



**Union nationale interfédérale
des œuvres et organismes privées
non-lucratifs sanitaires et sociaux**
15 rue Albert, 75214, Paris

Contribution de l'Uniopss

Rapport du Défenseur des droits relatif aux discriminations dans l'accès et dans les parcours de soins

Rédigé par l'Uniopss¹

décembre 2024

¹ Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 15 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social.

Contribution rédigée par Raphaël Moreau (Conseiller technique santé/ESMS), Charlotte Pénot (Conseillère lutte contre les exclusions), Juliette Capelle (Conseillère autonomie) et Maëlis Bouticourt (Conseillère autonomie) ; avec les contributions des commissions santé et lutte contre les exclusions de l'Uniopss, ainsi que du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et de l'Observatoire Internationale des Prisons.

Sommaire

Sommaire	2
Note méthodologique	4
Préambule	5
Les facteurs socio-économique comme source de discriminations dans l'accès aux soins.....	7
Premier exemple : les discriminations en lien avec l'âges.....	8
Discrimination des personnes âgées dans les soins de santé (éléments est issue de la déclaration de l'AMM)	8
La nécessité d'une approche holistique (éléments est issue de la déclaration de l'AMM)	9
Le développement du numérique.....	9
L'apport du défenseur des droits sur les discriminations liées à l'âge avancé.....	9
Deuxième exemple : les discriminations en lien avec le genre et le sexe biologique.....	10
Les femmes et l'accès aux soins.....	12
Personnes en situation irrégulière	13
L'AME, dispositif primordial à conserver	13
Les insuffisances de l'AME	14
Des ruptures de droits.....	14
Un traitement différencié	14
Un dispositif lourd qui amène à des discriminations.....	14
Centres de rétention administrative (contribution du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - CGLPL)	15
Personnes vivant avec un trouble psychique.....	17
Une population stigmatisée	17
Un accès aux soins entravé.....	19
Un accès aux droits ignorant les spécificités de cette population.....	20
Une offre de soin inadaptée	21
Un recours aux soins sans consentement encore trop banalisé.....	22
Hôpitaux psychiatriques (contribution du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - CGLPL).....	25
Personnes en situation de handicap	26
Les discriminations dans l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.....	26
L'accès aux soins des personnes vivant en ESMS.....	27
Personnes privées de libertés.....	28
Définitions	28
Contribution du Contrôleur général des lieux de privation de liberté – CGLPL.....	29
Les lieux de privation de liberté producteurs d'une discrimination institutionnelle des populations qu'ils abritent.....	30
Les conditions de détentions, premier facteur de détérioration de l'état de santé.....	31

Des stigmatisations quotidiennes pour les personnes transgenres.....	32
Un système de détention inapte à accueillir les femmes.....	33
Une discrimination institutionnelle constituant d'une rupture d'égalité dans l'accès aux soins.....	34
Des atteintes à la dignité fréquentes.....	34
Un suivi médical préoccupant.....	35
Absence de considération pour les enjeux liés aux addictions	36
Recommandations	37
Personnes en situation irrégulière	38
Recommandations générales.....	38
Mesures spécifiques	38
Personnes vivant avec un trouble psychique.....	39
Recommandations générales.....	39
Mesures spécifiques	39
Exemples de bonnes pratiques.....	39
Personnes en situation de handicap.....	40
Recommandations générales.....	40
Mesures spécifiques	40
Personnes privées de libertés.....	41
Recommandations générales.....	41
Mesures spécifiques	41
Exemples de bonnes pratiques.....	41
Annexes.....	42
pièces jointes par le CGLPL	42
Pièce jointe n°1 - Dégradation de l'état de santé en détention	42
Pièce jointe n°2 - Compatibilité de l'état de santé avec les soins	44
Pièce jointe n°3 - Suivi psychologique en détention.....	45
Pièce jointe n°4 - Handicap physique et maintien en rétention	47
Pièce jointe n°4bis - Soins de longue durée et maintien en rétention.....	49
Autres.....	51
recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe.....	51
Contribution de la Fédération Promotion Santé.....	52

Note méthodologique

L'Uniopss apporte tout son soutien au Défenseur des droits dans sa démarche ambitieuse de proposer une cartographie des discriminations dans l'accès et dans les parcours de soins.

Pour contextualiser sa contribution, l'Uniopss souhaite mettre en avant plusieurs difficultés ou réflexions qu'elle a pu rencontrer au cours de sa construction.

- Un délai restreint limitant les remontées de terrain. Le Défenseur des droits a proposé un questionnaire prêt à l'emploi pour guider les associations dans la rédaction de la contribution. Cependant, les délais limités n'ont pas permis une diffusion suffisante du questionnaire en raison des ralentissements que peuvent engendrer la stratification organisationnelle des associations adhérentes à l'Uniopss.
- Un questionnaire légitime, mais sensible pour les associations. Le sujet des discriminations est un sujet éminemment important et doit être explicité. Cependant, confronter les professionnels de santé à un questionnaire s'intéressant aux discriminations dont ils peuvent être la source n'est pas chose aisée. Ainsi, un équilibre et un exercice pédagogique ont dû être trouver pour les faire contribuer sans laisser paraître une suspicion généralisée des professions de la santé.
- Recueillir la parole de toutes et tous. La diffusion du questionnaire a conduit à divers commentaires des adhérents de l'Uniopss. Il a été demandé à plusieurs reprises, si un questionnaire de la même envergure avait été envisagé pour les personnes concernées. En effet, l'Uniopss ne regroupe pas uniquement des structures employeuses, mais des associations de personnes concernées ou de leurs proches. Les auditions directement effectuées par le Défenseur des droits auprès d'adhérents de l'Uniopss laissent à penser que la parole des personnes concernées a été recueillie par ce moyen-là, même s'il ne s'agit pas de témoignages directs.
- En relation avec le premier et le précédent point, la contribution de l'Uniopss a souhaité mettre en avant des verbatims de personnes concernées recueillis dans de précédentes études et travaux.

Bien que cette contribution ne réponde pas directement à la demande initiale du Défenseur des droits, à savoir la remontée des réponses du questionnaire, l'Uniopss a voulu apporter un regard plus large sur la question des discriminations dans l'accès et le parcours de soins. Aussi, l'Uniopss encourage le Défenseur des droits à poursuivre ses travaux, car ces derniers pourront constituer une ressource inestimable dans la défense des droits des bénéficiaires du système de santé, mais également pour appeler à une nouvelle réflexion sur la démocratie en santé.

Préambule

Dans cette contribution, l'Uniopss a souhaité rappeler la définition légale des discriminations. Elles sont définies comme des traitements différentiels (intentionnels ou non), illégitimes et produisant un résultat défavorable sur l'accès aux droits fondamentaux d'un individu ou d'un groupe d'individus. Directes, ou indirectes lorsqu'elles sont produites par les règles d'un système, elles sont génératrices d'inégalités. Or, l'accès aux soins est l'un des droits fondamentaux pour lesquels un principe d'égalité est préconstitué. Les discriminations en matière d'accès aux soins aujourd'hui objectivées font pourtant état de la pluralité des populations concernées : personnes en situation de handicap, en situation de précarité, personnes âgées, étrangers, individus atteints de pathologies graves, etc.

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »

Article L. 1110-3 du code de la santé publique

Le non-respect de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique est caractérisé comme un refus de soins discriminatoire et peut s'illustrer par les situations suivantes :

- Refuser de recevoir un patient ou le traiter de manière irrespectueuse en raison, par exemple, d'un critère de nationalité, de religion, d'orientation sexuelle, d'âge, d'état de santé, de handicap, de couverture maladie (Complémentaire santé solidaire ou Aide médicale d'État),
- Demander des dépassements d'honoraires ou refuser d'appliquer le tiers payant alors que le patient est bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale d'État.

La discrimination définie aux articles 225-1 et 225-2 du code pénal, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Le droit français retient deux niveaux de discrimination : la discrimination directe et la discrimination indirecte :

- La discrimination directe : il s'agit d'une différence de traitement fondée de façon manifeste sur un des critères prohibés.
- La discrimination indirecte : il s'agit d'une disposition, mesure ou pratique apparemment neutre, mais qui affecte une proportion significativement plus élevée de groupe particulier caractérisé par un critère illégal (par exemple, les femmes, les immigrés, les personnes en situation de handicap, etc).

Cette notion permet de s'attaquer aux conséquences d'une discrimination indépendamment de l'intentionnalité d'utiliser un critère illégal.

En sociologie, est reconnu un autre niveau d'analyse : la discrimination systémique. Cette notion prend en compte les inégalités sociales historiquement constituées. Elle peut être définie comme l'ensemble des processus, visibles ou non, qui produisent et reproduisent l'assignation de groupes sociaux à certaines positions de la structure sociale.

Elle permet de ne pas limiter la question des discriminations à des processus individuels, mais de prendre en compte l'interaction d'une multitude de pratiques sociales qui vont avoir comme effet un traitement différentiel d'un groupe au sein de la société. Elle permet de penser l'imbrication des discriminations directes et indirectes.

Ainsi, le droit ne garantit pas un accès de tous les citoyens à toutes les formes de soins (notion de moyens disponibles), mais une non-discrimination, une égalité, voire une équité, dans l'accès aux secteurs sanitaire, social et médico-social.

Bien qu'une définition légale soit nécessaire, l'Uniopss et ses adhérents ont souhaité prendre un angle plus large. En effet, la définition légale de la discrimination engage une responsabilité individuelle et, a fortiori, celle des soignants et des professions œuvrant dans la santé. Or, la raréfaction des ressources humaines et financières dans le système de santé risque de renforcer les logiques de « tri » des patients et, par extension, les discriminations dans l'accès et la dispensation des soins.

Ainsi, la présente contribution est découpée en 5 parties afin d'illustrer les multiples facteurs socio-économiques qui peuvent constituer des critères de discriminations dans l'accès aux soins et s'accroissant lors qu'ils se superposent. Les 5 parties sont :

- Les facteurs de discriminations
- Les personnes en situation irrégulière
- Les personnes vivant avec des troubles psychiques
- Les personnes en situation de handicap
- Les personnes privées de libertés

Les facteurs socio-économique comme source de discriminations dans l'accès aux soins

Si l'on opère un comparatif entre les pays, le système de santé français offre des niveaux élevés de qualité et d'accès aux soins. L'assurance maladie a une couverture obligatoire et universelle, et elle comprend des services de santé financés par l'Etat pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France. Ce contexte national, dans lequel toute la population devrait en principe avoir accès aux soins de santé, relève en réalité des disparités sociales en termes de discriminations dans les soins.

Les données récoltées dans l'étude Trajectoires et Origines (TeO) menée par Joshua Rivenbark et Mathieu Ichou en 2020 permettent d'observer des taux de discriminations significativement plus élevés pour les personnes appartenant à des groupes minoritaires ou défavorisés socialement : les femmes (4,7 %) par rapport aux hommes (3 %) ; les immigrés (4,8 %), les personnes nées en outre-mer (5,9 %), les migrants venant d'Afrique subsaharienne (7,1 %) et de Turquie (6,8 %) par rapport aux personnes nées en France métropolitaine (3,6 %).

Probabilité de déclarer une expérience de discrimination dans le système de santé

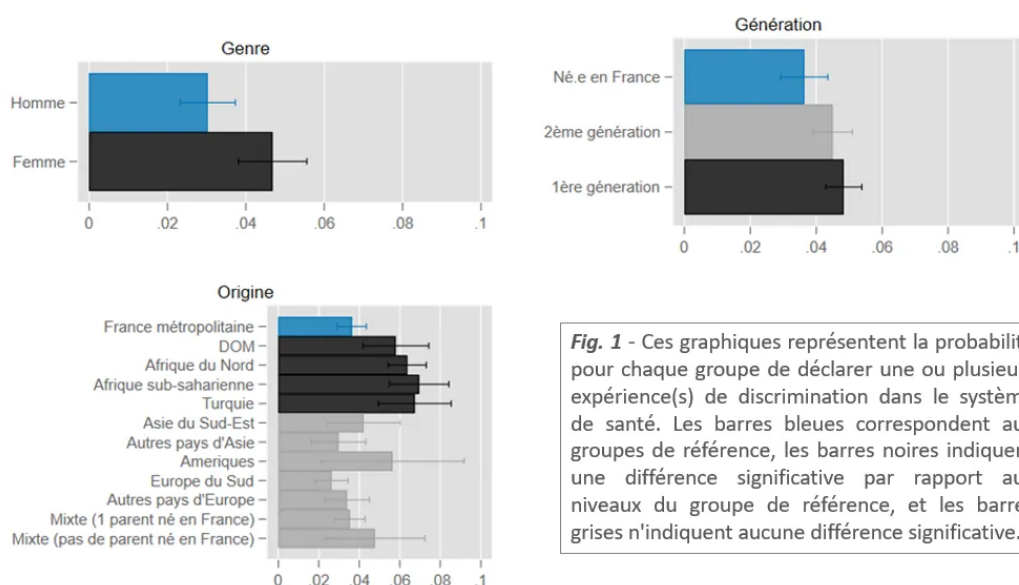


Fig. 1 - Ces graphiques représentent la probabilité pour chaque groupe de déclarer une ou plusieurs expérience(s) de discrimination dans le système de santé. Les barres bleues correspondent aux groupes de référence, les barres noires indiquent une différence significative par rapport aux niveaux du groupe de référence, et les barres grises n'indiquent aucune différence significative.

Le ressenti des discriminations dans le cadre des soins de santé peut avoir un effet négatif sur la confiance et la satisfaction dans le système de santé. Avec une augmentation moyenne de 14 % de la probabilité de renoncer aux soins ultérieurs, les cas de non-recours aux soins apparaissent étroitement liés aux discriminations lors de soins passés. Les personnes qui en sont victimes peuvent être plus réticentes à demander des soins, car elles peuvent le percevoir comme un risque accru de discriminations et par conséquent être plus susceptibles de retarder ou de renoncer à des soins futurs.

Au cours de cette étude, la comparaison entre les groupes défavorisés et les groupes de référence, la discrimination explique une proportion statistiquement significative de la disparité dans le non-recours aux soins. Pour les personnes d'origine africaine subsaharienne (par rapport aux personnes nées en France métropolitaine), les discriminations expliquent un tiers des non-recours au soin. Ce chiffre est d'environ un

sixième pour les femmes (par rapport aux hommes). Bien que cette proportion expliquée par les discriminations soit plus faible pour les femmes que pour certains autres groupes, le fait qu'elles constituent la moitié de la population est significatif de l'ampleur de cet effet au niveau de la société française.

Premier exemple : les discriminations en lien avec l'âges

Le vieillissement de la population dû à l'allongement de l'espérance de vie constitue l'un des principaux défis pour notre système de santé compte tenu de la quantité de ressources nécessaires pour assurer les soins de santé des personnes âgées. Cette perspective met ces systèmes sous tension, le vieillissement générant une demande de soins plus forte, et une forte dépendance vis-à-vis des services médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers. D'autre part, les personnes âgées sont, à tort, perçues exclusivement comme des personnes qu'il faut aider, soigner et soutenir financièrement, alors que leur contribution au bien-être de la société est considérable et précieuse.

L'accroissement de la longévité doit s'accompagner de normes sur la meilleure qualité de soins possible et la promotion de la santé, la réduction des facteurs de risque et la prestation de services sociaux et de santé qui soient accessibles, durables et de qualité.

L'âge biologique ne saurait fonder de discrimination, bien qu'il puisse être un facteur à prendre en compte dans la décision médicale. Ainsi, conformément à la Déclaration de Genève de l'Association Médicale Mondiale² (AMN), les médecins doivent s'efforcer d'améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie de tous les patients sans aucune forme de discrimination contre les patients âgés.

Discrimination des personnes âgées dans les soins de santé (éléments est issue de la déclaration de l'AMM)

La limitation de l'offre de procédures de diagnostics ou thérapeutiques coûteuses et longues ou de l'admission au sein de certaines unités où les soins sont plus intensifs et onéreux est plus commune pour la population âgée. Aussi, les patients âgés sont souvent exclus des essais cliniques, même s'ils remplissent tous les critères d'admission.

L'âge est devenu un filtre à l'heure de devoir privilégier certains patients pour certaines interventions. Les raisons tendent à être physiques, cependant il peut exister des motivations économiques sous-jacentes (non-déclarées comme telles) : le temps de rétablissement est considéré comme plus long, ce qui accroît la durée de séjour à l'hôpital. Les manques de moyens et la pénurie du service public médical qui a des ressources insuffisantes ont pour conséquence que les personnes âgées en soient privées en raison de leur espérance de vie plus courte.

Il existe un consensus sur le fait que, d'un point de vue physiologique comme psychologique, les déterminants de la santé chez les patients vieillissants sont intrinsèquement liés au genre. C'est pourquoi les solutions proposées doivent tenir compte de ces différences entre les sexes pour réduire les inégalités de santé.

Les discriminations de santé contre les personnes âgées peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur bien-être physique, mental et social. Elles contribuent à la détérioration de leur qualité de vie, de leur autonomie, de leur confiance, de leur sécurité et du maintien d'un mode de vie actif, ce qui par suite nuit à leur santé.

² [Déclaration de Genève – WMA – The World Medical Association](#)

La nécessité d'une approche holistique (éléments est issue de la déclaration de l'AMM)

Le système de santé français ne réussit pas à bien s'adapter à l'évolution des besoins des populations. C'est le cas de beaucoup d'hôpitaux, qui ont été conçus pour traiter des patients adultes souffrant de pathologies aiguës et non des patients âgés souffrant de pathologies chroniques.

L'accroissement de la longévité doit s'accompagner de normes sur la meilleure qualité de soins possible, la promotion de la santé, la réduction des facteurs de risque et la prestation de services sociaux et de santé qui soient accessibles, durables et de qualité. L'accent doit être mis sur une médecine centrée sur le patient qui guérisse, soigne, soulage et reconforte.

Le développement du numérique

La question de la numérisation du domaine de la santé peut exclure les personnes dans leur propre parcours de soins. Bien que la numérisation soit nécessaire sur plusieurs aspects (par exemple, selon le rapport Pon-Courty de 2019 : améliorer la coordination de professionnels de santé, rendre accessibles les informations de santé des patients les concernant...), une vigilance doit être portée quant au renforcement de la politique d'inclusion numérique tout en maintenant systématiquement la possibilité d'un lien humain.

Dans son Plaidoyer pour une politique de l'autonomie d'avril 2023, l'Uniopss s'attache à rendre concret et effectif le principe républicain de l'accès aux mêmes droits pour tous, au-delà des complexités liées aux évolutions technologiques ou des mises à l'écart de fait, qui bloquent cet accès à de trop nombreuses personnes (du fait de leur âge, de leur handicap ou de leur situation sociale). L'idée est de permettre un accompagnement humain, pour ceux qui le souhaitent, dans l'accès aux services publics, dont celui de la santé, évitant ainsi la fracture numérique que peuvent subir les personnes âgées³.

L'apport du défenseur des droits sur les discriminations liées à l'âge avancé

L'étude du Défenseur des droits portant sur « les difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé » d'octobre 2021 démontre que les discriminations liées à l'avancée en âge sont davantage perçues par les aidants que par les personnes âgées elles-mêmes⁴. En l'occurrence, l'accueil dans les administrations ou les services publics et l'accès aux soins représentent « des contextes particulièrement propices à ces inégalités ». Parmi les attitudes négatives ressorties dans les témoignages, se trouvent la condescendance, l'impatience, l'irrespect voire l'inégalité de traitement. Les personnes âgées intériorisent l'âgisme. Par ailleurs, le Conseil de l'âge a publié les résultats d'une enquête nationale portant sur l'âgisme, en septembre 2024, démontrant que 19% de personnes déclarent être victimes ou témoins de discriminations envers une personne âgée dans une administration ou un service public (dont font partie les services de santé)⁵.

Ce qui est inquiétant est le taux de non-recours en cas de discrimination. D'après l'étude du Défenseur des droits, plus d'un tiers des personnes âgées déclarent en parler à

³ [Uniopss, Plaidoyer pour une politique de l'autonomie « Faire de l'autonomie de chacun le cœur d'une société solidaire et inclusive », avril 2023](#)

⁴ [Défenseur des Droits, Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé : une étude auprès des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile, octobre 2021](#)

⁵ [HCFEA – Conseil de l'âge, Enquête L'opinion sur le vieillissement de la population et les personnes de 65 ans et plus : Une France âgiste malgré elle ?, septembre 2024](#)

la personne concernée (39 %) ou alerter le ou les personnes responsables (36 %). Un quart demande de l'aide à un proche ou à un professionnel. Seules 12 % se sont engagées dans un recours contentieux et 10 % ont contacté le Défenseur des droits. Une personne âgée sur cinq décide cependant de ne rien dire ou faire.

Le Défenseur des droits a également fait un focus sur la crise sanitaire : plus d'une personne âgée sur quatre a eu le sentiment que sa situation n'a pas été bien prise en compte, et ce, particulièrement dans le domaine des soins et des services. Par exemple, les services de santé ont dû limiter, reporter, voire supprimer certaines prestations avec la déprogrammation de rendez-vous médicaux et des visites à domicile, etc. du fait de la gestion des cas de Covid-19.

Le contexte de la crise sanitaire a également fait l'objet d'un rapport dans le cadre d'une mission « Droit de visite et lien de confiance »⁶. Pour illustrer la discrimination subie par les personnes âgées, le rapport s'est intéressé aux masques transparents. Les protocoles ont autorisé les masques transparents pour les établissements médico-sociaux, notamment pour les personnes en situation de handicap. Cependant, bien que les Ehpad accueillent des personnes âgées atteintes de maladies cognitives (Alzheimer ...) et des personnes sourdes ou malentendantes et dont l'utilité des masques transparents est avérée, ils n'ont pas eu cette autorisation. En somme, le rapport indique donc que ce type de mesure d'âge discriminante (pour les personnes âgées) ou protectrice (pour les personnes en situation de handicap) dans la gestion de la pandémie est maltraitant pour les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs.

Deuxième exemple : les discriminations en lien avec le genre et le sexe biologique

Le rapport du Haut Conseil à l'Égalité⁷ de novembre 2020 montre que le fait d'être une femme ou un homme peut jouer un rôle important dans le diagnostic de certaines maladies, notamment les maladies cardio-vasculaires ou la dépression.

Depuis une dizaine d'années, de nombreux travaux internationaux sur le thème Genre et Santé ont révélé à quel point l'interaction entre les facteurs biologiques, socioculturels et politiques est un élément clé pour comprendre les inégalités de santé entre femmes et hommes. Il est important de faire la distinction entre les différences de santé liées au sexe et les inégalités de santé liées au genre. Lorsque l'on parle de différences de santé, on se réfère essentiellement aux déterminants du sexe biologique, alors que les inégalités de santé concernent les facteurs socioculturels et économiques liés au genre. Ainsi, les codes sociaux de genre chez les patient(e)s influencent l'expression des symptômes, le rapport au corps et le recours aux soins. De la même manière, chez les professionnels de santé, les représentations sociales des maladies dites féminines ou masculines influencent l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge médicale. Ces normes de genre viennent de loin, car la médecine a été construite historiquement autour du corps masculin (paramètres physiopathologiques, description des symptômes, posologie, etc.). Ces éléments sont détaillés dans le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.

⁶ [Rapport « Liens entravés, adieux interdits : Droit de recevoir ses proches, droit de visiter les siens de Laurent Frémont, Mission « Droit de visite et lien de confiance », novembre 2023](#)

⁷ Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, [Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique](#), novembre 2020

L'exemple de l'infarctus du myocarde

- Cette pathologie a longtemps été considérée comme une maladie touchant quasi-exclusivement les hommes dans la cinquantaine, et stressés au travail. Par conséquent, les femmes, insuffisamment informées, sont moins vigilantes à des signes évocateurs de troubles cardiaques. Une étude menée par le service de cardiologie de l'hôpital Lariboisière⁸ a montré que les femmes victimes d'un infarctus du myocarde appelaient le SAMU en moyenne 15 minutes plus tard que les hommes.
- Le constat drastique à l'échelle nationale est donc qu'il relève d'un sous-diagnostic et d'un défaut de prise en charge des femmes. Elles sont deux fois plus nombreuses⁹ à décéder à l'hôpital à la suite d'un infarctus, selon une étude menée par le journal médical d'Australie.
- En Angleterre, une enquête¹⁰ révèle que dans plus d'un cas sur trois, les médecins généralistes et les cardiologues n'avaient pas fait le bon diagnostic en cas de suspicion d'infarctus.

Cet exemple et ces trois enquêtes dressées dans 3 pays, montrent l'importance de la prise en compte du sexe biologique pour analyser les pathologies de façon plus pertinente, poser de meilleurs diagnostics et ne pas perdurer dans la discrimination dans l'accès au soin lié au critère du sexe biologique.

La dépression pathologie stéréotypée

- La dépression apparaît comme une pathologie plutôt "féminine", les femmes étant en moyenne deux fois plus touchées¹¹ par les troubles dépressifs que les hommes selon l'OMS. L'explication longtemps avancée de la plus forte vulnérabilité des femmes à la dépression est l'influence des fluctuations hormonales liées aux menstruations, à la grossesse, au post-partum, à la ménopause.
- Or des recherches¹² récentes menées par 4 scientifiques datant de décembre 2015 montrent que les facteurs biologiques ne jouent qu'un rôle minime face à l'influence de l'environnement socioculturel et économique qui expose davantage les femmes aux risques de dépression.

Ces dernières études démontrent comment l'écart salarial explique les disparités entre les sexes dans les troubles de l'humeur. Les emplois précaires, le manque de ressources, les charges domestiques et familiales et les violences sexistes et sexuelles constituent en effet un risque majeur pour la santé mentale et physique des femmes (blessures traumatiques et gynécologiques, troubles psychiques et psychosomatiques, anxiété,

⁸ Stéphane Manzo-Silberman, [Influence of gender on delays and early mortality in ST-segment elevation myocardial infarction: Insight from the first French Metaregistry, 2005-2012 patient-level pooled analysis](#), juillet 2018

⁹ Ehsan Khan, [Differences in management and outcomes for men and women with ST-elevation myocardial infarction](#), août 2018

¹⁰ Daniel J P Burns, [International Consortium for Health Outcomes Measurement \(ICHOM\): Standardized Patient-Centered Outcomes Measurement Set for Heart Failure Patients](#), décembre 2011

¹¹ OMS, [Trouble dépressif](#), site internet

¹² Jonathan Platt, [Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders](#), décembre 2015

conduites addictives, troubles du sommeil...). Ces derniers sont qualifiés de risques majeurs dans le rapport d'octobre 2020 du HCE¹³ sur les violences conjugales.

Les femmes et l'accès aux soins

La précarité économique est un facteur majeur d'inégalité entre les femmes et les hommes dans l'accès au soin et la prise en charge médicale. Les femmes sont plus touchées par la précarité économique : elles constituent 70% des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et représentent 85 % des familles monoparentales dont une sur trois vit sous le seuil de pauvreté. Selon le rapport du HCE de 2017¹⁴ sur l'accès aux soins et à la santé pour les femmes en situation de précarité.

Le manque de ressources se traduit par le renoncement aux soins et par une dégradation de l'hygiène de vie : logements dégradés, mauvaise alimentation, consommation d'alcool, sédentarité, etc.

Ainsi, il paraît impératif de :

- Sensibiliser et former les personnels soignants à prendre en compte les interactions entre sexe et genre dans les pathologies ;
- De soutenir les recherches pluridisciplinaires sur le sexe et le genre dans la santé : avec la création d'un Institut Français sur "Genre et Santé", à l'instar de ceux d'autres pays européens, comme le préconise un rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes¹⁵ ;
- Garantir l'accès aux soins pour les femmes en situation de précarité : informer des droits et guider vers les bons parcours de soins (renforcer et développer les dispositifs "d'aller vers").

¹³ Haut conseil à l'égalité, [Violences conjugales Garantir la protection des femmes victimes et de leurs enfants tout au long de leur parcours](#), octobre 2020

¹⁴ Haut conseil à l'égalité, [La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité](#), 2017

¹⁵ Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, [Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique](#), novembre 2020

Personnes en situation irrégulière

Lors du débat sur la loi immigration votée en décembre 2023, la question de l'Aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière a été régulièrement soulevée. Jean-Marie André, économiste à l'École des hautes études en santé publique (CNRS UMR 6051 ARENES) a démontré dans ses études que l'AME représente un montant modeste par rapport à la dépense de santé couverte par la Sécurité sociale, surtout au regard des multiples risques que sa suppression ferait courir. Des pistes d'amélioration sont toutefois envisageables.

L'AME, dispositif primordial à conserver

Pour les étrangers qui reçoivent l'aide médicale de l'État (AME) parce qu'ils n'ont pas accès à la Sécurité sociale, la chance d'obtenir un rendez-vous est de 23 % plus faible que pour un malade lambda, selon une expérience menée par l'Institut des politiques publiques auprès de 3 000 médecins de trois spécialités (généralistes, ophtalmologues et pédiatres).¹⁶ L'étude qui s'intéresse également au traitement des étrangers couverts par l'aide médicale de l'État (AME) conclut à une réponse défavorable de la part de certains médecins envers les sans-papiers. En moyenne, le patient « de référence » s'entend souvent répondre que le médecin « ne prend pas de nouveaux patients » et n'a obtenu un rendez-vous qu'une fois sur deux. Mais lorsqu'il s'annonce comme couvert par l'AME, alors un patient n'obtient un rendez-vous que dans 40 % des cas, dix points de moins. Les taux sont de 33 % chez les généralistes, 51 % chez les ophtalmologues et 38 % chez les pédiatres testés. Pour les pédiatres, l'écart de six points avec les « patients de référence » n'est pas statistiquement significatif. Mais pour 11 % des généralistes et 17 % des ophtalmologues testés, le refus de rendez-vous est directement imputable au fait de dépendre de l'AME. Ce qui représente une perte de 25 % de chance d'obtenir un rendez-vous pour les sans-papiers, par rapport aux personnes disposant d'une carte Vitale.

Les étrangers sans-papiers sont discriminés par certains médecins, alors même que leurs soins sont censés être pris en charge à 100 % par l'État. Ces discriminations « *sont le fait d'une minorité de praticiens, mais ont une ampleur non négligeable et sont souvent exprimées de manière explicite par les praticiens* ». Ces traitements discriminatoires sont probablement sous-estimés. On pense à une sous-estimation, car les enquêteurs de cette étude qui se sont fait passer pour des patients relevant de l'AME maîtrisaient parfaitement le français, ce qui n'est pas le cas d'un grand nombre d'étrangers récemment arrivés en France.

Les étrangers relevant de l'aide médicale de l'État ne sont pas traités à égalité, notamment dû au fait que les médecins connaissent mal le dispositif ou répugnent à accomplir les démarches administratives. Cependant, il est nécessaire de rappeler que le traitement différencié des patients est interdit par la loi. De plus, il contredit le serment d'Hippocrate prêté par les médecins : « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera* ».

¹⁶ « Les refus de soin opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État », Lucie Le Rolland *et al.*, Défenseur des droits, mai 2023.

Les insuffisances de l'AME

L'AME est de fait une prestation sociale qui isole et marginalise les étrangers en situation irrégulière dans une catégorie à l'écart du droit commun, et qui donne à voir un certain nombre d'insuffisances. Généralement, la population qui a recours à l'AME subit une précarité socio-économique qui impose un suivi médical de qualité.

Dans l'opinion publique, les bénéficiaires de l'AME sont rattachés à une situation d'illégalité. Ceci affecte très directement la manière dont la société conçoit les besoins de soins et les mécanismes de solidarité à mettre en œuvre pour ces personnes, et a tendance à orienter les politiques publiques vers le moins disant. Cette pensée viendrait expliquer ces logiques de discriminations qui peuvent apparaître dans les parcours médicaux et dans la qualité des soins délivrés.

Des ruptures de droits

La gestion de l'AME entraîne régulièrement des ruptures de droits. Par exemple, les bénéficiaires qui accèdent au processus de demande d'asile sont couverts par la PUMA après trois mois de carence. Cependant, s'ils sont déboutés, ils doivent à nouveau déposer un dossier pour l'AME à l'issue d'une période de six mois de maintien des droits. Compte tenu des délais d'instruction à chaque étape, ces périodes de ruptures peuvent être longues. Typiquement, dans cette situation, la durée avoisine un an. Le renouvellement de l'AME, qui doit être fait annuellement, expose aussi à des périodes d'absence de couverture.

La succession de ces statuts, avec toutes leurs phases transitoires, complique sérieusement la surveillance médicale, conduit à des retards de prise en charge et mène à des complications qui peuvent déboucher sur le recours aux urgences.

Un traitement différencié

L'absence d'inscription des bénéficiaires dans les dispositifs du médecin traitant, du parcours de soins coordonné, du dossier médical partagé et de certaines mesures nationales de prévention comme les campagnes de dépistage de l'assurance maladie est une insuffisance notable de l'AME. Cela a des conséquences sur la qualité des suivis individuels, mais également, cela prive aussi la collectivité d'un ensemble d'informations sanitaires et de leviers d'intervention sur le plan de la santé publique au bénéfice de tous. Par exemple, la couverture vaccinale de la population reçue dans les CASO est très en retrait par rapport à la moyenne nationale, et seulement 16,8% des femmes reçues en première consultation ont déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus.

Un dispositif lourd qui amène à des discriminations

La gestion globale du dispositif est lourde et impose des démarches complexes pour les bénéficiaires. Elle nécessite de nombreuses phases d'instruction et de contrôle qui supposent d'affecter des agents très spécialisés à ces tâches et qui doivent tenir compte, lors des renouvellements annuels, des ajustements réguliers apportés sur le mode d'administration de la prestation.

Cette absence de fluidité a des conséquences du côté des soins, et il ressort que les bénéficiaires sont confrontés à un taux de refus de rendez-vous supérieur à celui qui est enregistré pour un patient de référence (non titulaire de la CSS ou de l'AME), comme le montre l'étude mentionnée précédemment. Ces refus n'apparaissent pas significatifs pour la CSS, mais les écarts de taux de rendez-vous avec le patient de référence sont bien réels

pour l'AME dans trois spécialités étudiées, à savoir la médecine générale (+9%), l'ophtalmologie (+16,2%) et la pédiatrie (+6%)

Ce qui explique l'écart avec le patient de référence réside dans le caractère discriminatoire des refus qui peuvent être explicites ou implicites, c'est-à-dire, dans ce dernier cas, fondés sur un motif légitime mais présenté de manière abusive. L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour doit être amélioré dans un objectif de santé individuelle et de santé publique.

Centres de rétention administrative (contribution du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - CGLPL)

Depuis les récentes instructions gouvernementales, le Contrôleur est régulièrement alerté sur la situation de personnes placées en rétention malgré la présence de troubles psychiques graves, et qui rencontrent des difficultés à faire reconnaître l'incompatibilité de leur état de santé avec une mesure de rétention.

A travers ses visites et les courriers qu'il reçoit, le CGLPL constate la présence en CRA de personnes en grande détresse psychique, pour qui le placement en rétention s'avère inapproprié – voire préjudiciable

Les unités médicales (UMCRA) intervenant dans les centres de rétention administrative ne sont pas adaptées à l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en raison du manque de psychologues ou de psychiatres. L'absence de convention entre le CRA et un centre hospitalier peut également compliquer l'accès aux soins pour les retenus, tout comme le manque de formation des médecins sur le droit des étrangers, limitant leur compréhension des procédures et spécificités de la prise en charge des personnes retenues¹⁷. Malgré la rédaction de certificats médicaux attestant de la vulnérabilité d'une personne retenue ou de l'impossibilité de son éloignement, les adaptations des conditions de rétention ou les levées de mesures sont rares. En outre, ces personnes sont parfois enfermées dans des chambres dites « de mise à l'écart » sur prescription médicale au motif qu'elles souffrent de troubles psychologiques ou psychiatriques. Cependant, un placement prolongé en chambre de mise à l'écart, outre qu'il est susceptible de constituer un traitement inhumain et dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, peut conduire à une dégradation rapide de l'état physique et psychique de la personne concernée, *a fortiori* si cette dernière se trouve déjà dans un état de fragilité psychique¹⁸.

L'organisation de l'accès aux soins au sein des centres de rétention ne permet pas le suivi de pathologies chroniques et l'administration adaptée d'un traitement de fond.

L'instruction gouvernementale du 11 février 2022¹⁹ impose seulement la présence d'un médecin au moins durant 3 demi-journées par semaine pour les CRA de moins de 50 places, 5 demi-journées par semaine pour les CRA de 50 à 100 places et 10 demi-journées par semaine pour les CRA de plus de 100 places. Il en résulte que, en l'absence de personnel médical présent quotidiennement, nombre de personnes retenues ne peuvent disposer de soins adaptés à leur pathologie. Plus encore, il a été porté à la connaissance

¹⁷ « Avis relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative », Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2018

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Instruction gouvernementale du 11 février 2022 relative aux centres de rétention administrative – organisation de la prise en charge sanitaire des personnes retenues

du CGLPL que, lorsque des personnes retenues nécessitaient des traitements en dehors des heures d'ouverture de l'unité médicale, ces derniers sont parfois réalisés par le personnel de la police aux frontières ou avec l'assistance des autres personnes retenues²⁰. En tout état de cause, en l'absence de possibilité d'administration quotidienne des soins prescrits, l'état de santé et de vulnérabilité de la personne retenue devrait conduire à la levée systématique de la mesure.

²⁰ Pièce jointe n° 4 : Handicap physique et maintien en rétention ; pièce jointe n°4 bis : Soins de longue durée et maintien en rétention

Personnes vivant avec un trouble psychique

Avec les éléments du Psycom, de l'Unafam et du CGLPL

« Si [vous] n'allez pas bien, et si vous croyez avoir fait l'objet de discrimination, on ne tient pas compte de votre réaction. Par exemple, j'ai entendu du personnel clinique dire qu'une personne atteinte de troubles mentaux n'avait pas de plainte valide, c'est plutôt sa maladie qui avait « déclenché » sa réaction [quelque chose avait causé l'apparition de symptômes liés à son handicap]. C'est très frustrant, parce qu'il est difficile de prouver la validité de ses sentiments. » témoignage anonyme²¹

Une population stigmatisée

Les personnes vivant avec un trouble psychique peuvent être mal vues par les autres. En effet, le fait d'avoir un trouble psychique peut être considéré par certains comme très négatif, dégradant, et entraîner la mise à l'écart de la personne. La stigmatisation fait souffrir la personne qui la subit. Peut-être même plus que le trouble en lui-même, comme souligné dans une étude britannique : « Les personnes vivant avec des troubles disent souffrir davantage de cette stigmatisation que des symptômes mêmes de la maladie »²².

Par ailleurs, la personne mal considérée est souvent moins bien traitée que d'autres lorsqu'il s'agit d'accéder à un emploi, à des soins, à un logement ou à des services comme les loisirs. Ce traitement moins favorable est qualifié de discrimination et peut prendre l'exemple d'un refus d'accès à un service (l'inscription à un club de sport), d'un droit (d'exercer son droit de vote en période d'hospitalisation) ou d'un bien (l'achat d'une maison).

La stigmatisation peut aussi se manifester sous des formes qui échappent à la loi définissant les discriminations, comme le rejet, la mise à l'écart et l'isolement social. Il s'agit aussi des micro-agressions, c'est-à-dire une répétition de propos, commentaires ou remarques qui se voudraient insignifiants, mais rappelant pourtant sans cesse aux personnes qu'elles ne correspondent pas à la norme. Cela peut toucher aussi bien les relations intimes que les relations amicales ou professionnelles.

Même si la justice ne prend pas en compte de telles situations, cette stigmatisation est également lourde de conséquences. Elle amène bien souvent les personnes concernées par un trouble psychique à cacher leur situation, comme le montre l'étude réalisée en France chez des personnes ayant reçu le diagnostic de schizophrénie²³.

Au-delà des personnes vivant avec des troubles psychiques, la stigmatisation s'étend à leurs proches et au monde de la psychiatrie dans son ensemble. Les établissements tels que les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les individus qui y travaillent, sont mal considérés par une grande partie de la société.

De fait, les médias auraient une responsabilité dans la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique. En effet, selon l'Association canadienne pour la santé mentale²⁴, les médias joueraient un rôle important lorsqu'il s'agit de véhiculer les

²¹ Commission ontarienne des droits de la personnes, [Minds that matter : Report on the consultation on human rights, mental health and addictions](#), 2012

²² [Qualitative analysis of mental health service users reported experiences of discrimination](#), 2016

²³ [La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques](#), 2010

²⁴ Lors d'un sondage mené en 2008 auprès de 1 000 Canadiennes et Canadiens par la firme Ipsos Reid, près de la moitié (46 %) des personnes sondées étaient d'avis que le terme « maladie mentale » était utilisé pour excuser des mauvais comportements : pour en savoir plus : http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Annual_Meeting/2008/GC_Bulletin/National_Report_Card_FR.pdf

stéréotypes façonnant l'opinion publique et auraient tendance à qualifier les personnes en situation de handicap psychique de « risque à la sécurité » en raison de suppositions à propos de leur handicap. Or, toujours selon la même association²⁵, il est difficile d'évaluer les taux de violence chez les personnes aux prises avec un trouble psychique en raison de la variabilité des types de méthodes de recherche utilisés. Elle fait aussi remarquer qu'aucun rapport de causalité définitif n'a été établi entre trouble psychique et violence.

« Chaque fois qu'il y a un incident et qu'ils en parlent dans les médias, et qu'ils disent « maniaco-dépression » ou « trouble bipolaire » ça veut seulement dire que je ne peux maintenant plus l'annoncer aux gens. » témoignage anonyme²⁶

La stigmatisation et les stéréotypes conduisent à une mauvaise identification des crises d'urgence psychique par les personnes qui en sont témoins. Elles se tournent alors vers la police ou la gendarmerie dans une réponse sécuritaire, alors que la personne a besoin de soins.

Parmi les autres stéréotypes véhiculés à propos des personnes aux prises avec des troubles psychiques ou des dépendances figurent le fait qu'elles manqueraient de « crédibilité » et qu'elles seraient incapables d'évaluer correctement les situations et de prendre des décisions concernant leur propre vie. Des personnes ont établi un lien entre ces suppositions et leurs propres préoccupations à l'égard de la façon dont le milieu médical aborde les handicaps. Selon d'autres personnes, le modèle médical attribue une dimension « pathologique » aux personnes handicapées et présume qu'elles ne sont pas expertes de leurs propres expériences. Ce genre d'attitude perpétue l'idée que les personnes aux prises avec des troubles mentaux ou des dépendances ont moins de valeur que les autres.

« Si [vous] n'allez pas bien, et si vous croyez avoir fait l'objet de discrimination, on ne tient pas compte de votre réaction. Par exemple, j'ai entendu du personnel clinique dire qu'une personne atteinte de troubles mentaux n'avait pas de plainte valide, c'est plutôt sa maladie qui avait « déclenché » sa réaction [quelque chose avait causé l'apparition de symptômes liés à son handicap]. C'est très frustrant, parce qu'il est difficile de prouver la validité de ses sentiments. » témoignage anonyme²⁷

« Toute tentative en vu de comprendre ou de remettre en question le diagnostic qui me paraissait complètement erroné m'a valu un sourire de suffisance, une attitude d'« expert » et un rejet. Je n'ai jamais senti autant d'impuissance et de désespoir, ou eu autant d'idées suicidaires. Tous les sentiments, toutes les expériences ou toutes les pensées que je relate et que mon psychiatre n'aime pas, malgré qu'ils soient valides, salutaires ou normaux, perdent sur le champ toute leur pertinence. Je n'ai plus aucune importance. » témoignage anonyme²⁸

« Aucun médecin somaticien n'intervient dans les unités du pôle de psychiatrie. L'examen somatique initial – lorsque les patients ne sont pas passés par le service des urgences –

²⁵ Association canadienne pour la santé mentale – Ontario, [Violence and Mental Health: Unpacking a Complex Issue. A discussion paper](#), septembre 2011.

²⁶ Commission ontarienne des droits de la personnes, [Minds that matter : Report on the consultation on human rights, mental health and addictions](#), 2012

²⁷ Commission ontarienne des droits de la personnes, [Minds that matter : Report on the consultation on human rights, mental health and addictions](#), 2012

²⁸ Commission ontarienne des droits de la personnes, [Minds that matter : Report on the consultation on human rights, mental health and addictions](#), 2012

et le suivi des pathologies somatiques chroniques sont assurés par les médecins psychiatres ou les internes, voire les externes, éventuellement présents, sans supervision d'un somaticien. La prise en charge des situations aiguës varie d'un site à l'autre : sur le site de Bretonneau les internes des spécialités concernées se déplacent dans les unités, sur le site de Trousseau les patients sont transportés aux urgences et à la clinique psychiatrique universitaire, il est fait appel au SAMU. Si les patients de psychiatrie ont théoriquement accès à l'ensemble des spécialités du CHRU, selon les informations fournies, ils ne seraient pas traités avec les mêmes égards que les patients lambda. De nombreuses difficultés d'accompagnement, d'obtention de rendez-vous et de durée d'hospitalisation en « médecine chirurgie obstétrique » – MCO (qui sont parfois écourtées pour ce type de patients au prétexte qu'ils disposent d'un lit en psychiatrie) ont été signalées aux contrôleurs. » Contrôleur général des lieux de privation de liberté²⁹

Ainsi, prendre en charge des personnes en situation de crise déclenchée par une extrême souffrance psychique réclame une formation et des espaces d'accueil spécifiques. Or les urgences ne sont pas adaptées à une personne en extrême souffrance psychique, les structures d'accueil des hôpitaux psychiatriques ne sont pas dans leur grande majorité des lieux apaisants et n'ont pas un encadrement soignant suffisant pour contenir la crise dans le respect de la dignité du patient. Quant au SAMU, ils n'ont pas 24h/24 du personnel formé pour faire face à des situations de crise.

Un accès aux soins entravé

Bien que la parole se libère autour de la santé mentale ces dernières années, il reste plus facile d'encourager les autres à consulter un psychologue que de faire la démarche soi-même. Selon plusieurs enquêtes, un grand nombre de personnes conseillerait à un proche de consulter, alors que les trois quarts des Français ne consultent pas eux-mêmes³⁰. La stigmatisation de la santé mentale reste l'un des premiers éléments freinant l'entrée dans un parcours de soins.

Demander de l'aide reste synonyme de faiblesse, aller voir un psy est encore tabou. La peur d'être étiqueté « malade psy » et les problèmes qui peuvent en découler – par exemple pour garder son travail ou en trouver un – sont généralement plus forts que le désir de partager ses difficultés. En évitant d'en parler, les personnes s'inscrivent dans un mode de pensée qui consiste à distinguer le « eux » (ceux qui subissent le jugement de la société) du « nous » (qui restons à l'abri). L'idée que nous pourrions changer de catégorie rend plus difficile encore la démarche consistant à dévoiler nos problèmes. Dans tous les cas, en parler ou ne pas en parler reste un choix personnel et respectable.

L'important est de ne pas tomber dans l'auto-stigmatisation. Celle-ci trouve son origine dans des croyances négatives sur soi-même, suscitant une faible estime de soi. Ce processus mental est particulièrement actif chez les personnes qui souffrent psychologiquement.

Or, l'auto-stigmatisation amène la personne à se limiter dans des activités importantes pour elle. Par exemple, elle va renoncer à postuler à un emploi bien qu'elle possède les qualifications requises, estimant que d'autres seront bien plus compétents pour le poste. La chercheuse Stéphanie Park a identifié de nombreuses conséquences à ce phénomène : l'isolement social, les attitudes de retrait et l'inhibition (c'est-à-dire une grande timidité), la

²⁹ CGLPL, [Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux](#), rapport de visite au CHRU de Tours, 2020, p. 45

³⁰ [Enquête Santé mentale en population générale](#), CCOMS 2005, sondage TNS Sofres pour Psychologies magazine 2013, sondage Médiaprim 2014

tendance à se dénigrer, le sentiment de honte, de culpabilité, l'attente permanente d'être mis à l'écart et rejeté, la perte de l'espoir d'une guérison³¹.

Un accès aux droits ignorant les spécificités de cette population

Nombre de personnes vivant avec un handicap psychique sont mal informées sur leurs droits et insuffisamment aidées et soutenues dans leurs démarches sociales et médico-sociales. Non seulement les critères d'accès à la compensation du handicap sont souvent discriminants, mais y accéder réclame un accompagnement spécifique, adapté à la situation des personnes. Malgré ces difficultés, 60% des répondants au baromètre de l'Unafam en 2023³² déclarent que leur proche n'a pas été accompagné par un professionnel dans la formulation de sa demande d'aide auprès d'une MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées). En parallèle, quand leur proche est accompagné par un professionnel, 55% des aidants ne sont pas associés à ces démarches administratives d'accès aux droits qui sont pourtant de véritables labyrinthes administratifs.

En partie privées de ressources et de leurs droits à être accompagnées, nombreuses sont les personnes vivant avec un trouble psychique qui dépendent de leur aidant. 40% de ces derniers constatent notamment une fragilisation de leur situation économique en lien avec la prise en charge de leur proche.

« L'impact sur nos vies, celle de mon fils et la mienne, est immense. Aujourd'hui, si mon fils ne peut pas être suivi correctement par un psychiatre, il ne peut pas non plus être autonome dans un logement ni dans ses démarches administratives. » Anne, mère d'un jeune vivant avec des troubles psychiques (schizophrénie), Loir-et-Cher.³³

L'Allocation Adultes Handicapés, revenu d'existence pour les personnes en situation de handicap, a depuis 1975 une vocation spécifique : celle de garantir un minimum de ressources à des personnes qui, du fait de leur handicap, sont en incapacité partielle ou totale de subvenir, par elles-mêmes et par leur travail, aux besoins de la vie courante. Ce principe de solidarité nationale est cependant mis à mal par son application restreinte et les lourdeurs administratives. 77% des personnes concernées touchent l'AAH. Mais cette augmentation par rapport à 2022 (+12 points)³⁴ masque une inégalité de fond dans la répartition des taux d'incapacité octroyés. Malgré une augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AAH, le nombre de ceux bénéficiant d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% a, lui, diminué de 11 points, alors que seuls 20% d'entre eux sont en emploi³⁵.

En conséquence, les personnes vivant avec des troubles psychiques sont maintenues dans la précarité et dans le stress permanent d'avoir à refaire les démarches et constituer les dossiers nécessaires, ce qui augmente leur charge mentale et celle de leur proche aidant.

« Même si cela me coûte beaucoup, je ne pense pas avoir le droit à une aide financière quelconque car mon fils n'est « officiellement » plus à ma charge. Je n'ai même pas posé la question, car je pense que je connais déjà la réponse et que cela me demande une énergie importante, que je n'ai pas. » Anne, mère d'un jeune vivant avec des troubles psychiques (schizophrénie), Loir-et-Cher.³⁶

³¹ [Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life](#), 2013

³² UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

³³ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

³⁴ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

³⁵ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

³⁶ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

À défaut d'être aidées et suivies par les structures adéquates, ce sont les familles des personnes concernées qui viennent en aide à leurs proches tant sur le plan de l'accompagnement médico-social que sur le plan financier. Venir en aide financièrement à leur proche fait partie du quotidien de 71% des aidants. 78% d'entre eux ont le sentiment de n'être pas suffisamment accompagnés dans le parcours de vie de leur proche. Ces difficultés d'accès aux droits ne soutiennent pas l'autonomie de la personne et limitent l'accès à une vie choisie satisfaisante.

On constate que le niveau de vie « des personnes en situation de handicap et leur famille est inférieur, en moyenne, à celui du reste de la population, ce qui constitue une profonde injustice socioéconomique »³⁷. Les résultats de l'importante enquête sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans abri témoignaient du fait qu'un tiers de cette population vit avec des troubles psychiques sévères. Ce chiffre « reflète le risque élevé de rupture sociale présenté par les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles sévères de l'humeur »³⁸.

Une offre de soin inadaptée

Le droit à la santé³⁹ exige un suivi adapté aux besoins de soins du patient sur la durée, et non pas seulement lorsque la situation est critique. Ce droit n'est pas respecté, or les ruptures de soins augmentent considérablement le risque d'une nouvelle situation d'urgence.

« Il n'y a aucun suivi des soins, si moi je n'alerte pas. » Anne, mère d'un jeune vivant avec des troubles psychiques (schizophrénie), Loir-et-Cher.⁴⁰

« À cause d'un manque de personnel, l'hôpital de jour qui suit ma fille depuis des années risque de fermer. Ça m'inquiète beaucoup : s'il fermait, on se retrouverait dans la nature. Le suivi est très important, on ne peut pas laisser les familles et les patients seuls à la sortie. » Sophie, mère d'une jeune femme vivant avec des troubles psychiques, Île-de-France.⁴¹

La demande des personnes en souffrance psychique est incompatible avec un délai de prise en charge de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois. Pour que s'instaure la confiance avec les soignants, la stabilité des équipes intervenantes est nécessaire. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, le risque de rupture de parcours rend la stabilisation et le parcours de rétablissement du patient difficiles.

« Pendant l'été, mon fils ne peut pas voir son psychiatre, il n'y a personne. Je dois donc m'en occuper seule quand il ne va pas bien. J'éprouve la sensation que si le système pouvait s'en débarrasser, ça serait pas mal. On ne me propose pas de solutions alternatives. On est largués à la maison, seuls. » Anne, mère d'un jeune vivant avec des troubles psychiques (schizophrénie), Loir-et-Cher.⁴²

³⁷ Extrait des éléments de la campagne « Pas Si Douce France » menée notamment avec APF France Handicap et l'Unapei, pour en savoir plus : <https://passidoucefrance.org/>

³⁸ Rapport Samenta : « La Santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement d'Île-de-France », sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samusocial de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm), 2010

³⁹ Article 11 de la Charte Sociale Européenne garantissant un accès égal et effectif aux soins.

⁴⁰ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

⁴¹ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

⁴² UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

Les personnes vivant avec une maladie psychique restent toujours autant discriminées dans leur parcours de soins par rapport à d'autres pathologies. Les troubles psychiques sont des troubles chroniques qui nécessitent un suivi régulier et adapté à la personne. C'est ce suivi au plus près du besoin qui évitera les hospitalisations itératives et limitera le recours aux soins sans consentement, alors que 35% des répondants au baromètre de l'Unafam en 2023⁴³ déclarent que leur proche a été hospitalisé plus de 5 fois et que 63% ont dû signer des hospitalisations à la demande d'un tiers.

« En tant que mère, il est important pour moi de savoir qu'un professionnel du corps médical peut échanger avec mon fils et le prendre en charge quand il ne va pas bien. Seulement, aujourd'hui, c'est à lui de faire la démarche, ce qui est quasiment impossible lors d'une crise. C'est donc à moi de gérer la situation. » Laure, mère d'un fils vivant avec un trouble bipolaire, Somme.⁴⁴

Parce qu'en France la prise en charge des troubles psychiques pâtit d'un manque de moyens et de considération par les pouvoirs publics, la situation s'aggrave et des patients sont laissés sur le bord de la route, sans suivi adapté à leurs besoins de soins (délais, absence de soignants, etc.), à la charge de leurs aidants qui doivent faire face seuls à la maladie et aux situations d'urgence.

Face à l'absence de diagnostic, des soins adaptés et suivis sont rendus difficiles, sachant que pour 47% des répondants au baromètre, il faut plus de deux ans pour qu'un diagnostic soit posé.

Autres chiffres du baromètre 2023 de l'Unafam :

- 40% des personnes concernées considèrent que leur prise en charge médicale n'évolue pas et près de 15% la considèrent en régression.
- Près de 95% des aidants ont déjà dû faire face à une crise ou une situation d'urgence psychique pour leur proche
- 44% des répondants déclarent avoir été interdits de visite à leur proche vivant avec un trouble psychique
- 83% des répondants déclarent avoir rencontré d'importantes difficultés et des problèmes lors de la prise en charge de leur proche

Un recours aux soins sans consentement encore trop banalisé

Cette partie et la partie suivante (contribution du CGLPL) ne relèvent pas directement d'une discrimination. Cependant, cette population est victime d'un usage abusif de l'isolement et de la contention. Il nous semble légitime de faire figurer ce point dans cette contribution, car l'incapacité de ce public à avoir un choix éclairé est souvent mise en avant pour justifier le recours abusif à ces pratiques.

La responsabilité de la santé du proche retombe trop souvent sur les épaules des familles lorsque la situation se dégrade. Elles doivent alors alerter les professionnels de santé, tout en étant trop fréquemment maintenues à l'écart par l'équipe médicale. En effet, les familles aidantes ne sont pas souvent informées du protocole de soins, et cela malgré leur demande. Aussi, seulement 1 aidant sur 2 rencontre l'équipe soignante⁴⁵ en charge de son proche, ce qui met considérablement en péril l'alliance thérapeutique.

⁴³ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

⁴⁴ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

⁴⁵ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

Dans environ 60% des cas, le patient a subi des mesures d'isolement et dans 30% des cas des mesures de contention⁴⁶. Ces chiffres alertent au regard de la législation⁴⁷ et des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui positionnent l'isolement et la contention comme derniers recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. L'isolement et la contention ne devraient être envisagés que lorsque des mesures alternatives moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

« Après la première hospitalisation, le corps médical nous a expliqué qu'il n'y avait pas de guérison et nous a renvoyé vers le monde associatif pour obtenir des informations sur la maladie. C'était un choc de ne pas pouvoir le voir les premières semaines et de découvrir l'hôpital psychiatrique. Lors de la première visite, j'ai eu l'impression de voir mon fils enfermé dans une cage, comme on voit pour les oiseaux. C'était très dur. » Jean-Louis, père d'un fils vivant avec des troubles psychiques (schizophrénie), Ile-de-France.⁴⁸

Dans les services d'urgence, dans un souci d'efficacité, sous-tendu par le principe de précaution, le patient est orienté rapidement vers un service de psychiatrie en vue de sa mise à l'abri, mais également pour protéger la société de ses éventuels et supposés débordements. On constate qu'outre le fait que les mesures en soins sans consentement sont initiées par les services d'urgence, elles sont souvent prises selon le mode du péril imminent, alors qu'il s'agit d'une procédure d'exception. Ce mode d'admission est en augmentation importante, puisque inexistant avant 2011, il a rapidement atteint la proportion de 21 % des mesures de soins sans consentement en 2015, augmentant encore jusqu'à atteindre 24 % en 2018.⁴⁹ Or, les modalités de ce régime, qui impose à un directeur d'établissement d'admettre une personne sur le fondement d'un seul certificat médical, posent intrinsèquement un problème de respect des droits.

« L'absence de perception des atteintes aux droits fondamentaux que constituent ces restrictions ou mauvais traitements les banalisent. Les personnels prétendent à la protection du patient, « c'est pour son bien », les soignants se soumettent à l'autorité médicale, les règles uniformes facilitent la gestion des unités. Pèse aussi sur la capacité de réflexion en termes de droits, la sanitarisation du regard infirmier (pour le tabac : limitation de la consommation ; pour la vie sexuelle : éviter les infections sexuellement transmissibles et les grossesses) qui n'est pas sans lien avec le changement de formation des infirmiers après l'abandon en 1992 de la formation spécifique d'infirmiers de secteur psychiatrique. » Contrôleur général des lieux de privation de liberté⁵⁰

Cette situation est d'autant plus problématique que ces procédures sont moins protectrices des droits des patients et que celle de Soins pour Péril Imminent (SPI) est trop souvent conduite dans des conditions juridiquement irrégulières.

En procédure de Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU), le médecin qui prend en charge le patient est aussi, potentiellement, celui qui lui impose l'hospitalisation, mais au moins avec l'accord du tiers qui signe la demande.

En mode SPI, pour éviter cette situation, la loi a prévu que le médecin qui établit le certificat d'admission n'exerce pas dans l'établissement et puisse donc avoir une appréciation

⁴⁶ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

⁴⁷ Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

⁴⁸ UNAFAM, [baromètre 2023](#), 2023

⁴⁹ CGLPL, [Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux](#), 2020, p. 34

⁵⁰ CGLPL, [Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux](#), 2020, p. 24

distanciée de la nécessité de la mesure. Le CGLPL a constaté que cette garantie n'est pas toujours respectée : lorsque le patient est déjà présent dans l'établissement, en service d'urgence la plupart du temps, il faut faire venir un médecin de ville pour établir le certificat d'admission. Si les établissements situés dans les grandes agglomérations peuvent appeler un médecin de ville ou une association de médecins, les communes en pénurie de praticiens doivent ruser : recourir à un médecin qui, de fait, exerce dans l'établissement, mais comme intérimaire ou comme salarié d'une structure partenaire installée sur le site de l'établissement, mais qui, juridiquement, n'exerce pas dans l'établissement. Ainsi, un établissement visité fait établir le certificat par l'urgentiste, mais profite du fait que le service psychiatrique est situé à quelques kilomètres du site central pour faire accepter l'entorse à la règle, même par la cour d'appel.

Plus problématiquement, la procédure de péril imminent n'exige pas que le certificat médical qui « constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins » soit établi par un psychiatre. Elle permet donc d'enfermer une personne – et oblige même le directeur de l'établissement à prendre la décision d'admission dès lors que le certificat médical affirme le péril imminent – sans même que cette personne ait été examinée par un psychiatre. L'examen psychiatrique qui sera opéré pour établir le certificat de 24 heures, pourra évidemment proposer la levée de la mesure mais ses conséquences juridiques ne seront pas annulées. Si elle peut être prise sans demande de tiers, il importe donc au moins que la décision d'admission en soins pour péril imminent soit accompagnée d'un certificat médical établi par un psychiatre après examen de la personne concernée.

Les mêmes constats peuvent être dressés pour les soins sans consentement décidés par le directeur d'établissement (SDDE). L'appréciation de la réunion des conditions auxquelles la loi subordonne la possibilité d'imposer des SDDE est elle-même à géométrie variable. Ces conditions mélangent deux champs : celui de l'individu avec sa possibilité ou son impossibilité d'avoir accès à une critique de son état de santé (c'est le consentement éclairé et son absence est considérée fort souvent comme un symptôme : le déni) et le champ social qui doit protéger l'individu et les individus selon des règles communément admises. On conjugue dans le même temps, et dans des délais très restreints, l'évaluation du symptôme psychiatrique (que l'on détermine ainsi parfois selon des critères contestables comme ceux du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)) et une appréciation sur un comportement social qui s'appuie elle aussi sur des critères qui ne remportent pas toujours l'unanimité. S'y ajoute, pour envisager l'alternative à l'hospitalisation en soins sans consentement, la disponibilité d'autres structures de soins.

Le consentement aux « soins » peut varier, en effet, en fonction des conditions proposées. Selon le CGLPL le consentement aux soins pourrait être obtenu en offrant à la personne la possibilité d'une hospitalisation dans une clinique privée, un suivi en consultations en ville s'il s'y trouve des psychiatres pour les assurer, une prise en charge en hospitalisation à domicile par le centre médico-psychologique.

Ainsi, selon les conditions géographiques, matérielles et procédurales qui entourent les circonstances de sa prise en charge, la probabilité qu'une personne présentant des troubles mentaux soit admise en soins sans consentement, avec la privation de liberté et les conséquences de fichage et traçabilité qu'elle emporte, seront considérablement différentes.

Enfin, le droit de visite est un autre droit qui est aujourd'hui en France mieux respecté dans les institutions pénitentiaires que dans les hôpitaux psychiatriques, où sont autorisées et légitimées l'interdiction et la privation absolue de liberté des patients vivant avec des troubles psychiques. Cette tendance à l'interdiction de visiter son proche touche

davantage les entourages les moins favorisés. Ces violations de la dignité des personnes ont aussi un impact considérable sur les aidants, souvent en état de choc, mal informés et coupés de la possibilité de voir leur proche.

Hôpitaux psychiatriques (contribution du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - CGLPL)

Les patients pris en charge aux urgences sont parfois orientés vers des services de soins sans consentement sans évaluation psychiatrique.

La raréfaction des structures ambulatoires pouvant répondre aux situations de crises conduit massivement les demandes vers les services d'urgence des hôpitaux généraux ; la saturation permanente des urgences aboutit ensuite à une sur-hospitalisation de ces patients par un recours massif aux procédures de soins sans consentement. En effet, l'ensemble des contrôles opérés montre qu'aucun territoire ne dispose d'un schéma d'organisation des urgences psychiatriques, schéma pourtant rendu obligatoire par la loi du 26 janvier 2016⁵¹. Or, le souci d'un urgentiste étant de gérer au mieux le flux des entrées, il s'efforcera d'orienter au plus vite le patient, et encore plus vite le patient agité, pour lequel la structure n'est souvent pas adaptée. Sauf exception, un SAU n'offre ni la sérénité ni la disponibilité d'interlocuteurs pour prendre le temps d'obtenir le consentement de la personne à se soigner. La solution la plus rapide pour faire hospitaliser est d'initier une demande d'admission en soins sans consentement⁵². Par la suite, au sein des unités, le projet de soins n'est pas défini. L'examen des traitements pharmacologiques révèle la persistance de la prescription « si besoin », soit l'administration d'un traitement pouvant être réalisée sans examen médical préalable et impliquer l'emploi de la force, sans que les médecins présents ne soient même avisés⁵³.

La pédopsychiatrie est marquée par une grave carence de moyens et d'importantes défaillances, qui peuvent être directement regardées comme résultant de l'absence de statut légal de l'enfant hospitalisé.

Le statut des enfants hospitalisés en psychiatrie est paradoxalement le moins protecteur : il n'existe pas de soins à la demande des tiers au motif que le tiers disposant de l'autorité parentale décide au nom de l'enfant que l'on admet donc en « soins libres », éventuellement contre sa volonté. Ce n'est qu'en cas de troubles ayant provoqué une atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public, qu'un enfant peut être hospitalisé sur décision du représentant de l'État (SDRE). De ces deux circonstances découlent des atteintes graves aux droits des enfants : ils sont souvent victimes de difficultés d'accès aux soins, la prévention de leurs crises est insuffisante, ils sont hospitalisés avec des adultes, ce qui les expose à des violences de toute nature, ils ne sont pas dans un environnement prévu pour eux, ce qui les prive d'activités adaptées à leur âge, ils n'ont souvent aucun accès à la scolarité pendant le temps de leur hospitalisation et, surtout, ils ne sont pas pris en charge par des professionnels de la pédopsychiatrie. De plus, malgré l'appellation « soins libres », il est fréquent que l'on ne s'interdise pas des mesures de contraintes incompatibles avec ce statut, en particulier l'isolement et la contention. Plus gravement encore, il arrive que l'on considère que l'enfant « isolé et en soins libres » ne doive pas bénéficier de la garantie que représente le contrôle de l'isolement par le JLD, dès lors que la loi ne le prévoit que pour les soins sans consentement⁵⁴.

⁵¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵² CGLPL, [Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux](#), 2020

⁵³ CGLPL, [rapport d'activité 2022](#), 23 juin 2023

⁵⁴ CGLPL, [rapport d'activité 2022](#), 23 juin 2023

Personnes en situation de handicap

Avec les éléments d'APF France handicap le rapport Denormandie « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESMS », étude de la DREES « Le handicap en chiffres » 2024.

Les discriminations dans l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

Les personnes handicapées déclarent plus souvent avoir besoin de soins et sont pourtant plus nombreuses à y renoncer. En effet, par rapport à l'ensemble de la population, les personnes handicapées déclarent presque deux fois plus souvent avoir renoncé à voir un médecin parce qu'elles redoutaient le rendez-vous, les examens ou les soins (9 % contre 5 %). De même, 5,4% des personnes handicapées ont renoncé à un rendez-vous médical en raison de l'éloignement et des difficultés de transport, contre 2,6% de l'ensemble de la population.⁵⁵

Le fait de redouter un rendez-vous médical tient le plus souvent pour les personnes en situation de handicap, non pas aux craintes face à l'examen médical en lui-même, mais aux discriminations qu'elles subissent pour accéder aux soins et au traitement différencié de la part de certains professionnels de santé. Ces discriminations sont multiples, peuvent être combinées et intervenir à toutes les étapes du parcours de soin ⁵⁶ :

- Refus de prise en charge par un professionnel de santé, surtout pour des handicaps lourds, aggravés par les situations de désert médicaux ;
- Refus de se déplacer à domicile, le déplacement étant considéré comme chronophage et donc « non rentable » ;
- Manque d'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux, au niveau du bâti mais aussi de l'accueil et du matériel médical ;
- Posture des soignants pouvant relever de violences verbales, psychologiques et de traitement différencié (ex. médecins ne voyant la personne que par le biais de son handicap et refusant d'envisager des problématiques somatiques autres, causant une errance diagnostique prolongée ; remise en cause des symptômes de la personne face à une pathologie inconnue ; mauvais accueil aux urgences des personnes s'exprimant autrement que verbalement)⁵⁷ ;
- Maltraitance institutionnelle ;
- Refus de soins pour les publics ayant l'AME ou une C2S.

A ces discriminations viennent se cumuler des difficultés d'ordre logistique et financier :

- Le coût des fauteuils roulants et autres aides techniques à des tarifs prohibitifs et non couverts par l'assurance maladie ou les complémentaires santé dans leur intégralité ;
- L'accès aux transports sanitaires et leurs critères de remboursement par l'Assurance Maladie ;
- La multiplicité des financeurs et des règles de financement.

Outre les traumatismes liés aux discriminations subies par les personnes en situation de handicap dans leur parcours de soin, cela induit des pertes de chance en termes de pronostic liés à certaines pathologies, par exemple le cancer : une tumeur au niveau du

⁵⁵ DREES, [Le handicap en chiffres](#), 2024

⁵⁶ Contribution d'APF France handicap à l'audition prévue dans le cadre du projet sur les discriminations dans les soins, 2024

⁵⁷ Témoignage de Christine « Je ne voulais pas revivre l'humiliation subie aux urgences. » https://www.youtube.com/watch?v=6_TUMdvPN5w

sein est détectée en population générale quand elle fait 0.4mm, mais à 3mm pour une femme en situation de handicap.

L'accès aux soins des personnes vivant en ESMS

Les travaux et les données sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap vivant en ESMS sont malheureusement très peu nombreux et peu disponibles. De plus, selon le profil des résidents, les dépenses de soins et pharmacie peuvent considérablement varier. Néanmoins, le rapport Denormandie⁵⁸ dégage les constats suivants :

- L'accompagnement dans leur parcours de santé est essentiellement tourné vers les problématiques liées au handicap ;
- Le fait que les soins de ville et la pharmacie soient à la charge des ESMS, contrairement aux soins prodigués à l'hôpital (y compris les consultations), conduit l'ensemble des personnes vers l'hôpital pour des soins somatiques d'ordinaire effectués en ville ;
- On constate une hétérogénéité de mise en œuvre entre les territoires en raison d'interprétations divergentes sur des sujets tels que les soins complémentaires, l'accueil séquentiel, l'accueil temporaire, la prise en charge des personnes pendant les weekends et les vacances, les transports pour des besoins de soins et les actes de professionnels libéraux médicaux et paramédicaux (remboursés/non remboursés) ;
- Le vieillissement des personnes en situation de handicap induit une augmentation des besoins de soins, en particulier pour la prévention et la gestion de maladies intercurrentes, non appréhendée dans la fixation des dotations aux ESMS.

⁵⁸ Rapport Denormandie « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un ESMS », 2019

Personnes privées de libertés

Avec les éléments du CGLPL et l'Observatoire Internationale des Prisons (OIP)

« Nous sommes de plus en plus dans ce paradoxe de devoir soigner des pathologies provoquées ou aggravées par les conditions d'incarcération. Nous sommes démunis, comme s'il fallait soigner quelqu'un qui boit la tasse, mais en le laissant dans l'eau. Comment traiter une sciatique chez une personne dormant sur un matelas au sol, dans une cellule de 9 m², à trois, et ne sortant que quelques heures seulement dans la journée ? Comment entamer, chez un patient dépendant à l'alcool, aux médicaments ou au cannabis, une prise en charge adaptée quand le patient ne peut venir régulièrement à ses rendez-vous faute de surveillants pour l'amener en temps et en heure à l'unité sanitaire ou faute de médecin addictologue (l'offre de soin en addictologie étant beaucoup trop faible par rapport aux besoins) ? ». (Extrait de saisine d'un médecin, septembre 2023) »⁵⁹

Définitions

L'expression « lieux privés de liberté » ou « lieux de privation de liberté » désigne un ensemble de lieux où des personnes peuvent être privées de leur liberté d'aller et venir par décision judiciaire, administrative ou médicale. Il n'en existe aucune définition ni liste officielle.

Faute de liste officielle, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a dressé une liste non-exhaustive des catégories de lieux privés de liberté qui correspondent à son champ de compétence. Il s'agit notamment⁶⁰ :

- des établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales, centres pénitentiaires, centres de semi-liberté, centres pour peines aménagées et établissements pénitentiaires pour mineurs) gérés par l'administration pénitentiaire, auxquels s'ajoutent les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
- des établissements de santé, en particulier ceux recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement en secteur psychiatrique, les chambres sécurisées, les unités pour malades difficiles et les unités médico-judiciaires ;
- des locaux de garde à vue, gérés par la police nationale ou la gendarmerie nationale ;
- des locaux de rétention douanière, gérés par les douanes ;
- des locaux d'arrêt des armées ;
- des locaux et centres de rétention administrative, gérés par la police nationale ou la gendarmerie nationale ;
- des zones d'attente des ports, aéroports et gares ;
- des dépôts et geôles situés au sein des palais de justice ;
- des centres éducatifs fermés gérés par la protection judiciaire de la jeunesse ;
- de tout véhicule servant au déplacement des personnes privées de liberté.

Pour les besoins de notre contribution, nous nous focaliserons sur les deux premières catégories, ainsi que sur les Centres de rétention administrative (CRA). Cependant, les constats que nous allons dresser sont valables dans l'ensemble de ces lieux.

⁵⁹ CGLPL, [rapport d'activité 2023](#), 27 juin 2024, p. 140

⁶⁰ [Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté onglet « sa mission »](#)

Contribution du Contrôleur général des lieux de privation de liberté – CGLPL

L'accès aux soins des personnes privées de liberté est, chaque année, un sujet récurrent des saisines adressées au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Dans son rapport d'activité de 2023, le Contrôleur pointait que la problématique liée aux soins, en établissements pénitentiaires, en centres de rétention administrative et en établissements de santé, était prégnante parmi les dossiers nouvellement ouverts.

Alors qu'ont été célébrés les trente ans de la loi du 18 janvier 1994⁶¹ qui a donné aux soins en prison leur cadre organisationnel actuel et réaffirmé le principe constitutionnel d'égalité d'accès aux soins encore en vigueur, de nombreux obstacles dans l'accès aux soins exposent les détenus à des pertes de chance et à une dégradation de leur état de santé⁶².

Les saisines reçues par le CGLPL se font l'écho de difficultés d'accès aux soins spécialisés, dont trois en particulier : les soins dentaires, les soins ophtalmologiques et les soins kinésithérapiques.

Les délais d'attente pour une consultation de soins spécialisés sont excessifs ; les personnes détenues nécessitant des soins réguliers n'en bénéficient pas à la fréquence prescrite par les médecins et que requiert leur état de santé. Ces difficultés résultent, d'une part, de la surpopulation carcérale et du sous-dimensionnement consécutif des organigrammes pénitentiaires et sanitaires, et, d'autre part, d'un nombre insuffisant de praticiens exerçant en milieu pénitentiaire. L'intervention de médecins et soignants spécialistes dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires doit être renforcée. Pourtant, pour certaines personnes détenues, la condition de compatibilité de leur état de santé avec la détention est soumise à la régularité desdits soins⁶³. Lorsqu'une personne incarcérée ne peut être transférée dans un établissement permettant l'accès aux soins spécialisés qu'il nécessite, l'impossibilité de bénéficier des soins médicalement prescrits devrait alors soulever la question de la compatibilité de son état de santé avec ses conditions de prise en charge.

Les extractions médicales sont fréquemment annulées, conduisant le personnel médical à choisir entre le traitement d'une urgence et la poursuite de soins au long cours.

Le faible nombre de spécialistes intervenant en détention implique le recours aux consultations spécialisées dans le cadre d'extractions médicales dont l'accompagnement est assuré par une escorte pénitentiaire, hors de l'unité sanitaire, auprès des établissements de santé de rattachement. Or, il n'est pas un seul des établissements visités dans lequel les extractions se déroulent de manière fluide et systématique. En cause, l'indisponibilité d'escortes et l'impossibilité de faire plus d'une ou deux extractions en même temps. Ces dysfonctionnements, relevés dans de nombreuses saisines et confirmées lors des visites d'établissements pénitentiaires, semblent principalement s'expliquer par le manque de personnel et de véhicules, ainsi qu'une limitation des plages horaires dédiées aux extractions médicales⁶⁴. Dans ce contexte de sous-dimensionnement des moyens, les médecins peuvent donc se trouver à prioriser certains patients au détriment des autres et

⁶¹ Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

⁶² Pièce jointe n° 1 : Dégradation de l'état de santé en détention

⁶³ Pièce jointe n° 2 : Compatibilité de l'état de santé avec les soins

⁶⁴ CGLPL, [rapport d'activité 2023](#), 27 juin 2024.

annuler, parfois au dernier moment, les extractions programmées pour leur en substituer d'autres⁶⁵.

Pour des consultations spécialisées, des examens complémentaires ou des hospitalisations, le constat général est celui d'une violation ordinaire et continue de l'intimité du patient et du secret médical.

La confidentialité des soins et le secret médical contribuent au respect de l'intimité et de la vie privée et doivent être scrupuleusement respectés dans tous les actes mettant en relation un soignant et un patient privé de liberté. Cependant, les surveillants pénitentiaires sont, presque systématiquement et de manière continue, présents lors des entretiens et examens à l'unité sanitaire. Parfois, la visite médicale se déroule à travers la trappe de menottage ouverte pour l'occasion, rajoutant à la violation du secret médical l'indignité de la situation. S'ajoute à ces premiers constats, d'autre part, celui concernant l'utilisation et le recours récurrent à des menottes et entraves. Le séjour à l'hôpital est également de manière quasi-systématique le lieu d'atteintes au secret médical en raison de la présence des escortes pénitentiaires dans les lieux de consultations et de soins, le plus souvent accompagnée d'un maintien des contraintes, même en présence du médecin et même si celui-ci en demande le retrait⁶⁶.

La situation des personnes incarcérées atteintes de troubles mentaux est particulièrement préoccupante et celles qui souffrent de troubles les plus graves – dont le nombre a été estimé à 10 % de la population pénale – sont maintenues en détention dans des conditions indignes, faute de structures hospitalières adaptées à leur prise en charge.

Dans le rapport d'activité 2023, il était souligné que les deux tiers des hommes détenus en maison d'arrêt et les trois quarts des femmes sortant de détention présentent un trouble psychiatrique ou lié à une substance. De plus, le risque suicidaire est estimé à 27,8 % pour les hommes et 59,5 % pour les femmes⁶⁷. Or, l'accompagnement psychologique et psychiatrique pâtit de l'insuffisance du nombre des spécialistes⁶⁸, mais aussi des difficultés d'admission des patients en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou de la difficulté de leur faire suivre un traitement en milieu hospitalier classique où des contraintes de sécurité conduisent à placer systématiquement les détenus-patients à l'isolement, ce qui les prive de certains soins et conduit à limiter leur durée de séjour à l'extrême⁶⁹.

Les lieux de privation de liberté producteurs d'une discrimination institutionnelle des populations qu'ils abritent

La promotion de la santé implique par son action de lutter contre les inégalités sociales et de renforcer l'équité entre les personnes, dans le domaine de la santé. Ce cadre peut se décliner en 5 stratégies d'intervention : renforcer les compétences individuelles, développer l'approche communautaire, soutenir des politiques favorables à la santé, créer des environnements favorables à la santé, améliorer les services de santé. Par son action sur les déterminants de la santé, la promotion de la santé implique, de fait, de lutter contre

⁶⁵ Rapport d'activité 2022, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Dalloz, 2023

⁶⁶ « L'intimité au risque de la privation de liberté », Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Dalloz, 2022

⁶⁷ Rapport d'activité 2023, op. cit.

⁶⁸ Pièce jointe n° 3 : Suivi psychologique en détention

⁶⁹ « Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé », Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2015

les discriminations, vecteurs d'inégalités sociales de santé. Dans le milieu de vie pénitentiaire, la formation des professionnels appartenant au monde du soin et à celui de l'administration pénitentiaire reste un élément clef dans cette lutte contre la discrimination. De la même façon, l'action de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire ne peut être conduite que dans une démarche intersectorielle entre les professionnels de santé et l'administration pénitentiaire.

De plus, il est important de rappeler le principe de l'égalité des soins entre les personnes détenues et la population générale, qui est inscrit dans la réforme du 18 janvier 1994. Cette dernière transfère la prise en charge médicale du ministère de la justice au ministère de la santé. Cependant, cette compétence du ministère de la santé est largement sous investie, alors même qu'il s'agit d'une population qui « cumule des facteurs de risques socio-sanitaires qui la rendent plus vulnérable aux problèmes de santé que la population générale »⁷⁰.

Les conditions de détentions, premier facteur de détérioration de l'état de santé

« La surpopulation carcérale, le sous-effectif d'agents pénitentiaires et de soignants compliquent l'organisation et l'offre de soin. Il y a moins d'accès aux activités, au travail, plus de sédentarité, de promiscuité, de tabagisme actif et passif, plus de bagarres, d'ennui, de surconsommation médicamenteuse, de tentatives de suicide... et donc avec cela, plus de risques de morbidité somatique et psychiatrique ainsi que de suicide. Les délais sont de plus en plus longs pour voir certains spécialistes, pour obtenir des examens complémentaires ou des hospitalisations (UHSA ou UHSA) avec le risque évident d'aggraver une pathologie existante ou d'en voir apparaître d'autres ». (Extrait de saisine d'un médecin, octobre 2023) »⁷¹

En 2024, la densité carcérale s'élève à 127,3%⁷², soit 79 000 détenus pour 62 000 places. Dans ce contexte, il n'est plus possible d'assurer aux personnes détenues le bénéfice d'un examen médical systématique à leur arrivée, examen qu'imposent pourtant les dispositions du code pénitentiaire⁷³, sans même parler de la nécessité de garantir aux personnes détenues la continuité des soins nécessaires à la protection de leur santé et leur intégrité physique. Les visites médicales réglementaires au sein des quartiers disciplinaires et quartiers d'isolement ne sont plus assurées non plus, en violation, ici encore, des dispositions du code pénitentiaire⁷⁴ en plus d'entraîner un risque accru d'atteinte à l'intégrité physique des personnes concernées.⁷⁵

Concrètement, l'absence de ces visites médicales sont constitutives : d'expositions aux violences, de faible taux de détections des problèmes de santé, d'absence de suivi médical, de l'absence de production de pièces justificatives pour appuyer les demandes de rendez-vous médicaux à l'extérieur ou pour un aménagement de peine.

Ainsi, les délais de rendez-vous pour les soins dentaires, kinésithérapies, d'ophtalmologies ou de gynécologies sont de plusieurs mois et les dépistages, et prise en

⁷⁰ Valérie Kanoui-Mebazaa, Marc-Antoine Valantin, « la santé en prison », les tribunes de la santé, Presses de Sciences Po, 2007/4, n17, p. 97 à 103

⁷¹ CGLPL, [rapport d'activité 2023](#), 27 juin 2024, p. 141

⁷² Le Monde, [Avec près de 79 000 détenus au 1^{er} septembre, la surpopulation carcérale continue d'augmenter en France](#), 01 octobre 2024

⁷³ Article R. 112-16 du code pénitentiaire : « lors de son arrivée en détention, chaque personne détenue bénéficie d'un examen médical dans les plus brefs délais ».

⁷⁴ Articles R. 115-21, R. 234-31 et R. 213-19 du code pénitentiaire.

⁷⁵ CGLPL, [rapport d'activité 2023](#), 27 juin 2024, p. 142

charge, du VIH et de l'hépatite C sont largement entravés par ces conditions, alors qu'il s'agit d'une population avec un haut taux de prévalence de ces maladies.

La santé mentale des détenues est également préoccupante comme le confirme une enquête du CGLPL « les deux tiers des hommes détenus en maison d'arrêt et les trois quarts des femmes sortant de détention présentent un trouble psychiatrique ou lié à une substance ; 32,3 % des hommes et 58,8 % des femmes sont considérés comme modérément à gravement malades ; le risque suicidaire est estimé à 27,8 % pour les hommes et 59,5 % pour les femmes. 73,9 % des participants et 86,3 % des participantes ont été exposés à au moins un traumatisme dans l'enfance »⁷⁶.

Enfin, la surpopulation carcérale est amplifiée par la pénurie de professionnels (pénitenciers et soignants) dans les établissements. Aussi, le manque de volonté, notamment du ministère de Santé, de se saisir de la question et le manque de coordination de ce dernier avec le ministère de la Justice, achèvent la détérioration de l'offre de soins et de tous les éléments y afférents en amont (prévention, conditions de vie, etc) et en aval (suivi médical, hospitalisation, etc).

Des stigmatisations quotidiennes pour les personnes transgenres

« Après la promenade, ils ont fait rentrer toutes les femmes et lui ont dit d'attendre, raconte Luna à propos d'une codétenue transgenre incarcérée au quartier femmes. Ils l'ont amenée dans une pièce où il y avait une cabine téléphonique, et lui ont dit "déshabille-toi, on va voir si tu as un sexe d'homme ou un sexe de femme". Elle était en larmes quand elle me l'a raconté. »⁷⁷

La prison repose sur la stricte séparation des sexes. Or, les questions de la transidentité n'ont pas encore été intégrées dans l'affectation des personnes. La loi du 18 novembre 2016 a décorrélé le changement de sexe à l'état civil de toutes transformations chirurgicales ou traitements hormonaux ; ainsi, les conditions de changement sont assouplies pour faciliter l'adéquation de l'identité administrative avec l'identité de genre de la personne (bien que la procédure reste lourde pour les personnes et non exempte de discrimination).

En dépit de cette évolution juridique, le principe d'autodétermination n'est pas la règle en milieu de détention. Malgré un référentiel devant accompagner les professionnels, ces derniers (notamment le chef d'établissement) peuvent statuer sur la « suffisance » d'éléments en adéquation avec son identité de genre, permettant d'accorder un placement dérogatoire. La procédure pour attribuer ce placement dérogatoire repose sur le remplissage d'une « fiche pratique sur l'affectation des publics transgenres » par le personnel. Cependant, il « y figure une question susceptible d'entraîner des biais genrés préjudiciables aux personnes qui ne se conformeraient pas aux attentes binaires de la société : « L'apparence de la personne détenue peut-elle être considérée comme proche de son nouveau genre (l'apparence physique à proprement parler, mais aussi vestimentaire ou autre) ? Autant d'éléments qui ouvrent la voie à des appréciations sexistes et stéréotypées : estimera-t-on qu'une femme transgenre n'est pas une femme parce qu'elle a les cheveux courts, ou qu'un homme transgenre n'est pas un homme car il porte du rose ? »⁷⁸

⁷⁶ CGLPL, [rapport d'activité 2023](#), 27 juin 2024, p. 28

⁷⁷ Observatoire international des prisons, [Femmes trans en prison, ostracisées et discriminées](#), 14 décembre 2021

⁷⁸ Observatoire international des prisons, [Référentiel LGBT en prison : un petit pas sur un long chemin](#), 25 juin 2024

La méconnaissance des problématiques liées aux genres par les professionnels de santé et pénitentiaires conduit à une « organisation binaire des affectations et [au] recours fréquent à l'isolement des personnes transgenres entrav[ant] leur accès effectif aux soins »⁷⁹ :

« De manière générale, le CGLPL émet des doutes sur la « connaissance et le positionnement [des soignants] quant aux besoins de leurs patients transgenres ». Ainsi, les médecins rencontrés semblaient ignorer que certaines de leurs patientes, « faute de considération pour leur identité de genre par le corps médical à l'extérieur », avaient renoncé aux soins au profit de l'automédication, y compris hormonale. »⁸⁰

Un système de détention inapte à accueillir les femmes

En 2023, les femmes représentaient 3.3% des personnes incarcérées, soit 2 471 femmes. Elles évoluent dans une institution pensée pour et par des hommes. L'exemple le plus frappant est l'absence de considération pour les menstruations ou pour les questions de sexualité et de vie intime :

« Au mitard, on m'a refusé d'aller me doucher et on ne m'a pas donné de savon. »⁸¹

« Si les femmes tâchent un drap, pas de change possible et pas de machine à laver supplémentaire. Un jour de machine par semaine. »⁸²

« [...] au retour d'une permission, "on [lui] a dit qu'il n'y avait pas de contraception d'urgence" en prison. "Après m'être énervée et m'être faite engueulée par l'US [unité sanitaire], on me l'a remise 48 heures après – soit à la limite de son efficacité – à cause d'un problème de livraison. Ma pilule habituelle avait aussi été livrée en retard." »⁸³

En plus de conduire à des situations dégradantes, le manque de produits d'hygiène féminine contraint de nombreuses femmes à enfreindre le règlement intérieur pour s'en procurer – et donc à s'exposer à des sanctions. Par crainte d'une stigmatisation en cas de tache visible sur leurs vêtements, certaines détenues renonceraient à des activités⁸⁴.

Également, les femmes forment un ensemble avec une précarité aggravée dans une population carcérale à l'état déjà bien détérioré. Ainsi, trois quarts des femmes incarcérées présentent un trouble psychiatrique ou lié à une addiction. En 2019, sur 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en France, seul celui de Fleury-

⁷⁹ CGLPL, [avis relatif à la prise en charge des personnes transgenres dans les lieux de privation de liberté](#), 25 mai 2021

⁸⁰ Observatoire international des prisons, [Femmes trans en prison, ostracisées et discriminées](#), 14 décembre 2021

⁸¹ Observatoire international des prisons, [Précarité menstruelle en prison : à quand la gratuité ?](#), 13 mars 2020

⁸² Observatoire international des prisons, [Précarité menstruelle en prison : à quand la gratuité ?](#), 13 mars 2020

⁸³ Observatoire international des prisons, [Femmes en prison : contribution de l'OIP au Comité onusien pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur le non-respect par la France de ses obligations](#), septembre 2023 p. 7

⁸⁴ Observatoire international des prisons, [Femmes en prison : contribution de l'OIP au Comité onusien pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur le non-respect par la France de ses obligations](#), septembre 2023 p. 7

Mérogis était capable d'accueillir 10 femmes⁸⁵. Depuis, la situation semble s'être améliorée avec le développement de places dans d'autres SMPR et la présence d'équipes mobiles, largement assurée par des associations.

Enfin, d'après beaucoup de témoignages, il serait fréquent que les agents en charge de l'escorte assistent aux examens gynécologiques, aux mammographies ou encore aux fouilles internes⁸⁶. Ainsi, pour les durées de courte peine, de nombreuses femmes annulent les visites médicales et attendent d'être sorties pour les réaliser, afin d'éviter de vivre ce genre de situation.

Une discrimination institutionnelle constituant d'une rupture d'égalité dans l'accès aux soins

Des atteintes à la dignité fréquentes

Les femmes ne sont pas les seules à subir des atteintes répétées à leur dignité et à leur intimité :

« Pour pouvoir me tenir debout, je porte une prothèse à la jambe, mais l'administration la retient depuis mon arrivée. Donc depuis huit mois, je reste assis, alors que normalement il faut que je marche un peu avec ma prothèse et ma béquille. »⁸⁷

« A Rouen en 2015, un homme détenu au centre pénitentiaire du Havre souffrant d'un syndrome coronarien aigu (obstruction soudaine d'une artère du cœur) a été entravé aux chevilles et eu les poignets menottés à l'avant pendant son transport à l'Hôpital. Il a ensuite été maintenu attaché à un lit d'hôpital de manière ininterrompue par un lien à la cheville durant les cinq jours de son hospitalisation et au cours des examens médicaux dont il a fait l'objet [...] »⁸⁸

« En 2016, à Nancy, un détenu affecté d'une incapacité permanente fixée à 70% et tétraplégique a porté plainte et obtenu gain de cause, en raison de l'absence de confidentialité des soins, un surveillant resté présent tout au long de sa consultation. »⁸⁹

Bien qu'une partie de ces mauvais traitements puisse être imputée au sous-effectif chronique de l'administration pénitentiaire, il ne peut être écarté le manque de sensibilisation de ses professionnels.

⁸⁵ Observatoire international des prisons, [Femmes en prison : contribution de l'OIP au Comité onusien pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur le non-respect par la France de ses obligations](#), septembre 2023 p. 4

⁸⁶ Observatoire international des prisons, [Femmes en prison : contribution de l'OIP au Comité onusien pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur le non-respect par la France de ses obligations](#), septembre 2023 p. 6

⁸⁷ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 35 (témoignage anonyme)

⁸⁸ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 48

⁸⁹ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 48

Ce manque de considération pour les détenus peut se traduire, d'une manière plus large, dans l'annulation des visites médicales extérieures, que l'observation internationale des prisons l'estime à 37%⁹⁰.

Un suivi médical préoccupant

La faible offre de soins en lieux de détention et la quasi-impossibilité d'effectuer des visites médicales à l'extérieur poussent les personnels soignants présents dans les établissements à prodiguer des soins inadaptés :

« Pour les douleurs chroniques, on fait des grosses prescriptions de morphine. Ce n'est pas facile de dire qu'on en prescrit parce qu'il n'y a pas de kiné, on les rend dépendants. »⁹¹

« Je suis en prison depuis huit mois. Ma vue est passée de 6/10 à 2/10, car mon traitement n'est pas adapté. »⁹²

« J'avais un problème avec une dent qui bougeait, et me faisait souffrir. Mais il n'y a pas de dentiste, j'ai fini par arracher ma dent tout seul. Puis le médical m'a prescrit du tramadol. »⁹³

Quant au suivi médical, celui-ci est quasiment inexistant et semble conduire les professionnels à prendre en charge un individu quand la situation s'est fortement dégradée :

« Le médecin estime qu'il faudrait consulter un dermatologue... mais toujours pas de suite, pas de réel examen. Les boules qu'il avait sur le crâne se répandent sur son visage et son cou désormais, et le font souffrir, nous sommes extrêmement inquiets. »⁹⁴

« On m'a diagnostiqué une cataracte à l'œil droit en juin 2018. Depuis, je n'ai toujours pas été opéré, et je ne vois presque plus rien. » (témoignage recueilli en 2021)⁹⁵.

« A Bapaume, une femme souffrant d'une descente d'organes rapporte attendre un rendez-vous depuis six mois. »⁹⁶

⁹⁰ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 40

⁹¹ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 23 (témoignage d'Ariane Mayeux médecin cheffe de l'USM du centre pénitentiaire de Riom)

⁹² Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 23 (témoignage anonyme)

⁹³ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 22 (témoignage anonyme d'une personne incarcérée au centre pénitentiaire d'Orléans-Saran)

⁹⁴ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 23 (témoignage de la sœur d'un détenu incarcéré à Val-de-Reuil)

⁹⁵ Observatoire international des prisons, [La santé incarcérée : enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison](#), juillet 2022, p. 40 (témoignage anonyme d'un détenu incarcéré au centre pénitentiaire de Ducos)

⁹⁶ Observatoire international des prisons, [Femmes en prison : contribution de l'OIP au Comité onusien pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes sur le non-respect par la France de ses obligations](#), septembre 2023 p. 6

Enfin, les soignants et les patients n'ont pas accès aux matériels adéquats. C'est le cas, notamment des patients vivant avec du diabète. Ces derniers ne peuvent avoir accès à leur insuline, car la possession de seringues est interdite pour des mesures de sécurité.

Absence de considération pour les enjeux liés aux addictions

L'absence d'accès aux seringues pose également un problème dans l'accompagnement des personnes vivant avec une addiction. Ces derniers ont recours à des moyens artisanaux pour s'administrer les substances, ce qui représente un grave danger pour leur santé et un défaut de prise en charge de leur addiction.

Or, depuis la loi du 26 janvier 2016, la réduction des risques (RdR) est reconnue par la loi comme faisant partie de l'offre de soin qui doit s'appliquer en prison au même titre qu'en milieu ouvert. Cependant, à ce jour, aucun décret d'application de la loi n'a été publié, ne permettant pas un déploiement encadré nationalement des mesures de RdR en prison. L'absence de texte conduit à des accords à la marge – et donc dans l'illégalité – entre le soignant et le patient pour l'échange de seringues.

L'absence de texte est d'autant plus préoccupante qu'on estime qu'un tiers des personnes qui entrent en prison présentent une problématique addictive et que la quasi-totalité continuent à consommer d'une manière ou d'une autre. Ainsi, les risques de contamination en cas de partage de matériel sont donc particulièrement importants.

Recommandations

Avec les éléments de la Fédération Promotion Santé

La promotion de la santé implique par son action de lutter contre les inégalités sociales et de renforcer l'équité entre les personnes, dans le domaine de la santé. Ce cadre peut se décliner en 5 stratégies d'intervention : renforcer les compétences individuelles, développer l'approche communautaire, soutenir des politiques favorables à la santé, créer des environnements favorables à la santé, améliorer les services de santé. Par son action sur les déterminants de la santé, la promotion de la santé implique, de fait, de lutter contre les discriminations, vecteurs d'inégalités sociales de santé. Ainsi, bien que l'Uniopss a souhaité une approche populationnelle dans cette contribution, des recommandations générales peuvent être formulées :

- **Renforcer la participation des personnes.** En développant les démarches fondées sur la participation des publics aux orientations de santé, un système de santé pourrait offrir une meilleure adéquation entre l'offre de soins et les réalités vécues par les personnes. Cette participation peut se fonder sur des ateliers collectifs, sur des démarches communautaires, sur des sollicitations auprès des personnes pour améliorer l'offre de soins et la qualité de ces derniers. L'objectif est non pas de « critiquer » les professionnels, mais bien d'améliorer l'offre de soins, et ce pour toutes les personnes. Ainsi, en favorisant le recueil de l'expérience vécue des personnes, mais aussi en partageant avec elles les pistes d'améliorations à apporter à la dispensation des soins, aux rapports professionnels-bénéficiaires, aux déterminants de leur santé, un travail d'amélioration de la qualité des soins et de leur accessibilité pourra être entrepris.
- **Renforcer la sensibilisation des professionnels.** Les situations complexes que peuvent rencontrer les professionnels nécessitent qu'ils soient formés aux spécificités de certains publics et à déconstruire leurs préjugés. Ainsi, une meilleure connaissance des problématiques et le développement de capacités à adapter son langage et la communication pour accompagner le bénéficiaire est un impératif.
- **Consacrer l'approche « one health ».** A l'international, la France défend l'approche « santé globale » des individus depuis les années 2010⁹⁷. L'OMS la définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En ce sens, l'Uniopss est convaincue que, pour être efficient et ne laisser personne de côté, notre système de santé ne doit plus être animé par une vision sanitaire, centrée autour de la figure du médecin omniscient. Ainsi, des ruptures d'égalités dans d'autres domaines de la vie peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé des personnes (par exemple, droit au logement, à l'alimentation, etc). Concrétiser les engagements internationaux de la France sur son territoire permettrait de définir un nouveau cap pour notre système de santé.

⁹⁷ Ministère des affaires étrangères, [Position française sur le concept « One Health/Une seule santé »](#), 2011

Personnes en situation irrégulière

Recommandations générales

- L'UNIOPSS plaide pour une simplification de l'accès aux droits et aux soins des étrangers précaires, le respect de leurs droits fondamentaux, et une prise en charge en santé inconditionnelle et de qualité.

Mesures spécifiques

- La fusion de l'Aide Médicale d'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière dans la Protection Universelle Maladie (PUMa, entrée en vigueur en 2016) constituerait d'une part une simplification essentielle pour les patients comme pour les professionnels de santé, et d'autre part une mesure de santé publique majeure permettant une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations précaires en France.

Personnes vivant avec un trouble psychique

Recommandations générales

- Formation des aidants.
- Lutte contre la stigmatisation et la méconnaissance des troubles de la part des professionnels de santé (exemple : Soutenir le développement la formation aux premiers secours en santé mentale).
- Promotion de la suppression de la contention.
- Une réelle mise en œuvre du droit d'accès à l'information sur les droits des personnes en situation de handicap.
- Une vraie prise en considération du droit à la dignité des patients.
- Ecriture de Recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique.
- Application de la recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe⁹⁸

Mesures spécifiques

- Mise en œuvre de la recommandation 64 du CGLPL⁹⁹ : Le diagnostic de troubles mentaux avec notion de péril imminent pour la santé nécessite un avis psychiatrique avant la prise de décision de soins sous contrainte. La demande de soins sans consentement selon l'article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique dite de péril imminent doit être révisée afin d'obtenir un avis psychiatrique avant la décision d'admission en soins sans consentement.
- Créer une équipe mobile dans chaque secteur psychiatrique pour limiter l'hospitalisation et les ruptures de parcours.
- Organiser les équipes du SAMU pour qu'elles disposent de compétences psychiatriques 24h/24.
- Un encadrement rigoureux et réglementé de l'interdiction de visites, de sorte que cette mesure ne soit qu'exceptionnellement employée.

Exemples de bonnes pratiques

- Programme de l'OMS, Quality Rights, pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits dans les structures de santé mentale.
- « Coreso » : les patients sont adressés au Coreso par les psychiatres du Vinatier. En trois consultations orchestrées par un médecin généraliste et une infirmière expérimentée en psychiatrie, une évaluation de la situation globale (santé physique et mentale) et une réorientation du patient vers le réseau de médecine générale de ville sont réalisées. Grâce à cette synthèse complète accessible au psychiatre traitant et adressée au médecin généraliste, une meilleure connaissance de la situation clinique, sociale, thérapeutique du patient permet de limiter les risques de complications et de prévenir les événements aigus et les épisodes de décompensation. Par ailleurs, afin de faciliter la réintégration du patient dans les soins ambulatoires de premiers recours, une approche éducative et préventive est menée pour aider l'usager à comprendre les enjeux d'une prise en charge globale. Ce travail de réintégration du patient souffrant de trouble psychiatrique dans les soins de droits communs permet de le prendre en charge dans sa globalité et sa complexité en décloisonnant les soins somatiques et psychiatriques.
- Dispositif Psysom : Elaboré au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, le dispositif expérimental Psysom vise à aider les personnes suivies en soins psychiatriques ambulatoires à (ré)-intégrer les soins somatiques dans leur parcours de santé.

⁹⁸ Voir annexe « Recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe »

⁹⁹ CGLPL, [Rapport-soins-sans-consentement-et-droits-fondamentaux](#), 2020

Personnes en situation de handicap

Recommandations générales

- Permettre aux personnes vivant en ESMS de choisir librement leurs praticiens de santé ;
- Renforcer la prévention sur les besoins de santé non liés directement au handicap pour inscrire la personne dans un parcours de santé global ;
- Prévoir dans la formation initiale et continue des professionnels de santé de la sensibilisation aux handicaps ;
- Mettre en place un dispositif pour faire remonter à l'Ordre des médecins les comportements discriminants des professionnels de santé ;
- Simplifier et assouplir les règles de financement de transport adapté par l'Assurance maladie.

Mesures spécifiques

- Suivant les conclusions du rapport d'expérimentation sur le dispositif [Facilisoin](#)s développer un modèle de tarification afin de faire financer par l'assurance maladie de droit commun les produits de santé et les soins de ville ; assurer l'homogénéité entre les territoires ;
- Rendre obligatoire pour les professionnels de santé de figurer dans [l'annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux](#), lancé par APF France handicap, avec le soutien de l'Assurance maladie et l'Ordre des médecins.
- Leviers financiers : les avenants aux conventions entre l'assurance maladie et les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes, récemment publiés, permettent de mieux rémunérer des consultations longues ou complexes et ainsi de mieux prendre en soin les personnes.

Personnes privées de libertés

Recommandations générales¹⁰⁰

- Une stratégie nationale, avec des moyens humains et financiers, est indispensable pour faire cesser l'exclusion de ces personnes du système de santé (faire de la prison un moyen de renouer avec un parcours de soins).
- Leviers identifiés dans l'avis du CESE « le sens de la peine »¹⁰¹ pour limiter l'exclusion et ses conséquences socio-économiques, sur les personnes détenues :
 - La dignité de la peine, à travers notamment une limitation des recours à la détention provisoire, la création d'une peine de probation autonome (déconnectée de la prison), l'organisation d'une régulation carcérale « à la sortie ». Une telle régulation n'empêche nullement de nouvelles condamnations : elle implique qu'au-delà d'un certain seuil d'occupation des établissements, une nouvelle entrée en prison impose l'identification, par les autorités judiciaires et les services pénitentiaires et de la réinsertion, de solutions pour libérer une place dans les établissements.
 - L'individualisation de la peine : il s'agit de donner à la justice les moyens de décider de la peine la plus efficace pour lutter contre la récidive et permettre la réinsertion, en ayant accès à des informations concrètes, précises et plus complètes sur la situation de la personne.
- Soutenir la participation des personnes détenues tant à la qualité des soins qu'aux problématiques de résolution des problèmes de santé qu'elles perçoivent dans leur environnement.
- Penser l'articulation entre l'intérieur et l'extérieur de la prison dans le cadre du système de santé.

Mesures spécifiques

- Renforcer l'accès aux outils de réduction des risques (usage de drogues, sexualité...).
- Concernant les addictions : application de la loi de 2016 et la mise en œuvre d'une véritable stratégie de réduction des risques en milieu carcéral.
- Renforcer – par la formation des professionnels de santé – la littératie en santé des personnes détenues.

Exemples de bonnes pratiques

- Le programme expérimental au Centre Pénitentiaire de Nantes (Loire-Atlantique) mené par Médecins du Monde. Ce programme a pour objectif de promouvoir la santé et d'améliorer son accès pour les personnes détenues en se fondant sur l'approche et les principes de la démarche communautaire (participation, conscientisation, développement de compétences sociales). Articulant plusieurs objectifs et activités en direction des personnes détenues (ateliers collectifs, entretiens individuels, actions de promotion de la santé), des professionnels de santé et de surveillance, Médecins du Monde a souhaité associer un volet recherche à ce programme afin d'en mesurer les effets, freins et leviers pour transférer ce type de démarche dans d'autres établissements pénitentiaires.
- le projet « Recensement des projets de promotion de la santé en milieu pénitentiaire » (acronyme « Prisca ») : Il a pour mission de repérer et analyser les actions de promotion de la santé innovantes et prometteuses menées en milieu pénitentiaire sur l'ensemble du territoire national. Mais aussi de diffuser les résultats de cet état des lieux sous une forme facilitant le partage des connaissances et des informations sur la promotion de la santé en milieu carcéral.

¹⁰⁰ Voir également l'annexe « contribution de la Fédération Promotion Santé »

¹⁰¹ [Le sens de la peine | Le Conseil économique social et environnemental](#)

Annexes

pièces jointes par le CGLPL

Pièce jointe n°1 - Dégradation de l'état de santé en détention

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

AR
[REDACTED]

Le 7 octobre 2024

A l'attention de :
Madame Simonnot, contrôleur générale des lieux de privation
de liberté

Objet: Saisine concernant la dégradation de mon état de
santé en détention

Madame la Contrôleur générale,

Je me permets de vous écrire en ma qualité de personne détenue
au Centre pénitentiaire [REDACTED] afin de vous signaler une
situation grave concernant la dégradation continue de mon état
de santé et l'absence de soins médicaux adéquats.
Depuis plusieurs mois, mon état de santé se détériore de manière
préoccupante qui fait que je n'arrive plus à me déplacer en toute autonomie
ou avec énormément de difficultés. Malgré mes multiples demandes
après de l'administration pénitentiaire et des services médicaux de
l'établissement, seul les infirmiers pourraient en attester, je ne reçois pas
les soins médicaux nécessaires.
D'autant plus que le médecin a reçu un courrier de l'hôpital [REDACTED]
mentionnant un suivi d'un an avec un neuro-
chirurgien depuis avril 2023 et qu'il fallait me prendre RDV.
Cela est urgent car lors de mon placement en détention depuis juillet
2023, j'étais en Mai 2023 hospitalisé durant plusieurs jours
et j'aurais dû quelques mois après faire une chirurgie plastique, sauf
que j'ai été incarcéré. [REDACTED] Il y avait également un suivi et d'autres
examens pour ma moelle épinière car j'ai une perte de sensibilité de tout
un côté de mon corps.
A ce jour après plus d'un an d'incarcération cela fait maintenant
3 mois que je n'arrive plus à me déplacer sans une aide ou
avec énormément de difficultés, et je perd l'équilibre ma jambe
ne tient plus.

L'absence de soins et d'un suivi médical approprié aggrave considérablement ma situation, et je crains pour ma santé, voire pour ma vie, si aucune mesure n'est prise rapidement et que cela devienne irréversible.

Je sollicite votre intervention en tant qu'autorité indépendante pour enquêter sur mes conditions de détention et faire respecter mon droit à des soins médicaux adéquats.

En tant que détenu, je suis conscient que ma privation de liberté ne doit en aucun cas justifier une privation de soins, et je vous demande de bien vouloir veiller à ce que mes droits fondamentaux soient respectés conformément aux normes nationales et internationales.

Je reste à votre disposition pour toutes informations complémentaires et vous prie de trouver ci-joints les documents nécessaires relatifs mon état de santé.

En vous remerciant par avance pour l'attention que vous porterez à cette situation urgente, je vous prie de croire, Madame la Contrôleuse générale, en l'expression de ma considération distinguée.

||



Pièce jointe n°2 - Compatibilité de l'état de santé avec les soins

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

AK

A [REDACTED]
Le 26/09/24

Mme, M. le Contrôleur
général des Lieux de privations
de liberté
Contrôleur général des Lieux
de privation de liberté
CS 70048
75 921 PARIS Cedex 19

Bonjour Madame, Monsieur,

Je me permets de vous écrire car je suis dans situation
extrêmement compliquée et je n'arrive pas à m'en sortir,
j'ai besoin d'aide.

Je suis incarcérée à la maison d'arrêt [REDACTED]
[REDACTED]. Je souffre par ailleurs d'une sclérose en
plaque. Un expert médical m'a ausculté et a indiqué que mon
état de santé était compatible avec la détention à la seule
condition que je sois en cellule PMR, que je vois très
régulièrement un kiné, et que je fasse l'objet d'une surveillance
stricte du service médicale.

Or je n'ai jamais vu de kiné, ne suis pas en cellule PMR, et
ne vois pratiquement jamais de médecin.

J'ai des douleurs qui sont absolument insupportables et mon état
se dégrade au fil du temps. Je suis extrêmement inquiet.

Pourriez-vous s'il vous plaît faire une démarche auprès
de la Maison d'Arrêt pour que les prescriptions du médecin
soient respectées ?

Pièce jointe n°3 - Suivi psychologique en détention

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Contrôle Général des lieux de privation
de liberté, 16, 18 quai de la Loire
CS 70048, 75321 PARIS CEDEX 19

Madame, Monsieur

Je me permets de vous contacter à nouveau, concernant l'incapacité du [REDACTED]
[REDACTED] à recevoir des détenus en demande de soins
psychologiques. Je vous ai déjà contacté il y a quelques mois à ce sujet, il
n'y a pas eu beaucoup d'évolution de la situation. Je ne parle pas qui en mon
nom : je ne suis qu'un exemple. Trop de prisonniers, pas assez de médecins.
Les soins en milieu fermé ne sont pas obligatoires mais en matière de psychologie
que deviennent ceux qui demandent ces soins sans les obtenir ? Que devient
la détresse psychologique liée à la culpabilité, l'absence de réponse face
aux questionnements profonds, lorsque l'on y ajoute la surpopulation carcérale
et les tensions qui y sont associées ? [REDACTED]

[REDACTED] Je me permets de nuancer votre réponse : le GNC
dispose de moyens pour les soins et les achats, puisque certains ont

ont accès à des activités ([REDACTED]) et d'autres sont amenés en camion cellulaire à l'unité de soins. Il s'agit de faire un effort d'organisation pour inclure plus de détenus dans les activités et conserver une permanence au GNC pour les soins. Les locaux existent, il suffit d'un peu d'organisation et surtout d'en avoir la volonté... mais ce n'est que mon avis.

Je vous joins une copie d'un récent courrier qui une fois encore est resté sans réponse de la part de l'unité de soins. Merci d'avance de l'aide ou du soutien que vous pourrez éventuellement m'apporter.

Je vous prie de croire en l'assurance de ma respectueuse considération

[REDACTED]
[REDACTED]

Pièce jointe n°4 - Handicap physique et maintien en rétention

Contact

De: [REDACTED]
Envoyé: mercredi 10 avril 2024 17:22
À: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Objet: Situation de Monsieur [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]
Situation de grande vulnérabilité

Pièces jointes: [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED]

Indicateur de suivi: Assurer un suivi
État de l'indicateur: Avec indicateur

Pour :

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous faire part de la situation de [REDACTED] qui a été retenu au [REDACTED]. Une décision portant placement en rétention a été prise par la préfecture [REDACTED], sur le fondement d'une obligation de quitter le territoire français notifiée [REDACTED], assortie d'une interdiction de retour d'une durée de cinq ans.

Nous avons rencontré [REDACTED] dans le cadre de notre permanence juridique. [REDACTED] souffre de plusieurs pathologies importantes, il est notamment paraplégique.

[REDACTED] nous a indiqué avoir été interpellé à son domicile [REDACTED] et placé en garde à vue sans son fauteuil roulant, alors même que son handicap physique ne pouvait pas être ignoré : des agents l'ont nécessairement transporté de son domicile à la voiture de police, ce dernier n'ayant pas l'usage de ses jambes. Dans un formulaire notifié à [REDACTED] au moment de sa garde-à-vue précédant la prise de la décision de placement en rétention, [REDACTED] a indiqué être paralysé et avoir besoin d'une assistance continue pour tous les actes de la vie courante.

Au cours de sa garde-à-vue, un médecin externe au centre de rétention a produit un certificat établissant la compatibilité de son état de santé avec la mesure de rétention administrative. Nous n'avons pas eu accès à ce certificat, mais l'administration en fait mention dans la décision de placement en rétention.

[REDACTED] a été transporté du commissariat jusqu'au [REDACTED], sans qu'un fauteuil adapté à son handicap ne soit utilisé. Aucun fauteuil n'a été mis à sa disposition non plus au sein du CRA. Un fauteuil roulant d'appoint se trouvant dans les locaux de l'UMCRA a finalement pu lui être fourni le lendemain, mais uniquement pour ses déplacements dans le couloir

administratif où se trouvent l'unité médicale et notre association. Les forces de l'ordre ont refusé que ce fauteuil roulant puisse être utilisé par monsieur au sein de la zone de vie.

nous a indiqué avoir été transporté par des co-retenus pour se rendre aux toilettes, et ses repas ont été apportés dans sa chambre. Il était par ailleurs impossible pour de se doucher.

, le médecin de l'UMCRA a établi un certificat constatant l'incompatibilité de son état de santé avec la mesure de rétention administrative. a été officiellement libéré vers 13H le même jour. Cependant, n'ayant aucun moyen de se déplacer pour se rendre à son domicile par même, il n'a été pris en charge par la protection civile qu'à 18h30.

Cette situation particulièrement choquante et humiliante pour , nous questionne sur l'absence totale de prise en compte de la vulnérabilité des personnes par l'administration avant l'édiction d'une mesure de placement en rétention. Même de 24 heures seulement, la privation de liberté de dans des conditions manifestement inadaptées à son état de santé porté clairement atteinte au principe de dignité.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à cette situation et demeure à votre disposition pour toute information complémentaire.

Respectueuses salutations,

Groupes SOS
Solidarités

Vasiliki VOZINI
Unité en centre de rétention administrative
Groupes SOS Solidarités - ASSFAM
Téléphone : 07 71 10 00 00
06 06 06 06 06 06 06 06
www.rou-e-sos.org

es Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

VOLE D'ACTIVITE SPECIALITES MEDICALES

SMO

VOLE SMO

IMMUNOLOGIE CLINIQUE

Madame Dominique SIMONNOT
Contrôleuse Générale
des lieux de Privation de Liberté
16/18, quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS Cedex 19

Madame,

En réponse à votre courrier du [REDACTED] (réf. [REDACTED]),
vous fais part des éléments médicaux m'ayant amenée à rédiger un certificat
d'incompatibilité au maintien en centre de rétention administrative de [REDACTED].

[REDACTED] Monsieur [REDACTED] est arrivé au Centre de Rétention Administrative de [REDACTED].

[REDACTED] présente une invalidité motrice séquellaire importante l'obligeant à se
déplacer en fauteuil roulant ainsi qu'une vessie neurologique impliquant la pratique
régulière de 5 à 7 auto-sondages urinaires par jour.

Pendant sa garde-à-vue il a été adressé aux urgences de l'hôpital de [REDACTED]
pour des douleurs abdominales avec suspicion de globe vésical.
Diagnostic retenu : « douleurs abdominales sans signe de gravité. Conduite à
tenir : retour à domicile et auto-sondages ».

Il est donc retourné en garde-à-vue et un médecin [REDACTED] a été appelé en
visite pour établir le [REDACTED] et de non contre-indication à séjourner au
Centre de Rétention Administrative où il a été admis [REDACTED].

A son arrivée au CRA il a été installé dans une chambre « handicapé » c'est-à-dire
chambre individuelle avec douche mais sans WC à proximité.

Depuis son arrestation à son domicile [REDACTED] il a été privé de son fauteuil roulant
et ne pouvait donc se déplacer qu'avec l'aide d'une tierce personne, le rendant
dépendant pour tout déplacement et en particulier pour l'accès aux toilettes pour
les auto-sondages.

Il a été vu par l'infirmière du centre de rétention administrative [REDACTED]
c'est-à-dire à son arrivée (il n'y a pas de permanence médicale la nuit au CRA).
Celle-ci a pu faire le point sur l'accès à un fauteuil, les traitements en cours, son
degré d'autonomie, la faisabilité des auto-sondages et organiser une consultation
médicale.

L'utilisation d'un fauteuil roulant n'a été autorisée par la PAF que pour venir à l'infirmerie, aux services juridiques [redacted] et aux bâtiments administratifs ceci pour des raisons de sécurité. A noter que les policiers de la PAF lui ont servi ses repas dans sa chambre.

J'ai pu le voir en consultation avec un interprétariat téléphonique [redacted] à mon arrivée et j'ai établi un certificat d'incompatibilité en raison de son handicap majeur avec importante altération de l'état général et de l'inadaptation des locaux du CRA pour une prise en charge optimale : pas de fauteuil à disposition et si béquilles autorisées, à discuter avec la PAF, dangerosité pour la douche, pour l'accès aux WC et détournement possible par d'autres retenus à des fins agressives, difficulté à effectuer des auto-sondages dans des conditions dignes et optimales sur le plan infectieux, absence de surveillance possible 24h/24h et impossibilité d'une aide à la toilette par les IDE, literie inadaptée.

Ce certificat a été remis au greffe et à l'intéressé à [redacted]

[redacted] Il semble effectivement que l'absence de moyens pour se déplacer ait rendu plus difficile les conditions de libération [redacted]

Nous avons été confrontés à très peu de cas de personnes retenues avec handicap moteur et jamais avec un handicap aussi majeur. Le CRA dispose d'une seule chambre individuelle avec douche mais sans WC. Si l'utilisation des WC collectifs « à la turque » est impossible pour un retenu il peut avoir accès avec un certificat médical à d'autres toilettes situées dans les locaux de la police. Si elles sont indispensables à un retenu pour qu'il puisse se déplacer, l'utilisation de béquilles peut être négociée avec la PAF toujours pour des raisons de sécurité (peur d'agressions entre retenus et/ou avec la PAF).

J'espère avoir pu répondre à votre demande et reste bien entendu à votre entière disposition pour toute discussion ou renseignement complémentaire.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, l'assurance de ma parfaite considération.

[redacted signature]

Autres

recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe

La recommandation 2004/10 du Conseil de l'Europe précise les droits de la personne souffrant de troubles mentaux. Elle est composée de trente-huit articles dont on peut retenir les articles suivants :

- Article 6 – information : les personnes prises en charge pour des troubles mentaux doivent être informées individuellement de leurs droits en tant que patient et avoir accès à une personne ou instance indépendante pouvant les assister dans la compréhension de ceux-ci ;
- Article 8 – restriction minimale : les personnes atteintes de troubles mentaux doivent avoir le droit d'être soignées dans l'environnement le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui ;
- Article 12 – principes généraux des traitements pour trouble mental : soins dispensés par des personnels suffisamment qualifiés, avec plans de traitement personnalisés après consultation de la personne malade dont l'opinion doit être prise en compte, plan réexaminé régulièrement ; ce traitement n'est administré qu'avec le consentement de la personne ; si elle ne peut consentir, avec l'autorisation d'une autorité, d'une personne ou d'une instance désignée par la loi ; en urgence quand le consentement ou l'autorisation ne peuvent être obtenus, pour éviter des dommages graves pour la santé de la personne ou pour la sécurité d'autrui, le traitement médicalement nécessaire pourra être effectué immédiatement ;
- Article 17 – critères pour le placement involontaire : la personne est atteinte d'un trouble mental, l'état de la personne présente un risque de dommages graves pour sa santé ou pour autrui, le placement a un but thérapeutique, aucun autre moyen moins restrictif n'est disponible ;
- Article 19 – traitement involontaire : celui-ci doit répondre à des signes et symptômes spécifiques, doit être proportionnel à l'état de santé de la personne malade, doit faire partie d'un traitement écrit et doit avoir pour objectif de mettre en place le plus rapidement possible un traitement acceptable par la personne ;
- Article 20 : la décision de placement ne peut être prise que par un tribunal ou une instance compétente, sur la base d'un examen par un médecin qualifié ;
- Article 25 – réexamen et recours : les personnes qui font l'objet d'un placement involontaire peuvent exercer un recours contre une décision, obtenir le réexamen à intervalle raisonnable de la légalité de la mesure, être entendu en personne ou par l'intermédiaire d'une personne de confiance, avec la possibilité d'être assistés d'un avocat, le tribunal doit prendre ses décisions dans des délais brefs avec une possibilité d'appel.

Contribution de la Fédération Promotion Santé

I – CONSTATS DE FEDERATION PROMOTION SANTE

Ces constats sont issus d'informations transmises par différents professionnels de santé et de l'administration pénitentiaire, et par des personnes détenues. Ces informations concernent principalement le sentiment évoqué par les personnes détenues, d'être mal comprises par les professionnels de santé, d'être moins bien soignées et accueillies, que cela soit à l'unité sanitaire et/ou à l'hôpital, car étant des personnes détenues, et de ne pas avoir accès à des outils de réduction des risques, à des éléments nécessaires de prévention (préservatifs,...) ou à des ressources concernant l'hygiène, principalement chez les femmes détenues, qui dénoncent par exemple la qualité des tampons hygiéniques (terme de précarité menstruelle).

Les principales conséquences de ces discriminations ressenties et vécues par les personnes détenues sont le non-recours aux professionnels de santé, la remise en cause du lien de confiance existant avec ces professionnels, et l'adaptation via des « conduites de débrouille » qui peuvent à plus ou moins long terme être préjudiciables à leur santé.

Les personnes détenues se sentant victimes de ces discriminations ne mettent pas en place les démarches qui seraient nécessaires, par la crainte de jugements moraux, voire de sanctions.

II – PROPOSITIONS DE FEDERATION PROMOTION SANTE

La promotion de la santé implique par son action de lutter contre les inégalités sociales et de renforcer l'équité entre les personnes, dans le domaine de la santé. Ce cadre peut se décliner en 5 stratégies d'intervention : renforcer les compétences individuelles, développer l'approche communautaire, soutenir des politiques favorables à la santé, créer des environnements favorables à la santé, améliorer les services de santé. Par son action sur les déterminants de la santé, la promotion de la santé implique, de fait, de lutter contre les discriminations, vecteurs d'inégalités sociales de santé. Dans le milieu de vie pénitentiaire, la formation des professionnels appartenant au monde du soin et à celui de l'administration pénitentiaire reste un élément clef dans cette lutte contre la discrimination. De la même façon, l'action de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire ne peut être conduite que dans une démarche intersectorielle entre les professionnels de santé et l'administration pénitentiaire.

En réponse à la sollicitation de la Défenseure des droits, les propositions qui suivent ciblent plus particulièrement l'accès aux soins des personnes détenues.

Soutenir la participation des personnes détenues tant à la qualité des soins qu'aux problématiques de résolution des problèmes de santé qu'elles perçoivent dans leur environnement.

- En effet, la place de la participation (en termes de processus et de résultat du renforcement du pouvoir d'agir - *empowerment*) est très peu développée au sein des établissements pénitentiaires (voire combattue, malgré l'adoption du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, le 11 janvier 2006, de l'article 50 des « Règles pénitentiaires » portant sur la participation), ainsi que dans les processus de soin (excepté dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient). Ainsi, des démarches fondées sur la participation des publics détenus aux orientations de santé qui leur semblent les plus pertinentes, à l'amélioration de leurs conditions de vie ayant un impact sur leur santé, permettraient une meilleure adéquation entre

l'offre de prévention et de soins et les réalités vécues par les personnes. Cette participation peut se fonder sur des ateliers collectifs, sur des démarches communautaires, sur des sollicitations auprès des personnes détenues pour améliorer l'offre de soins et la qualité de ces derniers. L'objectif est non pas de « critiquer » les professionnels mais bien d'améliorer l'offre de soins, et ce pour toutes les personnes détenues. Ainsi, en favorisant le recueil de l'expérience vécue des personnes, mais aussi en partageant avec elles les pistes d'améliorations à apporter à l'unité sanitaire, aux rapports professionnels-détenus, aux déterminants de leur santé, un travail d'amélioration de la qualité des soins et de leur accessibilité pourra être entrepris. Par exemple, une piste simple serait – comme dans d'autres établissements accueillant du public – de proposer une grille de satisfaction de la qualité des soins, de la qualité de l'accueil... De la même façon, la création d'associations « santé » portées par les personnes détenues, en lien avec l'unité sanitaire et l'administration pénitentiaire, constituerait un levier pour mieux appréhender les déterminants de la santé – vecteurs de discrimination – et les pistes d'amélioration à envisager.

- Pour autant, ces démarches participatives – de concertation, de participation – peuvent aussi être excluantes pour les personnes détenues et ce pour diverses raisons (peur du regard des autres, peur de sanctions, peur de ne pas être à la hauteur, isolement réel ou ressenti). Ainsi, pour pallier la construction de ces inégalités participatives, des démarches « d'aller-vers » doivent être proposées et réalisées. Ces dernières peuvent être mises en oeuvre par les professionnels de santé et/ou en collaboration avec des organismes extérieurs et/ou avec des personnes détenues qui seront formées à ces dynamiques. Ces démarches d'aller-vers permettraient de contribuer à maintenir le lien social en détention, de rompre l'isolement des personnes détenues, de rejoindre le plus grand nombre de personnes détenues, de favoriser la connaissance du système de santé existant en détention, de désacraliser les soins, mais bien aussi de favoriser la remontée d'informations pour améliorer le système de santé et les postures des professionnels de santé.

Renforcer – par la formation des professionnels de santé – la littératie en santé des personnes détenues.

- La population en détention concentre une majorité de personnes en situation de forte précarité sociale, et de populations d'origine étrangère, connaissant peu le système de santé et n'ayant pas les « codes » de son usage, que cela soit dû à la barrière de la langue, à des craintes, ou à la peur de ne pas se faire comprendre. De fait, ces barrières entraînent des phénomènes de non-recours. De fait, il est nécessaire d'adapter les « discours » et les moyens de communication des professionnels de santé. Ainsi, s'il est nécessaire de doter les professionnels de santé de postes de traducteur/interprète, il est aussi important qu'ils soient formés aux questions de littératie en santé. En effet, comment adapter son langage, les codes de communication, à la diversité des publics ? Ainsi, comme cela a été effectué à la prison de Nantes, « la création de requête imagée » par les personnes détenues a permis de ne plus exclure des personnes n'ayant pas les compétences orales ou écrites pour solliciter les professionnels de santé.

Renforcer l'accès aux outils de réduction des risques (usage de drogues, sexualité...)

- La politique de réduction des risques est peu développée en prison. Si un cadre législatif existe, des réticences et des résistances de la part des professionnels de santé et de certains professionnels de l'administration pénitentiaire, peuvent exister dans sa mise en oeuvre. Le développement et le renforcement de l'accès à des actions de réductions des risques constituent des leviers indispensables dans l'amélioration de la santé des personnes détenues. Au-delà de la question des

addictions avec substance et injection, l'accessibilité des préservatifs, notamment au sein des unités sanitaires, est aussi à améliorer.

Penser l'articulation entre l'intérieur et l'extérieur de la prison dans le cadre du système de santé.

- La question de l'accueil des personnes détenues au sein de l'hôpital reste un vecteur de discrimination perçue par les personnes détenues. Le fait d'être « parfois mal accueilli » par les professionnels de l'hôpital, entraîne un sentiment de stigmatisation, et incite les personnes détenues à ne plus demander d'examens médicaux. Une réflexion doit être menée à la fois sur les conditions d'accueil des personnes détenues – salle d'attente distincte – mais aussi sur les conditions des examens (entrave, qualité du dialogue entre soignants et personnes détenues, ...)

Si toutes les discriminations abordées dans ce texte ne relèvent pas d'une intention discriminatoire plus ou moins explicite des professionnels de l'AP et du soin, elles résultent de décisions politiques dans les domaines judiciaire, pénitentiaire, budgétaire... (manque de personnels soignants, surpopulation carcérale, augmentation du nombre de personnes sous le seuil de pauvreté en détention, stigmatisation de la population carcérale,...) qui sont clairement discriminatoires, en ce qu'elles peuvent avoir objectivement des conséquences en termes de discriminations envers les personnes détenues, notamment sur le plan de l'accès à des soins de qualité. Ces conséquences étant aujourd'hui connues et reconnues, il n'est plus possible d'exonérer les décideurs politiques de leur responsabilité.