <i>Article additionnel avant l'article 20 Respect par l'administration pénitentiaire du secret médical</i>	41
• <i>Article 20 Prise en charge des soins par le service public hospitalier - Restriction des informations susceptibles d'être communiquées aux proches</i>	41
• <i>Article 21 Obligation d'un permis de visite spécifique pour l'accompagnement du détenu dans des conditions de confidentialité</i>	43
• <i>Article 22 Rémunération des aidants par l'administration pénitentiaire</i>	44
• <i>Article additionnel après l'article 22 Interdiction de demander un acte non médical aux médecins chargés des détenus</i>	45
• <i>Article additionnel après l'article 22 (art. L. 161-13 du code de la sécurité sociale)</i>	
Instauration d'une visite médicale obligatoire après la sortie de prison	45
• <i>Article additionnel après l'article 22 Possibilité pour un détenu de consulter un médecin extérieur à l'hôpital de rattachement de l'unité de soins en milieu carcéral</i>	46
• <i>Article additionnel après l'article 22 Mise en place du dossier médical électronique unique pour les détenus</i>	46
• <i>Article additionnel après l'article 22 Obligation d'un contrat d'entretien des matériels de soins en prison</i>	47
• <i>Article additionnel après l'article 22 Mise en place d'un plan télémedecine</i>	47
• <i>Article additionnel après l'article 22 Placement dans un établissement spécialisé des détenus ayant fait plus d'un long séjour au sein d'un SMPR</i>	48
• <i>Article additionnel avant l'article 24 Mise en place d'un plan d'équipement en moyens de détection électronique</i>	48
• <i>Article 24 Fouilles</i>	49
• <i>Article additionnel après l'article 32 Interdiction d'incarcération de nouveaux détenus dans un établissement ayant un taux d'occupation supérieur à 120 % de ses capacités</i>	50
TRAVAUX DE LA COMMISSION	51
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	59

Mesdames, Messieurs,

La prison est un lieu de vie. Certains y passent une ou plusieurs parenthèses courtes dans leur existence. D'autres y restent de nombreuses années. On y accouche, on y passe des jours et des nuits plus ou moins rapides et parfois, malheureusement, on y meurt. C'est parce que la prison est un lieu de vie clos, mais aussi un lieu d'ouverture sur la vie sociale par la perspective de la réinsertion, que la santé des détenus intéresse la commission des affaires sociales du Sénat. La population carcérale concentre les difficultés sociales (illettrisme, chômage, part importante de non nationaux) et sanitaires. La manière dont l'Etat prend en charge la santé de ces personnes est donc significative de l'importance accordée ou non par notre société à ses éléments particulièrement fragiles et à la possibilité, qu'elle affirme vouloir leur offrir, de retrouver une place en tant que membres à part entière de la communauté nationale. De ce point de vue, si d'importants progrès ont été faits, la situation demeure insatisfaisante.

La loi du 18 janvier 1994 se donnait comme objectif de faire entrer la santé en prison dans le droit commun de l'accès aux soins en France en opérant un double choix : soustraire les soins à la tutelle de l'administration pénitentiaire en les confiant à l'hôpital et accorder aux détenus le même niveau de soins qu'au reste de la population. A bien des égards, ces orientations font aujourd'hui figure de vœu pieux. L'exercice des soins en milieu carcéral est soumis à des contraintes particulières tenant à la nécessité d'organiser la surveillance des détenus et la sécurité de l'établissement. Surtout, le lien entre soins dispensés à l'intérieur de la prison et soins hospitaliers n'a jamais vraiment pu se faire en raison de la réticence des médecins et des hôpitaux eux-mêmes. Il est significatif que, après avoir longtemps tardé à mettre en place des chambres hospitalières susceptibles d'accueillir les détenus dans des conditions analogues à celles des autres patients, on envisage désormais la création d'unités spécifiques ou intermédiaires. D'autant que celles-ci paraissent coûteuses et doivent encore faire la preuve, par la qualité des soins qu'elles dispenseront, que l'on n'a pas, de fait, renoncé à faire entrer l'hôpital en prison et choisi de faire entrer la prison à l'hôpital.

Qui plus est, de nombreuses associations intervenant en milieu carcéral, le comité national consultatif d'éthique et le Sénat lui-même ont dénoncé depuis de nombreuses années une tendance qui aggrave considérablement l'état de la santé en prison : l'enfermement des personnes atteintes de troubles mentaux. Bien que conforme à l'évolution du droit qui permet aujourd'hui une reconnaissance largement étendue de la responsabilité pénale, le fait d'enfermer en prison des malades souffrant de troubles psychiatriques aboutit à nier le sens d'une peine qu'ils ne parviennent pas à comprendre. L'inadaptation de leur comportement au milieu carcéral est également source de troubles dans l'organisation de la prison et des soins, qui se trouvent concentrés sur quelques cas relevant à l'évidence plus de l'hôpital que de la prison.

Soucieux de contribuer à combler l'écart entre les principes affichés depuis 1994 et la réalité des choses, et pour s'associer au travail de fond mené par la commission des lois, la commission des affaires sociales propose d'améliorer l'organisation des soins, de clarifier les missions des personnels soignants, de promouvoir l'emploi des techniques les plus modernes pour garantir la qualité des soins et mettre fin aux pratiques attentatoires à la dignité des détenus, enfin, de renforcer les conditions d'hygiène en prison.

Ces propositions se fondent sur le constat que, si la loi du 18 janvier 1994 a marqué une avancée essentielle, elle connaît désormais des limites, tant pour ce qui est des unités médicales en milieu carcéral que pour les soins dispensés à l'hôpital. Il s'agit donc de garantir l'effectivité des soins en définissant mieux les missions des différents acteurs et en mettant à leur disposition des moyens adaptés.

I. PROGRÈS ET LIMITES DE LA LOI DE 1994

Trop longtemps, la prise en charge de la santé des prisonniers est apparue comme une concession faite au sentiment d'humanité. S'adressant au plus petit dénominateur commun, à la vie « nue »¹ qu'il s'agissait de ne pas laisser mourir, cette attitude était marquée par une double tare : la méfiance et l'obligation de rachat.

Criminel, le détenu était d'abord un être hors norme, susceptible de détourner à d'autres fins les traitements qui lui seraient dispensés. Concrètement, les médicaments ne lui étaient donc pas remis en pilules, constituant la base potentielle d'un trafic, mais dilués dans de l'eau avant de faire l'objet d'une ingestion surveillée. Préparées le vendredi pour les deux jours suivants, ces décoctions perdaient au fil des heures leur efficacité thérapeutique et progressivement n'apportaient plus ni soin, ni soulagement. Ainsi, l'apparente surconsommation de médicaments en milieu carcéral s'expliquait par la faiblesse de leur mode d'administration, l'obtention illégale de pilules par supplication ou corruption venant parfois paradoxalement compenser l'illusion de traitement. La défiance à l'égard des prisonniers faisait naître et entretenait le trafic sans même garantir la prise en charge de la santé.

L'obligation de « rachat » pesant sur les prisonniers marquait également la manière dont on envisageait leur santé. Une tradition ancienne les considérait notamment comme un terrain propice aux essais médicaux selon le principe « *experimentum in corpore vili* ». En 1974 encore, Hans Jonas, l'un des grands penseurs de l'éthique, pouvait justifier l'expérimentation sur les prisonniers car ceux-ci « *sont dans un rapport particulier de dette à l'égard de la société et leur offre de service - qu'elle qu'en soit la raison - peut-être acceptée avec un minimum de scrupules, comme un moyen de réparation* »². Exposer la santé des prisonniers de manière à leur permettre d'expié leur crime répond pourtant à une logique doublement perverse. D'une part, elle associe les médecins à l'administration de la peine, ce qui trouble la nature de leur mission et sacrifie la protection de la santé de l'individu au nom du bien-être collectif³. D'autre part, la perspective de permettre au détenu de retrouver une légitimité sociale en

¹ Giorgio Agamben, *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, Seuil, 1997, p. 18.

² Hans Jonas, *Philosophical essays*, Prentice-Hall, 1974, p.123, cité par Grégoire Chamayou, *Les corps vils, La découverte*, 2008, p. 95.

³ L'article 96 du décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 modifiant le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires a mis fin à cette ambiguïté en introduisant dans le code de procédure pénale un article D. 363. qui dispose que : « Conformément à l'article L. 209-5 du code de la santé publique, les détenus ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches biomédicales que s'il en est attendu un bénéfice direct et majeur pour leur santé. Leur consentement est recueilli selon les modalités prévues par les articles L. 209-9 et L. 209-10 du même code ».

faisant « don » de son corps peut entrer en conflit avec la rationalité médicale voire la subvertir, comme l'a tristement illustré l'affaire du sang contaminé¹.

Chargé de présenter le bilan de la prise en charge de la santé des détenus, le rapport du Haut Comité de la santé publique remis en janvier 1993 dressait logiquement un constat d'échec fondé notamment sur les indicateurs suivants, rappelés par la circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale : prévalence du VIH dix fois supérieure en milieu carcéral, tuberculose trois fois plus fréquente que dans la population générale, toxicomanie touchant 15 % des détenus.

En disposant dans son article 2 que : « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire (...)* », la loi du 18 janvier 1994², relative à la santé publique et à la protection sociale a procédé à une triple normalisation des soins en milieu carcéral. Tout d'abord, les médecins chargés de la santé des prisonniers ne sont plus employés par l'administration pénitentiaire mais par l'hôpital public. Ensuite, les soins dispensés ont vocation à être de même niveau que ceux dispensés à la population générale tant en termes de compétences que de moyens. Enfin, les détenus ne sont plus considérés comme des objets de soins mais comme des citoyens jouissant d'un droit à la santé garanti par l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 ainsi que par les textes internationaux au premier rang desquels figure le Préambule de la Constitution de l'organisation mondiale de la santé du 26 juillet 1946.

A bien des égards, on peut donc affirmer que la loi du 18 janvier 1994 a posé les principes permettant de régler les problèmes liés à l'organisation des soins en prison. Mais fixer des principes ne peut suffire et votre rapporteur n'a pu que constater la variabilité des pratiques de terrain, plus ou moins conformes à la lettre et à l'esprit de la loi, qui conditionnent l'accès des détenus aux soins. Malgré les avancées incontestables depuis 1994, des clarifications et réformes importantes s'avèrent aujourd'hui nécessaires pour garantir l'effectivité des soins, tant au sein de la prison qu'en dehors du milieu carcéral.

¹ D'après le rapport d'enquête sur la collecte de sang en milieu carcéral remis en novembre 1992 par l'Igas et l'IGSJ, les collectes de sang en prison seraient responsables en 1985 de 25 % des contaminations liées à des transfusions alors que le volume de sang collecté ne représentait que 0,35 % du total des dons d'une année. Cf. Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, Flammarion, 1995, p. 41.

² Loi n° 94-43.

A. DONNER AUX STRUCTURES HOSPITALIÈRES AU SEIN DE LA PRISON LES MOYENS DE FONCTIONNER

La prise en charge de la santé en prison a été confiée progressivement à l'hôpital au fur et à mesure que l'organisation des soins par l'administration pénitentiaire faisait la preuve de son inadaptation, tant pour le soin des maladies anciennes que pour celui des risques émergents du type VIH. Si cette évolution a été lente et ne s'est pas faite sans résistances, notamment parce qu'elle ouvrait le monde carcéral sur l'extérieur, elle a également permis de décharger le ministère de la justice d'une mission pour laquelle il était mal équipé et a finalement recueilli l'assentiment, d'abord, puis l'adhésion de l'administration, puis des personnels.

Dès 1984, l'Igas et les services déconcentrés du ministère de la santé se voient confier le contrôle de l'action sanitaire en milieu carcéral afin d'éviter que les médecins dépendant de l'administration pénitentiaire ne demeurent à la fois acteurs et évaluateurs. En 1985, est créée à Fresnes la première structure de type hospitalier en prison. L'exercice direct des soins par les établissements hospitaliers commence l'année suivante dans le domaine de la psychiatrie. Le décret du 14 mars 1986 prévoit dans son article 11 la création, dans chaque région pénitentiaire, d'un service médico-psychologique régional (SMPR) dépendant d'un centre hospitalier et aménagé au sein d'un établissement pénitentiaire. Les conventions entre établissements pénitentiaires et hospitaliers se multiplient et deviennent également possibles pour l'organisation des soins somatiques en 1989. D'abord limitées à la mise en place de centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine, ces conventions sont étendues à l'ensemble des soins somatiques en 1992 par la signature de trois conventions pilotes entre établissements pénitentiaires et centres hospitaliers à Laon, Châteauroux et Lyon. Après la loi du 18 janvier 1994, la circulaire du 8 décembre suivant prévoit, pour assurer les missions incombant aux hôpitaux au titre des soins somatiques, la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA). Dans les établissements ne comportant pas de SMPR, un psychiatre hospitalier est affecté au sein de l'UCSA afin d'assurer le suivi psychiatrique des détenus.

En 2008, il existe 194 UCSA correspondant aux 194 établissements pénitentiaires et 26 SMPR, soit une couverture intégrale de la carte pénitentiaire de la France. Arrivées désormais à leur plein développement, ces structures sont confrontées à des difficultés qui concernent tant leurs moyens matériels et humains que leur financement.

1. Une organisation trop dépendante de l'implication des acteurs

Bien que les structures de soins en prison soient désormais rattachées à l'hôpital, les spécificités tenant au cadre dans lequel elles se trouvent et à la population qu'elles prennent en charge les exposent au risque de se trouver isolées du milieu hospitalier général, voire à un relatif abandon. Le problème est donc à la fois d'assurer le bon fonctionnement des unités de soins à l'intérieur de la prison et de garantir leur lien dynamique avec le ou les hôpitaux de rattachement.

a) Assurer le travail en commun des unités au sein des établissements pénitentiaires et les relations avec l'administration

Une première difficulté tient à la multiplicité des structures hospitalières impliquées. Les hôpitaux en charge des soins somatiques assurant rarement les soins psychiatriques, ce sont deux établissements hospitaliers différents qui sont en charge d'une part de l'UCSA, d'autre part, du SMPR quand ils existent tous deux au sein d'un même établissement pénitentiaire. Or, s'il n'existe que vingt-six SMPR, leurs difficultés de coordination avec les UCSA concernent potentiellement tous les détenus puisque ceux qui nécessitent des soins psychiatriques réguliers font l'objet, dans les conditions définies par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, d'un transfert de l'établissement dans lequel ils se trouvent vers celui où est situé le SMPR. Quand les UCSA sont en charge de l'ensemble des soins, le psychiatre qui leur est rattaché dépend également le plus souvent d'un hôpital différent de celui des autres personnels. Cette dichotomie est imposée par la nature même des structures hospitalières sur le territoire et il ne peut y être remédié.

Elle est néanmoins cause de difficultés de fonctionnement qui doivent être le plus possible aplanies. Ainsi, une coordination est nécessaire entre les soins somatiques et les soins psychiatriques suivis par un même patient. Or, dans les cas où une UCSA et un SMPR fonctionnent au sein de l'établissement, il arrive que la seule coordination effectuée se fasse par l'intermédiaire des médicaments, fournis par la pharmacie rattachée à l'UCSA. Ce contrôle minimal de l'éventuelle incompatibilité des prescriptions est le plus souvent complété par des contacts, au moins oraux, entre médecins. La mise en place d'un dossier médical commun demeure en revanche trop rare. Ceci est partiellement la conséquence des cultures médicales qui s'opposent entre psychiatrie et médecine somatique, chaque médecin souhaitant conserver un dossier qui corresponde à son type de traitement.

Mais au-delà de cette opposition et quand bien même un accord existe entre médecins sur la tenue d'un dossier commun, la différence de rattachement hospitalier des unités crée une difficulté supplémentaire qui tient à ce que les contraintes administratives liées à la tenue des dossiers varient d'un établissement à l'autre. Un recours à un dossier informatique standardisé paraît donc souhaitable. Mais un problème matériel se pose : votre rapporteur

ne peut que regretter que tous les UCSA et SMPR ne soient pas encore connectés à l'Internet ou en lien avec le réseau de leur hôpital de rattachement. Ceci a un effet direct sur la qualité des soins dispensés. Cependant, même quand chaque unité est effectivement connectée à son hôpital de rattachement, l'UCSA et le SMPR ne disposent pas nécessairement d'une connexion interne les reliant entre eux au sein de l'établissement pénitentiaire. Plusieurs causes sont à l'origine de cette lacune : tout d'abord, l'impossibilité de répartir les frais liés aux travaux de pose de la fibre entre les hôpitaux ainsi que la nécessité d'obtenir la mise à disposition d'espace ou de matériel par la direction de la prison ; ensuite, l'incompatibilité des systèmes informatiques des différents hôpitaux. Seule une politique active de coordination confiée aux futures agences régionales de santé sous l'égide de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) du ministère de la santé peut permettre de surmonter cet obstacle à une bonne organisation des soins.

D'autant que s'y ajoute le problème des relations entre les personnels pénitentiaires et les médecins, quelle que soit la structure d'exercice de ceux-ci. Il faut d'abord mesurer ce qu'implique le choc de deux cultures professionnelles difficilement conciliables. Alors que les médecins doivent avoir pour souci prioritaire la santé de leur patient, le respect de son consentement et de son autonomie dans une optique tant curative que d'éducation à la santé, les personnels pénitentiaires, au premier rang desquels se trouvent les gardiens, ont pour mission d'assurer la surveillance de détenus présentant des degrés de dangerosité divers. Ainsi, leur mise à l'écart dans la relation entre le médecin et le patient détenu peut-elle être cause d'incompréhension. Celle-ci s'accroît du fait que le secret médical interdit de révéler la nature exacte de la pathologie dont souffre le détenu, même quand elle est source d'inquiétude : le VIH ou les hépatites notamment sont encore parfois perçus, à tort, comme transmissibles par simple contact et donc comme représentant un risque pour les personnels. De plus, les traitements ont pour but de soigner, et non nécessairement de limiter le trouble éventuel que cause un détenu atteint par exemple d'une pathologie mentale, ce qui peut également être facteur de tension. Théoriquement exclus de la consultation médicale, privés d'information sur la maladie et du pouvoir de suggérer un infléchissement du traitement, les gardiens se trouvent placés dans une situation d'autant plus difficile qu'ils doivent continuer d'assurer le bon fonctionnement de la prison, en luttant contre les trafics de médicaments désormais remis en doses hebdomadaires ou mensuelles, mais également la sécurité des détenus dont l'état de santé est cause de troubles, ainsi que celle des personnels médicaux. A ces charges accrues de surveillance s'ajoute l'obligation de signaler les symptômes inquiétants, voire d'appeler les secours en cas d'absence des médecins.

Les difficultés des relations entre personnels pénitentiaires et médicaux sont généralement aplanies par les pratiques de concertation et de dialogue mises en place par les directeurs avec l'aide des médecins et parfois à leur demande. En effet, s'il ne peut être question de transformer la prison en hôpital et s'il est impératif d'éviter toute instrumentalisation des médecins par l'administration pénitentiaire qui aboutirait à faire d'eux la caution médicale de la peine et des éventuelles sanctions disciplinaires, un dialogue et des échanges d'information constants sont nécessaires. Une clarification du niveau de confidentialité des informations pourrait ainsi permettre de faciliter les échanges sans pour autant compromettre le secret médical. Les personnels médicaux ont d'autant plus intérêt à un tel échange que les soins dispensés en milieu carcéral sont dépendants des conditions de détention. Il serait également souhaitable qu'une concertation incluant les besoins spécifiques des unités médicales précède tout éventuel aménagement immobilier dans une prison.

Ainsi, les bonnes relations entre personnels médicaux et pénitentiaires, reposant essentiellement sur les personnes, s'appuient nécessairement sur la séparation et la compréhension réciproque des missions qui doivent dès lors être définies le plus clairement possible.

Il est également indispensable que le statut des personnels médicaux en prison reflète les conditions particulières dans lesquelles ils exercent leur activité.

b) Renforcer le statut des personnels médicaux

Il résulte des enquêtes annuelles effectuées par la Dhos que le nombre de postes à temps plein de personnels médicaux affectés au sein des unités de soins en prison a augmenté de près de 50 % en dix ans pour s'établir à un peu plus de 469 équivalents temps plein en 2007. Parallèlement, le nombre des autres personnels soignants a augmenté d'environ 84 % sur la même période pour atteindre près de 1 897 équivalents temps plein. De tels taux d'augmentation dépassent largement l'accroissement du nombre de places en prison qui s'est établi, entre 1997 et 2007, à un peu plus de 17 %. Le nombre de soignants, médecins et autres, a donc progressivement augmenté par rapport à la population carcérale. En 2007, il y avait ainsi 0,92 médecin pour cent places de détention (0,6 médecin de soins somatiques et 0,32 médecin de soins psychiatriques) et 3,75 autres personnels soignants. A la même époque, la densité totale de médecins en France (toutes spécialités confondues) s'établit d'après l'Insee¹ à 0,338 pour cent habitants (dont 0,165 omnipraticien et 0,022 psychiatre).

¹ Tableau de l'économie française, 2008, Médecins suivant le statut et la spécialité.

	Nombre de places en détention	ETP médicaux pourvus pour 100 places	ETP médicaux psy pourvus pour 100 places	ETP non médicaux pourvus pour 100 places
1997	43 226	0,46	0,26	2,39
2001	47 286	0,54	0,31	3,11
2006	50 928	0,53	0,29	3,38
2007	50 588	0,60	0,32	3,75
Evolution 1997-2007	17,03 %	30,43 %	23,07 %	57 %

Source : Dhos

Le taux de couverture médicale des prisonniers paraît donc particulièrement satisfaisant puisque près de trois fois supérieur à la moyenne nationale. Il doit cependant être doublement corrigé. En effet, l'effort fait sur la médecine carcérale implique de comparer le taux de couverture médicale à celui des régions les mieux dotées : l'Ile-de-France compte 0,43 médecin pour cent habitants. Surtout, le nombre de postes de personnels soignants ne peut être utilement établi, comme le fait la Dhos, au regard du nombre de places théoriques en prison. Au 1^{er} décembre 2007, les 50 588 places en détention accueillait en fait 62 009 détenus **soit, à cette date, un rapport réel de 0,76 médecin et 3,06 autres personnels soignants pour cent détenus**. De plus, depuis 2007, le nombre de détenus n'a cessé de croître. Il y avait ainsi, au 1^{er} décembre 2008, 63 619 détenus en France après le pic historique de 64 250 au 1^{er} juillet 2008. On peut donc estimer que **le ratio de médecins et autres personnels soignants a régressé au cours de cette année**.

Par ailleurs, ces chiffres doivent être interprétés non seulement en termes de facilité potentielle d'accès aux soins mais aussi relativement aux besoins de la population carcérale qui se trouve dans une situation sanitaire particulièrement difficile par rapport à la population générale. Ainsi, à la prison de Bois-d'Arcy, l'UCSA reçoit en moyenne cent trente visites par jour sur une population de huit cents détenus (pour cinq cents places théoriques) dont cinq cents sont par ailleurs suivis par le SMPR, un traitement utilisant des psychotropes ayant été prescrit à près de trois cents d'entre eux.

Données de l'enquête sur les effectifs 1997-2007

	ETP médicaux somatiques pourvus	ETP médicaux psy pourvus	Total ETP médicaux	ETP non médicaux somatiques pourvus	ETP non médicaux psy pourvus	Total ETP non médicaux
1997	199,99	114,31	314,29	636,86	394,32	1 031,18
2001	257,31	146,10	403,41	910,20	561,82	1 472,02
2006	267,72	149,34	417,06	1 038,62	682,51	1 721,13
2007	306,00	163,09	469,09	1 442,10	454,66	1 896,76
Evolution 1997-2007	53,01 %	42,68 %	49,25 %	126,44 %	15,30 %	83,94 %

Source : Dhos

Relativement nombreux, les personnels hospitaliers rattachés aux unités en milieu carcéral rencontrent néanmoins plusieurs difficultés dans le déroulement de leur carrière.

La première est celle du recrutement. Les unités en milieu carcéral attirent traditionnellement des personnels médicaux particulièrement motivés par les défis de la santé en prison. Elles sont néanmoins confrontées aux mêmes problèmes que l'ensemble des structures hospitalières publiques en termes de manque de praticiens, pour des raisons simplement géographiques ou plus fondamentales de démographie médicale (disparition du diplôme d'infirmier psychiatre, réduction du nombre de postes de gynécologie médicale ouverts à l'internat, désaffection pour la médecine générale). A ces difficultés communes s'ajoute une complication spécifique à l'exercice en milieu carcéral : l'accès même au lieu de travail est subordonné à de nombreuses formalités très chronophages. En outre, les postes proposés ne sont guère attractifs : les postes à temps plein sont peu nombreux, les postes à temps partiel étant privilégiés dans le cadre de la répartition de moyens limités entre les différents établissements pénitentiaires. La difficulté s'accroît du fait du faible nombre de postes de responsabilité ouverts au sein des unités en milieu carcéral. On ne compte ainsi que deux chefs de service pour l'ensemble des UCSA. Ainsi, faire le choix de l'exercice en milieu carcéral demande au médecin de se soumettre à des contraintes importantes, souvent au nom d'un idéal de service aux personnes les plus en difficulté ; or, ces contraintes sont mal compensées par l'intérêt scientifique du travail et par les perspectives d'évolution de carrière.

En effet, l'idée de mutualiser les postes à temps partiel de plusieurs établissements d'une même zone géographique pour reconstituer des postes à temps plein plus attractifs se heurte au besoin de conserver aux praticiens exerçant en milieu carcéral une ouverture sur l'hôpital qui les garde au contact des dernières évolutions thérapeutiques et facilite une éventuelle évolution au sein de l'établissement s'ils manifestent le souhait de quitter les unités de

soins en prison. De fait, la médecine pratiquée en prison fait la plupart du temps appel à des compétences de base et s'avère particulièrement répétitive. A l'intérêt scientifique relativement faible s'ajoute le caractère particulièrement dur de la population traitée. L'existence de différentes primes liées à l'exercice en milieu carcéral et l'attrait d'horaires permettant une meilleure conciliation entre vie professionnelle et familiale qu'à l'hôpital ne compensent ni toujours, ni pour tous, ces facteurs de démotivation. Votre rapporteur a pu constater les effets de l'usure psychologique ainsi produite sur les personnels soignants, souvent jeunes mais parfois au bord de la dépression, avec des conséquences tant sur eux-mêmes que sur les soins qu'ils dispensent. Or, malgré une priorité de reclassement inscrite dans les directives de la Dhos pour ces personnels, l'exercice des soins en milieu carcéral est considéré comme déqualifiant pour plusieurs catégories de personnels, notamment les infirmières récemment sorties de l'école et qui ont effectué en prison leur premier poste. Elles rencontrent alors d'importantes difficultés pratiques à trouver un poste qui puisse leur convenir au sein d'un autre service hospitalier.

Une gestion efficace du personnel hospitalier affecté dans les unités de soins en milieu carcéral suppose donc de rendre les postes au sein de ces unités plus attractifs dans le cadre d'un déroulement de carrière qui permette d'alterner, simultanément ou successivement, pratique hospitalière et pratique dans le cadre de la prison.

Les difficultés rencontrées par les structures et les personnels peuvent sans doute se trouver allégées par une meilleure allocation des moyens financiers mis à disposition des hôpitaux pour assurer le fonctionnement des unités de soins en milieu carcéral.

2. Mieux allouer les moyens financiers

Malgré un travail continu pour tenter d'approcher au plus près les besoins et le coût de la santé en prison, les mécanismes de financement restent encore trop éloignés de la réalité des besoins et sont donc susceptibles d'être détournés de leur objectif.

a) La prise en compte des insuffisances de la tarification à l'activité

Comme toute activité hospitalière, le financement des activités des unités de soins en milieu carcéral repose sur les tarifs de prestation. Il a néanmoins été considéré dès 1994 que les conditions particulières d'exercice des soins, dont l'organisation et l'évolution dépendent des contraintes imposées par le ministère de la justice, entraînaient des surcoûts que la tarification à la prestation ne peut correctement couvrir. Le guide méthodologique élaboré par la Dhos pour la contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (Migac)¹ note ainsi que le calcul du coût de fonctionnement des UCSA par nombre de places théoriques

¹ 3^{ème} édition, juin 2008, p. 62.

varie dans une proportion de un à dix. Or, pareil écart ne peut être totalement expliqué par la différence entre le nombre de places et le nombre réel de détenus ou par les catégories d'établissement (centres de détention, maisons d'arrêt, centres pénitentiaires).

Une dotation complémentaire Migac est donc allouée aux établissements hospitaliers en charge du fonctionnement des unités de soins en prison. Depuis 2006, ce sont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qui ont en charge l'évolution du montant de cette dotation dans le cadre de la négociation annuelle qu'elles conduisent avec les établissements hospitaliers pour la mise à jour de l'avenant Migac du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'administration centrale reste néanmoins impliquée dans le financement puisque les moyens permettant la création de nouvelles structures ou l'augmentation des capacités sont délégués par la Dhos aux ARH dans le cadre des circulaires tarifaires. La Dhos a par ailleurs engagé un travail de normalisation des financements afin de mettre à disposition des ARH un référentiel garantissant l'équité du financement entre les régions et entre les établissements concernés. La décision d'utiliser, en tout ou partie, les référentiels établis par la Dhos relève néanmoins des ARH qui peuvent adapter les normes nationales aux besoins régionaux tels qu'ils sont perçus. Les agences exercent également le contrôle des engagements pris par les établissements hospitaliers en contrepartie de l'obtention de la dotation Migac.

Le montant de la dotation varie selon la taille de l'établissement carcéral où se trouve la structure de soins. La structure de base de type UCSA a été définie par la Dhos comme celle susceptible de prendre en charge entre soixante-dix et deux cents détenus. Elle est dotée financièrement à concurrence de 1,3 équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier, quatre ETP d'infirmier diplômé d'Etat, 0,6 ETP de préparateur en pharmacie, 0,8 de secrétariat auquel s'ajoutent 20 % de frais de structure. Le forfait de base s'élève, en 2008, à 456 000 euros. Il est divisé de moitié pour les UCSA ayant en charge moins de soixante-dix places de détention, soit 228 000 euros. Au-delà de deux cents places, le forfait est complété par une part variable corrélée au taux d'occupation réel, et non à la capacité théorique, de l'établissement. Cette distinction est particulièrement importante. Si la dotation Migac de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille au titre du fonctionnement de l'UCSA de la maison d'arrêt des Baumettes était établie sur la base de la capacité théorique de l'établissement, son montant s'élèverait à un peu moins de 3 millions d'euros. La dotation effectivement accordée en 2007, prenant en compte la suroccupation de 137 % des locaux, s'établit à près de 4,8 millions. Au total, le montant de la dotation accordée aux établissements hospitaliers au titre des UCSA s'élevait, pour 2007, à 136 613 794 euros.

b) Un financement approximatif des soins psychiatriques

De même qu'en pratique hospitalière générale, il n'existe pas de tarification à l'activité des soins psychiatriques en milieu carcéral, les dotations liées aux soins psychiatriques dispensés au sein des UCSA sont donc évaluatives. Elles ont été fixées par la Dhos à un tiers de la dotation accordée au titre des soins somatiques et sont intégrées à la dotation annuelle de financement.

Les SMPR continuent d'être financés sur la base de leur dotation historique datant de 1987. La mise en place de la valorisation de l'activité en psychiatrie, dont on peut espérer qu'elle aboutira à la fin de l'année 2009 après vingt ans d'élaboration, devrait permettre de remettre à plat tant le financement des SMPR que celui des soins psychiatriques en UCSA et de passer à un système reposant, comme pour les soins somatiques, sur la tarification des prestations complétée par une dotation Migac spécifique.

Dans l'attente de cette réforme, le financement des SMPR paraît d'autant plus approximatif que la Dhos ne dispose pour 2007 (derniers chiffres consolidés) que des montants perçus par vingt-quatre des vingt-six services, le total partiel s'élevant à 27 699 175 euros.

En dehors des problèmes spécifiques liés à la psychiatrie, le mode de financement des soins en prison reflète bien l'impossibilité de faire reposer sur la seule tarification à l'activité une pratique de soins s'exerçant dans un cadre et sur une population si spécifiques. Seule une dotation correspondant au caractère d'intérêt général est susceptible de permettre un niveau de financement adéquat. La question est donc celle de la prise en compte des besoins réels, qui s'avère particulièrement difficile étant donné la surpopulation carcérale et les variations importantes du nombre de détenus en cours d'année au sein d'un établissement carcéral. Le souci de prise en compte du taux d'occupation réel des établissements est visible dans le travail des ARH, mais le risque de décalage avec la réalité demeure car l'adaptation des soins aux besoins dépend non seulement des ARH mais aussi des hôpitaux. Or, le peu d'intérêt que ceux-ci peuvent porter aux soins dispensés en milieu carcéral crée un double risque : celui d'un faible engagement dans les négociations concernant la dotation des UCSA, et donc d'une prise en compte insuffisante des moyens supplémentaires éventuellement nécessaires, et celui d'une appropriation des fonds destinés aux UCSA pour les autres missions de l'hôpital. Malgré les contrôles exercés par les ARH, des cas d'affectations fictives de personnel et de non-renouvellement des matériels pourtant programmés ont été signalés à votre rapporteur.

Comme pour la motivation des personnels, la tarification la plus exacte des soins passe par une valorisation qui n'est pas uniquement financière. C'est la place des UCSA et des SMPR parmi les missions de l'hôpital qui doit être soulignée et préservée. Mais la question des soins dispensés aux prisonniers ne se limite pas à ceux prodigués en milieu carcéral. L'un des défis de la santé des prisonniers est celui de la cohérence des soins qui leur sont apportés hors les murs.

B. ASSURER LA COHÉRENCE DES SOINS HORS DE LA PRISON

Contrairement à une idée répandue, la prison n'est pas un monde à part. Elle concentre simplement les difficultés diffuses dans le reste de la société. Tous ceux - directeurs, gardiens, personnels soignants - qui côtoient chaque jour les détenus, notent leur violence mais également la faiblesse de leurs moyens d'expression et de leurs connaissances. Issus majoritairement des populations les plus marginalisées, la plupart des détenus se trouvent face aux soins dans une position identique à celle qui est la leur face à l'éducation. Paradoxalement, la prison offre donc à nombre d'entre eux un premier accès à la santé. Pour que l'effort consenti pour leur prise en charge ait des effets durables, il faut que la gamme des soins offerts soit la plus complète possible et que les traitements entamés ne s'arrêtent pas dès la libération. Ces deux conditions d'une véritable prise en charge des personnes détenues impliquent de préciser les modalités de sortie des prisonniers pour raison de soins et de renforcer le suivi médical après la libération.

1. Assurer la cohérence des sorties pour soins

Les sorties de prison pour soins posent un double problème de respect du droit des malades et d'organisation des unités spécialisées.

a) Nécessité et difficulté pour le détenu malade des sorties pour soins ambulatoires

La loi du 18 janvier 1994 a fait entrer les soins en prison dans la norme des soins dispensés à la population générale. Elle n'a eu ni pour but ni pour effet de garantir aux prisonniers un niveau de soins supérieur à celui dont tout citoyen peut espérer bénéficier. Ainsi, même si ce sont les hôpitaux qui sont en charge des UCSA, ces unités garantissent l'exercice au sein de la prison de soins ambulatoires courants et ne peuvent prendre en charge ni la plupart des consultations de spécialistes, ni une hospitalisation¹. Concernant les spécialistes intervenant au sein des UCSA, une adaptation aux besoins de la population est généralement pratiquée, ainsi des gynécologues interviennent dans les unités situées dans les prisons pour femmes. Il convient également de noter que la plupart des UCSA ont la possibilité de pratiquer les soins dentaires. La question se pose de manière un peu différente pour les SMPR qui offrent des soins spécialisés et disposent pour vingt-deux d'entre eux de lits permettant des soins plus longs que ceux généralement associés à la médecine ambulatoire. Votre rapporteur a pu constater que certains détenus y passaient de fait de nombreuses années voire la quasi-intégralité de leur peine, ce qui peut paraître non seulement comme un détournement de la vocation des lits

¹ *Le cas de la centrale de Fleury-Mérogis où se trouve un hôpital est tout à fait spécifique et a fait l'objet d'une insertion dans le rapport annuel de la Cour des comptes de février 2008 p. 537. L'absence de cohérence entre l'établissement public de santé nationale de Fresnes et le reste du système de soins est particulièrement critiquée.*

des SMPR mais surtout comme une preuve de l'inadéquation de certaines incarcérations. La règle reste néanmoins que les consultations de spécialistes impossibles à organiser en prison et les hospitalisations de prisonniers s'effectuent au sein des structures hospitalières de rattachement ou des unités spécialisées.

Or, ces sorties s'avèrent particulièrement coûteuses, 1 300 euros en moyenne en Ile-de-France. Elles sont également difficiles à organiser puisqu'elles relèvent de plus en plus de la responsabilité unique de l'administration pénitentiaire conformément au programme de transfert de compétences de la police et de la gendarmerie 2007-2009 mais impliquent encore ces services selon des modalités variables localement. Le rapport de la mission d'audit et de modernisation de juillet 2007, consacré à la mission de garde et d'escorte des détenus hospitalisés, estimait le coût total des sorties pour hospitalisation à au moins 41 millions d'euros dont 17 supportés par l'administration pénitentiaire. Une demande de sortie par un médecin de l'UCSA ou du SMPR fait donc toujours l'objet d'une négociation avec le directeur de la prison. Ici encore, c'est la qualité de la relation de travail tissée entre responsables médicaux et pénitentiaires qui détermine la plus ou moins grande facilité pour les détenus de l'accès aux soins extérieurs et la rapidité de la réponse aux situations d'urgence.

Ces sorties posent enfin un problème de respect des droits des détenus. Malgré les circulaires du ministère de la justice destinées à limiter l'usage des entraves aux détenus présentant un véritable risque de fuite, la pratique demeure commune quel que soit le danger présenté par le prisonnier. Les gardiens responsables du bon déroulement de la sortie assistent également trop souvent aux examens ou à l'entretien avec le spécialiste consulté. Cette présence est attentatoire au secret médical et à la possibilité pour le détenu de construire une relation de confiance avec le praticien, lui permettant de révéler ses symptômes et ses inquiétudes. Parfois, il est vrai, c'est à la demande de médecins légitimement réticents à l'idée de se retrouver seuls face à des personnes potentiellement agressives voire dangereuses que la présence du gardien est sollicitée. Mais le souci de la plus grande sécurité résulte aussi de la responsabilité qui pèse sur le gardien en cas de dysfonctionnement. Un allègement des contraintes doit donc être assumé par la loi pour pouvoir se traduire dans les faits. A défaut, des pratiques choquantes (bien que paradoxalement dictées par le souci de respecter l'intimité d'une personne), comme le menottage d'une détenue pendant son accouchement, se perpétueront malgré l'interdiction figurant dans les textes.

b) Les structures d'accueil spécialisées

Plusieurs types de structures ont été créées pour permettre l'accueil des prisonniers nécessitant des soins extérieurs à la prison. Les différents programmes sont à la recherche d'un équilibre entre soins et sécurité qui s'avère particulièrement coûteux ; leur efficacité, pour l'instant, reste à prouver.

Les chambres sécurisées constituent le premier type de structure d'accueil. Situées au sein des hôpitaux de rattachement des UCSA et SMPR, elles sont destinées aux hospitalisations de très courte durée ou en urgence des détenus. Ces chambres banalisées peuvent servir également aux patients non détenus quand elles sont disponibles et répondent à des critères d'aménagement fixés dans un cahier des charges du ministère de l'intérieur en 2001. Ces critères sont : implantation au sein des services dits aigus de l'hôpital (en pratique médecine, chirurgie ou, plus rarement, service d'urgence), le plus près possible du plateau technique et de préférence en étage. L'impératif de rapidité des soins, et donc de sortie de l'hôpital pour le retour vers la prison, prime ici les pures contraintes de sécurité. Nécessaires, ces chambres restent trop peu nombreuses. Leur mise en place est en effet lente tant du fait de problèmes d'aménagement à l'intérieur de l'hôpital (difficulté à trouver un emplacement dans le service adéquat, éventuelle réticence des médecins à l'accueil régulier de détenus) que pour des raisons budgétaires (les contraintes imposées par le cahier des charges du ministère de la justice impliquent une participation de l'administration pénitentiaire au financement des travaux). Elle n'a été relancée que par une circulaire interministérielle du 13 mars 2006. Ainsi, sur 234 chambres prévues, seules 76 avaient été aménagées au 1^{er} juin 2008, 45 devaient être mises aux normes et plus de la moitié, 119, restaient à créer. Peu nombreuses - de trois chambres en Corse à vingt-quatre en Ile-de-France - les chambres sécurisées sont aussi inadéquatement implantées au sein des hôpitaux dans la mesure où il n'en existe pas dans les services spécialisés. Certes, les soins urgents dispensés dans certains de ces services ne semblent pas nécessiter de placer le détenu dans une chambre spécialement aménagée, ainsi dans les services de réanimation. Néanmoins, la présence de quelques chambres dans des services d'obstétrique par exemple permettrait d'offrir une plus grande intimité au détenu sans offrir de possibilité d'évasion.

La mise en place des chambres, bien que lente, représente déjà un coût important. L'apport initial du ministère de la justice est de 15 245 euros par chambre et le fonctionnement est assuré par une tarification à l'activité complétée par une dotation Migac prenant en compte les surcoûts de personnel et d'exploitation courante d'un montant que la Dhos propose aux ARH de fixer à 45 600 euros par chambre. Le montant total de dotation de 789 899 euros, versée en 2007, incite donc à penser que seules dix-sept chambres ou équivalent fonctionnaient pleinement il y a un an.

Pour les soins de plus longue durée ou nécessitant l'accès à un plateau technique très spécialisé, l'arrêté du 24 août 2000 a prévu la création de 182 lits implantés dans les centres hospitaliers universitaires au sein d'unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Ouvertes entre 2004 et 2008 à Nancy, Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, les UHSI devraient être complétées par l'ouverture de vingt-cinq lits au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris en 2009. Egalement financées au travers de la tarification et d'une dotation complémentaire Migac au titre des surcoûts, les

UHSI représentent un budget de 26 910 773 euros pour les ARH. Si, comme le suggère le rapport d'audit et de modernisation de juillet 2007 précité, la mise en place des UHSI est de nature à réduire les coûts de transfert et de surveillance des détenus hospitalisés, l'efficacité des moyens mis en œuvre en termes de qualité des soins reste à prouver.

Sur le modèle des UHSI, la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002 a créé des unités de soins spécialement aménagées (UHSA) pour répondre aux besoins en matière de soins psychiatriques. En effet, les SMPR ne disposent que de 360 lits et places, ce qui est insuffisant (bien que cela représente plus que le nombre de lits envisagés en UHSI). De plus, l'hospitalisation avec consentement s'avérant impossible dans le cadre des procédures prévues par le code de procédure pénale, les médecins se trouvent contraints d'avoir recours à l'hospitalisation d'office pour permettre l'accès de leurs patients aux soins hospitaliers. Parallèlement, le taux d'occupation élevé des secteurs de psychiatrie générale entraîne des délais d'attente. Ces facteurs sont cause d'une triple dérive. Tout d'abord, la réduction de la durée de prise en charge des détenus hospitalisés, une médication rapide étant parfois privilégiée pour permettre un retour rapide en prison, au détriment des besoins thérapeutiques du patient. Ensuite, l'utilisation inadéquate des chambres d'isolement, choisies comme moyen pour placer des patients surnuméraires et considérés comme potentiellement dangereux quel que soit leur état réel, au risque de produire une aggravation de leur crise. Nombre de médecins psychiatres exerçant en prison ont fait état à votre rapporteur du désir des malades ainsi placés d'office et abusivement en isolement de revenir le plus rapidement possible en prison où les conditions de vie sont moins rudes. Enfin, certains détenus hospitalisés dans des services de psychiatrie se trouvent placés dans les unités pour malades dangereux alors qu'ils ne représentent aucune menace réelle. Dans ces conditions, l'hospitalisation temporaire, loin d'apporter un soin psychiatrique, ne fait qu'aggraver l'état de santé mentale du détenu.

La création programmée en deux phases, 2008 et 2010, de 705 lits d'UHSA sur dix-sept sites hospitaliers regroupant chacun deux ou trois unités de vingt lits correspond à un objectif ambitieux. Il s'agit de mettre fin aux séjours de longue durée au sein des SMPR, de limiter les coûts de transfert et de surveillance en regroupant le plus grand nombre d'activités de prise en charge clinique sur un même site et d'offrir aux détenus des soins psychiatriques qui soient de même niveau que ceux offerts à la population générale. Le coût envisagé pour la mise en œuvre de ce projet peut cependant paraître démesuré puisqu'il est évalué à 50 millions d'euros d'investissement et 100 millions d'euros de fonctionnement soit quatre fois plus que pour les SMPR. Ici encore, il est permis de s'interroger sur le caractère optimal de cette allocation des moyens en termes de santé des détenus.

On envisage également parfois de placer durablement les détenus dans les unités pour malades dangereux des hôpitaux psychiatriques. Votre rapporteur tient à souligner que la généralisation d'une telle pratique viendrait

à admettre l'erreur qu'a constituée l'incarcération de ces personnes et les limites des dispositions actuelles régissant la reconnaissance de la responsabilité pénale.

Bien qu'elles cherchent à permettre de combler le fossé qui sépare trop souvent soins en milieu carcéral et soins hospitaliers, les différentes structures d'accueil récemment mises en place paraissent soit trop peu nombreuses, soit trop ambitieuses, et sans doute trop coûteuses pour le service thérapeutique rendu.

Aussi difficile soit-elle, l'amélioration des soins en prison doit être complétée par un suivi médical des personnes libérées.

2. Assurer un suivi des soins après la sortie de prison

L'incarcération devant s'inscrire dans une démarche de réinsertion, soigner et tenter de maintenir en bonne santé les détenus une fois leur peine purgée font intégralement partie des missions assignées aux médecins exerçant en prison. Cet objectif suppose notamment une politique de prévention et une éducation à la santé à destination des détenus. Elle se traduit également parfois par l'engagement dans une thérapie dont l'efficacité repose sur la continuité, dont le respect dépend tant de l'organisation des soins au moment de la sortie que du système d'affiliation des détenus à la sécurité sociale.

a) Éviter que la libération ne signifie l'interruption brutale des soins

Les chiffres fournis par l'administration pénitentiaire indiquent que la durée moyenne d'incarcération des détenus est d'un peu plus de huit mois. Pendant cette période, tout détenu effectue dès le premier jour une visite médicale, en théorie volontaire mais obligatoire dans les faits, au sein de l'UCSA de la prison où il se trouve ; il commence éventuellement un traitement de type somatique allant de la vaccination à la commande de prothèses dentaires, et parfois un traitement de type psychiatrique, en addictologie notamment.

Cette démarche de soins peut prendre fin du jour au lendemain dès que la décision de sortie est prononcée. Une mauvaise communication entre la direction de la prison et les médecins, ou une décision de remise en liberté prononcée par un juge hors de la période de permanence des soins (un vendredi soir par exemple), entraîne une sortie sans attendre la prothèse commandée, les résultats d'analyses ou même une ordonnance permettant la poursuite du traitement entamé. On ne peut certes envisager de maintenir en détention pour des raisons d'organisation des soins une personne que la justice a libérée, mais une brusque interruption du suivi est contraire à l'objectif de santé publique que sous-tend la loi de 1994 et elle est potentiellement dangereuse tant pour l'ancien détenu que pour la société, ne serait-ce que dans le cas d'une interruption d'un traitement à la méthadone. L'étude faite par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies sur les traitements de

substitution en prison note ainsi que le principal obstacle relevé par 40 % des médecins des UCSA et SMPR concerne « *la difficulté à connaître la date de sortie du patient compte tenu notamment des aménagements de peine* »¹.

b) Des progrès en demi-teinte concernant l'affiliation à la sécurité sociale

La continuité des soins dépend également de l'affiliation à un régime de sécurité sociale. La loi du 18 janvier 1994 a prévu une affiliation au régime général de sécurité sociale dès le premier jour de détention selon les modalités codifiées aux articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale. Les prestations de soins sont donc prises en charge par l'assurance maladie. Les détenus peuvent également bénéficier, à leur demande, de la couverture maladie universelle complémentaire s'ils remplissent les conditions de droit commun pour l'obtenir. Une couverture complémentaire n'est toutefois pas nécessaire pour couvrir les frais relatifs aux soins en prison qui sont intégralement pris en charge. Les droits ouverts sont maintenus après la libération du détenu, s'il ne bénéficie pas d'une nouvelle affiliation du fait de son activité professionnelle, pendant une durée initialement fixée à quatre ans par l'article R. 161-4 du code de la sécurité sociale mais ramenée à un an depuis le décret du 14 février 2007². Les ayants droit des détenus de nationalité française ou étrangers en situation régulière bénéficient du remboursement de leurs frais médicaux au titre de l'affiliation de la personne détenue dans les conditions de droit commun.

A la suite des remarques faites par le médiateur de la République en mars 2002, il a été remédié par l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (articles 161-13-1 du code de la sécurité sociale et R. 161-4-1 précisant ses modalités d'application) à un dysfonctionnement qui, contrairement à l'esprit de la loi, aboutissait en fait à limiter les droits des personnes détenues. En effet, l'affiliation obligatoire dès le premier jour de détention ouvrait droit aux seules prestations en nature non seulement pendant la durée de l'incarcération mais également après. Elle avait donc pour conséquence de faire perdre aux détenus le bénéfice des droits acquis antérieurement et notamment des prestations en espèces. Ces droits sont désormais conservés pour les personnes ayant fait l'objet d'une incarcération inférieure à douze mois et ce pour une durée de trois mois en l'absence de nouvelle affiliation. Ces dispositions permettent également de verser le capital décès, le cas échéant, aux ayants droit d'une personne décédée au cours de sa détention et enfin de rendre pérenne, le temps de la détention, le versement de la pension d'invalidité liquidée avant l'incarcération.

¹ Ivana Obradovic, Tiphaine Canarelli, *Primoprescription de méthadone en établissement de santé, Tendances*, n° 60, avril 2008, p. 3.

² Décret n° 2007-199.

En dehors de la regrettable réduction de trois ans de la durée d'affiliation complémentaire des détenus libérés, le régime d'affiliation sociale des détenus et anciens détenus paraît de nature à leur permettre d'accéder le plus facilement possible aux soins.

Le cadre légal étant propice à la continuité des soins, comment rendre celle-ci effective sans remettre en cause la liberté de consentement ? Les incitations de type courrier ou rendez-vous hospitalier se heurtent au caractère mobile des personnes sorties de prison qui ne laissent par nécessairement d'adresse véritable et ne se rendront pas dans l'hôpital de rattachement de l'UCSA ou du SMPR si celui-ci se trouve loin de leur lieu de résidence. Néanmoins, et comme le recommandait un ancien vice-président du Haut Comité de santé publique dès 2003, **une visite médicale de sortie doit être rendue obligatoire**, ce que souhaite votre commission.

Garantir la santé des anciens détenus relève de l'objectif de réinsertion qui doit être celui de la prison républicaine. Reste à trouver les modalités pratiques de sa réalisation, ce à quoi votre commission veut s'employer.

La loi de 1994 a profondément réformé la santé en prison et ouvert la voie à une prise en charge qui respecte la personne et ses droits dans une optique de réinsertion civique. L'écart entre les objectifs et les réalités n'en est que plus criant et douloureux. Malgré l'implication des personnels, les unités de soins se trouvent toujours dans un équilibre précaire entre l'hôpital de rattachement susceptible de les négliger et la direction de la prison avec laquelle s'effectuent de constantes négociations. L'amélioration de la qualité des soins par la création de nouvelles structures, quand bien même elle semble avoir été redynamisée au cours des dernières années, paraît pour l'instant plus productrice de coûts que de mieux-être. Enfin, la continuité des soins reste largement dépendante de la gestion des sorties de prison. Au-delà des structures, il convient donc de se pencher sur les moyens de garantir effectivement l'accès aux soins des prisonniers.

II. GARANTIR L'EFFECTIVITÉ DES SOINS

Parvenir à surmonter l'écart entre les principes et la réalité pour tenter de soigner réellement les prisonniers comme le reste de la population suppose de comprendre pourquoi les textes votés ne s'imposent pas en prison.

Un premier facteur d'explication est la pression à laquelle sont soumis les personnels pénitentiaires. On compte en moyenne 2,7 prisonniers à surveiller pour chaque gardien, soit un taux d'encadrement inchangé depuis 1980 où il était déjà l'un des plus faibles d'Europe. Malgré une revalorisation de la carrière et une politique de recrutement amorcées en 2006, la disproportion entre le statut des personnels et les responsabilités qui leur incombent est visible à tous les niveaux. Ainsi, les établissements de moins de deux cents places théoriques sont confiés à des fonctionnaires de catégorie B issus du corps des chefs de service pénitentiaires créé en 1993 ; le Sénat a déjà, à maintes reprises, souligné les difficultés qu'ils rencontrent¹. Dans l'exercice de leurs missions, les personnels sont confrontés à des locaux souvent vétustes ou mal aménagés, quelle que soit la date de leur construction. Les dégradations sont également le fait délibéré des détenus. La maison d'arrêt de Bois-d'Arcy se trouve ainsi contrainte de remplacer près d'un millier de vitres par an. Dans ces conditions, les circulaires du ministère de la justice ont tendance à être systématiquement interprétées dans leur sens le plus restrictif. Imposer aux prisonniers les contraintes les plus importantes permet de se préserver contre les éventuels problèmes qu'ils pourraient créer, telle une tentative de fuite ou de suicide.

Il faut également prendre en compte la logique implicite de l'institution carcérale perçue par tous ceux qui, de Michel Foucault à Robert Badinter, se sont penchés sur elle. Bien plus que de préparer la réinsertion des prisonniers, la prison est chargée de les empêcher de nuire. Ceci a pu se traduire historiquement par des humiliations plus ou moins délibérées, ainsi la pratique des fouilles à corps, ou le fait de laisser la violence entre détenus exercer une forme de régulation barbare des comportements. Votre rapporteur voudrait croire que ce temps est révolu mais ne peut qu'être inquiet du nombre de faits rapportés tant par les médecins que par les intervenants religieux ou associatifs en prison.

Pour espérer accompagner les personnels et l'institution dans l'évolution de la prison vers un plus grand respect des personnes détenues et donc vers des soins de qualité, il est nécessaire de clarifier les missions des médecins et de leur donner les moyens de les exercer.

¹ *Rapport de commission d'enquête n° 449 (1999-2000) de Jean-Jacques Hyst et Guy-Pierre Cabanel, « Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France ».*

A. UNE CLARIFICATION NÉCESSAIRE DES MISSIONS

Deux questions essentielles doivent trouver une réponse claire. Tout d'abord quel est le rôle du médecin exerçant en milieu pénitentiaire ? Ensuite quels sont les objectifs à atteindre en matière de santé des prisonniers ?

1. Sanctuariser la relation entre le médecin et ses patients

Vouloir donner à la population carcérale des soins conformes à ceux dont bénéficie le reste de la population n'implique pas que l'on considère les détenus comme des patients ordinaires. Ils ne peuvent ni l'être ni le devenir tant pour des raisons qui leur sont extérieures que de leur propre fait.

D'une part, en effet, les prisonniers cumulent souvent les difficultés sociales et donc les pathologies associées. De plus, nombre d'entre eux ont des difficultés à s'exprimer et donc à expliquer leurs symptômes par manque d'éducation ou par absence de maîtrise de la langue française. Un peu plus de 20 % des détenus dans les prisons françaises sont de nationalité étrangère. Même si une part importante d'entre eux maîtrise le français, prendre en compte les difficultés de communication s'impose. Soigner les détenus étrangers ne parlant pas français implique souvent de recourir aux services d'un traducteur extérieur (parfois par téléphone), ce qui limite la possibilité d'instaurer une relation de confiance, ou à l'intermédiaire d'un autre détenu ce qui porte atteinte au secret médical et est porteur d'un risque de déformation délibérée de l'information. En matière de soins psychiatriques, il paraît quasiment impossible de conduire une thérapie en l'absence de langue commune entre le thérapeute et le patient.

D'autre part, l'instrumentalisation des soins et des médecins par les détenus ne doit pas être sous-estimée. De nombreux détenus assimilent par exemple le fait d'accepter un traitement psychiatrique à la possibilité d'une remise de peine. Dès son obtention, les personnes concernées refusent de continuer les soins entamés. Plus dramatique, dans les établissements où il est connu que les psychiatres ordonnent la sortie d'isolement ou des quartiers disciplinaires des personnes présentant un risque de suicide, les détenus faisant l'objet d'une mesure disciplinaire sont plus enclins à faire une tentative. Enfin, le risque de recherche et de consommation de drogues parallèlement à la mise en place d'un traitement de substitution existe. L'étude Coquelicot de l'institut de veille sanitaire sur la population des centres d'accueil et de réinsertion pour les usagers de drogue (Carud) dont la quasi-totalité sort de prison indique que 35 % des toxicomanes déclarent avoir fait au moins une injection en prison.

Malgré les difficultés posées par la population carcérale, c'est bien dans l'intérêt exclusif des détenus que doit s'effectuer l'action du médecin. La frontière est en effet parfois difficile à déterminer entre la protection de la santé et la caution médicale de la peine. Les certificats demandés par la direction de l'administration pour s'assurer que l'état de santé d'un détenu est

compatible avec l'application d'une sanction en sont l'exemple le plus courant. Votre rapporteur estime qu'il ne peut être demandé à un personnel médical de pratiquer un acte n'ayant pas pour but la santé. Il paraît dès lors inadmissible d'envisager que des personnels soignants puissent être amenés à pratiquer des fouilles à corps comme l'envisage le projet de loi déposé par le Gouvernement. Votre commission souhaite donc clarifier les relations entre les unités de soins et l'administration pénitentiaire.

2. Fixer des objectifs de santé publique pour la population carcérale.

a) Les pathologies et le suicide

Le rapport du Haut comité de la santé publique de janvier 1993 avait présenté l'échec de la gestion de la santé des détenus par l'administration pénitentiaire en se fondant sur la prévalence largement supérieure de certaines maladies en milieu carcéral par rapport à la population générale. Comparer les résultats de 1993 avec ceux obtenus aujourd'hui, après quinze ans de mise en œuvre de la loi, inciterait à dresser un pareil constat global d'échec si la comparaison n'éclairait pas, plus que l'absence d'effet des soins, les défis auxquels sont confrontés les médecins. En effet, les enquêtes sur la santé des détenus sont menées lors des entretiens d'entrée et non au cours de l'incarcération ou à la sortie. Si la santé des entrants est relativement bien connue, on ne peut que regretter l'absence de données sur l'évolution de la santé des prisonniers. Force est de reconnaître toutefois que « *la prison est un lieu de maladies* », comme le note le comité consultatif national d'éthique¹. Même si 80 % des entrants sont considérés comme en « bonne santé »² la prévalence des maladies demeure plus élevée qu'en population générale.

Il convient toutefois de noter que les succès de la politique de prévention en matière de **Sida** se traduisent par une réduction du nombre de personnes contaminées par le VIH en prison. En 1993, la prévalence du VIH était dix fois supérieure en prison. Elle l'est un peu plus de trois fois aujourd'hui (1,56 % contre 0,5 %) et semble en voie de réduction progressive³.

A l'inverse, la prévalence de la **tuberculose** s'est accrue depuis quinze ans. Elle était trois fois plus fréquente qu'en population générale en 1993. Elle est dix fois plus fréquente aujourd'hui⁴.

¹ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et la santé, Avis 94 « *La santé et la médecine en prison* », novembre 2006.

² Enquêtes de la direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur la santé des entrants 1997 et 2003 publiée dans *Etudes et Résultats*, n° 386, mars 2005.

³ Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 33 du 5 septembre 2006 et n°s 7-8 du 19 février 2008, étude VIH/IST en milieu carcéral en Ile-de-France, septembre 2007.

⁴ Amandine Cochet, Hubert Isnard, Tuberculose dans les maisons d'arrêt en Ile-de-France, InVS, septembre 2007.

La prison est également un lieu où se manifestent de manière particulièrement importante les **troubles psychiatriques et psychologiques**. On estime que le taux de pathologie y est vingt fois supérieur à la population générale¹.

Les **maladies sexuellement transmissibles** du type hépatites ou syphilis sont également particulièrement présentes en prison dans des proportions qui restent néanmoins à évaluer. En 2003, seuls 31,3 % des entrants ont reçu une vaccination complète contre l'hépatite B et malgré la recommandation de la Haute Autorité de santé en mai 2007 de mettre en place un dépistage de la syphilis à l'entrée en prison, seuls 16 % des détenus subissent l'examen nécessaire.

Les **addictions**, sous leurs différentes formes, sont particulièrement présentes, dans la mesure où certaines sont liées par nature à des activités délictuelles ou criminelles. D'après les données recueillies par l'OFDT, on compte parmi les détenus 33 % d'usagers de substances illicites dont la plupart consomme du cannabis, seuls 7 % à 8 % des entrants souffrent d'une addiction à l'héroïne ou à la cocaïne. On relève également que 31 % des entrants ont un usage problématique de l'alcool et que 78 % d'entre eux sont fumeurs (la poly-consommation étant majoritaire, ces chiffres ne peuvent être cumulés).

Malgré le nombre particulièrement important de suicides en prison en 2008 (115 soit 20 % de plus qu'en 2007) et onze suicides au cours des quinze premiers jours du mois de janvier 2009, le **taux de suicide** en prison a eu tendance à diminuer en moyenne au cours des dernières années. Pour 2008, année pourtant particulièrement difficile, le taux de suicide s'établit à environ 180,8 pour 100 000 alors qu'il était de 188,7 en 1992. L'implication de l'administration pénitentiaire et des équipes médicales dans la prévention du suicide est réelle et porte ses fruits dans un contexte pourtant particulièrement propice à la dépression suicidaire. En effet, environ 20 % des entrants en prison déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des douze mois précédents. Il s'agit donc d'une population déjà fragile. Le milieu carcéral est en lui-même cause de dépression suicidaire. On peut ainsi établir une corrélation entre le degré d'insertion sociale d'un arrivant et le risque suicidaire qu'il présente dans les premières heures de son incarcération. De plus, les mesures disciplinaires et d'isolement sont de nature à aggraver des tendances préexistantes ou à les produire. La comparaison avec le taux de suicide de la population générale (16,2 pour 100 000 en 2008) n'a donc pas grand sens. Aux remarques de fond qui viennent d'être évoquées s'ajoute une considération de type méthodologique. Tout décès en prison fait l'objet d'une enquête approfondie afin d'en déterminer les causes. Tel n'est évidemment pas le cas en population générale, ce qui entraîne une sous-estimation du nombre de morts volontaires. Malgré les progrès déjà accomplis dans la prise en charge du risque suicidaire en prison, votre rapporteur adhère aux propositions

¹ Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani, Bruno Falissard, *Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison*, Inserm, 2004 et Avis 94 du CCNE, précité.

formulées par le docteur Louis Albrand dans le rapport remis au garde des sceaux en février 2009 et votre commission plaide en faveur de l'amélioration de la prévention du suicide en prison.

Le suicide se situe à la frontière des pathologies apportées en prison et des pathologies suscitées par elle. Les maladies acquises en prison et l'étude de leurs spécificités restent encore à mener. La population des Carud offre néanmoins une première indication puisque 6 % des toxicomanes qui y sont soignés déclarent avoir pour la première fois utilisé la substance dont ils sont devenus dépendants en prison. Plus généralement, les informations fournies à votre rapporteur par la Dhos semblent indiquer que les détenus purgeant de longues peines courent un risque supérieur à la normale de développer un cancer d'autant plus grave que la détection en est, en général, tardive. Il est en tous cas vraisemblable que les conditions de vie en prison sont responsables du développement de pathologies spécifiques.

b) Les conditions d'incarcération

Deux points saillants des conditions de détention rendent les conditions de vie en prison incompatibles avec un bon niveau de santé : **la surpopulation et l'absence d'hygiène**. Les établissements pour peine, c'est-à-dire ceux qui accueillent les détenus condamnés à des peines de plus d'un an, ne sont pas concernés par la surpopulation carcérale. A l'inverse, cent quarante établissements ou quartiers de détention, principalement des maisons d'arrêt, présentaient une densité carcérale supérieure à 120 %. Pareille situation rend non seulement illusoire l'idée d'une mise en œuvre de l'encellulement individuel, pourtant prévu depuis 1875, mais entraîne des conditions de vie indignes et dénoncées par le Conseil de l'Europe. Votre rapporteur a ainsi eu connaissance d'un établissement devant faire face à une arrivée massive de détenus et obligé de les faire dormir, temporairement il est vrai, sur des matelas posés à même le sol par défaut d'équipement. Même une cellule aménagée n'offre pas de confort réel puisqu'il n'est pas rare de trouver trois détenus dans une chambre de neuf à onze mètres carrés et que votre rapporteur a pu constater que l'on plaçait jusqu'à huit détenus dans une pièce de moins de trente mètres carrés. Cette promiscuité subie est cause de troubles, qu'ils soient liés à des conflits physiques, à une difficulté à s'adapter aux contraintes de la vie en commun entraînant la consommation de calmants et de somnifères ou au manque d'hygiène, les détenus étant en charge de l'entretien de leur chambre commune qui, trop souvent, comprend en son milieu une toilette ouverte.

L'absence d'hygiène, malgré certains progrès parmi lesquels la distribution aux détenus de pastilles d'eau de javel, est une réalité constante. La vétusté des locaux, le manque d'entretien sont une première atteinte à la dignité des personnes détenues. Le soin apporté au linge est également particulièrement lacunaire. Un drap sur deux est changé tous les quinze jours, y compris dans les chambres des SMPR, ce qui implique qu'un drap est utilisé pendant un mois, même pour des personnes souffrantes. La possibilité pour les

détenus d'accéder à une douche est également limitée. Les dispositions réglementaires permettent depuis 1998 trois douches par semaine et tous les directeurs de prisons rencontrés par votre rapporteur affirment accorder les douches sur simple demande. Sans douter de leur bonne volonté, le nombre et l'entretien des douches rendent matériellement impossible dans les conditions générales de surpopulation une douche quotidienne pour l'ensemble des détenus. Afin d'en obtenir une néanmoins, certains détenus tentent de se faire prescrire des « douches médicales » destinées aux malades souffrant de maladie de la peau. A juste titre, le Sénat qualifiait cette pratique de « *détestable expédient* » dès 2000¹.

L'état sanitaire de la population carcérale se trouve donc aggravé par les conditions de vie en prison. Afin d'accompagner la politique de création de nouvelles prisons, dont on peut espérer qu'elles seront plus salubres, votre commission propose de promouvoir une meilleure hygiène et donc de meilleurs soins.

Une médecine carcérale reconnue comme étant au service des détenus, et non de l'administration pénitentiaire, ainsi qu'une meilleure connaissance des maladies des détenus et un niveau d'hygiène satisfaisant sont des préalables nécessaires pour permettre des soins de qualité. De nouveaux moyens doivent également être mis en œuvre.

B. DONNER LES MOYENS DE SOIGNER

Les moyens nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins relèvent tant des pratiques que des matériels.

1. Introduire plus d'humanité dans les pratiques

a) Le respect dû aux personnes

Prévenus en attente de jugement, et donc théoriquement considérés comme innocents, ou condamnés doivent être traités avec la dignité à laquelle ils ont droit en tant que personnes et citoyens. En généralisant la pratique du vouvoiement et l'usage de « Monsieur » ou « Madame » comme moyen de s'adresser aux détenus, les personnels médicaux ont permis de faire un grand pas vers un plus grand respect. Mais ce mouvement doit s'étendre au-delà même de la prison. Votre rapporteur a été particulièrement frappé par les récits concordants de plusieurs psychiatres faisant état des crises provoquées chez certains détenus par l'attitude de quelques magistrats. Une meilleure connaissance du milieu carcéral par les juges instructeurs et parquetiers permettrait sans doute plus de prise en compte des alternatives à

¹ *Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention en France n° 449 (1999-2000) de Jean-Jacques Hyest et Guy-Pierre Cabanel.*

l'emprisonnement et de la situation psychologique de la personne incarcérée, ce que souhaite votre commission.

b) La prise en compte des besoins des plus fragiles

Au sein d'une population carcérale fragile sur le plan sanitaire, certains individus sont particulièrement susceptibles de souffrir physiquement et mentalement des conditions de détention.

Les malades atteints de troubles psychiatriques constituent une population surreprésentée en prison où l'on estime que 40 % des détenus souffrent d'états dépressifs, 24 % de troubles psychotiques et 38 % d'addictions. La consultation d'un psychiatre étant déjà stigmatisante vis-à-vis des autres détenus, une première condition de la détection et de l'accompagnement des malades est l'incitation à la consultation et le respect du secret médical. En termes pratiques, une proximité géographique du SMPR et de l'UCSA permet des échanges plus rapides mais aussi de ne pas forcément faire connaître aux autres détenus quel type de soins reçoit un malade. L'inadaptation du comportement de certains malades les expose également à la violence des autres détenus et pousse certains, qui ne peuvent trouver de place durable dans un SMPR, à demander l'isolement. Ceci ne fait en général qu'aggraver la désocialisation et le risque de crise. Limiter le nombre de malades atteints de troubles psychiatriques en prison et trouver des structures d'accueil adaptées lors de la sortie constituent les premières voies d'amélioration que votre commission souhaite explorer.

Il faut également prendre en compte les personnes handicapées ou âgées placées dans une situation de dépendance par rapport aux autres détenus, afin de leur permettre d'exercer leur activité quotidienne dans un environnement sans aménagement. Si l'on ne dispose pas de statistiques précises sur le nombre de prisonniers handicapés, on constate que 2,4 % des entrants perçoivent l'allocation adulte handicapé, ce qui implique que plusieurs détenus ont déjà fait l'objet d'un diagnostic d'invalidité. Votre commission se propose, sur ce point, de compléter le statut des aidants présenté par le projet de loi.

Afin d'accompagner un mouvement vers plus d'humanité dans les pratiques et vers la prise en compte du cas des populations les plus fragiles, des moyens techniques performants doivent être mis à la disposition des unités médicales et des prisons.

2. Utiliser les techniques les plus modernes

L'investissement dans les techniques modernes de télémédecine et de sécurité permet d'espérer une amélioration des soins, de leur gestion et des coûts. Parallèlement, le remplacement des pratiques de fouille par l'usage d'appareils performants sera plus conforme à la dignité des personnes.

a) L'intérêt de l'investissement dans la télémédecine

La télémédecine reste à développer, et notamment dans l'optique d'améliorer les soins en prison en raison de la difficulté des extractions pour consultation à l'hôpital. Ainsi, le coût initial d'investissement dans les dispositifs de télémédecine devrait être rapidement compensé par la réduction rapide des frais liés aux sorties, tant pour l'administration pénitentiaire que pour l'hôpital. La télémédecine trouve à s'appliquer dans au moins deux cas : la lecture des radios et la transmission des résultats de sérologie d'une part, les consultations à distance, d'autre part. Votre commission prône donc la mise en œuvre d'un programme d'équipement des UCSA et SMPR en moyens télé médicaux.

b) Mettre fin aux fouilles intégrales et aux investigations corporelles par l'usage de scanners

Votre rapporteur a déjà eu l'occasion d'exprimer son opposition à l'idée de faire participer les personnels médicaux aux fouilles à corps, pratique largement inefficace pour éviter l'entrée d'objets et de substances en prison et de surcroît particulièrement humiliante pour les détenus. Les psychiatres auditionnés par votre rapporteur ont décrit la souffrance psychique ainsi causée et parfois amplifiée par l'usage délibéré de la fouille comme moyen de sanction ou d'humiliation. Le caractère courant de ces fouilles impose donc de trouver un moyen plus efficace et moins intrusif que le toucher. L'usage de scanners est actuellement mis en place dans plusieurs aéroports américains utilisant des ondes magnétiques à basse énergie pour traverser les vêtements. Constituer une image électronique du corps semble une alternative intéressante. Votre commission souhaite que les effets de ces appareils sur la santé puissent être évalués le plus rapidement possible afin de permettre leur mise en place en milieu carcéral.

*

* *

Il est possible d'opérer un renouveau des soins en prison en clarifiant les missions des personnels soignants et en leur donnant les moyens de les mettre en œuvre. Au-delà de leurs aspects normatifs et matériels, cette tentative pour combler le fossé, qui existe entre les intentions et les réalités de terrain, repose sur un principe directeur de l'action : placer la personne au centre des soins.

C'est à quoi s'est attachée votre commission qui a donné un avis favorable à l'adoption du projet de loi pénitentiaire, sous réserve des amendements qu'elle présente.

EXAMEN DES ARTICLES

A compter du 1^{er} mars 2009, en vertu de l'article 42 de la Constitution dans sa rédaction issue de la révision du 23 juillet 2008, la discussion en séance publique portera, pour les projets de lois ordinaires, sur le texte adopté par la commission saisie au fond et non plus sur celui initialement déposé par le Gouvernement ou transmis par l'autre assemblée.

Le projet de loi pénitentiaire devrait être le premier texte discuté au Sénat selon cette nouvelle procédure. Les amendements présentés par votre commission portent donc sur le texte élaboré par la commission des lois lors de sa réunion du 5 février.

Article additionnel après l'article 3

Obligation pour les magistrats du parquet et les juges d'instruction d'effectuer des visites régulières en prison

Objet : Cet article additionnel vise à créer l'obligation pour les magistrats du parquet et les juges d'instruction d'effectuer une visite annuelle dans les prisons qui relèvent de leur ressort.

Un meilleur fonctionnement du système carcéral repose sur la prise de conscience par l'ensemble des acteurs des réalités de la prison. De ce point de vue, le rôle des magistrats instructeurs ou rattachés au parquet est essentiel. En effet, il leur appartient de prendre une décision de mise en détention préventive ou de requérir une peine. La manière dont un détenu est perçu par les juges influe directement non seulement sur son maintien en prison mais également sur son état mental. Afin de permettre une meilleure compréhension du système carcéral, il paraît donc nécessaire de s'assurer qu'ils visitent régulièrement, et au moins une fois par an, les prisons situées dans leur ressort géographique. Ces visites régulières seront l'occasion pour le directeur de présenter la situation de son établissement et pourront compléter les visites du médiateur des prisons et de ses délégués en termes de garantie pour les droits des détenus.

Votre commission propose donc de prévoir que les magistrats du parquet et les juges d'instruction visitent une fois par an les prisons de leur ressort géographique.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 11 bis

Possibilité pour les prisonniers de choisir leur alimentation

Objet : Cet article additionnel vise à poser le principe de l'achat par les prisonniers des produits d'alimentation de leur choix.

En dehors des repas fournis par l'administration pénitentiaire, les prisonniers ont la possibilité de faire acheter à leurs frais certaines denrées alimentaire et de recevoir, dans des conditions strictes, des colis alimentaires. Leurs possibilités d'achat sont légitimement limitées aux produits ne posant pas de risque de trouble à l'ordre public. L'alcool est donc interdit. Certaines pratiques, qui semblent d'ailleurs varier d'un établissement à l'autre, interdisent également d'autres produits comme le café. Pareille restriction relève plus de la frustration que de la préservation de l'ordre et/ou de la santé.

Votre commission propose donc de fixer le principe de la liberté de choix par le détenu de l'alimentation achetée à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire ou reçue de l'extérieur, sous réserve des contraintes imposées par l'ordre et la santé.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 11 ter

Obligation d'activité

Objet : Cet article vise à instituer une obligation d'activité pour les personnes condamnées.

I - Les dispositions adoptées par la commission des lois

Comme le rappelle l'article premier du projet de loi, **l'une des missions du service pénitentiaire est de contribuer à la réinsertion des personnes condamnées.**

En établissant des passerelles entre « le dedans et le dehors » de la prison, le service pénitentiaire doit préparer les condamnés à être capable de vivre de manière autonome une fois libérés.

Il est donc indispensable, en ce sens, d'inciter les détenus à exercer une activité qui favorise leur socialisation et leur permette de garder un rythme de vie se rapprochant de celui des personnes vivant à l'extérieur. Cette activité peut notamment prendre la forme d'un emploi, d'une formation professionnelle, d'un cours ou d'une activité socioculturelle ou sportive.

Or, pour la majorité des détenus, surtout depuis la suppression de l'obligation de travailler en 1987, **le temps de la peine reste un temps mort.**

C'est pourquoi la commission des lois propose d'instaurer par cet article **une obligation d'activité, qui s'appliquerait à trois conditions :**

- l'activité devra concourir à la réinsertion du détenu ;
- elle ne concernera que les personnes condamnées et non les prévenus dont le statut en détention relève par priorité de l'autorité judiciaire ;
- elle devra être adaptée à l'âge, aux capacités et aux spécificités de la personne concernée.

L'article 11 *quater*, également introduit par la commission des lois, prévoit par ailleurs que **les détenus seront consultés sur les activités qui leur sont proposées.**

Cette obligation d'activité **n'est pas contraire aux différentes conventions internationales** auxquelles la France est partie. D'abord, la convention européenne des droits de l'homme (CEDH), si elle interdit le travail obligatoire ou forcé, fait exception pour « *tout travail requis normalement d'une personne soumise à la détention dans les conditions prévues par l'article 5 de la convention, ou durant la mise en liberté conditionnelle* »¹. Ensuite, les règles pour le traitement des détenus adoptées par l'organisation des Nations Unies disposent que « *tous les détenus condamnés sont soumis à l'obligation de travail, compte tenu de leur aptitude physique et mentale telle qu'elle sera déterminée par le médecin* » et précisent qu'« *il faut fournir aux détenus un travail productif suffisant pour les occuper pendant la durée normale d'une journée de travail* »².

¹ Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 4 novembre 1950, article 4. L'article 5 définit les conditions de privation de liberté.

² « Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus », adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, tenu à Genève en 1955 et approuvé par le Conseil économique et social dans ses résolutions 663 C (XXIV) du 31 juillet 1957 et 2076 (LXII) du 13 mai 1977.

II - La position de votre commission

Votre commission soutient cette initiative de la commission des lois, qui permettra de mettre fin, au moins en partie, à l'oisiveté carcérale, nuisible aux détenus et contraire à l'objectif de réinsertion.

Ceci étant, votre commission considère que, **dans deux cas au moins, le contenu de cette obligation ne doit pas être optionnel : lorsque la personne condamnée n'a pas acquis les instruments fondamentaux de la connaissance¹ ou lorsqu'elle ne maîtrise pas le français.**

Dans son bilan de l'enseignement sur l'année 2006, la commission nationale de suivi de l'enseignement en milieu pénitentiaire évalue en effet à 12,3 % la proportion de détenus illettrés, auxquels il faut ajouter les 12,9 % rencontrant des difficultés de lecture.

Or, la **réinsertion est difficilement concevable sans la maîtrise des savoirs de base**. Au contraire, cette lacune ne peut qu'aggraver la marginalisation de l'ancien détenu après sa sortie de prison et favoriser la récidive.

La proposition de votre commission s'inscrit d'ailleurs dans le fil du droit existant. La loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions prévoit ainsi que la lutte contre l'illettrisme constitue une priorité nationale et que « *tous les services publics contribuent de manière coordonnée à la lutte contre l'illettrisme dans leurs domaines respectifs* ». De même, l'article D. 452 du code de procédure pénale dispose que « *l'enseignement primaire est assuré dans tous les établissements pénitentiaires. Les condamnés qui ne savent pas lire, écrire ou calculer doivent bénéficier de cet enseignement* ».

Toutefois, votre commission souhaite **ne pas pénaliser les détenus illettrés qui se verraient proposer une activité de travail et choisiraient la voie de la réinsertion par l'emploi**. C'est pourquoi, pour eux, **l'organisation de l'apprentissage devra être aménagée** de façon à ce qu'ils puissent conserver leur emploi.

Votre commission vous demande donc d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ En vertu de l'article L. 321-3 du code de l'éducation, les instruments fondamentaux de la connaissance sont : l'expression orale ou écrite, la lecture et le calcul.

*Article additionnel avant l'article 13
(art. 713-3 du code de procédure pénale)*

Indexation de la rémunération des détenus sur le Smic

Objet : Cet article additionnel propose d'indexer la rémunération des détenus employés en prison sur le Smic.

Au 1^{er} novembre 2008, parmi les 63 750 personnes alors écrouées, un peu moins de **40 %**, soit environ 25 000, occupaient un emploi.

Hormis les détenus qui bénéficient d'un régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur et qui, pour la plupart, sont soumis au droit commun du travail, les personnes en détention peuvent avoir accès à trois types de postes :

- ceux proposés par **les activités de service général**, gérées par l'administration pénitentiaire pour les besoins de fonctionnement des établissements, qui représentent 6 700 postes pour une durée de travail quotidienne de trois à sept heures. Il s'agit principalement d'activités liées à la restauration, au nettoyage ou plus rarement à la remise en état des cellules ;

- ceux créés par **les ateliers du service de l'emploi pénitentiaire**, proposés par la régie industrielle des établissements pénitentiaires (Riep), qui emploient 1 200 détenus. La durée quotidienne de travail est de l'ordre de six à sept heures. Les tâches consistent essentiellement dans la confection des uniformes du personnel de surveillance et la fabrication du mobilier pénitentiaire ;

- ceux offerts par **les ateliers de production gérés par des entreprises privées concessionnaires** de l'administration pénitentiaire, qui emploient 8 800 détenus.

En vertu de l'article D. 102 du code de procédure pénale, « *les rémunérations du travail doivent se rapprocher autant que possible de celles des activités professionnelles extérieures afin notamment de préparer les détenus aux conditions de travail libre* ». En réalité, les rémunérations sont **deux à quatre fois inférieures à celles des travailleurs de droit commun** : le revenu moyen mensuel est de 225 euros pour les activités de service général, de 508 euros pour les ateliers de la Riep et de 360 euros pour les ateliers de production gérés par les concessionnaires privés.

Les rémunérations des détenus affectés au service général sont fixées suivant un tarif établi par la direction de l'administration pénitentiaire¹.

Les rémunérations des prisonniers travaillant pour un concessionnaire sont encadrées par une convention signée entre l'entreprise et l'établissement

¹ Article D. 105 du code de procédure pénale.

pénitentiaire¹. Elles ne peuvent être inférieures au seuil minimum de rémunération (SMR) corrélé à l'évolution du Smic. Au 1^{er} janvier 2007, le SMR horaire brut était de 3,70 euros, pour un Smic brut de 8,27 euros.

Outre l'avantage financier qu'elle peut représenter pour les détenus, cette **indexation** est très utile à la préparation de la réinsertion des détenus, car **elle introduit un peu de droit commun du travail dans l'établissement pénitentiaire et contribue à donner au détenu le sentiment qu'il est, de ce point de vue, un travailleur comme un autre.**

Votre commission considère donc que la réinsertion des détenus serait largement favorisée par l'indexation sur le Smic de la rémunération de l'ensemble des emplois qu'ils occupent. En outre, cette mesure mettrait fin à l'inégalité de traitement qui existe entre les détenus employés par les entreprises concessionnaires et ceux qui travaillent pour le service général ou la Riep.

Le niveau de l'indexation, qui devra prendre en compte toutes les contraintes du milieu carcéral, serait fixé par **décret** et réévalué chaque année en fonction de l'évolution du Smic.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 14 **Acte d'engagement**

Objet : Cet article tend à prévoir la signature d'un acte d'engagement entre le prisonnier et l'administration pénitentiaire ainsi qu'à faciliter l'insertion des détenus par l'activité économique.

I - Les dispositions initiales du projet de loi

L'article tend à clarifier les conditions dans lesquelles les détenus peuvent exercer une activité professionnelle dans les établissements pénitentiaires. Le Gouvernement n'ayant pas souhaité la mise en place d'un contrat de travail spécifique, il a proposé la création d'un acte d'engagement professionnel par lequel le détenu est mis à disposition de l'administration pénitentiaire ou de l'entreprise concessionnaire pour exercer une activité. Les dispositions de l'article L. 5132-1 et suivants du code du travail relatifs à l'insertion par l'activité économique sont également rendues applicables en prison.

¹ Article D. 103 du code de procédure pénale

II - Les modifications adoptées par la commission des lois

La commission des lois a prévu la signature d'un acte d'engagement entre le chef d'établissement et la personne détenue afin de rapprocher le plus possible la condition des prisonniers exerçant une activité économique du droit commun.

III - La position de votre commission

Votre commission estime que la modification apportée par la commission des lois est une première étape très bien venue dans la reconnaissance du travail du détenu. Il semble néanmoins qu'il faille aller au-delà et prévoir la signature d'un véritable contrat de travail entre le détenu et l'administration pénitentiaire, qui relèverait donc du droit administratif.

Malgré le risque d'une éventuelle rigidification et donc d'un moindre accès au travail en prison, ceci permettrait de garantir le respect des droits des détenus.

Votre commission vous propose donc de prévoir par voie d'amendement la signature d'un contrat de travail.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 15

Droits des détenus au maintien des relations avec leur famille

Objet : Cet article vise à reconnaître à la personne détenue le droit au maintien des relations familiales.

I - Les dispositions initiales du projet de loi

Le maintien des relations des détenus avec leur famille ou leurs proches s'effectue de deux manières : les permissions de sortie et les visites.

Accordées par le juge de l'application des peines, les permissions de sortie sont explicitement prévues par l'article 723-3 du code de procédure pénale : elles peuvent bénéficier aux condamnés à une peine privative de liberté inférieure ou égale à cinq ans, ainsi qu'aux condamnés à une peine supérieure à condition qu'ils justifient de l'accomplissement de la moitié de leur peine ou, en cas de récidive légale, des deux tiers de cette durée¹.

Les visites, en revanche, ne disposent pas de fondement législatif et sont uniquement encadrées par des normes réglementaires². L'article D. 402 du même code prévoit ainsi qu'« *en vue de faciliter le reclassement familial*

¹ Articles D. 142 à D. 147 du code de procédure pénale.

² Articles D. 403 à D. 412 du même code.

des détenus à leur libération, il doit être particulièrement veillé au maintien et à l'amélioration de leurs relations avec leurs proches, pour autant que celles-ci paraissent souhaitables dans l'intérêt des uns et des autres ».

Les permis de visite sont délivrés par le juge d'instruction pour les prévenus et par le chef d'établissement pour les condamnés. Sous réserve des motifs liés au maintien de la sécurité et au bon ordre de l'établissement, le permis de visite ne peut être refusé aux membres de la famille d'un condamné ou à son tuteur. Par ailleurs, toute autre personne peut être autorisée à rencontrer un détenu si ces visites contribuent à son insertion sociale ou professionnelle. Enfin, si les jours et heures de visite, leur durée et fréquence sont déterminés par le règlement intérieur de l'établissement, les prévenus doivent, en principe, pouvoir être visités au moins trois fois par semaine et les condamnés au moins une fois par semaine.

Le présent article consacre dans la loi certaines de ces dispositions jusqu'alors réglementaires. Il institue un « *droit des détenus au maintien des relations avec les membres de leur famille* » et prévoit que ce droit s'exerce par des visites. Il interdit également à l'autorité administrative de refuser un permis de visite aux membres de la famille ou aux proches pour une raison étrangère au maintien de l'ordre, à la sécurité ou à la prévention des infractions. Il rappelle enfin que les permis de visite des prévenus sont délivrés par l'autorité judiciaire.

La commission des lois a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission ne peut qu'approuver la volonté du Gouvernement d'élever au niveau législatif des dispositions jusqu'alors réglementaires qui touchent aux droits fondamentaux des détenus. Consacrés par la loi, ces droits ne pourront que s'en trouver renforcés.

Ceci étant, votre commission souhaite réparer un oubli **en transcrivant également dans la loi la disposition réglementaire qui encadre la fréquence du droit de visite.**

Convaincue que la réinsertion des détenus passe, lorsque cela est possible, par le maintien de relations familiales ou affectives, votre commission de reprendre ici les termes de l'article D. 410 du code de procédure pénale qui dispose que **les prévenus doivent pouvoir être visités au moins trois fois par semaine et les condamnés au moins une fois par semaine.**

Votre commission vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel avant l'article 20

Respect par l'administration pénitentiaire du secret médical

Objet : Cet article additionnel vise à rappeler le principe du respect par l'administration du secret médical.

La possibilité pour le détenu de consulter un médecin et d'établir avec lui une relation de confiance repose sur le respect par l'administration pénitentiaire du secret médical et de la confidentialité des consultations, tant à l'intérieur de la prison qu'à l'hôpital.

Afin de mettre fin à des pratiques attentatoires au droit à la santé des détenus, votre commission propose de rappeler le principe du secret médical et du caractère confidentiel de la consultation.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 20

**Prise en charge des soins par le service public hospitalier -
Restriction des informations susceptibles d'être communiquées
aux proches**

Objet : Cet article vise à fixer les principes de la prise en charge des soins par le service public hospitalier.

I - Les dispositions initiales du projet de loi

Le premier des deux alinéas de l'article proposé par le Gouvernement rappelle le principe de la prise en charge des soins en prison par le service public hospitalier tel qu'il avait été posé par l'article 2 de la loi du 18 janvier 2008 et codifié à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

Le second alinéa apporte une dérogation au principe de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique qui dispose qu'en cas de pronostic grave, un médecin peut, nonobstant le secret médical et sauf opposition du patient, donner aux proches ou à la personne de confiance les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au malade.

La forme la plus directe du soutien est la possibilité de venir lui rendre visite à l'hôpital. Or, le texte proposé par le projet de loi limite les informations susceptibles d'être données par le médecin d'un détenu à celles qui ne sont pas susceptibles de porter atteinte à la sécurité des personnes et au bon ordre des établissements pénitentiaires et des établissements de santé. Doit

ainsi être évité tout trouble ou tentative d'évasion organisé par les proches à l'occasion d'une hospitalisation.

II - Les modifications adoptées par la commission des lois

La commission des lois a remanié et complété le texte proposé pour cet article. Elle a tout d'abord rappelé le principe de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique en matière d'information des proches et présente la possibilité pour ceux-ci de connaître la gravité de l'état de santé du détenu comme un droit limité par les considérations de sécurité et de bon ordre.

Quatre nouveaux paragraphes ont également été ajoutés afin de préciser le contenu du droit à la santé des détenus dans l'esprit de la loi de 1994. Le premier rappelle l'objectif d'équivalence de qualité entre les soins dispensés aux détenus et ceux offerts à la population générale. Le deuxième vise à la prise en compte de l'état psychologique de la personne détenue lors de son entrée et pendant son incarcération. Le troisième précise que l'administration pénitentiaire favorise la coordination entre les différentes unités médicales et avec les associations intervenant dans le domaine de la santé en prison. Enfin, le quatrième impose que les conditions de vie des détenus soient compatibles avec leur maintien en bonne santé.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable au rappel des principes posés par la loi de 1994 ainsi qu'à la prise en compte de l'état psychologique du détenu et de ses conditions de vie. Ces précisions doivent garantir qu'il recevra les soins dont il a besoin dans un environnement sain. Elle s'étonne néanmoins des restrictions apportées à l'information des proches en cas de pronostic grave. Il paraît peu probable et certainement peu fréquent qu'une famille cherche à faire échapper d'un hôpital une personne qui y suit un traitement lourd et nécessaire à sa survie. Votre commission propose donc de supprimer la dérogation prévue par le projet de loi.

De plus, conformément aux recommandations du Professeur Guy Nicolas, auteur du rapport du Haut comité de la santé publique de 1993¹, votre commission souhaite que puisse être améliorée la permanence des soins en prison. UCSA et SMPR n'assurent en effet pas de permanence des soins la nuit et le week-end, ce qui oblige à appeler des services d'urgence ou de recourir à l'intervention des pompiers. Si cette contrainte est similaire à celle que rencontre l'ensemble de la population hors des horaires de consultation des médecins, la difficulté d'accès à la prison combinée au retard que peut prendre le signalement d'une situation d'urgence imposent que la permanence des soins y soit organisée avec le plus d'efficacité possible. Votre commission

¹ *La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme, adsp, n° 44 septembre 2003, p. 1.*

propose donc de préciser qu'avec la qualité et la continuité, la permanence des soins doit également être garantie aux détenus.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 21

Obligation d'un permis de visite spécifique pour l'accompagnement du détenu dans des conditions de confidentialité

Objet : Cet article crée l'obligation d'un permis de visite spécifique pour l'accompagnement du détenu dans des conditions de confidentialité.

I - Les dispositions initiales du projet de loi

Cet article soumet à l'octroi d'une autorisation spécifique la possibilité pour un détenu de bénéficier d'un accompagnement confidentiel quand l'intervenant n'est pas médecin ou n'agit pas en cette qualité. Les personnes visées sont celles susceptibles d'accompagner une personne dans une situation sanitaire particulièrement difficile et dont l'intervention est prévue par le code de la santé publique. Il s'agit :

- des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent ; ils participent à l'ultime accompagnement du malade, avec son accord (article L. 1110-1 du code de la santé publique) ;

- des titulaires de l'autorité parentale pour une personne mineure malade ou, le cas échéant, une personne majeure choisie par le mineur (article L. 1111-5 du même code) ;

- des personnes de confiance (parent, proche ou médecin traitant) désignées par toute personne majeure et qui seront consultées au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté (article L. 1111-6) ;

- des tierces personnes dont la présence peut être recommandée par le médecin pour la consultation par le patient de certaines informations en raison des risques que l'accès à ces informations sans accompagnement ferait courir à la personne concernée (article L. 1111-7) ;

- de la personne majeure qu'une femme mineure non émancipée choisit en cas d'interruption volontaire de grossesse pour accompagner sa démarche lorsqu'elle entend passer outre au défaut de consentement de ses parents ou souhaite garder le secret (article L. 2212-7).

II - Les modifications adoptées par la commission des lois

La commission des lois a apporté une précision rédactionnelle à cet article.

III - La position de votre commission

Votre commission estime que les dispositions de cet article posent une contrainte compatible avec l'exercice de ses droits par le détenu. **Elle vous demande donc d'adopter cet article sans modification.**

Article 22

Rémunération des aidants par l'administration pénitentiaire

Objet : Cet article prévoit l'autorisation de l'administration pénitentiaire pour la désignation d'un aidant.

I - Les dispositions initiales du projet de loi

Le présent article prévoit que la désignation d'un aidant dans les conditions de l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique, relatif à l'aide dont peuvent bénéficier les personnes handicapées pour les actes de la vie quotidienne, est subordonnée à l'autorisation de l'administration pénitentiaire.

La commission des lois a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission estime qu'un aidant est une nécessité absolue pour une personne handicapée en prison où il n'existe qu'exceptionnellement des aménagements de nature à lui permettre d'effectuer les actes de la vie quotidienne. Concrètement, l'aidant choisi sera dans la majorité des cas un codétenu et exceptionnellement un proche venant chaque jour de l'extérieur. Il convient donc de prévoir qu'au-delà du contrôle exercé par l'administration, l'aide ne donnera pas lieu à des pressions pour l'obtention de contreparties matérielles ou financières. Votre commission propose donc de prévoir par voie d'**amendement** que l'administration pourra prendre en charge la rémunération de l'aidant codétenu.

Elle vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 22
**Interdiction de demander un acte non médical
aux médecins chargés des détenus**

Objet : Cet article additionnel pose l'interdiction de demander un acte non médical aux médecins chargés des détenus.

Malgré la loi du 18 janvier 1994, l'administration pénitentiaire cherche souvent à obtenir des médecins et autres personnels soignants présents dans les UCSA et SMPR qu'ils apportent une caution médicale aux sanctions disciplinaires, voire participent à des activités sans lien avec les soins, comme les investigations corporelles prévues à l'article 24 du projet de loi. Pareilles demandes sont de nature à rompre la nécessaire confiance entre le médecin et son patient, cœur de la relation de soins. Votre commission propose donc de prévoir l'interdiction de demander aux médecins et personnels soignants en charge des détenus d'accomplir un acte sans lien avec le soin.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 22
(art. L. 161-13 du code de la sécurité sociale)
Instauration d'une visite médicale obligatoire après la sortie de prison

Objet : Cet article additionnel vise à créer l'obligation d'une visite médicale lors de la sortie de prison.

La question de la continuité des soins est essentielle pour espérer parvenir à une amélioration durable de la santé des anciens détenus. De ce point de vue, l'interruption parfois brutale des traitements du fait de la sortie non programmée d'un prisonnier est particulièrement regrettable. Malgré les difficultés posées par le fait d'imposer une contrainte à une personne redevenue libre, votre commission estime qu'il est souhaitable qu'un examen médical soit rendu obligatoire lors de la sortie de prison. Elle propose donc de prévoir que le maintien de l'affiliation au régime général de sécurité sociale soit conditionné à une visite médicale permettant d'assurer la continuité des soins commencés en prison dans des conditions définies par décret.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 22

Possibilité pour un détenu de consulter un médecin extérieur à l'hôpital de rattachement de l'unité de soins en milieu carcéral

Objet : Cet article additionnel vise à ouvrir aux détenus la possibilité de consulter un médecin extérieur.

Cette disposition, inspirée par la proposition de loi relative à la peine et au service public pénitentiaire déposée à l'Assemblée nationale¹, tend à prévoir qu'un détenu peut, après autorisation du directeur régional des services pénitentiaires, consulter un autre médecin que ceux rattachés aux UCSA, SMPR ou à leurs hôpitaux de rattachement. Dans quelques rares cas, en effet, il peut arriver qu'un détenu soit déjà suivi par un spécialiste avant son incarcération ou que son état nécessite une consultation impossible à réaliser dans les hôpitaux de rattachement des unités carcérales. Afin de garantir, selon le cas, la continuité des soins antérieurs à l'incarcération ou un accès au meilleur traitement possible, une dérogation au système de consultation, mis en place par la loi de 1994, paraît souhaitable.

Votre commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 22

Mise en place du dossier médical électronique unique pour les détenus

Objet : Cet article additionnel vise à mettre en place un dossier médical électronique unique pour les détenus.

En prison peut-être plus encore qu'ailleurs, une approche globale de la santé physique et mentale s'impose. Or, l'absence d'un dossier médical unique limite la qualité des soins offerts tant en médecine somatique qu'en psychiatrie. Dès lors, et pour inciter à la modernisation des équipements et à la coopération entre les unités des soins et entre leurs hôpitaux de rattachement, votre commission propose de prévoir la mise en place d'un dossier médical électronique unique pour les détenus.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

¹ Proposition de loi AN n° 478 du 21 décembre 2007 déposée par Marylise Lebranchu et plusieurs députés.

Article additionnel après l'article 22

Obligation d'un contrat d'entretien des matériels de soins en prison

Objet : Cet article additionnel crée l'obligation pour les hôpitaux de passer un contrat spécifique d'entretien des matériels de soins en prison.

Votre rapporteur a été frappé de constater le nombre de matériels (sièges de dentistes, appareils de radiologie) présents au sein des UCSA mais hors d'état de fonctionner. Pour s'assurer que ces situations ne relèvent pas d'un moindre intérêt de l'hôpital de rattachement pour les UCSA, votre commission propose de prévoir l'existence d'un contrat spécifique d'entretien des matériels des UCSA et SMPR.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 22

Mise en place d'un plan télémedecine

Objet : Cet article additionnel vise à la mise en place d'un plan de télémedecine.

Afin de surmonter les obstacles liés à l'isolement des unités de soins en milieu carcéral, il est nécessaire de les faire bénéficier le plus rapidement possible des bénéfices de la télémedecine. Votre commission propose donc de prévoir qu'un plan d'équipement des UCSA et SMPR en moyens de télémedecine sera élaboré par le Gouvernement pour la période 2009-2014.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel après l'article 22

**Placement dans un établissement spécialisé des détenus
ayant fait plus d'un long séjour au sein d'un SMPR**

Objet : Cet article additionnel vise à placer dans des établissements spécialisés les détenus ayant passé plus de douze mois consécutifs dans un SMPR.

Votre rapporteur n'a pu que constater la durée anormalement longue de certains séjours continus au sein des SMPR. Pareille situation révèle une telle inadaptation au milieu carcéral qu'elle remet en question la validité de la décision d'incarcération. Votre commission propose donc qu'un détenu, ayant passé plus de douze mois consécutifs dans un SMPR, soit réorienté vers un établissement de soins spécialisé dans des conditions définies par décret.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article additionnel avant l'article 24

**Mise en place d'un plan d'équipement
en moyens de détection électronique**

Objet : Cet article additionnel vise à la mise en place d'un plan d'équipement des prisons en moyens de détection électronique permettant d'éviter les fouilles à corps.

La faible efficacité des fouilles corporelles et le caractère particulièrement humiliant des fouilles à corps incitent à développer le recours aux moyens de détection électronique. De nombreux aéroports aux Etats-Unis sont déjà équipés de scanners permettant d'empêcher la dissimulation d'objets. Dans la mesure où l'absence d'effet de ces équipements sur la santé des personnes sera prouvée, il conviendrait qu'ils soient installés dans les prisons.

Votre commission vous propose donc de prévoir par voie d'amendement un plan d'équipement des prisons en moyens électroniques de détection.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

Article 24

Fouilles

Objet : Cet article vise à poser les principes encadrant le recours aux fouilles.

I - Les dispositions initiales du projet de loi

Cet article définit les conditions des fouilles dans les cellules et sur la personne des détenus. Son premier alinéa pose le principe du caractère proportionné de la nature et de la fréquence des fouilles. Son second alinéa accorde un statut légal aux investigations corporelles internes qui n'existaient que de fait, en les assortissant de l'obligation d'être conduites par un médecin.

II - Les modifications adoptées par la commission des lois

La commission des lois a réécrit cet article afin d'encadrer le mieux possible le recours aux fouilles. Celui-ci doit ainsi rester exceptionnel et être justifié par la présomption d'une infraction ou par le risque que le comportement des détenus fait courir à la sécurité des personnes et au maintien de l'ordre dans l'établissement. Le recours aux fouilles intégrales, impliquant une mise à nu, n'est possible qu'en l'absence d'autres méthodes moins attentatoires au respect dû aux personnes. Enfin, les investigations corporelles internes sont interdites, sauf impératif spécialement motivé, et imposent de requérir un médecin.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable à l'encadrement apporté par la commission des lois au recours aux fouilles en général et aux fouilles intégrales en particulier. Elle est plus réservée sur les investigations corporelles internes dont l'efficacité en termes de sûreté demeure à prouver. S'il paraît illusoire de vouloir interdire totalement ce type de fouille, deux précisions doivent être apportées : d'une part, dans les mêmes conditions que les fouilles intégrales, les moyens électroniques disponibles doivent être privilégiés ; d'autre part, un médecin en charge de la santé des détenus ne peut être requis pour procéder à ces fouilles. Malgré la réquisition, sa participation à une telle opération est contraire à sa mission de soins.

Votre commission propose d'apporter ces deux précisions par voie d'**amendement puis l'article ainsi modifié.**

Article additionnel après l'article 32

Interdiction d'incarcération de nouveaux détenus dans un établissement ayant un taux d'occupation supérieur à 120 % de ses capacités

Objet : Cet article additionnel vise à interdire les nouvelles détentions dans les établissements ayant un taux d'occupation supérieur à 120 % de leur capacité.

Votre rapporteur a eu l'occasion de décrire les effets sanitaires désastreux de la surpopulation carcérale. Afin de promouvoir l'emploi des peines alternatives à l'emprisonnement et la sortie de prison des détenus susceptibles d'obtenir un aménagement de peine, votre commission propose d'interdire l'incarcération d'un nouveau détenu dans un établissement carcéral ayant un taux d'occupation supérieur à 120 % de ses capacités officielles.

Elle vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet.

*

* *

Réunie le 17 février 2009, la commission des affaires sociales a approuvé les conclusions de son rapporteur et adopté les amendements dont le texte suit.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **mardi 17 février 2009**, sous la **présidence de M. Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'**examen de son rapport pour avis sur le projet de loi pénitentiaire n° 495 (2007-2008)**, dans le **texte n° 202 (2008-2009)** adopté par la commission des lois le 4 février 2009.

M. Nicolas About, rapporteur pour avis, a fait état de la situation médiocre de la santé en prison : le taux de suicide, qui avait plutôt tendance à diminuer ces dernières années, remonte depuis 2008 et a atteint un pic dans les premiers jours du mois de janvier 2009 ; les détenus souffrent, dans une proportion importante mais encore mal déterminée, de troubles psychologiques et mentaux, ainsi que de maladies contagieuses comme la tuberculose, quasiment disparue dans le reste de la population.

Cet échec de la prise en charge a incité la commission des affaires sociales à se saisir pour avis du projet de loi pénitentiaire qui ne consacre que trois articles à la santé. De nombreuses visites sur le terrain permettent d'affirmer que le problème ne tient ni aux personnels médicaux, ni aux personnels pénitentiaires, mais résulte de la prison elle-même.

Ceci étant, la loi du 18 janvier 1994 a incontestablement marqué un tournant dans la prise en compte de la santé en prison. Désormais, le détenu est considéré comme un patient à part entière titulaire de droits, dont celui d'accéder à un niveau de soins égal au reste de la population. Aujourd'hui, il faut donc garantir que ces principes correspondent à la réalité.

Depuis 1994, chaque établissement pénitentiaire est doté d'une unité carcérale de soins ambulatoires (Ucsa) qui dispense les soins courants ainsi que, le plus souvent, les soins dentaires et les visites de certains spécialistes. Un psychiatre est également affecté à l'Ucsa, à moins qu'il n'y ait dans l'établissement une unité spécialisée, le service médico-psychologique régional (SMPR).

L'installation d'une Ucsa ou d'un SMPR fait l'objet d'une convention entre l'établissement carcéral et un hôpital de rattachement qui met à disposition les moyens matériels et humains. Les psychiatres et les SMPR relèvent souvent d'un hôpital différent de celui des personnels chargés des

soins somatiques, ce qui cause de nombreuses difficultés, notamment pour établir entre eux un système informatique unique.

Le financement des unités de soins en prison relève pour partie de la tarification à l'activité mais surtout d'une dotation au titre de la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Malgré les contrôles effectués par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), on constate que certains hôpitaux négligent ces unités de soins ou utilisent leur dotation pour le fonctionnement général de l'hôpital : des cas d'affectation fictive de personnels médicaux en prison ont été signalés.

Les personnels des Ucsa et SMPR sont d'abord motivés par la mission de service public qu'ils exercent, les primes et aménagements horaires dont ils bénéficient s'avérant peu de chose au regard des contraintes qu'ils subissent. Il existe peu de postes de médecins à plein temps en milieu carcéral, ce qui limite les perspectives de progression de carrière ; ceci étant, il est nécessaire qu'ils puissent continuer à pratiquer à temps partiel une médecine hospitalière plus classique car les actes répétitifs et déqualifiants sont le quotidien de la médecine carcérale. Il n'en demeure pas moins que, malgré la priorité de reclassement dont ils bénéficient en principe, les personnels médicaux exerçant la totalité de leur service en prison ont, quand ils souhaitent en partir, des difficultés à trouver un poste dans le service de leur choix.

Aux difficultés des personnels s'ajoute la faiblesse de la prise en charge par les hôpitaux. Les lits des SMPR sont parfois occupés pendant plusieurs années par un même détenu, que son état de santé mentale rend incapable de subir une incarcération ordinaire. C'est là la preuve qu'une erreur a été faite en le mettant en prison où il monopolise les faibles moyens consacrés aux soins psychiatriques des prisonniers. Les consultations à l'hôpital sont également difficiles en pratique, en raison de la rareté des chambres sécurisées. Les hôpitaux sont parfois tentés de se débarrasser le plus rapidement possible des détenus ou de confiner en cellule d'isolement les malades psychiatriques.

Des unités de soins intermédiaires sont actuellement en cours d'installation. Elles s'avèrent particulièrement coûteuses et doivent encore faire leurs preuves en matière de soins. L'essentiel est de garantir le bon fonctionnement des unités carcérales existantes, notamment en réaffirmant que les personnels soignants sont là pour soigner des malades et non pour effectuer des missions de sécurité comme les fouilles corporelles. Les droits du détenu malade doivent également être respectés. Or, ils font aujourd'hui l'objet de nombreuses entorses, notamment en ce qui concerne le respect du secret médical.

Il faut également faire bénéficier les unités de soins en prison de moyens matériels aussi modernes que ceux dont sont dotés les hôpitaux et favoriser le développement de la télémedecine qui permettrait de réduire certains coûts et d'éviter le transfert de détenus.

Des moyens technologiques modernes, comme les scanners utilisés dans certains aéroports américains, pourraient également remplacer les fouilles à corps par palpation ou intrusion, ce qui permettrait de concilier sécurité et respect de la dignité des détenus.

Enfin, il faut veiller à améliorer les conditions de détention car la surpopulation carcérale, notamment dans les maisons d'arrêt, entraîne une promiscuité improprie à l'hygiène. Il est également nécessaire de garantir la continuité des soins entre la prison et l'extérieur et d'éviter qu'un traitement commencé à l'occasion d'une incarcération prenne fin brusquement à la libération du détenu.

***M. Nicolas About, rapporteur pour avis,** a conclu en précisant que les amendements proposés ont pour but de compléter le projet de loi afin d'améliorer l'organisation des soins, de clarifier les missions des personnels soignants, de promouvoir l'emploi des technologies les plus modernes, de renforcer les conditions d'hygiène et, enfin, de favoriser la réinsertion du détenu grâce au maintien des liens familiaux, à l'accès à la formation et à la poursuite des traitements médicaux.*

***Mme Bernadette Dupont** a souligné le problème de l'évaluation psychiatrique des détenus : celle-ci devrait avoir lieu à leur arrivée, pour identifier ceux qu'il est nécessaire de diriger vers des unités spécialisées, mais aussi lorsqu'une sortie anticipée est envisagée, car celle-ci devrait être précédée d'une concertation entre le médecin expert et le médecin traitant.*

***M. Nicolas About, rapporteur pour avis,** a confirmé que l'on enferme en prison des personnes dont l'état mental demanderait plutôt qu'elles soient hospitalisées. La prison a également pour effet d'aggraver les dérèglements légers, voire de susciter la survenance de troubles psychologiques et mentaux. La tendance à l'incarcération de personnes atteintes de troubles psychiatriques résulte partiellement d'une conception plus large de la responsabilité en droit pénal et de la prise en compte légitime des victimes. Pour autant, il faudrait prévoir la mise en œuvre de peines alternatives par le juge au moment de la condamnation, lorsque le cas le justifie.*

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a cité l'exemple de la prison pour femmes de Rennes qui est un établissement modèle et qui illustre l'idée que les prisons pour femmes paraissent mieux fonctionner que les prisons pour hommes. Elle a dénoncé le fait que des psychiatres nommés à plein temps en prison ne semblent pas y exercer l'intégralité de leur service et le manque de coordination entre l'hôpital et la prison. Il lui paraît nécessaire de faire en sorte qu'il n'y ait pas de sortie sans accompagnement : plusieurs associations travaillant pour la réinsertion des détenus se trouvent entravées dans leur action par la rupture qui existe entre leur travail et celui du service pénitentiaire d'insertion et de probation qui s'exerce à l'intérieur de la prison. La baisse du nombre d'appartements-relais au cours des dernières années pose également de nombreuses difficultés.*

M. Nicolas About, rapporteur pour avis, a noté que c'est une violence différente qui semble s'exercer dans les prisons pour femmes et dans les prisons pour hommes. On constate par ailleurs qu'elles se portent plus facilement volontaires pour l'exercice des tâches et activités, ce qui leur permet parfois d'obtenir un complément de revenus et réduit leur sentiment d'isolement. Ceci peut expliquer que les prisons pour femmes paraissent plus faciles à gérer.

En ce qui concerne la présence effective des médecins affectés au sein des unités carcérales, il s'agit là d'un réel problème qui appelle un renforcement des contrôles.

L'absence de coordination efficace et formalisée entre les personnels hospitaliers et pénitentiaires est partiellement compensée par des contacts verbaux réguliers entre les médecins et le directeur de l'établissement, dans l'intérêt des détenus.

Sur la question de l'interruption des soins après la libération du détenu, un amendement prévoyant une visite médicale obligatoire de sortie sera soumis à la commission.

Mme Raymonde Le Texier a indiqué partager les préoccupations exprimées par le rapporteur sur la santé en prison et sur les conditions souvent indignes dans lesquelles sont actuellement pratiquées les fouilles à corps. La difficulté d'accès aux douches résulte, à son sens, moins de la surpopulation carcérale que des risques d'agression, ce qui impose qu'une surveillance soit mise en place. Par ailleurs, la commission devrait également se pencher sur les conditions d'accouchement des femmes en prison ainsi que sur la préparation de la séparation et le maintien du contact avec l'enfant après qu'il a atteint l'âge de dix-huit mois. Ceci passe, entre autres, par la mise en place de pièces spécialement aménagées. Enfin, elle s'est étonnée que l'on n'ait pas fait état des difficultés d'emplois, d'activité et de formation des détenus.

Mme Anne-Marie Payet a fait état de la situation particulièrement précaire des prisons outre-mer. L'ancienne prison de Saint-Denis-de-la-Réunion, aujourd'hui heureusement fermée et remplacée, s'est longtemps trouvée dans une situation dramatique. Il en est encore ainsi à Mayotte. Par ailleurs, l'académie nationale de médecine a dénoncé le manque de psychiatres en prison et l'insuffisance de la formation des personnels soignants en milieu carcéral.

M. Marc Laménie a insisté sur l'importance des conditions de détention et sur le problème de la surpopulation carcérale. Le problème est toujours de trouver un juste équilibre entre les coûts liés à la construction de prisons à taille humaine et le bien-être des détenus. Il a souhaité savoir pourquoi des personnes souffrant de troubles mentaux graves se retrouvent en prison. Peut-il s'agir d'une erreur de l'expertise médicale au moment du jugement ?

M. Jacky Le Menn a témoigné avoir vécu du côté du monde hospitalier la mise en œuvre de la loi du 18 janvier 1994. La situation antérieure était véritablement dramatique. La pratique consistant à donner aux malades leurs médicaments dissous dans une bouteille d'eau était source d'un trafic et donc de consommations abusives pouvant amener au coma et à la mort. Quinze ans après, les difficultés à harmoniser culture hospitalière et culture pénitentiaire persistent. Il est encore très difficile de faire sortir les détenus malades pour les conduire à l'hôpital. Les personnels en charge de la surveillance ne sont pas clairement déterminés lors du séjour dans un service et on compte trop peu de chambres sécurisées, d'autant que celles qui existent sont souvent utilisées pour les urgences.

La détection des maladies en prison doit encore être améliorée, notamment en ce qui concerne les maladies mentales. On sait par ailleurs que l'enfermement aggrave la maladie. Les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), qui sont présentées comme un moyen de faciliter les soins hospitaliers, n'accueilleront en fait que les malades les plus dangereux et identifiés comme tels. On assiste aussi à des demandes accrues en matière de sécurité de la part du ministère de l'intérieur au détriment de l'approche en termes de soins.

Les enveloppes budgétaires accordées au financement des unités de soins en milieu carcéral doivent être garanties contre les tentatives de captation pour le financement des autres activités hospitalières.

Enfin, une des pistes d'amélioration des soins dispensés en prison est, à son sens, l'élaboration de profils médicaux précis pour chacun des détenus.

M. Jean-Marc Juilhard s'est enquis du statut des personnels soignants exerçant en prison, de l'impact des problèmes de démographie médicale et des conditions d'organisation de la réinsertion des détenus.

M. Nicolas About, rapporteur pour avis, a confirmé à Mme Raymonde Le Texier que, dans certaines prisons, on lui a rapporté que les détenus sollicitaient la protection de l'aumônier pour se rendre aux douches afin de se prémunir contre les actes de violences.

Mme Raymonde Le Texier a déclaré qu'il faudrait dès lors rendre obligatoire la surveillance des douches.

Abordant la question de l'activité en prison, **M. Nicolas About, rapporteur pour avis,** a précisé que la commission des lois, saisie au fond, a adopté de nombreuses mesures tendant à améliorer les possibilités de formation et d'emploi pour les détenus. L'obligation d'activité est un premier pas pour la réinsertion en ce qu'elle évite que les prisonniers restent enfermés dans leur cellule, mais il proposera des amendements pour renforcer ce volet du texte. En ce qui concerne la situation des femmes enceintes ou avec de jeunes enfants, la commission des affaires sociales pourra se saisir spécifiquement de ce sujet dans le cadre d'un rapport d'information. Les cas d'accouchements de femmes menottées résultent de l'obligation faite aux

gardiens de s'assurer qu'il n'y aura pas de tentative d'évasion. Ils illustrent surtout le fait que le manque de chambres sécurisées est criant.

Il a indiqué à Mme Anne-Marie Payet être sensible à la situation des prisons dans les collectivités ultra-marines, notamment en Guyane où la maison d'arrêt affiche un taux d'occupation de 171 %.

Le développement des peines alternatives est une nécessité si l'on veut régler la question de la surpopulation carcérale et les problèmes qui en découlent. Il est vraisemblable que le recours à la détention provisoire est trop utilisé.

Pour atténuer le plus possible le choc des cultures décrit par M. Jacky Le Menn, une clarification des rôles est nécessaire, qui passe notamment par l'interdiction de demander aux médecins et aux personnels médicaux des actes sans lien avec la médecine.

Enfin, il a précisé à M. Jean-Marc Juilhard que les personnels des unités de soins en milieu carcéral relèvent pour la majeure partie de la fonction publique hospitalière, mais qu'on compte aussi quelques vacataires. Le véritable problème est celui d'obtenir un médecin quand il y a urgence. Les difficultés d'accès font que les médecins extérieurs hésitent ou renoncent à répondre aux appels qui viennent de prison. Par ailleurs, la question de la réinsertion des détenus fait l'objet de plusieurs amendements soumis à la commission.

A l'issue de ce débat, la commission a examiné les amendements présentés par le rapporteur pour avis.

Après l'article 3, elle a adopté un article additionnel tendant à prévoir que les procureurs de la République et les juges d'instruction effectuent au moins une visite annuelle dans les prisons qui relèvent de leur ressort.

Après l'article 11 bis, elle a adopté un article additionnel tendant à ce que les prisonniers puissent acheter et recevoir des produits alimentaires de leur choix sous la seule réserve de la préservation de la sécurité et de la santé.

A l'article 11 ter (consultation des détenus sur leurs activités), elle a adopté un amendement prévoyant l'apprentissage des enseignements fondamentaux pour les détenus qui ne les maîtrisent pas.

Avant l'article 13, elle a adopté un article additionnel tendant à encadrer le mode de calcul de la rémunération minimale du travail des personnes détenues.

*A l'article 14 (insertion par l'activité économique), à la suite d'un débat au cours duquel sont intervenues **Mmes Marie-Thérèse Hermange, Raymonde Le Texier et Bernadette Dupont**, elle a adopté un amendement de réécriture prévoyant la signature d'un contrat de travail de droit public entre le détenu et l'administration pénitentiaire.*

A l'article 15 (droit des détenus au maintien des relations avec leur famille), elle a adopté un amendement fixant un nombre minimal de visites autorisées aux détenus.

Avant l'article 20, elle a adopté un article additionnel garantissant le droit des détenus au secret médical et au secret de la consultation.

A l'article 20 (prise en charge des soins par le service hospitalier - restriction des informations susceptibles d'être communiquées aux proches), elle a adopté deux amendements, le premier tendant à supprimer la restriction prévue aux informations susceptibles d'être communiquées aux proches et le second prévoyant l'organisation de la permanence des soins en milieu carcéral.

A l'article 22 (rémunération des aidants par l'administration pénitentiaire), elle a adopté un amendement prévoyant que le détenu faisant fonction d'aidant d'un détenu handicapé peut être rémunéré par l'administration pénitentiaire.

Après l'article 22, elle a adopté sept articles additionnels qui visent respectivement à :

- interdire la réalisation d'actes dénués de lien avec les soins par les personnels soignants intervenant en milieu carcéral ;

- prévoir une visite médicale de sortie ;

- offrir la possibilité aux personnes détenues de faire appel, sous conditions, à un praticien extérieur aux unités de soins et hôpitaux de rattachement ;

- mettre en place un dossier médical électronique unique pour chaque détenu ;

- imposer la passation d'un contrat d'entretien spécifique pour les matériels des unités de soins en milieu carcéral ;

- demander au Gouvernement de présenter un plan d'équipement des unités de soins en milieu carcéral en moyens de télémédecine ;

- placer dans un établissement spécialisé les détenus ayant effectué un séjour continu de plus de douze mois dans un service médico-psychologique régional.

Avant l'article 24, elle a adopté un article additionnel tendant à ce que le Gouvernement présente au Parlement un plan d'équipement des prisons en moyens de détection électronique permettant d'éviter les fouilles à corps.

A l'article 24 (fouilles), elle a adopté deux amendements, l'un précisant que les fouilles avec intrusion ne peuvent être effectuées que si les moyens de détection électronique sont insuffisants, l'autre qu'un médecin participant aux soins en milieu carcéral ne peut être requis pour effectuer ces fouilles.

Après l'article 32, le rapporteur pour avis a présenté un amendement portant article additionnel tendant à interdire l'incarcération d'un détenu dans un établissement affichant un taux d'occupation supérieur de 20 % à ses capacités.

M. Claude Jeannerot a souhaité savoir pourquoi fixer ce seuil à une suroccupation de 20 % et non dès que la capacité d'accueil est atteinte.

M. Nicolas About, rapporteur pour avis, a précisé que l'importance du taux de rotation des détenus dans les maisons d'arrêt fait qu'on ne peut interdire les dépassements ponctuels.

M. Claude Jeannerot a souligné le problème des détenus prétendument en transit dans une maison d'arrêt mais dont le séjour s'éternise.

La commission a donné un avis favorable à l'adoption des articles de la proposition de loi dont elle s'est saisie pour avis, sous réserve des amendements qu'elle présente.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Article additionnel après l'article 3

Après l'article 3, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les procureurs de la République et les juges d'instruction effectuent au moins une fois par an une visite dans chacun des établissements pénitentiaires situés dans le ressort de leur juridiction.

Article additionnel après l'article 11 *bis*

Après l'article 11 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Sous réserve des interdictions édictées par l'administration pénitentiaire liées à la sécurité et à la santé, les détenus peuvent recevoir ou acheter en cantine les produits alimentaires de leur choix.

Article 11 *ter*

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Lorsque la personne condamnée ne maîtrise pas les enseignements fondamentaux, l'activité consiste obligatoirement dans l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Lorsqu'elle ne maîtrise pas la langue française, l'activité consiste obligatoirement dans l'apprentissage de celle-ci. L'organisation des apprentissages est aménagée lorsqu'elle exerce une activité de travail.

Article additionnel avant l'article 13

Avant l'article 13, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article 717-3 du code de procédure pénale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération du travail des personnes détenues ne peut être inférieure à un taux horaire fixé par décret et indexé sur le salaire minimum de croissance défini à l'article L. 3231-2 du code du travail ».

Article 14

Rédiger comme suit cet article :

La participation des détenus aux activités professionnelles organisées dans les établissements pénitentiaires donne lieu à la signature d'un contrat de travail de droit public entre le détenu et l'administration pénitentiaire, représentée par le chef d'établissement.

Article 15

Compléter le premier alinéa de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Les prévenus doivent pouvoir être visités, par les membres de leur famille ou d'autres personnes, au moins trois fois par semaine, et les condamnés au moins une fois par semaine.

Article additionnel avant l'article 20

Avant l'article 20, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'administration pénitentiaire et les personnels soignants garantissent le droit au secret médical des détenus ainsi que le secret de la consultation.

Article 20

Supprimer le deuxième alinéa de cet article.

Article 20

Dans le troisième alinéa de cet article, après les mots :

La qualité

insérer les mots :

, la permanence

Article 22

Compléter cet article par une phrase ainsi rédigée :

Le détenu faisant fonction d'aidant peut être rémunéré par l'administration pénitentiaire.

Article additionnel après l'article 22

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un acte dénué de lien avec les soins ne peut être demandé aux personnels soignants intervenants en milieu carcéral.

Article additionnel après l'article 22

(art. L. 161-13 du code de la sécurité sociale)

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Compléter le texte de l'article L. 161-13 du code de la sécurité sociale par un alinéa ainsi rédigé :

« Le maintien des droits après la libération est soumise à l'obligation de se soumettre à une visite médicale dans des conditions définies par décret. »

Article additionnel après l'article 22

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les personnes détenues peuvent, après avis médical et sur autorisation du directeur régional des services pénitentiaires, faire appel à un autre praticien que ceux appartenant aux unités de soins en milieu carcéral et à leurs hôpitaux de rattachement.

Article additionnel après l'article 22

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque détenu dispose d'un dossier médical électronique unique.

Article additionnel après l'article 22

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les hôpitaux en charge des unités de soins en milieu carcéral passent, pour les matériels mis à disposition de ces unités, un contrat d'entretien spécifique.

Article additionnel après l'article 22

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 juillet 2009, le Gouvernement présente au Parlement un plan d'équipement des unités de consultation et de soins ambulatoires et des services médico-psychologiques régionaux en moyens de télémédecine pour les années 2009 à 2014.

Article additionnel après l'article 22

Après l'article 22, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après avis médical, les détenus ayant effectué un séjour continu de plus de douze mois dans un service médico-psychologique régional sont placés dans des établissements spécialisés hors du milieu carcéral pour la durée restante de leur peine, dans des conditions définies par décret.

Article additionnel avant l'article 24

Avant l'article 24, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 juillet 2009, le Gouvernement présente au Parlement un plan d'équipement des prisons en moyens de détection électronique, pour les années 2009 à 2014, permettant d'éviter les fouilles à corps.

Article 24

Dans la première phrase du troisième alinéa de cet article, après les mots :

sauf impératif spécialement motivé

insérer les mots :

et si les moyens de détection électronique sont insuffisants.

Article 24

Dans la seconde phrase du troisième alinéa de cet article, après les mots :

Elles ne peuvent alors être réalisées que par un médecin

insérer les mots :

ne participant pas aux soins en milieu carcéral et

Article additionnel après l'article 32

Après l'article 32, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un détenu ne peut être incarcéré dans un établissement ayant un taux d'occupation supérieur de 20 % à ses capacités.