

Frédéric Le Marcis, ENS de Lyon

Communication lors de l'atelier à la Journée des Léa 31 mai 2017

« De l'anthropologie à l'éducation pour de vrai : pragmatisme et négociation »

La prison est uniquement un lieu de privation de liberté. A ce titre, les détenus continuent de jouir des droits de l'homme et des libertés fondamentales énoncés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, parmi lesquels se trouvent les droits à la continuité des soins, à la prévention et à la prise en charge des maladies. A ce titre, la vie en milieu carcéral est encadrée par un certain nombre de textes législatifs internationaux, régionaux et nationaux.

La prison constitue un lieu stratégique d'un point de vue sanitaire pour au moins deux raisons

- Des populations vulnérables s'y retrouvent. Elles ont généralement peu accès au système de santé au dehors en raison de leur précarité. Le séjour en prison constitue donc une occasion de produire du soin et de mener des actions de prévention ;
- La population des détenus s'expose au risque de contamination par ses pratiques dans ou hors de la prison (usage de drogues injectables, tatouage, coiffure, rapports sexuels non protégés).

Pourtant la promotion de la santé en prison repose sur un paradoxe originel : l'univers carcéral comme lieu de privation de liberté est en contradiction avec le principe même de l'éducation à la santé : celui de l'autonomie du patient et des groupes humains à s'organiser pour promouvoir leur santé.

Une fois incarcéré, le corps de l'individu est remis à une autorité qui exerce sur lui sa souveraineté. Privé de liberté, l'individu voit sa capacité de prendre des décisions et d'agir également limitée, ou pour le moins cette capacité s'exerce sous contraintes. Au-delà de ce premier paradoxe, d'autres enjeux sous-tendent le gouvernement de la santé en milieu carcéral : ceux-ci ressortent à la dimension macro des politiques encadrant la santé en prison et à l'illégitimité des détenus dans l'espace public comme cible de politiques spécifiques en matière d'éducation, de prise en charge sanitaire. Plus encore dans des pays à ressources limitées, aborder les politiques sanitaires et sociales en milieu carcéral c'est alimenter la concurrence des causes dans un contexte très largement défavorable à la prison. Enfin l'existence de rapports de pouvoirs interne au milieu carcéral contraint le libre accès à la santé et la délivrance des soins (double gouvernement de la prison).

C'est dans ce contexte qu'en tant qu'anthropologue j'ai été contacté par Esther (Expertise France) pour accompagner leur programme VIH TB à la MACA. L'objectif accompagner par une approche anthropologique la mise en œuvre de leur programme.

Comment ? Discussion : identification de questions, mais liberté, debrief sur place, puis au siège

Suite à ce programme, on m'a demandé de rédiger un manuel de prise en charge carcéral sanitaire en milieu carcéral pour les AS d'Afrique francophone : « Produire du soin, réaliser des droits. Enjeux et contraintes des soins et de la prévention en milieu carcéral (VIH-TB-Hépatites) » Après une présentation du programme, je reviendrai sur les limites de l'exercice de rédaction d'un manuel et je proposerai des pistes pour aller plus loin.

LE PROGRAMME

Résultat du projet :

MACA : décembre 2008 à 2012 : 14664 détenus dépistés, 762 VIH+, 136 mis sous ARV

Pour toutes les prisons : 2013 à 2015 : 13586 détenus dépistés, 482 séropo, 199 sous ARV.

73 éducateurs pairs formés à la MACA.

Les interventions de prise en charge globale du VIH d'Expertise France sont confrontées à des difficultés d'ordre structurelles concernant notamment le manque de matériel médical et de médicaments de base ainsi que le problème de disponibilité du personnel médical + Continuité des soins.

Formateurs formés mais :

- Difficile d'apprécier le travail de réalisé (avant ou après décalage)
- Renforcement des structures officieuses de pouvoir (gagne-pain)
- Effet négatif des grâces sur l'investissement
- Perte du capital à la sortie

Sur le soin

- Difficulté de la référence
- Limitation du champ d'intervention en raison des domaines de compétences et des bailleurs.
- Prise en charge des autres pathologies chroniques et psychiatriques (Diabètes, HTA),

Le contexte politique macro impose aux acteurs de la santé de négocier leur intervention, de « faire avec ». Au quotidien, cette contrainte de la négociation s'impose également à l'échelle de la prison. Les acteurs de la santé en milieu carcéral sont donc soumis à une double contrainte et doivent

- Tenir compte de la situation sanitaire spécifique des personnes sous main de justice
- Tenir compte du contexte carcéral et des contraintes qu'il impose à leur action.

Mais à bien des égards, tenir compte des contraintes apparaît au moment de rédiger un manuel de prise en charge comme une litanie des actions impossibles...

Cela conduit à proposer par exemple dans le manuel

- Dans la mesure du possible pratiquer les vaccinations manquantes
- De proposer systématiquement le dépistage VIH et des autres infections dans la mesure du possible. (accessibilité des TDR)

- L'univers carcéral constitue en lui-même un facteur extrêmement contraignant de l'accès aux soins : les circulations y sont difficiles tant pour les intervenants extérieurs et la population carcérale (détenus et professionnels) que pour les biens. Dans ce contexte l'entrée ponctuelle de professionnels de santé en prison, la circulation en interne des détenus ou des soignants, la dispensation de médicaments ou la référence de patients vers des centres de prise en charge en milieu ouvert sont difficiles. En outre, lorsque ces circulations sont possibles (c'est-à-dire autorisées par l'administration carcérale), elles sont difficiles à mettre en œuvre faute de moyens (encadrement par du personnel dédié à la sécurité, manque de véhicules, absence de budget pour financer les déplacements, l'achat de médicament ou l'hospitalisation). Il importe donc de connaître le circuit du patient et des médicaments en maison d'arrêt et la gestion idéale des urgences et de l'hospitalisation des détenus à l'hôpital de référence. C'est la condition nécessaire pour assurer les trois dimensions de la continuité des soins du milieu ouvert au milieu fermé, pendant l'incarcération et du milieu fermé au milieu ouvert.
- Hospitalisation : La question de locaux de soins spécifiques pour les détenus au sein des établissements de santé en milieu ouvert est également cruciale. Comment assurer la sécurité et le maintien en détention sans placer d'entraves alors que le patient détenu est placé au milieu de patients libres et qu'il n'existe pas de chambres individuelles ?
Lorsque les soins nécessitent une hospitalisation, le détenu malade est référé vers un hôpital de référence où il est hospitalisé pendant quelques jours ou mis en observation une journée. Dès qu'apparaissent des signes d'amélioration, il est ramené à la prison pour poursuivre les soins.
L'hospitalisation du détenu malade dans un centre de soin en milieu ouvert fait face à de nombreuses difficultés :
 - La légitimité médicale de la demande d'hospitalisation ne suffit pas toujours à permettre le soin. La demande d'extraction du détenu malade dépend in fine du bon vouloir de l'administration pénitentiaire. Le bon d'extraction pour soin ne s'obtient pas systématiquement. Celle-ci est fonction du climat de sécurité (présence-absence de tensions) et de coopération qui prévaut dans l'établissement.
 - Le bon d'extraction obtenu, il reste encore à trouver un véhicule en état de marche pour emmener le détenu et une escorte d'agents pénitentiaires pour l'accompagner.
 - Les frais de santé sont à la charge du détenu ou de sa famille. Si le détenu ne peut subvenir à ses frais de santé, l'administration pénitentiaire est censée subvenir aux frais. C'est rarement le cas alors que le budget national prévoit ces dépenses.
 - Une dernière difficulté réside dans l'absence de pavillon adapté dans les centres de soin en milieu ouvert pour accueillir les détenus malades. Ils sont donc pris en charge avec les autres patients de la « ville » dans des conditions éthiquement problématique. Ils sont assez souvent entravés et attachés à leur lit (par exemple avec une chaîne reliant un de leur pied à leur lit).
 - L'apprentissage de la hiérarchie officieuse de la prison et des règles qui organisent les interactions se fait de manière violente dès l'entrée en prison.

Une approche pragmatique de la santé en prison

Du point de vue de l'éducation sanitaire il convient de prendre acte du double gouvernement de la santé à la MACA, de sa forme de vie spécifique afin de replacer le soin dans son écologie. Inscrire ses actions dans l'économie des valeurs caractéristique de la forme de vie en prison ne signifie pas forcément admettre son impuissance, comme me le confiait un acteur d'Expertise France engagé dans le programme de soutien à la MACA, mais s'engager dans une intervention en étant mieux informé, donc plus efficace. Aborder pragmatiquement la santé en milieu carcéral c'est d'abord reconnaître que dans des pays où le système de santé est défaillant et les ressources financières limitées, la prison reste un objet d'engagement politique peu légitime. C'est aussi admettre que la promotion de la santé en milieu carcéral est fondé sur un paradoxe : la conjugaison de l'autonomie et de la privation de liberté. Cette reconnaissance préalable à l'action se situe à différentes échelles : à l'échelle nationale au niveau des acteurs politiques ; à l'échelle de la prison au niveau de la population carcérale, détenus et gardiens. Dans les deux cas plutôt que de défendre des notions universelles abstraites et non situées, il s'agit d'ouvrir un espace de possible pour tendre, par la reconnaissance de l'expérience et des contraintes des différents acteurs, vers un gouvernement négocié et réel de la santé. Une telle démarche devrait en toute logique conduire à étendre la question du gouvernement de la santé en prison hors des murs de l'espace carcéral pour penser la continuité des soins après l'incarcération, le devenir d'éducateurs pairs formés en prison une fois libérés, et inventer une approche « désanitarisée » de la santé en prison. Par cet oxymore il s'agit de rappeler ce que savent trop bien les détenus ivoiriens qui restent parfois plusieurs années en détention préventive : la meilleure façon de réduire les risques dans la prison et de garantir les soins, c'est de réduire le temps de préventive et donc d'accélérer le fonctionnement de la justice.