

. LETTRE DE MISSION

. REMERCIEMENTS

. AVANT PROPOS

. CHAPITRE I- PENDANT LA DÉTENTION

- . La visite sanitaire initiale**
- . Le dépistage de l'infection à VIH. Rôle de l'UCSA et du CDAG**
- . Le secret médical**
- . L'annonce de la séropositivité au VIH**
- . L'hygiène générale en prison**
- . L'éducation à la santé et prévention des infections**
- . Prévention et information des personnels pénitentiaires**
- . La trousse et recommandations d'hygiène à l'entrée (greffe)**
- . Les préservatifs**
- . Sexualité et détention : prévention des risques**
- . Les vaccinations**
- . La tuberculose**
- . Le dépistage des autres maladies sexuellement transmissibles (autres que le VIH et hépatites)**
- . L'hépatite A**
- . L'hépatite B**
- . L'hépatite C**
- . Hépatites en prison : de la prévention et du traitement éventuel en milieu carcéral**
- . Les tatouages**
- . Les soins dentaires**
- . Les hospitalisations**
- . Les consultations spécialisées**
- . Les traitements, dispensation des médicaments**
- . Transfert vers un autre établissement pénitentiaire**
- . Nutrition et carences alimentaires**
- . Les femmes**
- . Les jeunes détenus**
- . Les étrangers**
- . Les détenus travestis et transexuels**
- . Coordination locale. Complémentarité des intervenants sanitaires**
- . Coordination régionale**
- . Coordination nationale**
- . Soins aux toxicomanes incarcérés**

- . Modalités du bilan initial des conduites toxicomaniaques et des toxicodépendances**
- . Moyens des équipes médico-psychologiques**
- . Protocoles médicamenteux de sevrage**
- . Lit de sevrage en hospitalisation au SMPR**
- . Difficultés en établissement pour peine**
- . Coordination entre UCSA et SMPR**
- . Prescriptions de psychotropes**
- . Accès aux traitements de substitution**
- . Programme d'échange de seringues**
- . L'eau de Javel**
- . La cohérence des soins à l'intérieur de la prison**
- . Suivi médical post-pénal dans le cadre d'un Centre Médico-Psychologique**
- . Alcoolisme**
- . Les difficultés des services socio-éducatifs**
- . La garde à vue**

. CHAPITRE II- PRÉPARATION À LA SORTIE ET RÉINSERTION

- . Préparation à la sortie**
- . Réinsertion**
- . Evitement de la récidive**

. CHAPITRE III- AVANT LA DÉTENTION

. Les alternatives

CHAPITRE IV- PRISON ET SOCIETE

. ANNEXES

- I. Etablissements visités**
- II. Auditions individuelles**
Auditions collectives
- III. Enquête**
- IV. Glossaire**
- V. Bibliographie**
- VL Loi du 18 janvier 1994**

Lettre de saisine des Ministres

Pr Gentilini

Paris, le 23 octobre 1995

Monsieur le Professeur,

Les interventions en milieu carcéral du Service des Maladies Infectieuses et Tropicales que vous dirigez, constituent une référence en matière de médecine pénitentiaire.

La volonté des Pouvoirs Publics d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus exprimée dans la loi du 18 janvier 1994, modifie sensiblement l'organisation de cette prise en charge et impose des réformes structurelles lourdes.

Les difficultés engendrées par l'épidémie au VIH et les problèmes liés à la toxicomanie compliquent cette adaptation.

Ces raisons nous conduisent à vous confier une mission d'étude sur la prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire, en vue d'une meilleure application de la loi du 18 janvier 1994, au 1er janvier 1996.

Les aspects sanitaires et sociaux, les démarches de prévention, l'accès aux soins et aux médicaments ainsi que la recherche clinique, les consultations à l'incarcération et l'accompagnement à la sortie de prison, constituent les principaux thèmes que votre mission devra examiner dans ces deux domaines.

Pour mener celle-ci, vous pourrez avoir recours en tant que de besoin, aux services de nos Ministères, et en particulier à la Direction des Hôpitaux, à la Direction Générale de la Santé et à la Direction de l'Administration Pénitentiaire.

Vous pourrez, naturellement, vous adjoindre la collaboration d'experts qu'il vous paraîtra utile d'associer à votre réflexion.

Afin de disposer des résultats de vos travaux au moment de la mise en oeuvre de la loi, nous souhaitons que vous puissiez nous remettre votre Rapport avant la fin de l'année.

En vous remerciant de bien vouloir accepter cette mission, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Professeur, l'assurance de notre considération distinguée.

Elisabeth HUBERT

Jacques TOUBON

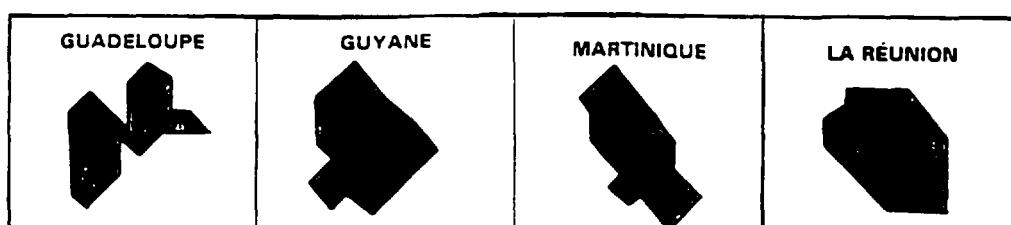
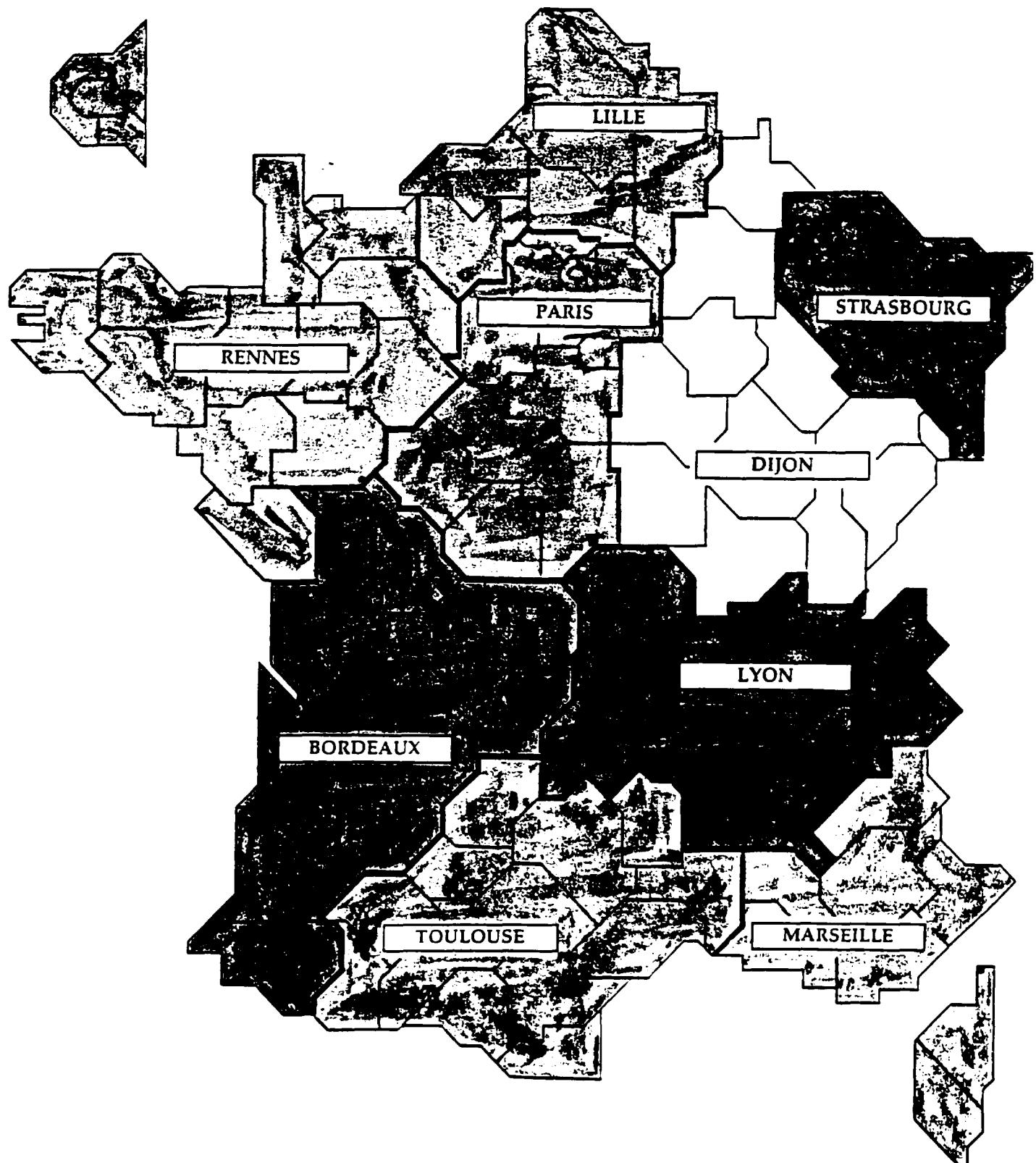
CARTES

.DES REGIONS PENITENTIAIRES

.DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

.DES REGIONS ADMINISTRATIVES

LES RÉGIONS PÉNITENTIAIRES EN FRANCE



LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES EN FRANCE

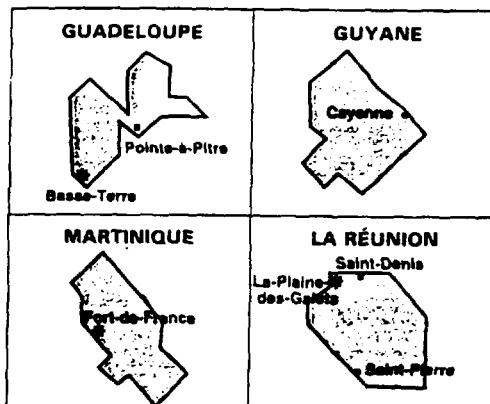


COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

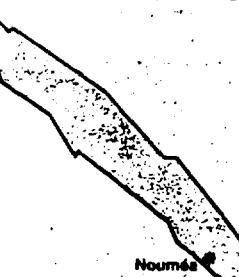
Mayotte
Saint-Pierre-et-Miquelon MA de Marmoutou
MA de Saint-Pierre

TERRITOIRES D'OUTRE-MER

Polynésie française MA de Uturoa
MA de Taiohae
CP de Faa'a
MA de Wallis
Wallis-et-Futuna



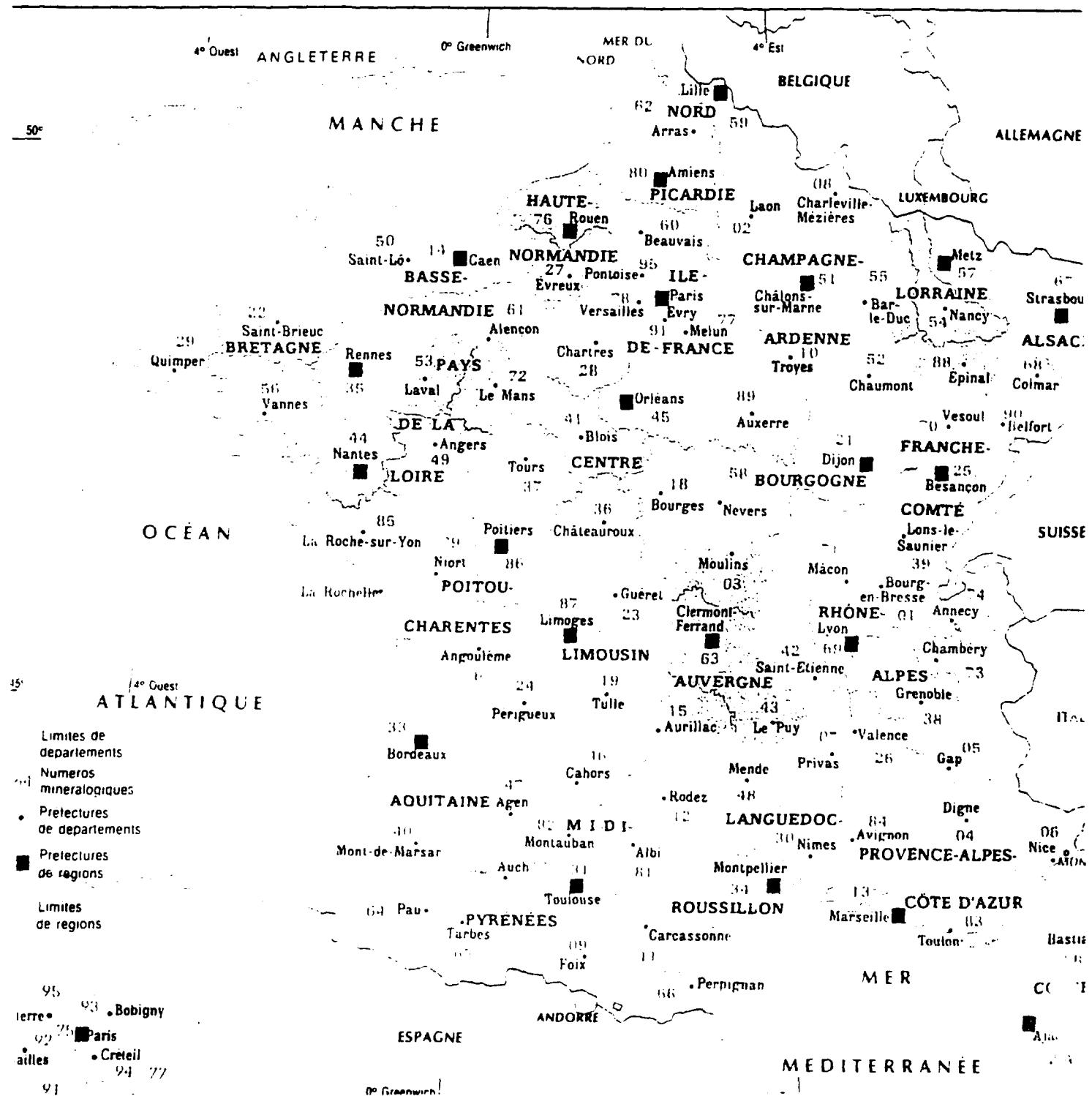
NOUVELLE-CALÉDONIE



SCERI septembre 1995

FRANCE : GÉOGRAPHIE ADMINISTRATIVE

0 50 100



REMERCIEMENTS

. Nous remercions Monsieur **Jacques Toubon**, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice,
Madame le Dr **Elisabeth Hubert**, Ministre de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie (1995),
Monsieur **Hervé Gaymard**, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale,
pour la confiance qu'ils nous ont témoignée.

. Nos remerciements s'adressent également à MM :
- M. **Stéphane Mantion**, Conseiller technique auprès du Secrétaire d'Etat à la Santé
- M. **Gilbert Azibert**, Directeur de l'administration pénitentiaire
- Pr **Jean François Girard**, Directeur général de la santé
- leurs collaborateurs :
 . M. **Louis Dessaint**, Chargé de mission auprès du délégué interministeriel à la lutte contre le Sida
 . Mme le Dr **Elisabeth Rousseau**, Chargée de mission à la Direction des hôpitaux
 . Mme **Anne Schaffner**, Responsable du Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie,
 . Mme **Marie Cécile Bonnevie**, Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie, pour l'organisation des visites dans les établissements pénitentiaires.
- au **Dr Philippe Duneton**, responsable de la mission Sida et toxicomanie à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- au **Dr Yves Edel**, Psychiatre, Coordonnateur de l'ECIMUD, service de santé publique, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.

. A MM et Mmes les **directeurs des établissements pénitentiaires** pour la qualité de leur accueil et des discussions avec l'administration, les équipes de soins, les personnels de surveillance, les personnels socio-éducatifs, les intervenants associatifs ou confessionnels.

. Nous exprimons notre gratitude à tous ceux qui nous ont fait part de leurs réflexions au cours d'auditions et lors des deux séances plénières (25 avril et 10 juin 1996), et à ceux qui nous ont adressé un document écrit au décours de celles-ci.

. Nous remercions les organisations syndicales des personnels ; les responsables syndicaux des magistrats ; les équipes des CHRS de la Cité Myriam (Montreuil), de la Cité Saint-Martin et de la Poterne des Peupliers (Paris) ; et tous ceux qui, médecins, magistrats, psychologues, travailleurs sociaux, responsables associatifs, ont rédigé un document spécialement à l'occasion de la présente mission :

- **Dr Frédéric Basse**, Chef de service au SMPR au centre pénitentiaire de Metz
- **Dr Michel Benezech**, Chef du service au SMPR de la maison d'arrêt de Bordeaux
- **François Bes**, Responsable de la commission prison à l'association « Act up »
- **Dr Jean François Bloch Lainé**, Centre méthadone Emergence Tolbiac
- **Dr Isabelle Bouchard**, Service de médecine 1 à l'EPSN de Fresnes
- **Dr Y. Caer**, praticien hospitalier à l'hôpital Caremeau de Nîmes
- **Jean-François Canto**, Chef du service prison-errance au Secours Catholique, Caritas France
- **Dr Pascale Chevry**, Service Médico-Psychologique Régional, Prisons de Lyon
- **Dr François Chièze**, Chargé de programme Sida à l'Institut Santé et Développement

- **Dr Philippe Chossegros**, Service de médecine, Hôpital Jules Courmont
- **Pierre Darbeda**, Magistrat, Chef du bureau de réglementation, Direction de l'Administration Pénitentiaire
- **Philippe Decan**, Psychologue, Centre Pénitentiaire de Fresnes et Association Aurore
- **André Decroix**, Association de lutte contre la toxicomanie, Tribunal de Grande Instance d'Evry
- **Dr Bruno De Goer**, unité des maladies infectieuses de l'hôpital de Chambéry
- **Dr Scotto Di Fasano**, PH à l'hôpital des Baumettes
- **Etienne Doumec**, Chef de service pénitentiaire, Centre de Détenion de Melun
- **Maryse Dricot**, Chef de service, Cité Saint-Martin
- **Dr Pierre Espinoza**, Chef de service des urgences médicales à l'Hôtel Dieu
- **Georges Fenech**, Président de l'association professionnelle des magistrats
- **Pr Jean Albert Gastaut**, C.H.R.U. et CISIH de Marseille
- **Isabelle Gauthier**, Chef de service au SRAIOSP
- **Jean-Charles Geray**, Directeur du centre pénitentiaire de Marseille « Les Baumettes
- **Jean Paul Germond**, conseiller principal, ANPE Espace Liberté Emploi
- **Daniel Goutorbe**, Directeur du Centre de Détenion de Melun
- **Dr Ruth Gozlan**, Chef du service médical à la maison d'arrêt de Villepinte
- **Dr R. Hajjar**, Responsable médical GECEP, centre de détenion de Tarascon
- **Dr Catherine Hankins**, Centre d'études sur le Sida de Montréal, Canada

- **François Hervé**, Psychologue, Directeur adjoint du « Trait d'Union »,
- **Dr Françoise Huck**, Chef de service au SMPR de la maison d'arrêt de Strasbourg
- **Dr Lacoste**, Médecin responsable de l'UCSA, maison d'arrêt de Bordeaux
- **Dr Normand Lapointe**, Hôpital Sainte Justine de Montréal, Canada
- **Dr Jacques Laurans**, Chef de service au SMPR au CP de Fresnes et son équipe
- **Dr Marie Hélène Lemaire**, UCSA, maison d'arrêt de Fleury-Mérogis
- **Nathalie Lienard**, Conseillère d'insertion et de probation, Maison d'Arrêt d'Osny
- **Nicole Maestracci**, Premier juge de l'application des peines au TGI de Bobigny
- **Dr Marie Paule Marchand**, Chef de service au SMPR de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy et son équipe
- **Sabine Mariette**, Présidente du syndicat de la magistrature
- **Mr J. Meyohas**, Directeur de l'Hôtel-Dieu de Paris
- **Irena Milewska**, Responsable de l'Association ASTM, Centre Saint Germain Pierre Nicole
- **Dr Bertrand Milliot**, UCSA, maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis
- **Dr Christian Mongin**, Service des maladies infectieuses à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière
- **Dr Olivier Obrecht**, Chef de service de l'UCSA, maison d'arrêt de Fleury-Mérogis,
- **Jacques Paris**, Directeur de l'Etablissement Pénitentiaire de Santé National de Fresnes
- **Claude Pernollet**, Président de l'union syndicale des magistrats

- **Pr J. L. Pasquali**, Clinique médicale A, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- **Dr Jérôme Petit-Didier**, Médecin coordonnateur à la maison d'arrêt de Nanterre
- **Christine Peyrache**, Juge d'application des peines, TGI Evry
- **Dr José Polo de Voto**, Médecin au CP de Fresnes et à l'hôpital Bédère
- **Dr Bernard Ponge**, UCSA, centre de détention et maison d'arrêt de Melun
- **Valérie Porcherot**, Directrice adjointe, Maison d'Arrêt d'Osny
- **Hervé Robert**, Responsable de la commission prison, association « Aides
- **Dr Olivier Rogeaux**, unité des maladies infectieuses de l'hôpital de Chambéry
- **Pierre Sauvajon**, Directeur de la Cité Saint-Martin
- **Pr Didier Sicard**, Coordonnateur médical du CISIH de l'hôpital Cochin
- **Pierre Sissaoui**, Conseiller d'insertion et de probation, maison d'arrêt de Nanterre
- **Jean-Marie Thiedey**, Association l'Estran
- **Dr Véronique Vasseur**, Médecin chef de l'Unité de Consultation de Soins Ambulatoires, Maison d'Arrêt de Paris La Santé
- **Dr Philippe Vienot**, Actions sanitaires, DDASS de l'Essonne
- **Catherine Vannier**, Vice-présidente du syndicat de la magistrature

. Nous remercions les détenus qui ont bien voulu répondre à nos questions dans diverses circonstances, les **anciens détenus** pour leur témoignage vécu et les leçons qu'ils ont tirées d'une période de détention.

. Nos remerciements vont également :

- aux équipes de soins, aux chefs d'établissement, qui ont bien voulu répondre aux **trois questionnaires** (2 médicaux et 1 administratif) qui leur ont été adressés et à ceux qui ont assorti cette réponse de commentaires et de suggestions

- aux responsables médicaux des CDAG intervenant en milieu pénitentiaire ayant complété **le questionnaire** relatif au dépistage du VIH ; tout particulièrement à ceux qui ont motivé leur réponse notamment par des suggestions et une réflexion sur leur pratique.

. Nos remerciements vont également à M. Philippe Louasse, Marie-Laure Fassinou et Christelle Salfati qui ont contribués à l'élaboration du rapport.

AVANT-PROPOS

1. Objectifs de la mission

La mission que nous confièrent, le 23 octobre 1995, le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, Jacques Toubon, et le ministre chargé de la Santé publique et de l'Assurance Maladie, Elisabeth Hubert, portait initialement sur la « prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire, en vue d'une meilleure application de la loi du 18 Janvier 1994 ». Il s'est révélé nécessaire d'étudier tout d'abord les circonstances d'incarcération de populations défavorisées, souvent toxicomanes, ainsi que leurs besoins de soins. Et, après la prison, les causes des récidives. Cela nous a conduit à étendre nos propositions hors du « milieu fermé » afin de rechercher les moyens d'infléchir l'évolution actuelle marquée par l'incarcération d'un nombre important de toxicomanes. Cette tendance est constatée en dépit d'un réel renforcement du dispositif médico-social de prise en charge des toxicomanes, et des alternatives que représentent certaines mesures de justice, sans omettre le grand nombre de démarches, individuelles ou collectives, à caractère social, associatif, confessionnel,..., qui visent à aider et à accompagner les toxicomanes marginalisées. Beaucoup de difficultés rencontrées en milieu pénitentiaire concernent moins la prison que la société civile dans son ensemble.

Nous avons donc cherché à analyser les difficultés d'ordre médico-social rencontrées en cours de détention, mais également les alternatives à l'incarcération et les moyens de la prévention des risques de récidive.

La prison doit être l'ultime recours s'agissant des actes graves commis par des toxicomanes :

- elle reste trop souvent sans portée sur la resocialisation des individus ;
- elle est onéreuse pour la collectivité.

. La mission n'a pu débuter qu'en février 1996 :

- à la suite du conflit social de novembre-décembre 1995 qui empêcha nos déplacements dans les établissements pénitentiaires notamment ceux situés en dehors de l'Ile-de-France ;
- et après confirmation de la mission par le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la sécurité sociale, Hervé Gaymard qui proposa avec Jacques Toubon, d'en élargir les objectifs : par la promotion de la Santé Publique en prison et les développements des dispositifs de réinsertion.

. A partir de mars 1996, le Dr Jean Tchériatchoukine, Inspecteur général des Affaires Sociales, nous a apporté son expérience dans le domaine de la santé en milieu pénitentiaire, dans l'esprit de la lettre interministérielle qui avait prévu la collaboration d'experts.

. Par ailleurs, ce rapport n'aurait pu être réalisé sans les nombreuses contributions, écrites et orales, fruits des riches et diverses expériences d'intervenants rencontrés dans les établissements pénitentiaires, colloques, réunions et auditions.

. Les propositions que nous formulons, fruits d'une synthèse du travail de la mission, ont été regroupées en fonction de leur faisabilité ; la plupart peuvent faire l'objet d'une application rapide. D'autres, si elles étaient retenues, remettraient en partie en cause des choix institutionnels, et dès lors entraîneraient des coûts plus importants. Mais notre analyse souligne la nécessité de positionner les soins en milieu pénitentiaire dans un véritable cadre de santé publique, seul susceptible de garantir à moyen terme un rapport coût-efficacité des plus favorables.

. Avec le Dr Xavier Emmanuelli, alors médecin-chef de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, aujourd'hui Secrétaire d'Etat à l'Action Humanitaire d'Urgence, nous avions signé une convention liant la maison d'arrêt et le CISIH Pitié-Salpêtrière, coordonné par l'un d'entre

nous depuis 1988. A partir de cette date, le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Groupe Hospitalier a effectué des consultations hebdomadaires à la maison d'arrêt pour les détenus infectés par le VIH, ayant pour objectif:

- d'assurer l'égalité de l'accès aux soins pour tous ;
- d'assurer la continuité des soins aux sortants de prison.

Cette convention a servi de modèle à d'autres CISIH qui ont pu s'impliquer dans ces mêmes objectifs.

. S'agissant des **dépendances toxicomaniaques**, déplacées dans la prison, le changement de tutelle, et les moyens qui en ont résulté, s'avèrent deux années après le vote de la loi, incapables d'assurer de façon concomitante la promotion de la santé des intéressés et leur réinsertion sociale (*les réponses actuelles, faute d'être appréhendées globalement, c'est à dire dans le cadre de pratiques portant à la fois sur l'éducation, la prévention, les droits sociaux et les soins, n'empêchent guère l'aggravation de phénomènes de polyintoxications et de délinquance*), incapables de se montrer imaginatives vis à vis des contradictions juridiques, qui sont réelles. L'interrogation qui persiste de nos jours à privilégier demande de soins ou répression d'un acte qualifié en priorité de délinquant, conduit à accroître la marginalisation des usagers de drogues, et les risques d'exposition au VIH et aux hépatites.

Dans le cadre de notre mission, il faut retenir que l'approche de la toxicomanie est différente de celle que l'on peut avoir à l'extérieur de la prison. Ce qui nous conduit à dénoncer la permanence de l'idée d'une prison rédemptrice, réparatrice et qui maintient l'exemplarité de la peine. Ce **contexte encore fort** peut expliquer que les pouvoirs publics n'ont qu'insuffisamment renforcé les moyens sanitaires nécessaires à la prise en charge sanitaire des usagers de drogues en détention, prévenus ou condamnés.

Chronologiquement, on peut distinguer trois temps :

. pendant la détention :

- l'accueil,
- le séjour,
- la préparation à la sortie.

. après la détention:

- le suivi

. avant la détention:

- les alternatives à l'incarcération

Les jugements qui soutiendraient que ce découpage s'exclut du champ de Santé Publique *stricto sensu*, ne nous paraîtraient pas fondés. La santé concerne non seulement les aspects somatiques mais également l'équilibre psychologique ainsi que les conditions sociales dans lesquelles évolue la délinquance.

Les conditions actuelles de détention

On ne peut espérer une bonne hygiène collective dans les circonstances actuelles. Ajoutée à la décision des pouvoirs publics d'incarcérer des individus en infraction à la législation sur les étrangers (ILE), la mise sous écrou d'un nombre important d'usagers de drogues empêche « notre » société de faire le choix de la **dignité**, à savoir **un seul détenu par cellule**. Tant qu'elle n'aura pas fait ce choix, il est nécessaire qu'elle définisse pour la prison des moyens adaptés à la gravité et à la pluralité des dépendances, aux besoins cliniques, psychologiques et sociaux qu'elles induisent.

. La politique de soins en milieu pénitentiaire vis à vis des toxicodépendances souvent multiples, doit être associée à la dimension d'éducation de la santé, qui, jusqu'à présent, n'a pénétré

qu'insuffisamment le cadre pénitentiaire. La politique de réduction des risques reste velléitaire .

. Dans ce rapport, nous souhaitons également mettre l'accent sur **les problèmes bucco-dentaires**, fréquents et graves à l'arrivée en détention ; ils reflètent l'état de précarité de la catégorie sociale d'où proviennent majoritairement les détenus et constituent autant de freins à la réinsertion. De même, la prise en charge de l'**hépatite C**, devenue en milieu carcéral une pathologie **beaucoup plus fréquente que l'infection à VIH**, devrait induire un renforcement des moyens de dépistage et de suivi, et soulève de graves questions. Par ailleurs, afin de promouvoir une véritable continuité des soins, il y aurait lieu, pour une majorité importante des médecins rencontrés dans les établissements pénitentiaires, de confier prioritairement le dépistage des infections virales transmissibles aux unités de consultation et de soins ambulatoires, en impliquant les services médico-psychologiques régionaux. Ces propositions sont développées au **chapitre premier**. Quelle que soit l'équipe médicale chargée de ces missions, il nous paraît nécessaire de mettre à nouveau l'accent sur le caractère confidentiel, volontaire et éclairé d'une démarche, préventive et sanitaire.

. Milieu libre, milieu fermé, cette opposition a toujours été cultivée. La société civile n'a en pratique aucune information sur la réalité de vie à l'intérieur de la prison et ne cherche pas à s'en procurer ; nombreux, profonds et durables sont les préjugés concernant les détenus, prévenus ou condamnés, et difficile de ce fait leur réinsertion ; aisée la récidive.

2. La loi n° 94 -43 du 18 janvier 1994 relative à la Santé Publique et à la protection sociale (annexe VI)

Elle constitue (ou devrait constituer) une véritable **révolution sanitaire en milieu pénitentiaire**. Elle tend à une amélioration

spectaculaire de la prise en charge sanitaire de la population pénale, mais de nombreuses questions, générales et ponctuelles, sont encore sans réponse. Certaines ne relèvent pas exclusivement des ministères de la Justice et de la Santé, mais concernent aussi ceux de l'Intérieur et de la Défense nationale, avec la mobilisation de policiers ou de gendarmes (transfèrement, surveillance des détenus hospitalisés,...). D'autres, en revanche, se posent exclusivement aux deux ministères (Santé et Justice) : distribution des médicaments dans les cellules; conduite des patients menottés et/ou entravés, aux consultations ; nouvelles relations à établir entre hôpitaux et prison ; prise en charge médico-psychologique des toxicomanes et des malades atteints de pathologie grave, éventuellement de fin de vie - *thème posant la question de la grâce médicale** - ; rôle et place de la médecine préventive.

Dans le domaine de la prise en charge sanitaire, les écueils qui subsistent, semblent, directement ou indirectement, essentiellement en lien avec la problématique de la toxicomanie. Ils paraissent traduire une incohérence de la société qui tenterait de résoudre ce phénomène par le biais de l'incarcération. Le sens de la peine disparaît lorsque la prison devient le lieu de soins - inadapté - accueillant un grand nombre d'usagers de drogues.

* *la grâce médicale fait l'objet d'un second rapport en préparation avec M. Jean Pradel, Doyen de la faculté de droit de Poitiers, que nous ont confié le Garde des Sceaux et le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale.*

A l'inverse, ceux qui affirment, en termes simplistes, que la place des toxicomanes ne se trouve pas en prison, oublient trop souvent les carences de l'adaptation médicale et sociale des réseaux de prise en charge susceptibles de les accueillir en dehors de l'environnement pénitentiaire ; le paradoxe de sujets se trouvant mieux dans la situation d'incarcéré, qu'en liberté,achevant de compliquer la réflexion , en dit long sur la solitude, le désarroi et la précarité de leur situation en milieu ouvert.

. Bien que l'amélioration des conditions d'hygiène en détention demeure une priorité, ne serait-ce que pour freiner ou juguler des risques infectieux, il y a lieu de reconnaître qu'un bouleversement est actuellement en cours, avec la médecine hospitalière se substituant à la médecine pénitentiaire, dans le cadre d'un dispositif protocolaire entre établissements pénitentiaires et établissements hospitaliers qualifiés de proximité, de soins « somatiques » et « psychiatriques » (la réalisation des soins psychiatriques par un autre établissement de santé nécessite la signature d'un protocole complémentaire), confiant l'ensemble des actions d'éducation à la santé, de prévention et de soins à l'autorité sanitaire. L'hôpital prend pied dans les prisons avec la création des Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Les infirmeries pénitentiaires sont remplacées par de véritables services hospitaliers, directement rattachés aux établissements de soins publics.

Dans le cadre de la loi de janvier 1994, des unités d'hospitalisation doivent être créées pour accueillir des détenus dans les services hospitaliers qui assurent la couverture sanitaire des UCSA. Ces unités « fermées », sont situées à proximité des plateaux techniques pour une meilleure prise en charge des malades, afin d'éviter des déplacements trop longs et d'en faciliter la surveillance. Une première tranche de mise en oeuvre du schéma national d'hospitalisation doit concerner en 1996 la **création d'unités inter-régionales d'hospitalisation.**

L'entrée de l'hôpital dans la prison doit ainsi se traduire par un partenariat, rendant l'établissement hospitalier totalement responsable des problèmes de santé, l'établissement pénitentiaire facilitant leur prise en compte en matière d'organisation de la vie carcérale et de dispositifs d'insertion. Aujourd'hui, ce processus est largement amorcé ; les moyens médicaux et paramédicaux en détention ont été renforcés en quantité et en qualité ; la création des UCSA dans les établissements publics permettent déjà sur un plan fonctionnel et technique de proposer une prise en charge et un suivi médical répondant plus spécifiquement aux besoins de santé des détenus. Ce dispositif somatique nouveau vient compléter la mise en place en 1986 des services médico-psychologiques régionaux ou SMPR (censés correspondre à de véritables services hospitaliers), dans le cadre de secteurs psychiatriques. Une enveloppe de 393 MF a été ouverte en 1995 pour financer l'intégralité de la prise en charge somatique en milieu pénitentiaire et compléter le dispositif de soins psychiatriques préexistant (6 SMPR actuellement en cours de constitution).

. Avec le transfert des missions sanitaires et des actions de prévention, jusque là supportées par l'administration pénitentiaire, aux établissements publics de santé, la loi du 18 janvier 1994 comporte des **dispositions d'ordre social**.

Dès l'incarcération, les détenus ainsi que leurs ayants-droit sont obligatoirement affiliés aux **assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale** (article L 381-30), et **le demeurent durant une année à partir de la date de libération**. Les personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière n'obtiennent ce statut social que pour la durée de leur détention et que pour eux-mêmes, ce qui sur un plan strictement sanitaire peut avoir des conséquences négatives. Tous les détenus obtiennent donc une carte d'assuré social délivrée par la CPAM. Sont également affiliés au régime général, les condamnés bénéficiant

d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur. Le ticket modérateur, et en cas d'hospitalisation, le forfait journalier sont pris en charge par l'administration pénitentiaire. On verra plus loin que l'application de ce dispositif est tributaire de diverses circonstances qui le relativisent, notamment en ce qui concerne la prise en charge sociale après la sortie.

. Les établissements en gestion mixte - programme 13 000 (au nombre de 21) ne sont concernés par la loi du 18 janvier 1994 que pour les mesures sociales du dispositif, bénéficiant de façon identique à l'ensemble des personnes incarcérées en France. La plupart de ces établissements ont conclu des conventions avec des centres hospitaliers, dans le cadre d'objectifs comme le dépistage du VIH ou les soins aux personnes atteintes, mais ces interventions ne constituent pas une implantation totale des hospitaliers dans la prison. Dans plusieurs de ces établissements (maisons d'arrêt de grande taille), la prise en charge des toxicomanes nécessiterait de faire appel plus largement à un dispositif spécialisé.

3. Le VIH, les hépatites, les MST, la tuberculose, les toxicomanies

3.1. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique

En 1992, le rapport coordonné par MM. Chodorge et Nicolas, soulignait déjà :

- une forte proportion d'héroïnomanes ayant recours à l'injection intraveineuse;
- un taux de porteurs d'une infection à VIH dix fois plus important en milieu pénitentiaire que dans la population extérieure à la prison ;
- un taux d'incidence 10 fois plus important qu'à l'extérieur pour les personnes nées en France, appartenant aux tranches d'âge situées entre 25 et 54 ans ;

- une forte prévalence des hépatites B et C;
- une pathologie mentale se situant entre 14 à 20 % d'entre eux selon les études.

. Sur le plan somatique, les détenus ayant une infection par le VIH ou (et) toxicomanes sont particulièrement concernés par les pathologies de la précarité notamment les problèmes bucco-dentaires (85 % des détenus), cutanés et les traumatismes non soignés.

3.2. L'infection par le VIH

L'infection par le VIH dans les prisons est suivie depuis l'année 1988, dans le cadre d'une enquête dite "un jour donné" qui se déroule au mois de juin. Toutes les prisons de France métropolitaine et d'Outre-Mer sont consultées.

. Au mois de juin 1995, 1330 détenus ont été déclarés atteints par le VIH selon la répartition suivante :

- 156 détenus étaient au stade SIDA (12%),
- 389 détenus présentaient une forme symptomatique (29%),
- 785 détenus présentaient une forme asymptomatique (59%).

. De 1988 à 1995, l'enquête réalisée "un jour donné" révèle :

- une diminution du pourcentage des formes asymptomatiques,
- une diminution du pourcentage des formes symptomatiques,
- une augmentation du pourcentage des formes Sida avéré. La courbe a subi plusieurs variations depuis le début des enquêtes,
- une diminution de la prévalence de l'infection. Celle-ci culmine à 5,80% en 1990, mais elle passe de 3,64 % en 1988, à 2,33 % en 1995.

. En 1995, les régions les plus touchées restent les départements d'Outre-Mer, la région Ile de France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Une enquête complète en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, coordonnée par l'ORS-PACA, visant à mieux comprendre les déterminants de la réalisation d'un test de dépistage et la prévalence en milieu carcéral, a porté sur 393 détenus. L'usage de drogues par voie intraveineuse est reconnu par 20 % des détenus interrogés, 42 % déclarant n'avoir jamais effectué de test de dépistage du VIH. Le test de dépistage du VIH a été accepté par 71 % des détenus. Cette enquête montre que près de 10 % des détenus présentant un facteur de risque n'ont jamais passé de test et que le passage en milieu carcéral permet de réduire ce pourcentage à 5%. Les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse représentent 87 % des détenus séropositifs pour le VIH. Le taux de séroprévalence est de 10, 95 % ; après ajustement, la séroprévalence est significativement plus élevée chez les femmes, les sujets âgés de plus de 25 ans, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, les sujets ayant déjà été incarcérés.

La diminution de la séroprévalence du VIH à l'entrée en détention constatée dans les établissements pénitentiaires, si elle se confirme, dénoterait un changement dans le comportement d'une partie de la population détenue, en particulier des toxicomanes avant leur incarcération : utilisation de seringues à usage unique, limitation des échanges, stérilisation des matériels d'injection par des désinfectants, passage de la toxicomanie d'injection à la toxicomanie de "sniff", ou à la toxicomanie per os. L'usage devenu plus banalisé des préservatifs par des couches de population plus larges a pu également produire des résultats. Des biais de l'enquête annuelle ne doivent pas pour autant être négligés: variations dans la pratique des dépistages, connaissance ou non du résultat des dépistages par les services médicaux. Cette baisse apparente de la prévalence du VIH doit être considérée avec prudence tant que le statut sérologique pour le VIH d'un nombre important de détenus restera inconnu.

. En prison, le sida est une affection grave autant que plusieurs autres maladies, pouvant faire l'objet de dispositions systématiques qui favoriseraient l'obtention d'une grâce médicale ou d'un aménagement de peine. Par contre, lorsque l'état de santé d'un individu incarcéré se dégrade au point qu'une mesure de libération doit être envisagée du fait de sa fin de vie potentiellement proche, il est indispensable de pouvoir saisir d'urgence l'instance judiciaire. Cette question concerne une seconde mission ayant pour objet les remises de peine pour raisons médicales, déjà évoquée.

D'une manière générale, il ne faut pas lier la libération à la phase agonique d'une maladie. La grâce médicale doit connaître une procédure accélérée et être engagée suffisamment tôt pour préparer la prise en charge médicale, sociale et affective à la sortie. Par ailleurs, nous jugeons nécessaire de mettre l'accent sur la qualité de l'accompagnement psychologique des sidéens en prison et de réaffirmer les principes de dignité, devant entourer plus particulièrement tout détenu malade.

Dans ce domaine, on doit relever un changement radical de comportement dans le corps de surveillance ; mieux renseignés, confrontés parfois dans leur famille ou leurs relations au Sida, les surveillants qui réclament une information actualisée, font preuve le plus souvent d'une compréhension, qui a pu faire défaut au début.

3.3. Les hépatites

Bien que non chiffrées, aux plans régionaux, *a fortiori* au plan national, les demandes d'examen ainsi que les résultats des analyses biologiques réalisées, attestent d'une progression des hépatites B et C. Dans la population détenue, cette progression nous a été confirmée par les personnels médicaux des établissements pénitentiaires visités, ainsi qu'au cours de la séance plénière du 25 avril 1996 à Paris. Selon les établissements, les estimations atteignent parfois 80% des détenus

toxicomanes intraveineux affectés par l'une, l'autre, ou les deux pathologies virales hépatiques.

Chez un grand nombre de détenus, il s'agit pour le VHB, le plus souvent, de marqueurs cicatriciels qui signent une atteinte hépatique antérieure.

Les établissements pénitentiaires les plus touchés par le VHC, sont les maisons d'arrêt; parmi celles-ci, celles des régions Ile de France et Provence-Alpes-Côte d'Azur qui hébergent le plus de détenus toxicomanes à l'héroïne par voie intraveineuse.

Le génotype le plus fréquent est de type 3 A, celui qui répond le mieux au traitement prescrit précocement.

Nous avons répertorié différentes données épidémiologiques qui, bien que très partielles, confirment la gravité de la question des hépatites en prison :

- une étude récente concernant 880 entrants tous confondus au centre pénitentiaire des **Baumettes** a montré un taux de 23% de séroprévalence par rapport au virus C;
- à la maison d'arrêt de **Fleury-Mérogis**, au moins 570 détenus atteints d'une infection par le virus C ont été pris en charge en 1995 ;
- dans une enquête menée aux prisons de Lyon sur plusieurs années, 61,5 % des toxicomanes intraveineux ont une hépatite C (3,2 % pour les toxicomanes non intraveineux). Une autre enquête menée à Lyon sur 100 entrants indiquait un pourcentage de détenus infectés par le virus B de 21 %, par le virus C de 9 % (0 % pour l'infection à VIH);

- en 1994, une étude à la maison d'arrêt de Laon sur 220 entrants révèle 20 héroïnomanes intraveineux dont 17 ayant une hépatiteC (3 VIH +) ;
- au cours des 6 premiers mois de 1996, 32 détenus ayant une infection par le VHC ont été pris en charge par l'UCSA au centre de détention du **Val de Reuil** (5 ayant bénéficié d'une ponction biopsie hépatique) ;
- au centre de détention **d'Uzerche**, une étude portant sur une journée donnée au mois d'août 1996 montrait que l'UCSA prenait en charge 34 détenus atteints d'une infection par le VHC (7 détenus VIH +) ;

3.4. La tuberculose

Il est constaté une recrudescence de la tuberculose, en particulier chez les porteurs de VIH, mais plus généralement dans la tranche d'âge 25-54 ans des populations nées en France. Le taux d'incidence de cette maladie est 10 fois plus élevé en prison que dans la même tranche d'âge de la population libre.

Dans l'univers carcéral, plusieurs raisons plaident pour :

- un dépistage rapide de la tuberculose,
- la mise en place immédiate d'un système de protection,
- l'institution d'un traitement dont l'efficacité puisse se mesurer en mois
- le caractère curable de la maladie, lorsque le traitement est bien conduit,
- le risque de dissémination de l'infection à d'autres détenus, mais aussi au personnel de la prison.

Les détenus, en particulier dans les maisons d'arrêt, séjournent en moyenne quelques mois. Il n'est pas certain qu'ils s'astreignent à un suivi médical à leur sortie de prison.

Le dépistage de la tuberculose est obligatoire en détention (conformément aux dispositions de l'article 273 du code de santé publique). Depuis la promulgation des lois de décentralisation de 1983, cette activité ainsi que la prise en charge financière de celle-ci, relèvent du Conseil Général de chaque département. Le Conseil Général assume cette responsabilité pour tous les détenus des établissements pénitentiaires qui sont implantés sur la zone géographique du département, quel que soit le lieu de résidence habituel des personnes incarcérées. Cet aspect particulier de la législation occasionne des difficultés dans la mise en place des dépistages, et, dans le suivi des patients pour lesquels le diagnostic relatif à la maladie peut être, par ces faits, différé.

Dès que le diagnostic est posé, le traitement de la tuberculose n'est soumis à aucun obstacle en milieu pénitentiaire, en France métropolitaine ou d'Outre-Mer. Les aléas relèvent plutôt des patients qui ont mal suivi un protocole antérieur ou qui l'ont arrêté précocement, imposant une vigilance accrue lors des rechutes. Par ailleurs, des résistances sont observées obligeant à des associations médicamenteuses plus larges.

Le nombre de détenus, présentant une pathologie tuberculeuse n'est pas connu avec précision. Le rapport "Santé en milieu carcéral" fait état de trois fois plus de tuberculoses dépistées en milieu carcéral qu'à l'extérieur. A Fleury-Mérogis, qui héberge 10% de la population incarcérée en France, la prévalence instantanée des malades sous traitement antituberculeux est proche de 20 cas, soit 4 cas pour 1.000 détenus (0,4 %).

L'enquête rétrospective et prospective sur la tuberculose dans **les prisons d'Ile-de-France et de Provence-Alpes Côte d'Azur**, coordonnée par les observatoires régionaux de la Santé d'Ile-de-France et de

Provence-Alpes Côte d'Azur, a confirmé que l'une des difficultés majeures du suivi jusqu'à son terme d'un traitement antituberculeux est le taux de rotation élevé de la population carcérale. Le dépistage radiologique des entrants s'améliore; l'isolement des détenus atteints de tuberculose est systématique. La proportion de détenus ayant déjà eu des antécédents de tuberculose est de 25 % pour l'enquête prospective (proportion deux fois et demie supérieure à celle observée parmi les cas de tuberculose en France). 32 % des détenus tuberculeux sont séropositifs pour le VIH. L'incidence en maison d'arrêt est 10 fois plus élevée que dans la population générale (en Ile-de-France, l'incidence est de 215 cas pour 100 000 détenus, contre 38 pour la population générale). Plus des deux tiers des détenus développent des formes pulmonaires isolées. Un tiers des formes pulmonaires sont bacillaires. 3 souches multirésistantes à l'isoniazide et à la rifampicine ont été retrouvées dans cette enquête.

3.5. Les maladies sexuellement transmissibles

Dans les prisons, l'ampleur du phénomène MST, outre le Sida, n'est pas connu, mais quel que soit leur nombre, on considère que les maladies sexuellement transmissibles sont insuffisamment prises en compte.

Le constat actuel montre que :

- la syphilis est relativement rare,
- les gonococcies, les végétations vénériennes, les chlamydiases, sont assez fréquemment retrouvées, si on se donne la peine de les rechercher,
- dans les DOM, la présence des MST est une des préoccupations importantes des praticiens exerçant dans les établissements pénitentiaires,
- les maladies sexuellement transmissibles n'appartiennent en propre à aucune classe de la société. En revanche, elles sont quantitativement plus nombreuses au sein de la population

incarcérée. Le moment de la détention peut être propice à une information adaptée et orientée. Leur prise en charge relève est aussi de la compétence du Conseil Général.

3.6. Les toxicomanes en prison

Selon l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), au cours de l'année 1995, le nombre des interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants a continué de progresser: + 27,6 % pour le cannabis (41 711 arrestations), + 1,2 % pour l'héroïne (17 356 cas), + 7,5 % pour la cocaïne et le crack (1374 cas), + 68,7 % pour l'ecstasy (1122 cas). La fréquence des ré-interpellations n'est pas connue mais il est clair qu'elle est importante. 475 décès ont été recensés à la suite de surdoses de drogues. L'héroïne reste la première cause de ces décès, mais le nombre de morts par surdosage dues à des polyintoxications (héroïne, alcool, Rohypnol,...) croît. Ces données presupposent la détérioration de l'état de santé des toxicomanes les plus désocialisés.

L'enquête épidémiologique **1991 -1992** réalisée par l'unité Inserm U 302 (F. Facy) concerne des sujets rencontrés au titre de toxicomanes dans l'ensemble des **antennes-toxicomanie**. Sur les 1394 détenus concernés, 9 sur 10 sont des hommes. Il s'agit d'une population jeune (45 % ont moins de 25 ans), 20 % ont un membre de leur fratrie toxicomane, 17 % ont un partenaire toxicomane. 36 % sont détenus pour infraction à la législation sur les stupéfiants. La moitié des sujets ont été incarcérés pour la première fois à l'âge de 20 ans ou moins. 17 % sont séropositifs pour le VIH (22 % des héroïnomanes) mais 13 % n'ont pas effectué le test ; 23 % ont une hépatite. Il est constaté une gravité de la pathologie mentale dans cette population : 21 % des sujets ont été hospitalisés en psychiatrie, près de 30 % de tentative de suicides. Au moment de l'incarcération, la fréquence de consommation de drogues est quotidienne (ou plusieurs fois par semaine) pour 83 % des sujets

héroïnomanes, 14 % des cocaïnomanes, 16 % pour les consommateurs de benzodiazépines.

Pour A. Kensey et J. P. Jean () : « *le produit le plus souvent utilisé à titre de dépendance principale est l'héroïne, mais une personne toxicomane sur deux consomme d'autres produits selon les opportunités, l'alcool est le principal produit associé devant le cannabis. Les mélanges alcool-médicaments, notamment avec les psychotropes, sont de plus en plus fréquents,...* ». Ces potentialisateurs sont souvent à l'origine d'accidents graves, voire mortels.

Lors de la séance plénière du 25 avril, le chiffre de 20 000 toxicomanes incarcérés annuellement a été cité. Ce nombre élevé s'expliquerait par le fait que la plupart des toxicomanes ne sont pas incarcérés pour simple usage, mais pour des atteintes aux biens ou des violences. Il s'agit donc d'actes peu élaborés, rapidement exécutés : vols à la tire, vols à l'étalage, bris de voitures, etc... permettant d'apporter rapidement, soit le stupéfiant lui-même (vols en pharmacie), soit l'argent nécessaire à l'achat au comptant du toxique. Cette population, malade du lien social, constituerait depuis plusieurs années, le fond stable de la détention dans les prisons françaises. Le nombre de 20.000 est certes approximatif, mais c'est un repère ; ainsi, 2 détenus sur 5 feraient régulièrement, avant leur incarcération, usage de produits toxiques prohibés. Les toxicomanes ne constituent pas une population homogène. Le sida, la toxicomanie, la misère économique et sociale, l'analphabétisme, les désordres comportementaux, entretiennent des liens multiples et souvent intriqués.

Déjà, à la fin des années 1980, la population carcérale était particulièrement touchée par la drogue, phénomène souligné notamment dans le rapport du Haut Comité de la Santé publique ; le Dr D. Gonin, dans « la santé incarcérée » () précisant que le pourcentage de détenus

toxicomanes atteint parfois 40 % dans des maisons d'arrêt d'Ile-de-France, de Provence-Alpes -Côte-d'Azur et du Nord.

*

* * *

Mieux permettre à des détenus, fréquemment toxicomanes et atteints d'une infection par le VIH et/ou le VHC, en rupture familiale et sociale, qui avant l'incarcération cumulaient tous les échecs, d'engager, aujourd'hui dans la prison, une réflexion sur leur dépendance et de reinvestir un peu d'estime en eux-mêmes, de dignité autour de l'élaboration d'un projet de sortie, nécessiterait de renforcer les initiatives actuellement menées dans de nombreux établissements pénitentiaires, dans le cadre d'activités de groupe ou individuelles.

Les propositions contenues dans ce rapport sont susceptibles de permettre à une population pénale socialement désinsérée et affectivement très carencée, de s'inscrire dans de meilleures conditions dans un processus de soins, physiques et psychiques, de regagner des repères sociaux et de trouver en elle-même des ressources, parmi lesquelles une capacité à construire des projets individuels. Elles peuvent permettre de mieux combattre des sentiments comme la dépréciation de soi et l'inéluctabilité de la récidive. Le travail effectué par des soignants, des acteurs sociaux, d'autres professionnels ou des volontaires d'association, leurs réflexions, les difficultés qu'elles rencontrent, conduisent à distinguer **quatre chapitres**, soit **quatre ensembles de propositions** :

. Le premier chapitre est occupé par **la prise en charge sanitaire et sociale** des sujets séropositifs pour le VIH ou/et les virus des hépatites, et des usagers de drogues **durant la détention**. Les actions de prévention y

jouent un rôle essentiel. Les contraintes et les obstacles à la mise en oeuvre d'une continuité de soins de qualité sont étudiés.

Une organisation des soins proposant un cadre de confiance basé sur l'écoute et le lien thérapeutique, qui encourage le détenu à exprimer une souffrance psychique, lui apporte une aide pour l'inciter à « faire un travail sur lui-même », nécessite de renforcer le **partenariat** entre l'ensemble des soignants intervenant en milieu pénitentiaire. Elle nécessite de clarifier l'ensemble des objectifs médicaux et sociaux ; de rechercher des collaborations nouvelles dans le cadre des liaisons avec l'extérieur de la prison ; de proposer une réflexion globale sur les stratégies préventives actuelles ; de considérer pleinement des besoins spécifiques de soins tels la prise en charge des pharmaco-dépendances et des infections par les virus des hépatites. Ces propositions ne nécessitent pas que des budgets supplémentaires.

. Le **deuxième chapitre** concerne la **sortie de prison**. Comment tenter de se réintégrer dans une société minée par le chômage, la précarité ou l'exclusion et qui tolère mal la différence ? Son contenu vise en particulier le recensement des moyens qui, à l'extérieur de la prison, permettraient que le suivi médico-psychologique d'un détenu et son accompagnement sur le plan social, soient mieux protégés vis à vis de conjonctures qui entretiennent des situations de grande marginalité. La coordination accrue des soignants et des acteurs socio-éducatifs, dans le cadre de **projets de préparation à la sortie**, sont autant d'objectifs à renforcer. Font donc l'objet de propositions, les différentes étapes susceptibles d'éviter la récidive et de contribuer à l'insertion des anciens détenus : l'entourage, l'hébergement, la qualité du soutien psychologique, la prise en charge des pathologies symptomatiques et des conduites addictives, l'information sur les démarches d'ordre socio-administratif, l'aide à la recherche d'un stage ou d'un emploi. Ces propositions ne peuvent aboutir que si elles tiennent compte des désirs

exprimés par les intéressés, de leurs caractères et de leurs capacités propres. Elles mettent l'accent sur la nécessité d'une réflexion sur la signification d'un parcours de réintégration utilisant les ressources existantes ou requérant des outils peu utilisés jusqu'à présent, en particulier juridiques. La **qualité de l'écoute et la place des activités socio-culturelles et sportives** dans ce processus sont également essentielles.

. Le **troisième chapitre** traite de **mesures alternatives à la détention**. Elles constituent une gamme importante mais apparemment peu exploitée qui pourrait être développée, pour des usagers de drogues plus marqués par un contexte relationnel, social et psycho-somatique défaillant que par celui d'une délinquance irréversible. Avec quels moyens éviter l'incarcération de toxicomanes, comment donner la priorité à des choix éducatifs et socio-économiques, axés sur le respect des individus et leur capacité de responsabilisation, de resocialisation, requérant leur implication dans un projet de soins et d'insertion ?

. Le **quatrième chapitre** souligne l'évolution souhaitable des **rapports entre la société et « sa » prison**, afin de mieux garantir la dignité des individus incarcérés et de reconnaître la qualité des activités réalisées par les différentes catégories de personnels exerçant en milieu pénitentiaire.

En préalable du premier chapitre, **deux données essentielles à une qualité des soins en milieu pénitentiaire** doivent être rappelées :

- les contraintes « inattendues » en milieu carcéral :

Ces contraintes ne sont pas celles de la privation de liberté. En préalable à une réflexion ayant pour objet la promotion de la santé publique, la première démarche à favoriser au sein d'un établissement

pénitentiaire, nous paraît être un « inventaire » de l'ensemble des **points de rencontre** entre règlements administratifs et problèmes de santé, pour analyser dans quelles conditions et dans quelles mesures les premiers sont susceptibles d'entraver les seconds (promiscuité et conditions d'hygiène, organisation de la vie carcérale, délai préalable à une consultation spécialisée dans un établissement hospitalier, réponse à une urgence médicale,...).

Par ailleurs, des obstacles économiques (avoir suffisamment de ressources pour « cantiner») et institutionnels (avoir la possibilité de suivre des cours, de travailler dans la prison,...) empêchent de concevoir sous un angle plus favorable les opportunités de réinsertion. Ces obstacles concernent un nombre important des détenus toxicomanes, certains manquant de motivation pour débuter un projet ou une activité, d'autres n'en ayant pas la possibilité du fait de l'absence de moyens ou d'identification, de leur désir de responsabilité. On ne peut pas se satisfaire plus longtemps de ces handicaps et l'inventaire doit recenser les moyens par établissement et au sein de chacune des 10 régions pénitentiaires.

- approche globale de la santé :

Il nous paraît également essentiel de mettre l'accent sur l'importance que revêt une **approche globale** de la **prise en charge sanitaire des détenus**, quelle que soit la nature des troubles somatiques et psychologiques qu'ils présentent. Dans le rapport « *conditions de vie en détention et pathologies somatiques*» () que présenta en 1991 l'Association lyonnaise de criminologie et d'anthropologie sociale, il était proposé une prise en charge axée prioritairement sur la psychologie des détenus, en distinguant quatre périodes ayant chacune un impact original sur leur état de santé : **agressivité** contre soi et envers les autres ; symptomatologie du repli sur soi ; puis adaptation ; enfin, la réparation.

Si la distinction ici proposée s'adresse plus particulièrement aux établissements pour peine (notamment en raison des durées d'incarcération plus longues), elle s'applique également à un profil de nombreux détenus en maison d'arrêt.

CHAPITRE I

Pendant la détention

1.1. La visite sanitaire initiale

. Elle doit être effectuée par un médecin diplômé plein temps ou vacataire, (*interne ?*) relevant de l'UCSA (ou SMPR).

. Cette consultation doit avoir pour objectif l'identification des éventuelles affections somatiques et psychologiques, la planification de leur prise en charge, la diffusion de messages d'hygiène générale et de prévention. Outre les soins spécifiques nécessaires, elle doit également comporter un examen bucco-dentaire.

. L'unité de consultation et de soins ambulatoires (ou le service médical 13 000) s'assurera dans la mesure du possible de la participation d'une infirmière à la visite médicale d'entrée, en cas de soins infirmiers à prodiguer, mais également pour mieux faire partager le concept de prise en charge globale.

. Pour les personnes écrouées tard dans la soirée ou pendant le week-end, la visite a lieu généralement dans les 24 heures qui suivent l'arrivée en détention. En dehors des week-ends et des jours fériés, la visite d'entrée ne doit pas être effectuée dans un délai supérieur à 24 heures, et doit nécessairement faire l'objet d'une prise en charge médicale, y compris dans les établissements de petite taille.

1.2. Le dépistage de l'infection à VIH. Rôle de l'UCSA et du CDAG

. Le dépistage du VIH doit être **obligatoirement proposé à tous les entrants**, au cours d'une consultation médicale complète, en mettant l'accent sur le caractère confidentiel, volontaire et éclairé de la démarche du détenu, l'impliquant dans une réflexion sur les situations à risque et les comportements de prévention. Depuis la mise en application de la loi

du 18 janvier 1994, la proposition de test est plus fréquente mais varie selon les établissements. Dans l'ensemble, elle reste insuffisante.

. A l'arrivée en détention, le *stress* succédant à la période de garde à vue et de présentation au juge, ne constitue pas un climat propice à une proposition de dépistage du VIH (et des hépatites). Le détenu qui entre pour la première fois en prison est confronté à une phase difficile d'adaptation ; il est préférable de laisser s'écouler quelques jours avant de proposer un test. On évitera ainsi un refus dû à un manque de préparation. « Il n'y a aucune urgence à proposer un test le jour de l'incarcération » ().

. En règle générale, il semble que la démarche ne soit pas suffisamment « éclairée », en dépit de la circulaire du 8 décembre 1994 (n°45 DH/DGS/DSS/DAP) () qui recommande une information-conseil personnalisée. Dans plusieurs établissements, de nombreux détenus affirment n'avoir reçu aucune information ; le test ne leur a jamais été proposé. D'autres ont accepté de l'effectuer mais n'ont pas eu connaissance du résultat (très certainement, pensent-ils, parce qu'il s'est avéré négatif) ; des médecins expliquent cette carence par des difficultés d'ordre organisationnel à reconvoquer les détenus. D'autres détenus prétendent n'avoir pas été informés du but d'un prélèvement de sang à l'entrée en détention et soupçonnent un dépistage à leur insu.

. Fréquemment, la demande d'un détenu en vue d'une consultation médicale, est formulée par écrit, sous pli non cacheté, remis au surveillant. Cette méthode ne respecte pas l'obligation de confidentialité. Une modification de cette pratique doit intervenir au plus tôt : on pourrait remettre aux détenus, dès le greffe, des enveloppes mentionnant uniquement le destinataire - **service médical** - et convenir que cette enveloppe cachetée ne puisse être ouverte que par le

destinataire ; cette enveloppe devant lui parvenir dans les meilleurs délais.

. Les détenus analphabètes français ou étrangers doivent être assistés pour transmettre leur demande de soins. D'autre part, pour ces mêmes personnes, une consultation médicale nécessite quelquefois la présence d'un interprète. Il y a lieu de rappeler à ces tiers qu'ils sont liés par le **secret professionnel**.

. L'existence des CDAG (et de consultations spécialisées) dans les établissements pénitentiaires soulève la question du secret médical en milieu fermé. En fait, ces instances ne sont pas adaptées au milieu pénitentiaire où la consultation en CDAG, loin de protéger l'anonymat, expose le demandeur ; le détenu qui se rend à la consultation du CDAG est tout sauf anonyme car accompagné d'un surveillant.

. En considérant les établissements visités, nous avons souvent constaté, qu'en cas de coexistence de consultations médicales distinctes (CDAG et UCSA) :

- la proposition de dépistage n'est pas systématique, l'un comptant ou se déchargeant sur l'autre,
- il n'y a pas de communication et de coordination entre l'UCSA et le CDAG, et pour cause. Le CDAG ne communiquant qu'aux patients les résultats des tests pratiqués, il y a là un motif de tension et d'incertitude entre UCSA et CDAG , l'UCSA ignorant le statut sérologique de patients dont ils ont la charge,
- l'intervention d'un CDAG multiplie les intervenants médicaux,
- lorsque le détenu ne bénéficie pas d'une proposition de dépistage anonyme (CDAG) à son arrivée en détention, ou lorsqu'il la rejète - *pour des motivations qu'il faudrait analyser* - il s'avère que dans la plupart des cas , celle-ci ne sera pas réitérée,

- parfois, faute de temps, le médecin du CDAG ne peut établir un climat de confiance, l'entrant rejette la proposition de test;
- les résultats biologiques négatifs ne sont souvent pas transmis aux détenus (importance de la présentation et de la discussion des résultats négatifs) ;
- la mobilité des prévenus rend difficile les remises de tests effectués par le CDAG : détenu **transféré** ou **libéré à la barre** du tribunal ;
- le dépistage des virus des hépatites est rarement proposé alors que leur impact est conséquent ;
- désormais, au vu des améliorations thérapeutiques ayant pour objet le VIH et les hépatites, un nombre plus important de détenus est susceptible d'être pris en charge pour leur traitement qui relève de l'UCSA ; ce qui relativise quelque peu la nécessité d'une consultation de dépistage anonyme en milieu pénitentiaire ;
- au cours de la visite d'entrée, l'accent pourrait être mis plus fortement sur les concepts de confidentialité et de secret médical, de même sur le **secret professionnel** auquel sont tenus **tous ceux du monde sanitaire ou non** qui auraient connaissance d'informations médicales .

. Avec une majorité des médecins rencontrés dans les établissements pénitentiaires, afin de promouvoir une véritable continuité des soins, nous pensons qu'il y aurait lieu de confier le dépistage des infections virales transmissibles, prioritairement, aux UCSA et aux services médicaux « 13 000 », en coordination avec les SMPR dans les établissements où ces structures ont été créées ; les actions de prévention et/ou de soins à l'égard des maladies transmissibles devant constituer un seul et même dispositif cohérent.

. Nous proposons que la consultation de dépistage anonyme ne soit maintenue que pour les détenus qui sollicitent l'anonymat (dans ce

cas un prélèvement serait effectué avec un numéro d'anonymat). Dès la 2ème consultation, le médecin chargé de rendre le résultat - *négatif ou positif* - doit informer l'intéressé des différents comportements de prévention, mais également de l'importance d'un suivi médical régulier durant sa détention et après celle-ci. L'intérêt du suivi médical de longue durée doit faire l'objet d'une information itérative.

1.3. Le secret médical

. Animés de différentes motivations, les détenus sont parfois les premiers à «violer le secret» sur leur maladie. Les détenus communiquent souvent des informations sur leur état de santé aux magistrats, aux personnels de surveillance, aux visiteurs, aux éducateurs,...

. Outre la nécessité de faire en sorte que le secret médical soit préservé, tout professionnel en milieu pénitentiaire a l'obligation de respecter les droits des détenus et leur dignité.

. La mission médicale en détention doit pouvoir être accomplie librement par les différents acteurs dépendant de l'autorité sanitaire conventionnée mais cette nécessité n'exclut pas pour autant un esprit de concertation avec l'administration pénitentiaire ou le juge, dans l'intérêt supérieur du malade.

. Lorsque, dans l'intérêt même du détenu, ce secret devrait être partagé, par exemple avec le juge d'application des peines, le médecin sollicite en préalable l'accord de son patient mais ne peut être relevé pour autant de ce secret. Cependant, - *et plus généralement dans les cas où des personnels non soignants travaillant en milieu pénitentiaire sont amenés à connaître une information d'ordre médical* -, le concept de secret professionnel s'impose à tous. La formation initiale et la formation

continue des différents intervenants en milieu carcéral devraient intégrer cette dimension et la **renforcer**. La réforme sanitaire en cours dans les prisons, devrait conduire à une réflexion sur la révision du cadre déontologique, pour mieux accompagner les missions médicales dans le cadre pénitentiaire.

. Des **formulaires administratifs** sont susceptibles de contenir des informations sur l'état de santé d'un détenu : c'est le cas de la **notice individuelle de prévenu majeur**, complétée lors de la présentation au juge ; afin qu'elle soit annexée au dossier médical. Outre le service médical, cette notice est souvent adressée aux différents responsables de l'établissement pénitentiaire. Pour empêcher que des informations à caractère médical soient abondamment diffusées, il y aurait lieu de joindre à la notice du prévenu majeur, un pli fermé (comprenant les informations à caractère médical) destiné au médecin consultant lors de la visite d'entrée.

. Le médecin n'a pas à connaître systématiquement les raisons de l'incarcération; il est cependant souvent utile dans l'intérêt du détenu, qu'il en sache le contexte, afin de mieux prendre en charge d'éventuelles complications psychologiques voire psychiatriques. La relation en détention entre le médecin et le détenu doit, dans sa singularité, rechercher les conditions d'une **confiance réciproque**.

. La conservation des **archives médicales** relève désormais du fonctionnement hospitalier (armoire fermant à clef). Cette décision essentielle en matière de secret médical, n'est pas effective dans tous les établissements. Seul le médecin est détenteur des contrôles : cette garantie nouvelle doit être indiquée aux détenus. Il est proposé que la brochure d'informations remise à l'entrée la mentionne.

. De nombreuses UCSA, plus rarement des SMPR, n'ont ni télécopie (fax), ni ligne directe (parfois pas de téléphone). Ces lacunes peuvent être la source de rupture de secret médical. Ceci est d'autant plus regrettable que les locaux de la plupart d'entre elles ont été renovés*.

1.4. L'annonce de la séropositivité au VIH

. Les incidences peuvent être multiples, notamment en ce qui concerne le risque suicidaire. Dans son mémoire présenté en 1992, Evi Papadakou, psychologue clinicienne à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis a analysé les réactions d'angoisse des patients concernés : « *l'angoisse devant le réel, l'angoisse de séparation, l'annonce de l'infection perçue comme l'équivalent d'une castration volontaire* ». L'annonce d'une infection par le VIH ou par le VHC, comme toute annonce d'une maladie grave, doit être méditée et accompagnée par le médecin en raison des traumatismes qu'elle peut produire. L'importance de la remise d'un résultat négatif ne doit pas être éludée : il doit s'agir au contraire d'une véritable consultation axée sur la prévention.

1.5. L'hygiène générale en prison

. Tout en rappelant les difficultés liées à la surpopulation, en attendant qu'elle soit maîtrisée, il y a lieu d'assurer aux détenus la possibilité **d'une douche par jour** ; ce qui correspond à une hygiène normale. Les douches doivent être entretenues et désinfectées quotidiennement. **L'eau chaude en cellule** devrait être généralisée, en hiver notamment. Dans beaucoup d'établissements, le rythme est encore de 2 douches par semaine.

* *Parmi les exceptions perpétuant de difficiles conditions de travail, l'UCSA de la maison d'arrêt de Nîmes*

. L'hygiène doit également viser les conditions de préparation, de conservation et de distribution des repas, notamment pour éviter tout risque d'infection bactérienne. Toute personne travaillant dans le cadre de la cuisine doit porter des gants. Les chariots qui emportent les repas dans les secteurs de détention doivent être en état satisfaisant et correspondre aux normes admises dans les collectivités pour la distribution de repas individuels réellement chauds à leur arrivée.

1.6. L'éducation à la santé et prévention des infections

. Toute incarcération doit être utilisée pour communiquer des informations ayant pour objet la promotion de la santé, à une population pour laquelle cette circonstance sera souvent la première « interpellation sanitaire », en particulier lorsqu'il s'agit de sujets en situation de grande précarité. L'éducation à la santé pour les détenus sera d'autant mieux perçue que ces informations répondront à des préoccupations individuelles.

. Chaque établissement pénitentiaire devrait définir son propre projet d'éducation à la santé, associant prévention et amélioration des conditions d'hygiène ; à l'attention **des détenus** qu'il accueille mais aussi **des personnels** qui y travaillent. L'éducation à la santé doit être le fruit d'une réflexion concertée (UCSA ou service médical 13 000, SMPR, associations spécialisées dans l'information sur les problèmes de santé, hôpitaux liés par convention, détenus eux-mêmes, services socio-éducatifs, personnels de surveillance, DDASS et DRASS). Une coordination départementale et/ou régionale de ces différentes actions est indispensable*.

* *Au regard de la définition donnée par Philippe Lecorps « une démarche collective qui appelle à un changement à la fois institutionnel et individuel visant à améliorer l'état de santé, c'est à dire la capacité, la dynamique personnelle et relationnelle à agir »*

. L'éducation à la santé est un des axes majeurs de la loi du 18 janvier 1994. Elle demeure un chantier de première importance qui ne nécessite pas de retenir un modèle unique, mais plutôt de développer des projets abordant de manière spécifique les carences, les comportements consécutifs à des troubles psychiques et les demandes d'information :

- les programmes d'éducation sanitaire à l'attention des mineurs détenus devraient être favorisés. Ainsi, le dispositif promu par l'ASTM (Association en danger, Sida, Toxicomanies et Marginalités / Croix -Rouge-Française) en place au CJD de Fleury-Mérogis, a permis d'instaurer un espace de parole structuré pour parler du Sida et des autres MST, et fait en sorte que ces adolescents aient un « regard critique sur leur comportement pulsionnel », redécouvrent « le plaisir d'un fonctionnement psychique » ;
- grâce à des projets de type groupes de parole, des équipes de soins permettent à des **femmes détenues** d'engager une réflexion globale sur les conséquences de leur toxicomanie ; mais aussi sur leur rapport à la société, leur consommation de médicaments, le non respect de leur corps, l'alimentation, ... ;
- l'éducation pour la santé peut aussi contribuer à une **insertion sociale** en favorisant l'autonomie des sujets par rapport aux produits dont ils dépendent. C'est là, entre autres, la démarche du Comité Régional d'Aquitaine d'Education pour la Santé et du Comité Départemental d'Education Sanitaire et Sociale d'Ille-et-Vilaine ;
- les actions d'information et de prévention doivent également mettre l'accent sur **l'alcoolisme**, avant et après détention, pour permettre à des détenus, en exprimant leur propre sensibilité, de mieux gérer des situations émotionnelles, conflictuelles, ..., de reprendre confiance en eux-mêmes et de retrouver une capacité de communication ; cf « **l'alcool parlons z'en** »*.

* Responsables Thierry Spieser et Elaine Soubigou à la maison d'arrêt de St Brieuc

L'expression théâtrale constitue pour de nombreux détenus une forte motivation. **Ces projets doivent être développés dans le cadre de la préparation à la sortie, mais pas uniquement ;**

- des détenus pourraient tirer profit de **stages intensifs d'éducation sanitaire**, d'une durée de 8-10 jours, qu'organiseraient les UCSA et les services médicaux 13 000, les SMPR et autres intervenants médico-psychologiques, les associations chargées de prévention et les personnels de surveillance intéressés ;

Chaque stage regrouperait une dizaine de détenus particulièrement concernés et volontaires. Le but de ces stages serait notamment de mettre à plat tous les mythes qui gravitent autour du Sida et d'engager des réflexions sur les dépendances. Une évaluation pourrait être organisée après un an de fonctionnement dans 5-6 établissements pénitentiaires -pilotes.

. A la maison d'arrêt et au centre de détention de Loos-les-Lille, comme dans d'autres établissements, des membres du SMPR ou de l'UCSA ayant de véritables projets d'information ne peuvent les développer que ponctuellement, en raison de l'importance de leur charge de travail habituelle : il est proposé de favoriser, pour des durées courtes, le « détachement » de ces personnels très motivés, afin de leur permettre d'approfondir totalement leurs projets et de les concrétiser.

Plusieurs équipes médicales (Villepinte,...) mettent aussi l'accent sur une approche individuelle de la promotion de la santé.

. La conceptualisation de projets de prévention par les détenus doit être favorisée ; par exemple par le biais de bandes dessinées ou du théâtre. Grâce à ces projets, il est possible de mieux faire partager le concept de rapports sexuels protégés, l'absence de risque de transmission du VIH lors des contacts normaux de la vie quotidienne,...

. Les **analphabètes** et les **étrangers** ayant des difficultés d'expression française devraient avoir accès à des informations plus ciblées. Une réflexion doit être menée sur le contenu de brochures destinées à des étrangers qui manient mal le français, pour que d'une façon générale, les informations communiquées expriment clairement les risques encourus et lèvent les liens éventuels avec des peurs et des croyances erronées.

. Le programme du **réseau intérieur de télévision** (lorsqu'il existe) devrait proposer une information régulière sur les questions de santé. Les **expositions conçues conjointement par des détenus et des personnels** doivent être favorisées. Les détenus doivent pouvoir emprunter dans les bibliothèques des **ouvrages didactiques** traitant des problèmes de santé. A l'extérieur, les comités de probation et d'assistance aux libérés pourraient faciliter la participation d'anciens détenus à des programmes d'éducation sanitaire, avec l'aide, par exemple, de la Croix-Rouge-Française.

. Les **services de santé publique des hôpitaux liés par conventions** aux établissements pénitentiaires, devraient être impliqués dans les projets de prévention et d'hygiène en milieu carcéral.

. La multiplication d'informations écrites n'ayant qu'un impact relatif sur les conduites à risque, il est donc également indispensable que l'éducation à la santé fasse l'objet du suivi médical en consultation.

. Les concepts de prévention et d'hygiène doivent également prendre en compte les attentes des préoccupations des **personnels pénitentiaires**, leurs inquiétudes, légitimes ou non.

1.7. Prévention et information des personnels pénitentiaires

. Les personnels de l'administration pénitentiaire, en particulier les surveillants et les conseillers d'insertion et de probation, sont des acteurs susceptibles de favoriser l'accès aux soins des détenus. Des actions d'information et de formation sur les problèmes de santé doivent concerner ces personnels, pour eux-mêmes. Dans le cadre de l'ENAP, grâce à la coordination de l'ASTM, les personnels de surveillance en formation bénéficient d'une sensibilisation importante sur l'infection à VIH, en particulier par des médecins de la Pitié-Salpêtrière. Les personnels déjà en poste, en particulier dans de petits établissements, n'ont que peu accès à ces programmes. Il est regrettable que leur parole, les peurs parfois, leurs interrogations par rapport à telle ou telle décision médicale, ne soient que peu entendues, pour donner lieu, par exemple, à une réflexion avec les médecins de ces établissements. Outre la nécessité de renforcer l'information du personnel pénitentiaire, sur les maladies transmissibles et les toxicomanies, il y aurait lieu de mieux prendre en compte leurs propres besoins de santé, par exemple en cas d'agression par un détenu.

. En effet, des agressions se produisent parfois contre des personnels, entraînant des blessures par morsure, griffure, coupure ou piqûre. Actuellement, en cas de lésions de ce type, les agents concernés ne bénéficient pas d'un **protocole de prise en charge adaptée**, ni d'une aide psychologique.

. La décision prise à la maison d'arrêt de Rouen de faire en sorte que tout agent blessé dans ces conditions bénéficie d'une visite médicale à l'UCSA, nous paraît appropriée (la note du directeur rappelle que des produits de désinfection sont disponibles dans les bureaux des Premiers surveillants). Plus précisément, dans ces circonstances, il y a lieu de définir une véritable conduite à tenir, afin que l'agent soit rapidement

pris en charge, reçoive les soins nécessaires, soit informé par un médecin des risques ou des non-risques de contamination par les virus du VIH ou des hépatites. Si le médecin juge que ces risques sont réels, il est amené à proposer un traitement antirétroviral « prophylactique » (auquel cas ce traitement doit être prescrit très rapidement) et à débuter un suivi sérologique. On voit bien que la procédure demande à être précisée dans son ensemble, et qu'elle nécessite une coordination entre le médecin du travail et le médecin de l'UCSA (ou du service 13 000) qui doit être en mesure de remplacer le premier en cas d'urgence.

. De tels accidents lorsqu'ils se produisent en dehors des horaires de l'activité médicale de l'UCSA, nécessite que la victime soit accueillie très rapidement par le service des urgences de l'hôpital lié par protocole, ou d'une façon générale, l'hôpital le plus proche de l'établissement pénitentiaire, pour évaluation du risque. De nombreux hôpitaux se sont dotés de dispositifs de prise en charge en urgence en cas d'exposition au sang, dont devraient bénéficier les agents de l'administration pénitentiaire.

. Au sujet d'éventuelles agressions, il est précisé que le danger de transmission de virus à la suite d'une piqûre avec une seringue confectionnée avec n'importe quel matériel (stylo bille,...) est extrêmement faible. En cas de tentative d'autolyse sanglante d'un détenu, l'utilisation de gants (ou en cas de grande urgence, d'un linge de protection) par les surveillants qui le secourent est indispensable.

. Les personnels pénitentiaires sont désireux, à juste titre que les **comités d'hygiène** et la **médecine du travail** prennent mieux en compte la spécificité de risques potentiellement plus importants dans la prison. Les équipements de protection - gants, désinfectants, masque si nécessaire - ne sont pas disponibles dans certains établissements, les attitudes à adopter immédiatement après une exposition au sang par

agression (faire saigner la plaie, laver le site d'inoculation,...) ne sont que peu connues des personnels. D'autre part, l'incarcération de détenus contagieux nécessite des mesures de protection spécifique et des règles d'hygiène strictes. Sur ce dernier point, les recommandations que formulerait le médecin de l'UCSA pourraient être essentielle. Il y a lieu d'organiser une **coordination médicale** - *médecine préventive et UCSA* - renforçant les comportements de protection sur le plan professionnel, faisant valoir le strict respect de mesures préventives, sans que soit transgressé le secret médical.

. Un tel dispositif d'urgence devrait bénéficier aussi aux personnels pénitentiaires qui interviennent en **milieu ouvert**, dans le cadre des Comités de Probation et d'Assistance aux Libérés (**CPAL**). Dans ces lieux, des toxicomanes s'injectent parfois des produits et abandonnent leurs seringues. La mise à disposition de petits **containers** pour récupérer les seringues usagées doit être recommandée et généralisée. De même, tout agent des CPAL victime d'une exposition professionnelle au sang devrait bénéficier d'un conseil médical très rapidement après un accident ou une agression.

. L'incarcération en nombre croissant de détenus séropositifs pour le virus de l'hépatite C doit entraîner une mobilisation de la médecine préventive dans les prisons ; or il n'en est rien.

. On peut regretter que la vaccination contre l'hépatite virale B (cf circulaire Administration Pénitentiaire du 7 juillet 1992) ne soit pas rendue obligatoire. De même, une étude sur le statut sérologique des personnels de surveillance vis à vis des hépatites devrait être organisée avec le concours des **syndicats des personnels**.

1.8. La trousse et recommandations d'hygiène à l'entrée (greffe)

. Outre les différents produits d'hygiène, elle doit comporter des **messages de prévention**.

. La brochure d'informations générales remise à l'entrée en détention, devrait comporter un **chapitre «santé et hygiène** », rassemblant des informations actualisées et simplifiées sur la prévention des risques d'infection, les mesures d'hygiène (et notamment l'hygiène bucco-dentaire), les risques dûs aux comportements toxicomaniaques. Chaque détenu doit acquérir un certain savoir, qui l'encourage à promouvoir sa propre santé et à avoir de lui-même une image plus positive*.

. Cette brochure doit signaler la possibilité de se procurer des préservatifs au sein de l'établissement pénitentiaire, et rappeler les risques de transmission de virus par relation sexuelle, par consommation de drogues notamment avec usage intraveineux ainsi que par d'autres pratiques (tatouage). L'opportunité de joindre des préservatifs à cette trousse est discutée page.

. Les produits d'hygiène élémentaire de la trousse de toilette initiale devraient être **renouvelés** périodiquement dans tous les établissements pour les détenus sans ressources.

**Le livret proposé à la maison d'arrêt de Strasbourg est exemplaire dans la mesure où il regroupe des fiches pratiques, réalisées avec la participation de détenus.*

1.9. Les préservatifs

. L'accès aux préservatifs dans les services médicaux (UCSA, SM-13 000, SMPR, cabinets dentaires) doit être généralisé, dans les pièces de consultation ou d'examen, dans les salles d'attente lorsqu'elles existent.

Il ne doit pas y avoir, sauf pour des motifs de sécurité, de « fouille à corps » d'un détenu quittant le service médical. Ainsi celui-ci devrait plus facilement se procurer des préservatifs sans craindre le contrôle d'un surveillant.

La plupart des équipes médicales rencontrées dans les maisons d'arrêt ne souhaitent pas que des préservatifs figurent dans la trousse d'hygiène remise à l'entrée en détention, en raison de traumatismes éventuels sur le psychisme des « primo-arrivants ». En centre de détention, ces craintes sont peut-être moins recevables.

. Les préservatifs doivent être disponibles dans les bureaux de consultations des UCSA, des SM-13000 et du SMPR, dans les cabinets des dentistes.

. Ils devraient également être obtenus dans les services socio-éducatifs.

. Il semble qu'il n'y ait pas lieu de placer des préservatifs au niveau des douches. Les rapports sexuels (homosexuels) qui peuvent s'y produire étant de toute évidence furtifs, il est préférable que les intéressés aient ces préservatifs avant même de se rendre à la douche.

. D'autre part, les programmes d'éducation concernant les risques de transmission virale devraient prendre en compte le fait que des

rapports sexuels (hétérosexuels) peuvent dans certains cas avoir lieu au niveau de parloirs libres.

. La brochure d'informations remise à chaque entrant devrait rappeler au chapitre « santé et hygiène » la possibilité d'obtenir des préservatifs dans les services médicaux.

. A chaque **permission**, des préservatifs avec lubrifiants doivent être remis aux intéressés.

. A la **libération**, les détenus doivent les trouver dans leur trousse de sortie. Cette trousse doit comprendre outre quelques produits d'hygiène, les adresses des structures de prise en charge médicale ou d'hébergement.

. Les préservatifs doivent également être disponibles dans les **centres de semi-liberté**.

1.10. Sexualité et détention : prévention des risques

. La sexualité en détention a fait l'objet d'un rapport récent (). Dans le cadre de la présente mission, deux orientations doivent être considérées :

- sur un plan sanitaire, l'importance de la prévention des risques d'une sexualité non protégée, quelles que soient les circonstances. L'existence de rapports sexuels dans la prison ne peut être niée,
- le développement de l'information des personnels sur les moyens de lutte contre la sexualité par contrainte (viol, agression sexuelle) et les comportements de prostitution liés à la misère psychologique et économique de certains détenus.

. Ainsi l'Administration pénitentiaire, comme le proposent les directives de l'OMS sur l'infection à VIH dans les prisons (mars 1993) se doit de renforcer la lutte contre les **comportements sexuels agressifs et ceux de prostitution**.

. La mission juge très souhaitable, en particulier pour les établissements où sont incarcérés des détenus condamnés à de longues peines (ne bénéficiant pas de permissions de sortie), que les réflexions consacrées aux concepts de **parloir intime** et **d'unités de visite familiale**, puissent aboutir à des projets concrets.

. Pour limiter les risques de contamination virale, il est proposé qu'il y ait une **étude d'envergure sur les risques de contamination par le VIH et les virus des hépatites en milieu carcéral**, qui permettrait des propositions de prévention mieux argumentées et plus ciblées.

1.11. Les vaccinations

. En prison, les vaccinations ne sont que rarement contrôlées, pour une population qui a majoritairement échappé au **Service National**, et même par destructuration sociale aux vaccinations scolaires. Il y a lieu de mettre à profit le séjour en détention pour contrôler les protections vaccinales, beaucoup s'avérant absentes ou incomplètes (lorsqu'elles sont recherchées !).

. Sont concernées les vaccinations **anti-tétanique** et **anti-polioïmyélitique, anti-rubéolique pour des femmes** non immunisées âgées de moins de 45 ans, contre **l'hépatite B**, ainsi que pour des adolescents **l'épreuve tuberculinique** suivie du BCG en cas de négativité.

. Le financement d'une stratégie incitative de vaccinations, du domaine de la solidarité vis à vis des plus démunis, pourrait relever des conseils généraux et régionaux. Un calendrier des vaccinations accélérées, tenant compte du temps moyen de prévention, devrait être élaboré et proposé au détenu, dès son incarcération. Nous proposons que ce calendrier soit étalé sur un maximum de deux mois au décours du premier mois d'incarcération. Une carte de type vacci-carte devrait être délivrée à chaque détenu, indiquant les vaccinations réalisées et celles programmées (carte délivrée par le centre hospitalier lié par protocole).

1.12. La tuberculose

. Malgré son caractère obligatoire, le dépistage de la tuberculose est loin d'être pratiqué systématiquement. Une enquête que le Haut Comité de la Santé Publique réalisat avant le vote de la loi du 18 janvier 1994, auprès de 128 établissements, indiquait que 79 pratiquaient un dépistage systématique (recherche de l'hypersensibilité à la Tuberculine et examen radiologique) ; 34 pratiquaient un dépistage orienté; 15 ne pratiquaient pas de dépistage. Cet état des lieux n'a que peu évolué. Le dépistage est plus fréquemment réalisé dans les grands établissements pénitentiaires, les établissements de petite taille ne disposant pas d'une salle de radiologie ou ayant un matériel vétuste. La nécessité d'un passage d'une unité mobile dans les départements qui actuellement ne proposent pas de moyens de dépistage, doit être à nouveau soulignée ; un appareil radiologique devrait être installé dans la plupart des sites aujourd'hui non aménagés.

. Pour les sujets infectés par le VIH, la surveillance doit être renforcée et répétée en cours d'incarcération.

. En milieu pénitentiaire, les pratiques de prévention de la transmission de la tuberculose doivent régulièrement faire l'objet

d'informations actualisées. La prise en charge du dépistage de la tuberculose (financement) relève des Conseils Généraux.

1.13. Le dépistage des autres maladies sexuellement transmissibles (autres que le VIH et hépatites)

. Les MST autres que le VIH et les hépatites restent mal connues en milieu carcéral, leur dépistage demeurant très variable et dépendant à la fois de la motivation des Conseils Généraux et des capacités de suppléance par l'unité de consultations et de soins ambulatoires. En pratique, ce dépistage est bien accepté. Sont assez fréquemment retrouvées les gonococcies, les végétations vénériennes et les infections à chlamydia. Dans les établissements pénitentiaires d'Outre-mer, les MST représentent une véritable préoccupation.

. Le temps de détention peut être propice à une information adaptée et orientée vers la prévention.

1.14. L'hépatite A

. Le taux de séroprévalence à l'égard du VHA en France est actuellement faible. Il est moins important cependant dans les populations en état de précarité d'où proviennent un nombre important de détenus.

Il conviendrait donc de :

- soit de proposer le dépistage de l'hépatite A au même titre que celui des autres hépatites,
- soit de vacciner d'une façon indiscriminée (sans conséquence chez les séropositifs A) contre le VHA (Havrix®).

Il semble que la vaccination contre l'hépatite A s'avère efficace contre les hépatopathies provoquées par le VHB et le VHC.

Les recommandations pourraient être un vaccin combiné bivalent A et B qui s'est avéré très immunogène (Twinrix®) (Havrix® + Engerix®).

. Le coût de ce vaccin serait inférieur à celui de l'Havrix® et l'Engerix®, prescrit séparément.

1.15. L'hépatite B

. Peu d'établissements pénitentiaires organisent ce dépistage et donc proposent une vaccination si elle est nécessaire. En cas d'ignorance du statut sérologique de l'hépatite B, la vaccination est à écarter, à cause de la prévalence élevée des marqueurs sérologiques dans la population pénitentiaire, et d'autre part de l'inutilité de cette attitude chez les sujets VIH+. Par contre, il est indispensable de mettre l'accent sur **l'individualisation** de la vaccination avec, lorsqu'elle doit être effectuée, la nécessité d'un programme complet avec rappel (faire en sorte qu'il puisse être poursuivi à l'extérieur). Cette vaccination doit être accompagnée de conseils de prévention.

. La campagne de prévention de l'hépatite B qui se déroule actuellement (organisée par la DGS - Sous-direction de la santé des populations) devrait être étendue à l'ensemble des établissements. Elle prévoit la recherche d'anticorps anti-HBs pour les détenus signalant qu'ils ont été vaccinés, et, pour tous, la recherche de l'antigène Hbs et des anticorps anti-HBc. Selon les résultats biologiques, les attitudes à adopter sont:

- éventuellement, injection de rappel pour les vaccinés,
- mise en oeuvre du protocole vaccinal pour les détenus non immunisés (2 injections à un mois d'intervalle et 1 rappel à 1 an).
- prise en charge par un spécialiste, des détenus ayant une hépatite chronique.

. Pour l'injection de rappel, il y aurait lieu de sensibiliser les structures amenées à prendre en charge d'anciens détenus (dispensaires des conseils généraux, services communaux d'hygiène et de santé, centres de soins spécialisés pour toxicomanes,...).

. Dans cette campagne, la surveillance de l'hépatite B en prison doit faire l'objet d'un recueil épidémiologique dans tous les établissements.

1.16. L'hépatite C

. En France, 500 000 à 650 000 personnes seraient infectées par le VHC, parmi lesquelles de nombreux toxicomanes. 20 à 40 % des modes de transmission ne sont pas connus. En milieu carcéral, la présence d'un nombre important d'usagers de drogues devrait conduire à proposer un dépistage systématiquement proposé du virus de l'hépatite C à chaque entrant ; proposition renouvelée si le détenu ne l'accepte pas lors d'une première consultation.

. La décision du médecin de l'UCSA, quant à l'opportunité et à la faisabilité d'un traitement, doit être relayée par l'avis d'un spécialiste. En raison des effets iatrogènes du traitement (interféron) et de sa durée, de la nécessité d'une ponction biopsie hépatique (laquelle pose le problème de l'extraction de l'intéressé pour une hospitalisation en hépato-gastro-entérologie), il y a lieu de personnaliser la décision en s'appuyant sur le taux de transaminases et la virémie, et de distinguer l'attitude à observer pour un prévenu et celle pour un condamné.

A sa libération, tout porteur d'une hépatite C doit être orienté vers un spécialiste susceptible de poursuivre sa prise en charge. Il doit lui être remis, à l'attention du référent hospitalier ou de ville, un document

donnant tous les renseignements utiles sur le statut sérologique et clinique ainsi que le niveau de prise en charge.

. En pratique, en ce qui concerne le dépistage, la prescription d'une sérologie de l'hépatite C doit être limitée à un test Elisa (raisons économiques et scientifiques). Chez les sujets immunodéficients, la PCR est seule capable de dépister avec certitude la présence du virus de l'hépatite C. Elle devra donc être prescrite. Comme pour d'autres explorations, tout résultat, même négatif, doit être remis au détenu par un médecin.

. Certains sérotypes de l'hépatite C n'étant pas sensibles à l'interféron, le chiffre des **transaminases** devra faire l'objet d'une surveillance accrue.

. La surveillance de l'hépatite C en milieu carcéral doit faire l'objet d'un développement des **études épidémiologiques** et permettre de mieux connaître les facteurs de contamination spécifiques aux toxicomanes. 20 % des modes de transmission du virus restent encore inconnus ou incertains; ceux qui seraient favorisés par des conditions de promiscuité et d'hygiène insuffisante ne sont donc pas à exclure.

. En cas de fibroscopies effectuées dans des unités de soins chargées de l'accueil des détenus ou d'actes de petite chirurgie ou de chirurgie dentaire dans les UCSA, les règles d'asepsie et de stérilisation vis à vis du risque de transmission du VHC doivent être strictement respectées.

1.17. Hépatites en prison : de la prévention et du traitement éventuel des hépatites en milieu carcéral

. Le coût d'un dépistage du virus de l'hépatite C et les conseils de prévention prodigués à un détenu, particulièrement exposé à un risque de contamination ou non, sont sans rapport avec le coût de la prise en charge d'une infection avérée ; qui plus est avec l'indemnisation par la société d'un préjudice qui aurait été « acquis » dans l'enceinte même de la prison. La surveillance médicale d'un portage chronique du virus C est d'un coût moindre que celui d'une hospitalisation pour une cirrhose hépatique. Si la prise en charge du VIH en milieu pénitentiaire est désormais correctement appréhendée, il n'en va pas de même pour celle du virus de l'hépatite C.

. La DGS, les DDASS et les Conseils Généraux, avec les équipes médicales les plus concernées, devraient très rapidement engager une vaste réflexion sur les conséquences de la forte prévalence des virus des hépatites chez les détenus, s'agissant plus particulièrement de la définition des priorités budgétaires et des recommandations d'ordre thérapeutique. Dans l'immédiat, nous proposons qu'une partie des crédits ciblés pour le dépistage du VIH dans le cadre des CDAG (UCSA et SM-13 000 nous semblant, dans le cadre de leurs budgets actuels, à même de renforcer leur intervention dans ce domaine), soit redéployée pour proposer dans l'ensemble des établissements pénitentiaires un dispositif plus incitatif à l'égard du dépistage des virus B et C, ainsi que de la vaccination contre l'hépatite B. Prochainement, les autorités sanitaires, à partir des résultats de plusieurs études en cours, devraient pouvoir proposer une première approche du coût des examens et des thérapeutiques qui seront nécessaires aux détenus séropositifs pour le virus C.

. La mise en oeuvre d'un schéma cohérent de prise en charge de ces patients doit aussi faire l'objet d'une mobilisation de l'ensemble des partenaires sanitaires signataires de protocoles, en particulier « somatiques ». Ainsi, les centres hospitaliers signataires devraient rechercher les modalités d'affectation de moyens supplémentaires dans le milieu pénitentiaire - *emplois non médicaux, vacations médicales, postes médicaux à temps partiel* - afin que soient mieux prises en compte les conséquences d'un nombre important de dépistages positifs par rapport au virus de l'hépatite C (nécessité d'une continuité des soins renforcée,...), la prise en charge des sujets addictifs s'en trouvant encore plus complexe.

1.18. Les tatouages

. La possibilité de transmission du VIH et de l'hépatite C par ce biais ne peut pas être exclue. Dans une étude effectuée dans les prisons de Lyon sur 100 entrants, concluant à un taux de séropositivité de près de 20 % pour le virus B, de 10 % pour le virus C ; 25 % des détenus écroués avaient des tatouages, pour la plupart effectués dans des conditions « artisanales ».

. La pratique des tatouages en prison devrait faire l'objet d'une information sur les risques encourus en particulier à l'égard du virus de l'hépatite C et à moindre degré du tétanos.

1.19. Les soins dentaires

. **L'état dentaire désastreux** de la population détenue précéde son arrivée à la prison. Il constitue un indicateur de précarité. La détention est souvent la première occasion d'une consultation dentaire. Mais la prison a aussi une part de responsabilité car lorsque les soins dentaires sont d'accès difficiles, elle pérennise les caries et souvent les aggravent.

La loi du 18 janvier 1994 a répondu à cette lacune (avec notamment l'équipement de nombreux cabinets dentaires par du matériel de qualité) mais le dispositif mis en place reste peu opérationnel ou insuffisant.

. De nombreux sortants de prison retrouvent des situations de grande précarité, sans que leurs problèmes bucco-dentaires aient été pris en charge durant la détention. Avec une bouche édentée, ils n'ont aucune chance de faire « bonne figure » lors d'un entretien d'embauche.

. En ce qui concerne les petits établissements, lorsqu'il n'existe pas de cabinet dentaire, l'hôpital lié dans le cadre du protocole doit prendre en charge les détenus souffrant de caries ou autre, **le plus rapidement possible.**

. Les douleurs dentaires d'une façon générale sont encore trop souvent tardivement prises en compte. Les maux dentaires des séropositifs pour le VIH doivent faire l'objet d'un suivi attentif.

. Des soins de chirurgie-dentaire ont été prévus par la circulaire du 8 décembre 1994 mais ils sont difficiles à mettre en oeuvre tant les besoins immédiats (caries) sont importants .

Un équivalent temps plein de chirurgie dentaire pour 750 détenus est une proposition qui doit être considérée comme le minimum requis en milieu carcéral, notamment si l'on prend en compte les besoins de prothèses.

. Afin d'accroître les chances de réinsertion des personnes n'ayant que de faibles revenus, il est proposé que la Direction des Hôpitaux, l'Administration pénitentiaire, les représentants de conseils généraux et de DDASS, les organismes de mutuelle, réfléchissent à des modalités de prise en charge d'une partie (selon les revenus des détenus) du coût des

prothèses indispensables ; les pécules des détenus servant à compléter leur financement. Il convient de rechercher des sources de financement complémentaire pour les détenus indigents.

. Il y a lieu de s'assurer que les soins dentaires débutés à l'intérieur de la prison pourront être **poursuivis à l'extérieur**. En ce qui concerne les prothèses dentaires, les prix étant libres, on conseillera aux sortants de prison de se rendre dans des centres de soins dont la liste sera donnée par l'UCSA (ou le SM 13 000) et remise au détenu avant sa libération avec le **relevé précis des soins effectués en prison** (sans repérage possible du lieu où ils ont été pratiqués) et la date de ceux-ci.

. Lorsque deux établissements pénitentiaires sont établis dans les mêmes villes ou à proximité, il est proposé de créer un « **deuxième fauteuil** » et de disposer ainsi **d'un fauteuil par site**, même si le chirurgien dentiste est le même.

1.20. Les hospitalisations

. Outre le dispositif actuel (essentiellement l'EPSN de Fresnes, Les Baumettes, l'unité sécurisée de l'hôpital Jules Courmont), les hospitalisations vont être favorisées par la création d'unités **inter-régionales** d'hospitalisation (première tranche budgétaire disponible en 1996). Ces unités auront aussi à prendre en compte les besoins de **convalescence** (par exemple à la suite d'une infection opportuniste du Sida) de certains détenus.

. En matière d'hospitalisation, plusieurs problèmes sont à évoquer:

- les difficultés de mise en place par le ministère de l'Intérieur de gardes statiques dans les centres hospitaliers : elles sont à l'origine de difficultés d'hospitalisation des détenus, voire de retards. Ces

difficultés ne permettent pas une application complète des protocoles. Un groupe interministériel devrait faire prochainement des propositions à ce sujet.

- les retours sur les détentions d'origine à la sortie de l'EPSN de Fresnes ne se font qu'en fonction de délais de plusieurs jours à plusieurs mois. Il n'est pas rare que des détenus lésés par ces pratiques refusent les soins prescrits, au motif que les conditions de détention au centre pénitentiaire (« grand quartier ») de Fresnes leur paraissent moins satisfaisantes que celles de leur détention d'origine. Par ailleurs, étant transitaires, ils n'ont qu'un accès réduit aux ressources de la prison, restent éloignés de leur famille...

Après une hospitalisation à l'EPSN de Fresnes, il pourrait être proposé :

- que le retour direct sur la détention d'origine ait lieu systématiquement lieu dans un **délai inférieur à 48 heures** après la sortie d'hospitalisation, pour les détenus incarcérés dans les établissements de la région parisienne ;
- et une attente limitée au centre pénitentiaire de Fresnes pour les détenus venant de province, avec accord ministériel afin qu'ils bénéficient du premier transfert national prévu.

. Sur un autre plan, la mission appuie les choix qui visent à faire de l'**ESPN de Fresnes**, un **hôpital à part entière**, dont le directeur ne relèverait pas de l'administration pénitentiaire mais de l'administration hospitalière. Elle appuie également tout projet de **restructuration de cet hôpital**, sur la base prioritaire de la **régionalisation** (Île-de-France).

A contrario, elle regrette qu'un projet de création de lits d'aigu (3 unités d'hospitalisation) à l'**hôpital des Baumettes** n'ait pas été pris en compte.

1.21. Les consultations spécialisées

. Les équipes médicales doivent, dans les meilleurs délais, organiser l'accès aux consultations spécialisées qui ne peuvent être réalisées sur place. Il doit être rappelé à l'Administration que les contraintes d'extraction ne devraient pas avoir de conséquences sur les délais de réalisation des soins.

. Sauf impératif majeur de sécurité, les consultations doivent se dérouler hors la présence des surveillants dans la pièce de consultation ; sans que les détenus soient entravés. Pour les détenus qui ne sont pas (plus) susceptibles de troubler l'ordre (malades presque grabataires,...), les entraves devraient être ôtées à l'entrée du service médical.

. En ce qui concerne l'infection à VIH, il est indispensable que les détenus dont le nombre de lymphocytes CD4 par mm³ est inférieur à 100, fassent l'objet d'un **bilan ophtalmologique** régulier, effectué par un médecin intervenant au titre du CISIH ou un autre spécialiste. De même, les détenus atteints d'une infection par le VIH ayant un déficit immunitaire prononcé doivent pouvoir bénéficier d'un **suivi neurologique**.

. Les consultations des CISIH demeurent nécessaires mais il y a lieu de promouvoir dans des établissements où ils n'interviennent pas, la participation de médecins hospitaliers spécialistes ou de généralistes de ville expérimentés. Par ailleurs, ces prises en charge spécialisées constituent une garantie pour la continuité des soins à la sortie de prison.

. La mission des médecins des CISIH ne prend de sens que si elle s'inscrit dans une **démarche globale** : au niveau de l'établissement sur la base d'un projet de soins, de prévention, d'épidémiologie et de

formation ; au niveau du sujet malade qui nécessite une prise en charge médicale, psychologique et sociale coordonnée.

. Ce paragraphe ne peut être abordé sans poser la question des **difficultés de recrutement de spécialistes** (chirurgiens dentistes, ophtalmologues,...), en raison du prix d'une vacation hebdomadaire peu attractif comparé aux honoraires correspondant à une activité en ville. Or, l'activité se prolonge après la consultation avec la rédaction de compte-rendus, des contacts avec des confrères Deux questions se posent, d'une part la participation de médecins à des diplômes prenant en compte les spécificités de la médecine en milieu carcéral (cf D.U. « éthique et médecine en milieu carcéral proposé par la faculté de Paris VI), d'autre part, une réflexion sur le statut de médecins en prison qui ne sont ni plein temps ni mi-temps hospitaliers.

. Tout doit être entrepris pour que des traitements et une relation thérapeutique initiés en prison soient poursuivis sans interruption à l'extérieur. L'orientation des patients doit être proposée à la fois vers les centres spécialisés et/ou le médecin généraliste ou spécialisé de ville.

1.22. Les traitements, dispensation des médicaments

. Les traitements ne doivent plus être distribués sous forme de fioles. Malgré tout, plusieurs établissements pénitentiaires conservent cette forme de dispensation. Les hôpitaux qui n'ont pas encore assuré le passage de la fiole à la forme galénique doivent le faire rapidement et doivent être rappelés au respect de la Loi.

. La mise en place, en milieu carcéral, d'un dispositif médical et infirmier cohérent, doit permettre d'assurer la **prévention, le diagnostic rapide et le traitement des infections opportunistes du Sida**. Les antirétroviraux doivent être disponibles dans des conditions

rigoureusement identiques à celles en vigueur à l'extérieur, qu'il s'agisse des traitements faisant l'objet d'une AMM, ou d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), de cohorte ou nominative !

. La complexité des prescriptions thérapeutiques antirétrovirales nécessite de s'assurer de la **compliance** des patients aux traitements, en raison des risques de toxicité médicamenteuse et de développement de résistances.

. Les termes du **décret n° 72-852 du 12 septembre 1972** (article D. 380 du code pénal) indiquant que « *les détenus ne peuvent être soumis à des expériences médicales et scientifiques susceptibles de porter atteinte à l'intégrité de leur personne physique ou morale* » peuvent s'avérer être un obstacle à la prescription d'une molécule en phase d'évaluation « pré-AMM » (ayant donc une forte présomption d'efficacité), à un malade (incarcéré) ne pouvant plus bénéficier d'aucune thérapeutique reconnue (intolérance ou échec thérapeutique). Lorsqu'elles concernent l'infection à VIH et les infections opportunistes du Sida, ces demandes de traitement formulées auprès de l'Agence du médicament ou directement auprès des firmes pharmaceutiques, doivent être honorées dès lors qu'elles sont **validées par un comité des antirétroviraux** siégeant dans le CISIH dont dépend l'hôpital conventionné à l'UCSA.

. Si un patient participant à un protocole thérapeutique vient à être incarcéré, il devra bénéficier « en ouvert », du traitement en cours d'évaluation qu'il obtenait. L'UCSA prendra tous contacts en ce sens et tiendra informée l'équipe médicale chargée du suivi de recherche clinique.

. Dans les conditions actuelles de surpopulation et en raison de risques de transmission de pathologies infectieuses, **l'interdit sur les essais cliniques devrait être levé** pour évaluer, dans le cadre de

protocoles, l'intérêt de thérapeutiques susceptibles de comporter un bénéfice direct (article L 209-5 du code de la santé publique), en particulier pour les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative (ici des détenus malades). Cette disposition devrait favoriser la réalisation de certains protocoles de type prophylactique, par exemple vis à vis des mycobactéries affectant les sujets immunodéprimés. S'agissant des protocoles ayant pour objet les thérapeutiques antirétrovirales, l'augmentation du nombre de molécules aujourd'hui disponibles et les différentes stratégies médicamenteuses qui en découlent, rendent moins indispensable la conduite de telles études en milieu pénitentiaire. D'autant que ces recherches supposent « une organisation rigoureuse, un environnement hautement scientifique, un personnel spécialisé et ne sont donc pas réalisables à partir de tous les établissements de santé * ». Reste que le médecin investigateur a la charge de définir les critères d'inclusion et en particulier « de s'assurer de la garantie de stabilité de la personne malade durant l'essai ».

. Le problème de la dispensation des **traitements de psychotropes** est analysé dans la partie du rapport traitant de la toxicomanie (cf p.).

1.23. Transfert vers un autre établissement pénitentiaire

. Il est régulièrement constaté que les transferts de détenus d'un établissement à un autre, sont la cause de ruptures de traitement, de difficultés de communication d'informations entre équipes médicales, en particulier lorsque les détenus sont l'objet de soins très spécifiques. Les dispositions relatives au respect du secret professionnel devraient être renforcées dans ces circonstances qu'elles soient nécessitées par une décision administrative ou sanitaire.

**Lettre du Pr Jean François Girard datée du 28 octobre 1996 adressée Nectar au président de l'association Act-Up*

Les transferts ne devraient plus être effectués sans communication du dossier médical et d'une dotation en médicaments (de manière confidentielle) afin d'éviter toute interruption des soins.

. La généralisation des télécopies dans les services médicaux devrait pallier ces difficultés en permettant le transfert immédiat de renseignements médicaux hors toute intervention administrative.

1.24. Nutrition et carences alimentaires

. Actuellement, dans quelques établissements pénitentiaires interviennent des diététiciennes. Les hôpitaux doivent favoriser ces **consultations avancées** afin de mieux prendre en compte la qualité nutritionnelle des repas des personnes détenues, de favoriser la prévention de certains types d'amaigrissement ou plus souvent d'obésité, de conseiller les équipes médicales. Il y a lieu notamment de renforcer la prévention des carences en produits laitiers.

. Dans les établissements pénitentiaires de grande taille, les hôpitaux de rattachement devraient, outre les contrôles nutritionnels mensuels, proposer régulièrement des consultations de diététique. Dans les petits établissements, le rôle premier de la diététicienne doit être d'offrir un contrôle périodique des menus ; ainsi qu'au moins une fois par mois de conseiller les détenus ayant une alimentation carencée.

. Les menus hebdomadaires devraient être « visés » non seulement par l'autorité administrative, ce qui est le cas, mais également par le médecin chef du service médical.

1.25. Les femmes

. Les femmes en prison (3000 sur 55 000) sont fréquemment issues de milieu défavorisé et désinséré. En maisons d'arrêt, la population féminine est souvent toxicomane, fragilisée physiquement et psychologiquement.

Des moyens mieux adaptés permettraient de prendre en compte globalement, abord thérapeutique et social des addictions, y compris l'alcool, demande de soins, prévention des infections, **suivi gynécologique**. Les difficultés les plus aiguës surviennent à la libération, où l'accompagnement psycho-social fait souvent défaut pour éviter les rechutes (prostitution, toxicomanie ...).

La proportion de **femmes étrangères** dans la population carcérale ne cesse de s'élèver.

1.26. Les jeunes détenus

. La délinquance de ces adolescents devraient mobiliser davantage les services de pédo-psychiatrie.

. Les très jeunes enfants, nés dans la prison, de mère infectée par le VIH ou par le VHC, parfois eux-mêmes infectés, ne bénéficient dans la plupart des cas, d'une prise en charge médicale et psychologique adaptée.

1.27. Les étrangers

. Il convient de s'interroger sur l'opportunité de maintenir dans les établissements pénitentiaires des étrangers dont la seule infraction est constituée par une présence irrégulière sur le sol français. Certains de

ceux-ci, détenus, sont atteints d'une maladie grave (sida, diabète, cancer,...) Les modalités d'application de la législation dite « Lois Pasqua » se trouvent parfois en opposition avec des impératifs strictement sanitaires. Dans le cadre de la présente mission, cette question concerne plus particulièrement la sortie de prison et la prise en charge sanitaire qui doit en découler (cf chapitre suivant).

. Dans tous les cas, les étrangers, dont la situation est précaire, doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique adapté à leur culture et à leur situation juridique.

1.28. Les détenus travestis et transexuels

. Cette population, tenue à l'écart dans la détention, doit faire l'objet d'une attention particulière. Ces détenus ne bénéficient souvent pas d'un réseau de relations extérieures. Ils ne sont pas admis pour des raisons de sécurité à travailler en établi. De ce fait, ils ne peuvent acquérir des produits de base (produits d'hygiène notamment).

Le nombre de ces détenus, peu élevé, devrait permettre de satisfaire les besoins élémentaires, pour contribuer ainsi à briser leur isolement au sein des établissements.

. Au plan sanitaire, ils doivent être suivis avec une plus grande attention compte-tenu de leur fragilité psychologique, des difficultés de poursuite du traitement de base (hormonal) dans l'environnement carcéral, de leur souffrance psychique, accrue par la solitude.

. A Fleury Mérogis, où ils sont habituellement regroupés (au moins jusqu'à des incidents graves récents), les promenades considérées comme pouvant déclencher des incidents avec les autres détenus leur sont interdites. Il convient donc de rechercher une **activité de plein air** et de favoriser les **activités sportives** afin de rétablir un équilibre physique

et un nycthémère souvent inversé (lettre d'Irena Milewska, Croix Rouge Française) ().

. Si leur **enfermement** se double d'un **isolement** de fait, il est indispensable que dans le quartier qui leur est réservé, un **espace de détente et de convivialité** soit aménagé.

1.29. Coordination locale. Complémentarité des intervenants sanitaires

. La nécessité d'assurer une qualité de soins comparable à celle existant à l'extérieur fait nécessairement appel à des intervenants de plusieurs institutions : UCSA (ou service médical dans les établissements à gestion mixte), CDAG, CISIH, SMPR et centres de soins aux toxicomanes dans les centres pénitentiaires les plus importants, associations de soins et d'aide aux toxicomanes avec lesquelles une convention a été conclue. Intervient également le Conseil Général dans le cadre de missions de prophylaxie.

. Il y a nécessité dans les établissements pénitentiaires de structurer une plus grande coopération entre somaticiens et psychiatres. Celle-ci peut revêtir diverses formes, de la rencontre institutionnelle régulière aux réunions de dossiers cliniques rassemblant les différents intervenants. Cette « rencontre -passerelle », distincte du comité de coordination, créée dans le cadre de la circulaire de décembre 1994, doit faciliter le travail en équipe. La liaison de ce travail d'équipe devrait relever des prérogatives du chef de service de l'UCSA.

. Dans les établissements ayant un SMPR, leurs chefs de service doivent être associés à ce travail de liaison. L'idée d'un praticien hospitalier « de liaison » est à privilégier dans les établissements ayant des structures mixtes UCSA et SMPR.

1.30. Coordination régionale

. A l'échelon de la Région Pénitentiaire, il y a lieu de créer une commission de suivi chargée d'améliorer la prise en charge sanitaire, médico-psychologique et sociale des détenus, d'identifier et prévenir les dysfonctionnements, de confronter les différentes expériences locales, d'harmoniser les suivis médicaux. Cette structure devrait apparaître comme un outil de réflexion, de concertation et d'évaluation.

1.31. Coordination nationale

. La Loi du 18 janvier 1994 constitue une révolution sanitaire dans les prisons françaises, sans pour autant être considérée comme une proposition figée. Le rôle de cette commission serait de contrôler l'application de la loi sur le plan sanitaire et de formuler des propositions en vue de l'adapter ou de l'améliorer. Son rôle serait, en outre, d'établir un lien entre tous les responsables sanitaires afin de s'assurer de la cohérence de la politique sanitaire dans le monde carcéral. Il pourrait être nommé conjointement par les deux Ministères concernés, avec un mandat de 3 à 5 ans.

1.32. Soins aux toxicomanes incarcérés

. Rappelons que les réflexions de la mission se situe dans le cadre légal en vigueur. Les questions relatives à la **dépénalisation** ou à la **légalisation de l'usage de drogues** ne seront pas abordées car elles ont déjà été discutées dans des commissions précédentes (Rapport Trautmann, Commission Henrion,...) et sont trop complexes pour être véritablement traitées dans le cadre de notre mission.

. L'incarcération des toxicomanes conduit à faire le constat suivant : **la détention n'est pas le traitement de la toxicomanie.** Elle maintient la marginalisation et l'exclusion des toxicomanes et ne régle pas les problèmes de dépendance, ni de rechute toxicomaniaque. La détention a pour signification de sanctionner une conduite délictueuse. Tous les professionnels de santé intervenant auprès des toxicomanes reconnaissent les difficultés croissantes de soins et de prise en charge.

. La politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues », soutenue ces dernières années par les pouvoirs publics, a conduit à accroître l'offre de soins sanitaire et social en direction des toxicomanes incarcérés ou non. On constate actuellement une diminution des contaminations par le VIH dans le groupe des usagers de drogues par voie intra-veineuse et une diminution du nombre de décès par surdose. Parallèlement, on note une augmentation de la demande de soins et de prise en charge sociale.

Cependant, malgré une incontestable amélioration, ces efforts restent insuffisants. Le nombre des centres spécialisés est encore trop limité. Ceux-ci font face à un afflux de demandes qu'ils ne peuvent assurer.

Par ailleurs, on peut regretter que d'autres formes de prises en charge, par exemple dans des communautés thérapeutiques, n'aient pas été favorisées alors que la Commission Henrion les demandait.

Elargir l'offre de soins et de prise en charge sociale en matière de toxicomanie est une nécessité de santé publique qui a un coût. La détention également coûte chère*. En développant l'offre de soins, on réduit à terme le nombre de détentions pour plusieurs raisons :

- en offrant au Parquet une alternative : l'application de la loi de 1970 dans laquelle l'injonction thérapeutique diffère ou suspend l'application de la peine ;
- en diminuant pour une part les conduites délictueuses liées à l'usage de drogues qui créent un préjudice important pour la société.

Malgré la faiblesse du dispositif prévu dans l'application des injonctions thérapeutiques, il convient de rappeler que, plus d'une fois sur deux, elle permet un premier contact avec le dispositif de soins (centre de soins aux toxicomanes ou consultations psychiatriques).

. Il est important de favoriser les premiers contacts avec le dispositif de soins spécialisés dès la comparution en flagrant délit . A ce titre, nous pourrions proposer :

- la constitution d'une équipe mobile sur la période de la comparution au tribunal
- le renforcement des moyens des centres pour assurer le suivi effectif des injonctions thérapeutiques.

* *environ 500 F par détenu et par jour*

. Si la détention est décidée, il faut profiter du temps de détention pour ne pas aggraver la situation sanitaire des toxicomanes, mais au contraire, offrir une chance de démarrer une prise en charge. Il n'est pas réaliste d'imaginer solutionner l'ensemble des problèmes des toxicomanes à partir des seuls **Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes** (anciennement Antennes Toxicomanies). En revanche, le détenu doit pouvoir rencontrer à l'intérieur de la prison un intervenant, qui sera capable de l'aider à accéder à des soins, et à construire un projet de réinsertion.

. Il importe qu'un « bilan de la toxicomanie » puisse être établi très tôt, et même dès la visite sanitaire initiale. La mise en place d'un suivi médico-psychologique cohérent et régulier du toxicomane durant sa détention est souvent compromise, insatisfaisante par le manque de moyens, par un travail de liaison insuffisant entre somaticiens, psychiatres ou psychologues, mais aussi d'aléas divers qui émaillent la vie carcérale (interruption brutale du suivi pour cause de transfert, de libération non préparée, etc...).

. Compte tenu de la diversité des problèmes psychologiques, ou psychopathologiques à l'origine de conduites addictives, les suivis thérapeutiques doivent être diversifiés; du sevrage physique à la prise en charge psychothérapeutique, de la prévention d'un syndrome dépressif et des décompensations psychiatriques à la prescription d'un traitement psychotrope, de la poursuite d'un traitement médical de substitution initiée avant l'incarcération ou encore la primo-prescription d'un traitement de substitution durant la détention.

. Les missions des Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) (décret du 29 juin 1992), situés dans les principales maisons d'arrêt, sont nombreuses et induisent une charge de travail importante. Ces Antennes « Toxicomanies » se fixent des objectifs qu'elles développent en fonction de situations locales. Cette spécificité doit être conservée. Elles ont néanmoins des objectifs communs :

- soutien psychologique aux protocoles de sevrage;
- travail psychothérapeutique, notamment pour prévenir les récidives ;
- participation aux actions de réinsertion sociale avec mise en place de relais ;

- surveillance épidémiologique (les CSST offrent un accès aux soins à près de 70 % de toxicomanes qui n'ont jamais été en contact avec les centres de soins spécialisés).

. Ces missions s'insèrent dans le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire dont l'organisation implique les SMPR (au nombre de 20) auxquels sont rattachés les CSST, les secteurs de psychiatrie générale dans les établissements non pourvus de SMPR, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile si nécessaire.

. Dans les établissements pénitentiaires, en particulier dans les maisons d'arrêt, les moyens médicaux sont insuffisants à la fois pour un diagnostic des toxico-dépendances à l'entrée en détention et les propositions thérapeutiques qui en découlent. Cependant, le manque de moyens n'explique pas la totalité des difficultés.

. Souvent, les équipes médicales en sont réduites à répondre au cas par cas à des prescriptions de confort ou de sécurité; les demandes importantes d'anxiolytiques et de somnifères conduisent à s'interroger sur « la place du support médicamenteux dans le déroulement de l'incarcération »; « les surveillants vivraient les psychotropes comme une aide dans leur travail » (*M. Jaeger et M. Monceau in La consommation des médicaments psychotropes en prison*) (),

La circulaire du 3 avril 1996

. La circulaire DGS/DH n°96-239 du 3 avril 1996, sur les orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes, met l'accent sur le développement de la «logique de travail en réseau» en liaison avec les centres spécialisés de soins aux toxicomanes, extérieurs. Leur implication en milieu pénitentiaire doit être développée. Dans les établissements dépourvus de CSST, des moyens pourront être accordés

aux équipes des secteurs de psychiatrie afin de favoriser cette coordination.

. Cet objectif nécessite de renforcer la coopération actuelle afin qu'elle constitue un maillage sanitaire cohérent durant l'incarcération, et au moment de la sortie. Les recommandations que nous formulons visent en priorité le cadre des soins institutionnels situés dans la prison, les pratiques cliniques et la préparation médicale de la sortie.

1.33. Modalités du bilan initial des conduites toxicomaniaques et des toxicodépendances actuelles

. Ce bilan initial est essentiel à toute prise en charge durant la détention. S'il est négligé ou effectué dans des conditions superficielles, on ne pourra distinguer les abus occasionnels des dépendances actuelles des usages, ni les conséquences des toxiques utilisés. La mise en oeuvre d'un protocole de sevrage « médian » se révèlera en général inadaptée.

. La nécessité d'évaluer cliniquement des polytoxicomanies associant héroïne à des benzodiazépines, amphétamines, barbituriques (ortenal), nécessite à la base de réunir différents critères cliniques (anamnèse, examen pour déterminer les traces d'injection ou d'abcès, apparition précoce des signes du syndrome de manque) et un critère biologique par la recherche de la présence de substances toxiques dans les urines.

. Les héroïnomanes consomment massivement des produits codéinés, utilisés en auto-substitution. L'alcool est également une co-intoxication majeure.

. L'arrêt brutal d'une consommation de cocaïne ne provoque pas de syndrome de manque physique intense mais des troubles en rapport avec l'importance de la dépendance psychique.

. La plupart des toxicomanes sont aujourd'hui des polytoxicomanes, avec des durées de dépendances variables en fonction des effets recherchés. Elles ont des conséquences prévisibles sur l'incarcération et l'initiation d'une demande de soins.

1.34. Moyens des équipes médico -psychologiques

. En préalable, il faut rappeler que les moyens médicaux et non médicaux de plusieurs SMPR ont été réduits au cours des dernières années ou ne sont pas pourvus en totalité (Metz, Bois-d'Arcy).

. Il y a nécessité de renforcer les moyens mis à la disposition des CSST et des intersecteurs toxicomanies, notoirement insuffisants dans les maisons d'arrêt, mais également dans des établissements de taille moyenne où n'exercent que des psychiatres vacataires.

. Dans la totalité des établissements pénitentiaires visités, les centres de soins aux toxicomanes disposaient de moyens insuffisants pour prendre en charge les détenus qui en font la demande (parfois deux mois d'attente pour un premier rendez-vous ou premier contact). C'est la situation rencontrée à *Loos*, aux *Baumettes* où l'équipe médico-psychologique « en est arrivée à un point de saturation de sa force de travail qu'elle ne peut plus supporter une augmentation de sa file active ». Aux *Baumettes*, un millier de toxicomanes a été incarcéré en 1995 ; l'antenne *Toxicomanies* n'a pu en rencontrer que 583 ! A *Fleury-Mérogis*, selon les bâtiments, 10 à 40 % des sujets allèguent une toxicomanie actuelle mais il est impossible qu'ils soient pris en charge sur la base des moyens disponibles.

. L'absence habituelle de médecin au sein des centres de soins spécialisés aux toxicomanes est un grave problème lorsque ces antennes ne sont pas rattachées à un SMPR proche. Les CSST nécessiteraient une coordination médicale afin de renforcer l'articulation avec l'ensemble du dispositif spécialisé des soins en prison.

. Des établissements comme la maison d'arrêt de *Rennes*, ou de *Metz* sont dotés de moyens insuffisants ; pourtant, la constitution d'antennes de lutte contre les toxicomanies avec coordination médicale est la réponse la mieux adaptée. Le renforcement de ces équipes pourrait faire l'objet d'une réflexion de la part des centres hospitaliers spécialisés et des centres hospitaliers généraux et universitaires concernés en vue de la mise en commun de moyens. Il convient de promouvoir, avec l'aide des DDASS, des coordinations médicales « originales » auprès des UCSA et des SMPR, dans le cadre de détachements statutaires correspondant à des tiers ou des mi-temps de praticien hospitalier, psychiatre, comme c'est le cas à la maison d'arrêt de *Nîmes* sur la base d'une convention inter-établissement.

. Il conviendrait également que les établissements du programme « 13 000 (notamment *Nanterre* et *Osny*) où sont détenus de nombreux toxicomanes dépendants, soient dotés de centres de soins spécialisés. Ces CSST se verrraient confier les missions actuellement assurées par des associations spécialisées de soins aux toxicomanes, dans un cadre conventionnel trop souvent limité par le provisoire des structures et le bénévolat associatif.

1.35. Protocoles médicamenteux de sevrage

. L'accès au sevrage volontaire dans des conditions de suivi médico-psychologique satisfaisantes en moyens est une autre priorité révélée par cette mission.

. Il n'y a pratiquement aucune évaluation épidémiologique en France concernant les sujets qui effectuent en prison un sevrage complet, de même le **maintien de l'abstinence à la sortie est très mal connu**. Les rares évaluations des sevrages montrent qu'une faible proportion (10 à 20 %) restent abstinents au bout de quelques mois après la sortie de la détention.

. A titre d'exemple, le SMPR de *Fresnes* propose le protocole de sevrage suivant :

. pour les **héroïnomanes** :

.symptômes forts :

- mépronizine (0 - 0 - 2) durant 15 jours, Valium® 10mg (1 - 0 - 2) durant 8 jours, Spasfon® (2 - 0 - 2) durant 4 jours, Antalvic® (2 - 0 -2) durant 4 jours

.symptômes faibles :

- Lysanxia® 40 (1 - 0 - 1) durant 8 jours, Noctran® 10 (0 - 0 - 1) durant 10 jours, spasfon (2 - 0 - 2) durant 4 jours, antalvic (2 - 0 -2) durant 4 jours.

- pour les **consommateurs de crack**:

.prescription de Tercian®

- pour les consommateurs de Néocodion® lorsque persiste la douleur, le Spasfon® et l'Antalvic® peuvent être poursuivis durant plusieurs jours...

1.36. Lit de sevrage en hospitalisation au SMPR

. Tout sevrage volontaire devrait faire l'objet d'un suivi régulier ; il est proposé, dans les établissements pénitentiaires où les SMPR bénéficient d'une structure d'hospitalisation, d'identifier un ou deux **lits**

de sevrage afin de prendre en charge des polytoxicomanies complexes du type benzodiazépine, associées à des situations d'alcoolisme et à des états dépressifs ou décompensations psychiatriques graves de type psychose carcérale.

. Au sein des SMPR, des hospitalisations de courte durée - une demi-journée - pourraient être développées afin que les détenus toxicomanes concernés puissent bénéficier d'une prise en charge psychologique. Cependant, les **risques de surdoses relatifs à la reprise d'héroïne** après un sevrage doivent être clairement indiqués au patient.

1.37. Autres difficultés

. Le trafic et la consommation des psychotropes est un problème majeur en établissement de courte peine. En conséquence, les équipes de soins n'observent que rarement de *syndrome de manque aigu* ; en revanche, les troubles du sommeil, conséquence de conduites toxicomaniaques antérieures, sont fréquents et aggravent les risques d'automédication et de trafic entre détenus.

. Autre problème, dans certains de ces établissements, comme les centres d'affectation nationale, l'orientation du détenu toxicomane en fin de peine, à proximité de son futur domicile, doit être facilitée pour permettre la continuité des soins en CSST de ville alors que cette solution est souvent écartée par le JAP pour des raisons sécuritaires. Faciliter les décisions judiciaires après concertation avec le médecin référent en prison.

1.38. Coordination entre UCSA et SMPR

. Une coordination des structures de soins a été rappelée à plusieurs reprises. Elle doit faire l'objet d'un véritable projet de services. L'un des projets du SMPR de la maison d'arrêt de Metz a permis le

détachement d'une infirmière du SMPR à l'UCSA, afin de coordonner les pratiques infirmières des deux équipes.

1.39. Prescriptions de psychotropes

. La Loi du 18 janvier 1994 a mis un terme à la distribution des médicaments psychotropes en fiole. Le nouveau dispositif vise à responsabiliser les détenus mais il aboutit actuellement à des détournements institutionnels manifestes en renforçant les pratiques de trafic et d'automédication en détention. Les psychotropes en « fiole » ont été remplacés par des formes galéniques. Des détenus, connus pour leur toxicodépendance, sont souvent incapables de gérer un traitement psychotrope remis pour plusieurs jours. Les risques de thésaurisation des médicaments sont majeurs dans un contexte fréquent de violence verbale et de chantage. Ainsi de nombreux accidents par intoxications psychotropes issus du trafic ont d'ores et déjà été constatés, dans différentes maisons d'arrêt. Aussi, les rapporteurs attirent l'attention des pouvoirs publics et des équipes de soins pour réexaminer la question de la délivrance spécifique des psychotropes, par la distribution quotidienne pour les psychotropes, ou en hospitalisation SMPR, avec délivrance pluriquotidienne. Ces modes de délivrance doivent faire l'objet d'une concertation renforcée entre les intervenants des UCSA et du SMPR.

. Dans de nombreuses maisons d'arrêt, les benzodiazépines en comprimés (en particulier Tranxène® et Rohypnol®), font l'objet d'un trafic majeur par détournement des prescriptions médicales, consommés avec des toxiques importés en détention à des doses importantes. Dans ces conditions, il pourrait être proposé de réduire de façon drastique la prescription de ces deux médicaments ou de ne prescrire que des benzodiazépines disponibles en gouttes. Une rationalisation des

attitudes entre les différentes équipes en milieu pénitentiaire est plus que jamais souhaitable.

1.40. Accès aux traitements de substitution

Les modalités de délivrance du traitement de substitutions pour dépendance aux opiacées, selon la circulaire DGS du 31 mars 1995 devraient pouvoir être appliquées dans de meilleures conditions en détention.

Incarcération inférieure à 6 mois

. Le relais de la délivrance de méthadone durant la détention doit être assuré s'il s'agit de la poursuite d'une primo prescription équilibré antérieurement à la détention. Ce traitement doit être poursuivi en courte peine à partir du moment où la durée probable d'incarcération est inférieure à 6 mois. Même en l'absence des avis spécialisés d'un SMPR et, sur la base d'une concertation avec le médecin prescripteur de centre ou de ville, un traitement par chlorhydrate de méthadone ne doit pas être interrompu sauf dans le cas d'une demande de sevrage explicite du détenu lors d'une consultation médicale.

Sevrage et incarcération de longue durée

. Dans le cas d'une détention de longue durée, à l'exemple des recommandations de la prise en charge médicale dans les prisons de l'Etat de Vaud (Suisse), on recommandera les méthodes de *sevrage dégressif* de manière à obtenir l'abstinence au terme d'un programme de sevrage de 6 mois. Dans l'optique de la préparation à la sortie ou à l'approche de la première permission de sortie, il peut être proposé de réintroduire le traitement par méthadone à doses progressives (afin

d'éviter tout surdosage mortel après la première permission), dans les mêmes conditions que dans un centre spécialisé.

. Ces *poursuites* ou ces *réintroductions* du traitement par méthadone nécessitent la collaboration de l'ensemble des équipes médicales, en sachant qu'il convient d'être particulièrement vigilant, notamment en début de traitement.

. En milieu pénitentiaire, l'autre prescription concerne les indications de la buprénorphine (Subutex®) (dosages de 0,4 mg, 2 et 8 mg) indiquée, essentiellement dans l'optique de la préparation de la sortie (circulaire DGS/DH du 3 avril 1996).

. Une situation d'étroite collaboration entre les différents intervenants médicaux, peut permettre de préciser les indications de prescription par Subutex®, dans l'optique de la sortie **mais également dans l'optique d'un suivi médical adapté durant la détention**. Les initiatives de la maison d'arrêt de Nîmes, où interviennent des psychiatres du CHU, mérite d'être cité en référence. Les traitements de substitution équilibrés avant la détention (méthadone ou Subutex®) sont poursuivis après l'examen initial d'admission et mise en place d'un suivi médico-psychologique. D'autre part, pour certains toxicomanes volontaires, dont la dépendance aux opiacés est majeure, et avec de nombreux échecs de sevrages, une primo-prescription par Subutex® est proposée dès la consultation d'entrée. Si un sevrage aux opiacés est décidé à la demande du détenu, un protocole par buprénorphine dégressif est prescrit avec une prise en charge psychologique

De tels protocoles ont entraîné à Nîmes une diminution significative de la prescription de benzodiazépines en détention. Ces indications des traitements de substitution devraient faire l'objet d'une formation spécifique des équipes soignantes en prison, notamment en

vue d'une préparation à la sortie, au suivi thérapeutique et à la resocialisation.

. Quel que soit le projet thérapeutique adopté, il est nécessaire dans les deux mois qui précédent la libération, de définir un programme de soins en liaison étroite avec une équipe médico-psychologique spécialisée qui prendra en charge le « détenu libéré » dès le jour de sa sortie.

1.41. Programme d'échange de seringue

. Les rapporteurs, après large concertation, ont retenu que la systématisation de programmes d'échanges de seringues était **inapplicable** et **inadaptée** au milieu carcéral français. La prison ne peut être le lieu où circuleraient des armes potentielles, d'autant que ces seringues pourraient, être à leur tour, partagées.

. On ne peut à la fois incarcérer des citoyens pour des délits liés à la toxicomanie, le trafic de drogues voire à l'usage de seringues et leur remettre pendant leur incarcération et la seringue et la drogue, au risque même d'inciter auprès de jeunes détenus une toxicomanie.

1.42. L'eau de Javel

Il est demandé qu'une information sur les dangers d'injection, le rôle désinfectant de l'eau de Javel, soit fournie avec la trousse initiale d'entrée.

1.43. La cohérence des soins à l'intérieur de la prison

. Il s'agit là d'une dimension qui a déjà été soulignée dans un chapitre précédent. Dans le contexte de la toxicomanie, elle est encore

plus nécessaire, tant les sujets dépendants savent jouer des incohérences entre les diverses équipes.

. Que l'initiation et le suivi des sevrages soient effectués, selon les sites, par l'UCSA (ou son équivalent), ou par le secteur de psychiatrie, chaque prise en charge doit bénéficier d'une totale concertation entre les deux entités et faire l'objet d'un cadre thérapeutique précisant les modalités de prescription, d'administration et d'évaluation régulière.

1.44. Alcoolisme

. La prévalence de l'alcoolodépendance varie selon les établissements ; elle se révèle souvent importante : au centre de détention de Caen, 70 à 80 % des détenus sont incarcérés pour un délit commis sous l'influence de l'alcool. Cette situation nécessite un véritable plan de lutte contre l'alcoolisme des détenus, dans le cadre du dispositif de soins médico-psychologiques actuel, sur la base de son renforcement par des consultants spécialistes. Les polyintoxications, étant de plus en plus fréquentes à l'entrée en détention (médicaments, héroïne, ecstasy, haschich, alcool), il y a lieu désormais de proposer une prise en charge adaptée à **l'ensemble des addictions**, en impliquant mieux pour la sortie les consultations d'alcoologie des hôpitaux liés par protocole aux établissements pénitentiaires; c'est déjà le cas dans les prisons de Lyon.

. L'étude menée à la maison d'arrêt de Dijon en 1992 sur 191 entrants indiquait que 29 % des sujets avaient des problèmes liés à la consommation excessive d'alcool. Cette « drogue » licite ne fait pas l'objet d'une prise en charge suffisante ; les moyens sanitaires sont orientés vers les utilisateurs de drogues illicites. Peu d'études ont fait l'objet de la *dépendance à l'alcool*, bien que la fréquence des rechutes soit aussi handicapant qu'avec les autres drogues, et que sa consommation constitue un handicap qui entrave la réinsertion.

. La *semaine de l'alcool* organisée à Fresnes en avril 1996 a démontré l'intérêt des détenus pour ce thème mais aussi leur ignorance d'un sujet qui les concerne pourtant personnellement. Leurs remarques révèlent leurs difficultés à identifier leur rapport à l'alcool et incitent à encourager cette initiative.

. Une étude sur l'alcoolisme doit également être conduite au niveau de la **Surveillance**. En effet, certains personnels (situation matrimoniale difficile, éloignement de la résidence familiale, horaires d'activités cumulés ou service nocturne, dérive temporaire...) peuvent être amenés, eux-aussi, à bénéficier d'une information adaptée et d'un suivi médico-psychologique dans le cadre de la Médecine du Travail.

. Les effets bénéfiques conviviaux du « *mess* », à protéger, ne doivent pas être perturbés ou détruits par un excès de consommation d'alcool rendant le travail de « *l'après-midi* » moins serein, de la part de quelques éléments, à l'égard des détenus.

. Le statut de surveillants étant actuellement proche de celui de « *gardiens de la paix* », il devrait être possible d'étudier, avec le concours des syndicats de la pénitentiaire, l'adoption de mesures analogues à celles qui concernent les commissariats.

1.45. Les difficultés des services socio-éducatifs

Les services socio-éducatifs ou comités d'insertion et de probation font face à des difficultés hétérogènes, de plus en plus complexes. Fréquemment, des personnes écrouées et en particulier les toxicomanes, n'ont pas d'emploi, ne sont pas engagées dans une formation professionnelle, n'ont accès à aucun dispositif social alors qu'ils pourraient y prétendre, n'ont pas de domicile stable, n'ont aucune

ressource. Les premières démarches sociales sont fréquemment consacrées au renouvellement des pièces d'identités, périmées, volées ou perdues. Incapables de reprendre place dans le tissu social, bon nombre de ces personnes n'ont, la plupart du temps, aucun soutien positif de leur famille.

La seule information des détenus, sur les démarches en vue de recouvrer différents droits sociaux, occupe une part importante de la charge de travail des conseillers d'insertion et de probation. La nécessité d'engager pour un même individu, des démarches multiples, auprès d'autant d'organismes distincts, le grand nombre de détenus concernés, font que les équipes sociales .

Si, en milieu ouvert, un important recrutement de travailleurs sociaux a été décidé, il est nécessaire qu'un effort de même nature soit effectué pour les comités d'insertion de probation, en particulier ceux situés dans les maisons d'arrêt. Seule la création de postes supplémentaires est susceptible d'apporter une aide tangible à l'ensemble des détenus en situation d'échec social et économique, afin de les conseiller et de les guider **individuellement** dans la constitution de projets personnels de préparation de la sortie. Dans de nombreux établissements, il a été constaté des postes existants n'étaient pas pourvus. Il y a lieu de tout faire pour que leur recrutement soit rapidement engagé.

Le projet de l'Administration Pénitentiaire de renforcer les liens entre les interventions sociales effectuées à l'intérieur de la prison et à l'extérieur de celle-ci est essentiel. Il est à même de favoriser les échanges d'information, de guider les sortants de prison dans leurs premières démarches à l'extérieur de la prison. La promotion de cette culture d'échanges devrait faire en sorte qu'un nombre plus important d'anciens détenus réussisse à franchir avec succès l'étape du retour à la liberté, qui

actuellement représente encore trop fréquemment le « saut vers l'inconnu ».

La difficulté d'assurer une continuité entre les démarches d'ordre socio-administratif, entreprises à l'intérieur de la prison, et celles susceptibles d'être poursuivies avec l'aide de services sociaux et d'associations extérieurs à celle-ci, est fréquemment exacerbée par des situations souvent complexes comme celle de détenus prévenus, libérés à la barre du tribunal, sans qu'aucun projet social n'ait pu être préparé en relais. Une décision de ce type a également fréquemment pour conséquence des interruptions de suivi médical. Il y aurait lieu notamment d'informer suffisamment tôt les services sociaux et surtout médicaux de telles échéances pour que des relais puissent être établis. Le renforcement des moyens sociaux en détention devrait faire en sorte que la préparation de la sortie débute dès l'entrée en détention.

Les antennes décentralisées de la préfecture (établissements des pièces d'identité,...), de l'ANPE, de la caisse primaire d'assurance maladie,... de l'AFPA, de lutte contre l'illétrisme, doivent être développées dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, sur la base d'un temps de présence compatible avec le nombre global de personnes détenues. Cette décentralisation accrue doit permettre un accès plus précoce aux prestations ainsi qu'une préparation à la sortie facilitée par un rapprochement entre personnes en situation de grande précarité et personnels administratifs chargés de répondre le mieux possible à leurs attentes.

CHAPITRE II

Préparation à la sortie et réinsertion

Face aux conséquences de la multirécidive et des incarcérations successives de jeunes toxicomanes délinquant, la mobilisation des moyens sanitaires, sociaux et judiciaires demeurera insuffisante si elle n'est pas renforcée de **soins socio-professionnels** au moment de la sortie du détenu.

Concernant les modalités de préparation à la sortie, il y a lieu de distinguer **deux étapes importantes**, d'une part le projet de préparation à la sortie et les moyens disponibles, d'autre part, l'environnement familial, social et médical, à la fois chargé de structurer et de responsabiliser .

2.1. La préparation à la sortie

2.1.1. Les permissions

Dans l'optique de favoriser la recherche d'une réinsertion sociale et de permettre l'accès aux soins, la permission de sortie fait partie des mesures appropriées pour renforcer les synergies entre les dispositifs de soins et de réinsertion à l'intérieur de la détention et après la sortie.

2.1.2 La visite médicale de sortie

Il y aurait lieu de rendre systématique la **visite médicale de sortie** avec un bilan actualisé. La réalisation de ce bilan médical effectué par les UCSA doit privilégier l'orientation et l'information du détenu vers les structures externes de soins les mieux adaptées.

La question de la délivrance de médicaments en cas de traitement à la sortie ou la délivrance d'une ordonnance relais avec rendez-vous de consultations.

2.1.3. La trousse de départ, adresses pratiques,...

La **trousse de départ** doit comprendre outre quelques produits d'hygiène, dont des préservatifs, des adresses actualisées des consultations médicales ou psychiatrique, des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et lieux d'hébergement, ainsi qu'un livret rappelant les critères d'obtention de prestations sociales.

2.1.4. Modalité de préparation à la sortie

Actuellement, dans de nombreuses prisons françaises, les initiatives de préparation à la sortie, sous forme de projets individuels ou de projets collectifs, sont trop **ponctuelles** (c'est à dire concerner un nombre restreint de détenus), en raison d'une part des urgences sociales représentées en priorité par la restauration des droits sociaux, d'autre part de la charge de travail des centres de soins spécialisés aux toxicomanes. Il est regrettable que le manque de moyens budgétaires empêche le développement de projets plus coordonnés au sein d'un même établissement pénitentiaire ou au niveau de la région.

De tels projets devraient coordonner les actions des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, les services d'insertion de probation et les différents personnels de surveillance, avec la participation des unités de consultations et de soins ambulatoires. Aujourd'hui, malgré des résultats positifs, les projets de préparation à la sortie sont trop souvent cloisonnés entre le médical d'un côté, et le social de l'autre.

Nous avons particulièrement été rendus attentifs aux projets collectifs d'unité de préparation à la sortie de :

- la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis (Centre des Jeunes Détenus),
- le centre pénitentiaire de Fresnes (Quartier Intermédiaire Sortant),
- le centre de détention de Loos-Les-lille (Recherche Active de Préparation à la Sortie),

- la maison d'arrêt de Toulouse,
- la maison d'arrêt de Strasbourg (Unité de Préparation à la Sortie), ou individuels qui nous ont été présentés. Ces UPS, dans la majorité des cas, où les détenus au cours d'une période de quatre à huit semaines, bénéficient à la fois d'entretiens individuels et de modules d'information en groupes sont trop cloisonnés et sur un plan fonctionnel ne constituent pas encore des lieux « **passerelle** » en vue de la sortie. Dans les établissements pénitentiaires les plus concernés par la détention de toxicomanes délinquants, une réflexion devrait être favorisée sur la faisabilité d'UPS d'une **zone de détention**, d'une **structure thérapeutique**.

2.2. Le dispositif médico-social à la sortie

2.2.1. L'hébergement

Il y a lieu de renforcer les capacités d'accueil dans les centres de soins pour toxicomanes en favorisant les hébergements de type collectif en petites unités, les appartements thérapeutiques (pour les toxicomanes atteints de sida ou d'une hépatite chronique grave symptomatique).

Les structures d'accueil et de soins telles qu'elles fonctionnent aujourd'hui sont inadaptées à l'accueil de jeunes toxicomanes sortant de prison. Elles montrent beaucoup de résistance à accueillir les toxicomanes quittant la prison, demandant fréquemment à ce que tous les candidats soient sevrés et aient un projet d'insertion. La majorité des centres d'hébergement et de soins n'accepte une candidature qu'après avoir rencontré la personne concernée, au moins trois fois ; ce qui très souvent repousse l'admission 45 jours après le premier rendez-vous. Ces situations qui favorisent les ruptures de soins voire les rechutes sont à éviter.

D'autre part, il y a lieu de promouvoir un accueil spécifique de jeunes femmes toxicomanes, ayant déjà été incarcérées, en développant au sein des centres médico-psychologiques, un accueil spécifique.

2.2.2. L'adaptation du dispositif de soins des toxicomanes

Il y a lieu de promouvoir la pluridisciplinarité du dispositif médico-psychologique spécialisé prenant en charge les toxicomanes sortant de prison dont beaucoup demandent des soins (soit pour tests de substitution, soit hébergement, soit prise en charge psycho-sociale). Cette prise en charge disciplinaire nécessite :

- une coordination entre les équipes de soins en milieu carcéral et celles extérieures à la prison confrontées à l'accueil de toxicomanes : cette exigence doit prendre la forme de relais permettant l'adaptation des objectifs en matière de préparation à la sortie, l'évaluation des besoins, l'orientation vers les structures les mieux adaptées, la confrontation des expériences. Toujours dans le cadre de la préparation à la sortie, il y a lieu de s'assurer que les diverses actions sociales soient complémentaires et permettent une transition qui ne soit ni subie, ni redoutée, mais qui favorise la capacité des sujets à entreprendre différentes démarches, aidés et soutenus en cela par une véritable **mobilisation sociale**; la participation effective des acteurs médico-psychologiques et socio-professionnels aux projets de préparation à la sortie est indispensable ;
- une augmentation du nombre de places de **post-cure** : le nombre de 1 200 places actuellement disponibles est insuffisant. Il est proposé que ces structures accueillent un plus grand nombre de sortants de prison, par exemple en prenant en compte les projets présentés par les équipes médicales en milieu pénitentiaire soucieuses d'assurer la continuité des soins entrepris dans le cadre d'un sevrage et d'un suivi psychothérapeutique ;

- le développement de **programmes de sevrage en milieu hospitalier** concernant plus particulièrement des pathologies liées à des polytoxicomanies persistantes avec alcoolodépendance ;
- une majorité des héroïnomanes suivis dans les programmes de substitution médicamenteuse ont fait l'objet d'une ou plusieurs incarcérations ;
- dans les centres hospitaliers accueillant des toxicomanes sortants de prison (en particulier les services VIH et les services d'hépatologie), création d'une équipe médicale mobile type ECIMUD (tâche de coordination effectuée par une infirmière, effectuée en liaison avec l'unité mobile de prise en charge des toxicomanes lorsque celle-ci existe) afin de faciliter leur prise en charge en particulier en consultation et en hospitalisation de jour, de promouvoir les liens avec les travailleurs sociaux. Il n'y a pas lieu d'accueillir ces patients dans des consultations de type précarité, au risque de les stigmatiser plus encore mais au contraire de les accueillir au sein des services médicaux prenant en charge les pathologies somatiques intercurrentes dont ils souffrent ;
- l'activité des **réseaux ville-hôpital « VIH » et « toxicomanies »** doit prendre en compte la dimension de la continuité des prises en charge entreprises en milieu carcéral ; le rôle de coordination assuré par les médecins généralistes est indispensable ;
- renforcer l'intervention des **centres hospitaliers spécialisés**, en particulier ceux auxquels sont rattachés les services médico-psychologiques régionaux ; de même les actions menées par certains services de psychiatrie universitaire en milieu pénitentiaire doivent être prolongées, avec par exemple un accueil de toxicomanes, à leur libération, au sein de ces services, dans le cadre de structures d'hospitalisation de jour ou de lits de sevrage.

De façon générale, il y a lieu, en effet, de proposer les moyens d'un cadre de soutien psychiatrique :

- certains praticiens hospitaliers de SMPR (Toulouse, Strasbourg...) exercent également en tant que consultants dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) dans le cadre du secteur de psychiatrie générale. Il y aurait lieu de favoriser cette **double pratique de consultations** à l'intérieur de la détention et en suivi externe post-carcéral.

2.2.3. Le revenu minimum d'insertion

La constitution et l'acceptation des dossiers de RMI doivent faire l'objet d'une instruction au niveau de la région (et non au niveau du département).

Il est proposé que les sortants de prison âgés de moins de 25 ans, qui ne peuvent bénéficier du RMI ni de l'allocation chômage, obtiennent le versement d'une aide régulière s'ils justifient d'une inscription à une formation ou de leur participation à un projet reconnu d'utilité publique.

2.2.4. Renouvellement des pièces d'identité

Notamment dans les maisons d'arrêt, en particulier en raison de durées de séjour plus courtes que dans les établissements pour peine, nombre de détenus sont libérés sans posséder de pièces d'identité, les services préfectoraux n'ayant pu les établir dans les délais. La constitution d'une antenne avancée en prison est proposée aux services compétents.

2.2.5. Les malades en situation irrégulière

Les sortants de prison de nationalité étrangère atteints d'une affection grave (sida ou autre pathologie), n'ayant plus ou pas de titre de séjour, devraient bénéficier d'une autorisation provisoire de séjour pour soins, leur permettant de bénéficier d'une aide médicale. Ces cas peu

nombreux étudiés par une commission mixte (administrative et médicale) ne peuvent constituer un danger « d'immigration sanitaire ».

2.2.6. Les éducateurs référents

Il y aurait lieu de mettre spécifiquement à la disposition de la population libérée, s'étant précédemment trouvée à de multiples reprises mêlée à des situations de délinquance, des éducateurs spécialisés qui prendraient en charge l'accompagnement des détenus toxicomanes dès leur libération, à la suite de rencontres régulières au décours du projet de préparation à la sortie. Cet accompagnement aurait pour objectif de donner à ces toxicomanes un certain nombre de repères leur permettant de gérer l'espace et le temps présent, leurs difficultés à appréhender différentes démarches sociales, socio-professionnelles ou éducatives, à faire valoir leur différence tout en demeurant dans un contexte de légalité. Cet accompagnement pourrait également faciliter, dans un contexte de précarité progressivement remis en cause, l'accès aux soins des toxicomanes.

2.2.7. La mobilisation sociale

Dans chaque département, il y a lieu de favoriser toute coordination de l'ensemble des acteurs sociaux, des associations d'aide, des organismes socio-professionnels, des collectivités locales, des structures d'hébergement, de la DDASS, des administrations ayant vocation à accueillir les sortants de prison. La problématique médico-sociale induite par les toxicodépendances ne peut être isolée de celle de l'inadaptation sociale.

Dans plusieurs grandes agglomérations (Marseille, Lyon, Toulouse, Bordeaux, Lille), il est nécessaire que les comités de probation et d'assistance aux libérés mettent en place des plateaux techniques de même nature que le Service Régional d'Accueil, d'Information et d'Orientation des Sortants de Prison (SRAIOSP) situé à Paris, pilotés par

l'Administration pénitentiaire. L'expérience positive de l'antenne ANPE - Espace Liberté Emploi - située à Paris, devrait, elle aussi, être développée dans ces différentes villes, afin de nouer très tôt les contacts avec le monde du travail, de permettre à des détenus en semi-liberté de faire des recherches d'emploi avec l'aide des conseillers qui animent cette antenne, à des détenus en maison d'arrêt ou en établissement pour peine de bâtir des projets professionnels plus performants.

A l'échelon du département, l'organisation d'une rencontre annuelle ayant pour objet l'adaptation régulière du système de soins et du dispositif social impliqués dans la lutte contre la toxicomanie, permettant une évaluation précise des différentes difficultés rencontrées notamment en matière de **préparation à la sortie et de réinsertion**. Ayant pour objet une réflexion sur les délinquances liées aux usages de drogue et les conséquences qui en résultent (incarcération, exclusion sociale,...), cette rencontre serait organisée conjointement par les acteurs sociaux du milieu pénitentiaire (comité d'insertion et de probation et comité de probation et d'assistance aux libérés), les centres de soins aux toxicomanes ou autres référents « toxicomanie » en milieu pénitentiaire, les médecins des unités de soins et de consultation ambulatoire, des juges d'instructions, du parquet d'application des peines. Elle viserait une identification plus précise à la fois du cadre sanitaire local nécessité par les différents profils de toxicomanie, des difficultés de réinsertion des anciens détenus, et des indicateurs de progression sociale et économique; elle tiendrait lieu de bilan des moyens disponibles et des lacunes constatées. Participeraient à cette rencontre différents intervenants engagés au niveau du département dans leur action quotidienne dans la prise en charge ou l'accueil des toxicomanes, notamment ceux ayant été incarcérés :

- les médecins de santé publique chargés de mission VIH et Toxicomanie au sein des DDASS,

- les médecins et autres acteurs de soins hospitaliers accueillant les toxicomanes dans le cadre d'une pathologie symptomatique,
- les acteurs de soins de dispensaires accueillant ces patients,
- des conseillers généraux sensibilisés et d'autres responsables de collectivités locales,
- les médecins et autres acteurs de soins de réseaux ville-hôpital « toxicomanie »,
- les structures de soins spécialisés aux toxicomanes (prise en charge médico-psychologique, programmes de substitution, unités de sevrage en milieu hospitalier, centres de post-cure,...),
- les responsables des centres d'hébergement et de réadaptation sociale,
- des volontaires d'associations d'aide aux toxicomanes, aux autres personnes en situation de précarité,
- les représentants des caisses d'assurance maladie, d'allocation logement, d'attribution du RMI, de l'aide aux adultes handicapés,...
- des représentants de l'éducation nationale, de la formation professionnelle, de l'ANPE,..., des chefs d'entreprises sensibilisés.

L'objectif d'une telle rencontre consisterait en une réflexion locale caractérisée par un état des lieux médico-social, en vue de promouvoir la cohérence du dispositif de soins médico-psychologiques, en particulier pour les toxicomanes sortants de prison. S'y ajouterait une réflexion sur les obstacles socio-économiques et les projets d'aide et d'accompagnement des toxicomanes en matière d'accès aux droits sociaux, d'hébergement, de réadaptation professionnelle.

2.2.8. Election de domicile au siège d'associations

Lorsque le sortant n'a pas de domicile, il convient de lui fournir la domiciliation, avec son accord, au siège d'une association agréée par le

Ministère de la Justice et ayant pour mission de l'aider dans sa resocialisation.

2.2.9. Accueil, écoute et soutien des familles des toxicomanes incarcérés

Le désarroi des familles de toxicomanes, surtout lorsqu'ils sont incarcérés, nécessiterait une écoute et un soutien qui font souvent défaut.

Cette proposition est d'abord souhaitée envers les conjoints des toxicomanes incarcérés. La famille constitue souvent le seul « refuge » à la sortie. Elle est en tout cas celle qui comporte le moins de risque de récidives. Elle reste malgré tout fragilisée et doit être aidée.

CHAPITRE III

Avant la détention

Plusieurs conséquences d'une situation socio-économique très défavorable (*en particulier, l'accroissement de phénomènes de drogues associées à une très grande précarité et à des conduites délictueuses devenues dans différentes circonstances des modes uniques de rapport à la société, favorisés en cela par le recul de valeurs traditionnelles*) ont conduit à un **durcissement de la répression** (*augmentation de la durée des peines, d'où des conditions d'aménagement de peine moins accessibles*). Celui-ci paraît n'avoir que peu d'impact sur les conduites toxicomaniaques et donc sur la poursuite d'actes de délinquance. Il y a lieu de donner une grande impulsion aux **alternatives à l'incarcération**.

Il y a donc nécessité d'une **réflexion bipolaire**, visant d'une part les **ressources** mises à la disposition de la **Justice** pour empêcher l'incarcération d'usagers de drogues, d'autre part celles qui permettraient à un **dispositif sanitaire et social** de prendre le pas sur des parcours dominés par l'exclusion, la recherche quotidienne de drogues, la souffrance physique et psychologique, la maladie. L"expérience des multiples difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des projets de réinsertion et la prévention des récidives, nécessiterait une réévaluation des différentes mesures proposées, le recours à des formes nouvelles, alternatives de suivi judiciaire.

Une exploitation utile de ces ressources doit viser la liberté et la responsabilité de l'individu, la réduction des risques, l'intégration dans un processus de soins, la réinsertion sociale. Elle nécessite de mettre l'accent sur les projets qui redonnent de l'assurance aux individus et tiennent compte de leurs motivations ; concepts devant s'articuler entre eux. Elle nécessite également de s'opposer aux stéréotypes du toxicomane asocial, au mythe du profil unique des usagers de drogues, incapables de modifier leur comportement. Le seul point constant entre ces individus réside dans un isolement affectif et éducatif, compliqué par une maladie.

La mise en vente libre des seringues a montré que les toxicomanes pouvaient entendre des messages de prévention. Aider le toxicomane à reconquérir une capacité d'autonomie nécessite une homogénéisation des dispositifs médicaux, sociaux, de formation ou de réacquisition d'une activité professionnelle. Le Pr Henrion dans le cadre du *rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie* écrivait en 1995 qu'il était « *urgent de rompre avec cette logique de l'exclusion tant pour améliorer la santé des toxicomanes que pour les aider à sortir de la toxicomanie* ». Si cette prise de conscience venait à être retardée, les acquis récents, obtenus avec la prise en charge d'un nombre important d'usagers de drogues dans des programmes de substitution, pourraient être rapidement remis en cause.

Des magistrats, des médecins, des intervenants sociaux, ont, à de nombreuses reprises formulé des suggestions innovantes, que J. P. JEAN () résume par « *la mise en cohérence de l'ensemble des dispositions répressives concernant l'usage des produits nuisibles à la santé (ce qui équivaut à une nécessaire réflexion sur la possibilité de ne pas sanctionner un comportement qui ne nuirait pas à autrui) ; la dépénalisation de l'usage de drogue au profit d'un interdit social accentué; la distinction de l'interdit selon que l'usage des produits stupéfiants s'effectue ou non sous contrôle médical* ». Ces propositions donnant lieu actuellement à débat, il nous a paru plus important de voir comment le système judiciaire, au cours de l'instruction ou de l'exécution de la peine, pouvait-il offrir à des toxicomanes les moyens de mieux se soucier de leur santé et de rompre avec leur isolement social ; en liant l'intervention plus soutenue des systèmes sanitaire et socio-éducatif à un allégement voire une suspension de la peine.

Le développement des programmes de réduction des risques de transmission virale, la proposition d'une palette de soins diversifiés parmi lesquels la substitution médicamenteuse (*considérée prioritairement comme l'accompagnement du toxicomane au cours du processus d'accès aux*

soins) doivent permettre de renforcer le dispositif des alternatives à l'incarcération.

Le champ de ces propositions concerne à la fois les mesures alternatives à la mise en détention susceptibles d'être privilégiées par le Procureur de la République ainsi que celles qui peuvent être décidées en cours d'instruction ou d'exécution de la peine. Soutenues par des objectifs thérapeutiques et médico-psychologiques, notamment en ce qui concerne les usagers de drogues, les propositions sont les suivantes :

3.1. *Lors de la garde à vue*

. Celle-ci peut durer de 24 à 48 heures ; ce qui sous-tend des conséquences prévisibles chez les usagers de drogues notamment en termes d'anxiété et souvent d'agressivité. L'article 63-3 du code de procédure pénale précise que « toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin, désigné par le Procureur de la République ou l'officier de police judiciaire. A tout moment, le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut d'office désigner un médecin pour examiner la personne gardée à vue. En l'absence de demande de la personne gardée à vue, du Procureur de la République ou de l'officier de police judiciaire, un examen médical est possible de droit à la demande d'un membre de la famille. Le certificat médical par lequel le médecin doit notamment se prononcer sur l'aptitude du maintien en garde à vue, est versé au dossier ».

. Dans les cas d'infractions liées à l'usage de stupéfiants ou d'autres délits commis sous l'emprise de drogues, les dépendances toxicomaniaques de personnes gardées à vue et les complications somatiques qu'elles entraînent, sont insuffisamment évaluées sur le plan clinique. La plupart des médecins sollicités par les autorités de police et

de gendarmerie ne sont que rarement aux faits des conduites des toxicomanes. Dans ces conditions, de façon générale, les consultations médicales réalisées dans le cadre de la garde à vue font rarement l'objet de bilans complets de santé et d'examens attentifs déterminant le profil de l'usager (*tout en garantissant le secret médical, ces informations seraient susceptibles de mieux éclairer le Procureur de la République dans sa décision*) et évaluant l'état physique et psychologique des intéressés. Elles se trouvent alors réduites à des prescriptions de médicament psychotropes, qui ne répondent généralement qu'imparfaitement à une douleur physique, voire à un syndrôme éventuel de sevrage aigu.

. Les formations initiale et continue des médecins généralistes doivent mettre l'accent sur les conséquences des usages de drogues vis à vis de circonstances particulières comme la garde à vue. D'autre part, il y a lieu de faire en sorte que le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire sollicitent en priorité les médecins de réseaux ville-hôpital « toxicomanie » ou d'autres médecins référents (une liste devrait être établie et annuellement actualisée). Les personnels de police et de gendarmerie devraient pouvoir recevoir une formation et une information adaptées à cette situation et à son évolution.

. Ainsi, au cours des 24 ou les 48 heures que dure la *garde à vue*, lorsqu'un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire, se sera assuré que le sujet bénéficie d'un *traitement de substitution*, la poursuite de ce traitement devra-t-elle être **effective** ; ainsi, un *gardé à vue*, bénéficiant d'un traitement de substitution, devra-t-il, sous contrôle de l'autorité judiciaire, être conduit au centre prescripteur dans lequel il est suivi, afin de prendre son traitement, puis reconduit dans le local de police ou de gendarmerie.

3.2. une collaboration plus constructive entre l'action de la justice, l'action sanitaire et l'intervention sociale :

Cette collaboration revêtirait diverses formes, en particulier :

- une commission pluridisciplinaire, par tribunal, siégeant régulièrement, regroupant les différents magistrats concernés (juges d'instruction, juges de chambre correctionnelle et du parquet), les médecins travaillant en milieu pénitentiaire ou en structure spécialisée, le centre de soins aux toxicomanes incarcérés, le comité d'insertion et de probation, le comité de probation et d'assistance aux libérés, des volontaires d'association réunis **dans le cadre de l'instruction**, afin d'examiner les réponses à apporter à des situations individuelles, d'harmoniser les décisions susceptibles d'être proposées selon l'évolution des comportements toxicomaniques et des besoins médico-sociaux. Ce groupe de travail informel, tel qu'il existe notamment à Lyon depuis une vingtaine d'années pourrait être institutionnalisé. Cette même démarche devrait être renforcée dans le cadre de **l'application des peines**, en multipliant les recours à des projets de réduction de peine (libération conditionnelle,...), dès lors qu'ils sont couplés à une prise en charge médicalisée et à un suivi social.

3.3. L'injonction thérapeutique

Actuellement, cette mesure ne correspond qu'à environ 10 % des interpellations pour usage de drogues. En vue de promouvoir cette mesure alternative à l'incarcération, il y aurait lieu d'assurer une authentique obligation de soins enjointe par le Procureur de la République, permettant :

- d'exercer un contrôle régulier sur le respect de l'obligation ;
- un projet de soins codifié à l'issue d'une rencontre initiale entre le Procureur de la République, le médecin de la DDASS, l'équipe

soignante de la structure spécialisée prenant en charge le patient ; sous la forme d'un contrat d'objectifs réaliste (qui permettrait de rompre quelque peu avec le cadre actuel de l'injonction thérapeutique qui ne met pas suffisamment l'accent sur une action concertée mais laisse le choix entre deux contraintes : la prison et le traitement) ;

- la participation effective de la personne toxicomane dans la mise en oeuvre du projet de soins le concernant, avec association **systématique** d'un projet social, éducatif ou socio -professionnel;
- de ne pas associer systématiquement la remise en cause par le toxicomane de ses engagements à une interruption définitive de la procédure d'injonction thérapeutique (au contraire promouvoir un espace de parole entre les différents partenaires pour faire en sorte que celle-ci ne soit que ponctuelle et que reprenne le processus de soins) ;
- une modification de l'image sociale du toxicomane.

Dans le cadre d'une **exigence de soins** (prenant en compte un besoin, un désir), la démarche **volontaire** du toxicomane est à même d'émerger plus facilement.

Il est constaté que nombre de toxicomanes incarcérés sont des « recalés » de l'injonction thérapeutique. Ceci doit nous conduire à nous interroger sur les mesures susceptibles de compléter ce dispositif, comme les peines de travail d'intérêt général et des suivis pluri-hebdomadaires par des éducateurs spécialisés.

Les peines de travail d'intérêt général ne sont qu'insuffisamment prononcées, pour au moins deux raisons : le manque de motivation des collectivités locales à s'engager aux côtés des décisions de justice concernant les mesures alternatives ayant pour objet la petite délinquance et la crainte que le toxicomane n'observe qu'en partie la

décision. Dans la plupart des cas, doter les CPAL de moyens suffisants devrait permettre de lever ces différentes incertitudes.

Les usagers de drogues par voie intraveineuse, généralement interpellés pour des faits d'une certaine gravité (*notamment des vols*) ne bénéficient que rarement d'une telle mesure, qui est appliquée plus fréquemment à des usagers de drogues « mineures » (consommation importante d'haschich, solvants,...). Avec le développement des programmes de substitution médicamenteuse, de telles mesures pourraient être prononcées plus fréquemment à l'encontre des héroïnomanes et d'une façon générale des polytoxicomanes. Le développement des moyens de sevrage en milieu hospitalier pourrait permettre de recourir plus fréquemment à cette mesure. De même ne pourrait-on pas prendre appui sur l'activité de réseaux ville-hôpital « toxicomanies » particulièrement soudés, pour qu'ils prennent en charge en association avec le dispositif de soins spécialisés et les éducateurs sociaux, un certain nombre d'usagers de drogues à qui l'on a enjoint une injonction thérapeutique.

3.4. L'ajournement du prononcé de la peine avec une mise à l'épreuve devrait être privilégié dans le contexte de la délinquance associée à la toxicomanie. Cette mesure pourrait être associée plus fréquemment à un volet de soins pour que des individus qui ne sont pas entrés complètement dans un processus compulsif, puissent dans le cadre d'une relation individuelle avec un psychothérapeute ou d'une prise en charge d'une structure spécialisée. Cette mesure est par ailleurs associée à un suivi par le comité de probation et d'assistance aux libérés.

3.5. Favoriser l'accueil des toxicomanes dans les centres de semi-liberté.

3.6. Développement des chantiers extérieurs .

3.7. Les conventions de placement extérieur (entre un établissement pénitentiaire et un établissement hospitalier ou une structure de soins spécialisée).

3.8. Permettre au Procureur de la République, à l'issue de la **garde à vue, de ne pas recourir à l'incarcération d'un toxicomane délinquant, en faisant en sorte que des associations se portent garants du suivi médico-social de l'intéressé, en le prenant en charge sur le champ.**

Le contexte de la toxicomanie nécessite de développer le plus possible les **alternatives à l'incarcération**, en recherchant dans l'intérêt supérieur du détenu sur la base d'un dialogue équilibré, respectueux du secret médical mais procédant à une analyse partagée entre magistrats et médecins.

CHAPITRE IV

Prison et Société

4.1- Le regard des citoyens sur la prison

. Il y a lieu de faire en sorte que la prison soit plus « ouverte » sur la société. La société civile n'est pas informée ni de la condition d'un détenu ni de celle des difficultés de la surveillance, ne cherche pas à s'en procurer. Le monde pénitentiaire est comme à l'écart de la société. Le regard des citoyens sur la prison doit évoluer de manière à reconnaître la qualité du travail des différentes catégories de personnel et à ne plus isoler ceux dont le parcours a été marqué par une ou plusieurs privations de liberté.

Les procédures administratives lourdes et complexes pénalisent les personnes en situation de grande précarité, parmi lesquelles les anciens détenus. Il est proposé que les personnels des différents services publics chargés de ces procédures, aient une connaissance de la réalité de la prison, à partir d'informations qui leur seraient communiquées dans le cadre de publications, voire de stages de courte durée qu'ils pourraient aux côtés des services socio-éducatifs.

Les responsables politiques devraient accorder une attention plus grande à la réalité de la prison. Ainsi les présidents des Conseils Généraux pourraient chaque année entrer dans les prisons de leurs départements afin de rencontrer les équipes travaillant en milieu pénitentiaire, entendre leurs doléances et avec elles envisager une solution aux différents problèmes.

D'autre part, les services publics (Préfecture, Caisse Primaire d'Assurance Maladie, ANPE, Caisse d'Allocations Familiales,.....) doivent compléter le dispositif amorcé et mettre en place un plus grand nombre d'antennes dans les établissements pénitentiaires (par exemple sous la forme d'une permanence d'une demi-journée durant laquelle

leurs personnels pourraient assister les services socio-éducatifs lors d'entretiens avec des détenus prochainement libérés,...).

La spécificité de la prison doit faire partie du contenu des différentes formations qui préparent à des carrières administratives.

4.2- La charte des droits et devoirs du détenu

. Une telle charte est indispensable en milieu pénitentiaire, qui ne doit pas être le lieu où manquent des repères de la société libre, en dehors de celui de la liberté de mouvement. Le contenu d'un tel document remis à l'entrée en détention, accessible en plusieurs langues, devrait exprimer la satisfaction de besoins essentiels à travers un contrat de non abandon :

- la réforme des soins en milieu pénitentiaire doit représenter pour un détenu une véritable possibilité d'accès aux soins, d'écoute et de prise en charge de sa souffrance;
- la prison doit aider le détenu, assujetti à une sanction, à modifier son rapport à lui-même, son rapport à autrui. Elle doit être le lieu où des personnels ayant une expérience en matière socio-éducative, vont l'aider à préparer une réinsertion sociale, professionnelle et affective. A l'intérieur de la prison, le détenu doit bénéficier de projets d'information et de formation, d'éducation, d'accès à la culture. Dans la prison, toutes les pratiques professionnelles doivent viser le respect de l'individu détenu, ne pas porter atteinte à sa dignité ;
- le détenu a aussi des devoirs vis à vis des différentes actions engagées en sa faveur, en particulier celui d'être **acteur** dans le processus engagé, **responsable** dans la réparation initiée.

. Le respect de droits et de devoirs par les détenus eux-mêmes nécessite que le niveau d'investissement de la société en leur faveur soit renforcé.

4.3 La réforme du service national

Dans le cadre de la réforme du service national, il y aurait lieu de mettre en oeuvre un service civil et civique dans les prisons après une formation préliminaire et écoute des motivations des postulants : ces volontaires pourraient aider au développement de projets **sportifs** et **artistiques** dans l'enceinte de la prison, **aider à l'organisation de chantiers extérieurs**, apporter une **aide aux services socio-éducatifs** lorsqu'ils sont confrontés à de lourdes tâches administratives. Un millier de jeunes pourrait être concerné chaque année par une telle mesure. Ce « séjour » en prison serait par ailleurs une expérience riche pour ces jeunes gens, dans le sens d'une meilleure appréciation des difficultés sociales et économiques rencontrées de façon croissante par une fraction de la population vivant en France.

Cette proposition n'est recevable que si elle concerne les candidats **volontaires, motivés, et suffisamment équilibrés** pour faire face à des sujets souvent manipulateurs. Leur participation, loin de s'opposer à l'impérieuse nécessité de création d'emplois dans ce domaine, en démontrera !

4.4 Drogues et famille

A côté du rôle fondamental que peut jouer la famille d'un détenu en vue de sa réinsertion sociale, soit lors d'alternatives à l'incarcération, soit lors de la sortie, familles dont nous avons vu qu'il convient de les aider, il est nécessaire également d'analyser le comportement de celle qui encourage le délinquant, s'en serve et en abuse, l'impliquant dans des trafics.

Dans ce cas, la société devra trouver les moyens de prise en charge d'un ancien détenu orphelin volontaire d'une famille dangereuse

ANNEXES

I

Etablissements visités

Maison d'arrêt de Cayenne (Guyane)*	Du 27 au 29 novembre 1995
Centre pénitentiaire de Fort de France (Martinique)* Centre pénitentiaire de Ducos (Martinique)*	Jeudi 4 avril 1996
Maison d'arrêt de Saint-Denis (La Réunion)* Centre pénitentiaire Le Port (La Réunion)*	avril 1996
Maison d'arrêt de Saint Paul (Lyon) Maison d'arrêt de Saint Joseph (Lyon)	Jeudi 11 avril 1996
Maison d'arrêt La Santé (Paris)	Mercredi 24 avril 1996
Maison d'arrêt de Fleury Mérogis (Essonne)	Mercredi 24 avril 1996
Centre Pénitentiaire des Baumettes (Marseille)	Vendredi 26 avril 1996
Maison d'arrêt de Nice	Samedi 27 avril 1996
Maison d'arrêt d'Osny (Val d'Oise)	Lundi 6 mai 1996
Maison d'arrêt de Nanterre (Hauts de Seine)	Lundi 6 mai 1996
Centre pénitentiaire de Fresnes Etablissement d'hospitalisation public national de Fresnes (EHPNF)	Mardi 14 mai 1996
Maison d'arrêt de Loos (Lille) Centre pénitentiaire de Loos (Lille)	Lundi 20 mai 1996
Maison d'arrêt de Bois d'Arcy (Yvelines)	Jeudi 23 mai 1996
Maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan	Vendredi 24 mai 1996
Maison d'arrêt de Borgo (Corse) Centre de détention de Casabianda (Corse)	Vendredi 31 mai 1996
Maison d'arrêt de Strasbourg	Mercredi 5 juin 1996
Maison d'arrêt de Saint-Pierre et Miquelon*	
Cité Myriam (Montreuil)	Jeudi 13 juin 1996
Centre de rétention administrative du Mesnil Amelot (Roissy)	Mercredi 3 juillet 1996
Centre de rétention administrative de Vincennes (CRAV)	Jeudi 25 juillet 1996
Maison d'arrêt de Melun Centre de détention de Melun	Jeudi 1er août 1996

*La visite des établissements de Guyane, Martinique, La Réunion et Saint Pierre et Miquelon a été effectuée à l'occasion d'une mission ayant un autre objet

Direction régionale de Bordeaux

MAISON D'ARRET DE BORDEAUX-GRADIGNAN
17 rue Chouiney BP 109 - 33173 Bordeaux-Gradignan

P. POUYMICANET Frédérique DESCUDÉ Thierry ALVES Marie NOURY Dr Pr Michel BENEZECH Dr Jacques DE WITTE Chrystelle LACROUX Françoise GENDRE Christian BOUYROUX François DARGELOS Denis LACOSTE Catherine GARNIER B. MIRALES	Directeur Sous-directrice Sous-directeur CRAES Chef de service SMPR, <i>CH Charles Perreux</i> (Bordeaux) Médecin coordonnateur, Réseau Ville-Hôpital-Toxicomanie Assistante socio-éducative UCSA Surveillante infirmière UCSA Conseiller insertion et probation Dermatologue CDAG Coordinateur UCSA/CISIH Assistante sociale, Antenne toxicomanie Chef de service pénitentiaire
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Direction régionale de Lille

<i>MAISON D'ARRET DE LOOS (Lille)</i> <i>Avenue du Train de Loos BP 79 - 59373 Loos cédex</i>	
Jean-Louis DAUMAS Dr Catherine ADINS Pr GOSSET Dr Evry ARCHER Michel MANIER Mr SENECHAL	Directeur Praticien hospitalier SMPR Chef de service des UCSA Chef du service SMPR Chef du service Socio-éducatif Substitut du Procureur de la République

<i>CENTRE DE DÉTENTION DE LOOS (Lille)</i> <i>1 avenue du Train de Loos BP 79 - 59373 Loos cédex</i>	
Dominique ZINS Mr CARPENTIER Mme BOSC Mr COMBET Mme KIRCHOFF Dr Emmanuel LUNEAU	Directeur Moniteur de sport Conseillère d'insertion Surveillant d'étage Service d'insertion et de probation UCSA

Direction régionale de Lyon

*MAISONS D'ARRET SAINT-PAUL et SAINT JOSEPH
12 quai Perrache 69272 Lyon cédex 2*

Pierre DUFLOT
Sylvie MANNAU
Dr Pierre LAMOTHE
Dr Pierre BARLET

Dr Philippe CHOSSEGROS

Dr Pascale BEAUPERE
Mme BERNARD
Myriam ESTIENNE
Yves BISSUEL

Directeur
Directrice adjointe
Chef du service SMPR
Chef de service de médecine,
Hôpital Jules Courmont
Service de médecine,
Hôpital Jules Courmont
Chef du service des UCSA
AIDES

Direction régionale de Marseille

CENTRE PENITENTIAIRE DE MARSEILLE-BAUMETTES
213 chemin de Morgiou 13404 Marseilles cédex 20

Jean-Charles GERAY Christine FAURE Michel ROTILY Dr Chantal VERNAY VAÏSSE	Directeur Responsable SOS Apartments Marseille Directeur Etudes, ORS PACA Médecin chef, Conseil Général 13, DISS, CIDAG, DAV MST Coordinatrice, Antenne toxicomanie Educatrice, Service médical Médecin inspecteur, DDASS Coordinatrice AIDES Provence Infirmière CISIH Praticien hospitalier, Hôpital Houphouet Boigny et vacataire aux Baumettes
S. MONIER Djamila SIRAT Dr H. PRODHON M. P. LEBON Isabelle MURACIOLI-CASTEL Dr Jacques MOREAU	Praticien hospitalier, Hôpital Houphouet Boigny et vacataire aux Baumettes Praticien hospitalier, Médecin chef Chef de service, CH Martigues, vacataire Sida Baumettes Praticien hospitalier, Service médecine interne, CH Martigues, vacataire Baumettes Psychiatre, Praticien hospitalier SMPR Baumettes Service des maladies infectieuses, Pitié Salpêtrière, Paris Hôpital des Baumettes Chef de service, Hôpital Sainte Marguerite, CISIH de Marseille Chef de service, SMPR Baumettes Mission Sida, DASS Praticien hospitalier, Centre pénitentiaire
Dr Anne GALINIER PUJOL Dr Meyer NEZRI	Praticien hospitalier, Médecin chef Chef de service, CH Martigues, vacataire Sida Baumettes Praticien hospitalier, Service médecine interne, CH Martigues, vacataire Baumettes Psychiatre, Praticien hospitalier SMPR Baumettes Service des maladies infectieuses, Pitié Salpêtrière, Paris Hôpital des Baumettes Chef de service, Hôpital Sainte Marguerite, CISIH de Marseille Chef de service, SMPR Baumettes Mission Sida, DASS Praticien hospitalier, Centre pénitentiaire
Dr Rolande COHEN VALENSI	Praticien hospitalier, Service médecine interne, CH Martigues, vacataire Baumettes Psychiatre, Praticien hospitalier SMPR Baumettes Service des maladies infectieuses, Pitié Salpêtrière, Paris Hôpital des Baumettes Chef de service, Hôpital Sainte Marguerite, CISIH de Marseille Chef de service, SMPR Baumettes Mission Sida, DASS Praticien hospitalier, Centre pénitentiaire
Dr Catherine PAULET	Psychiatre, Praticien hospitalier SMPR Baumettes
Dr Marc Antoine VALANTIN	Service des maladies infectieuses, Pitié Salpêtrière, Paris
Dr SCOTTO DI FASANO Jean-Albert GASTAUT	Hôpital des Baumettes Chef de service, Hôpital Sainte Marguerite, CISIH de Marseille
Dr Daniel GLEZER G. CORUBLE Dr Bernard DI COSTANZO	Chef de service, SMPR Baumettes Mission Sida, DASS Praticien hospitalier, Centre pénitentiaire

MAISON D'ARRET DE NICE
12 rue de la Gendarmerie BP 709 - 06012 Nice cédex 1

Jean-Jacques PAIRRAUD Patrick OHAYON Pascale HERNANDEZ Sandrine BOTTI Rita BENICHOU	Directeur Chef de service UCSA Psychologue Assistante sociale Assistante sociale
-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

(Suite)

MAISON D'ARRET DE BORGO (Corse)
BP 16 - 20290 Borgo cédex

Mr MANENTI Dr BERNARDI Mr SANTONI Mme BERTRAND Mr BARRALLINI Mlle MICHELLI	Directeur Médecin coordonnateur UCSA Chef du greffe Infirmière Chef de détention Psychologue ADPS
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CENTRE DE DETENTION DE CASABIANDA (Corse)
20270 Aléria

Yvon GUEYDAN Cécile DE HEN C. SALOM Marie-Ange PAOLINI Marie GRAZIANI Dominique RAFFINI Xavier GIANSILY Dr LESCHI Dr RAPTELET Jacques ZAFRILLA	Directeur Sous-directrice Conseiller d'insertion et de probation Assistante sociale Infirmière CSP II en stage Chef de service pénitentiaire Médecin chef UCSA Psychiatre praticien hospitalier CSP Responsable greffe judiciaire
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Direction régionale d'Outre-Mer

<p><i>MAISON D'ARRET DE CAYENNE (Guyane) 2 rue François Arago BP 6020 - 97306 Cayenne cédex</i></p>	
<p>Henri KLEBERT Bernard PETIN Jean-Marc WOJCIK Mmes X</p>	<p>Directeur Adjoint au Directeur - CSP II Médecin de l'établissement Infirmières libérales</p>

<p><i>MAISON D'ARRET DE FORT DE FRANCE (Martinique) 118 rue Victor Sévère BP 635 - 97262 Fort de France cédex</i></p>	
<p>Mr SALERNO Mme QUIST Mme JAFFRO Mr ARNAUD Mr GROMAT Dr REMY Dr RENTZ Mme APEX</p>	<p>Directeur Médecin chef de l'UCSA Assistance sociale Infirmiers Infirmiers Psychiatre Psychiatre Service d'aide aux détenus</p>

<p><i>MAISON D'ARRET DE SAINT-DENIS (La Réunion) 43 bis rue Juliette Dodu 97488 Saint-Denis cédex</i></p>	
<p>Mr MULLER</p>	<p>Directeur</p>

<p><i>CENTRE PENITENTIAIRE LE PORT (La Réunion) 97823 Le Port cédex</i></p>	
<p>Mr KATZ</p>	<p>Directeur</p>

Direction régionale de Paris

MAISON D'ARRET DE LA SANTE
42 rue de la Santé 75674 Paris cedex 14

Didier VOITURON Yves FEUILLERAT Pr Didier SICARD Andrée PHILIPPE Maryvonne TELLIER Dr Claudine FICHARD-AYMÉ Dr Olivier ZAKDITZBAR Dr Laura HARCOUËT Dr Chantal MAGDALEINAT Saadia YAKOUB Dr Véronique VASSEUR Marie-Odile BILLY Dr Gilles CESSOT Dr Elisabeth CASSAGNE	Directeur adjoint Sous-directeur Chef de service, <i>Cochin</i> Cadre infirmier UCSA Assistante sociale CISIH, <i>Cochin</i> Praticien hospitalier <i>Cochin/La Santé</i> Praticien hospitalier <i>Cochin/La Santé</i> Pharmacien Praticien hospitalier SMPR (temps plein) Psychologue/psychothérapeute (temps plein, <i>Antenne toxicomanie</i>) Médecin chef de l'UCSA Infirmière Médecin CDAG, <i>Institut Fournier</i> Médecin chef adjoint
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MAISON D'ARRET DE FLEURY MEROGIS
7 avenue des Peupliers 91705 Sainte Geneviève des Bois cedex

Dr Olivier OBRECHT Dr Bertrand MILLIOT Dr Eric DURAND Annie CAILLOCE François LELANDAIS Sylvia LEFORT Valérie VOISIN Patricia GAUTHIER Evi PAPADAKOU Chantal MONESTIER	Médecin chef des Maisons d'arrêt Praticien Maison d'arrêt des femmes Praticien Maison d'arrêt des hommes Chef du service socio-éducatif Chef de service intérimaire Psychologue antenne toxicomanie Psychologue antenne toxicomanie Psychologue antenne toxicomanie Psychologue antenne toxicomanie Secrétaire médicale
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE DE FRESNES
Allée des Thuyas 94261 Fresnes cedex

Mr TOULOUZE Tullio BONINSEGNA Dr José POLO DEVOTO Dr Jacques LAURANS Claude JOUVEN Nicole DANGLOT Stéphane GELY Gilberte WAXIN Claude CHARAMATHIEU Nadège FORGEOT	Directeur Infirmier Antenne CISIH Médecin du CISIH Paris Sud, <i>Hôpital Antoine Béclère-Clamart</i> Psychiatre, responsable du SMPR Coordinatrice de l'antenne toxicomanie Infirmière grand quartier Sous-directeur MAF Fresnes CSP2 MAF Fresnes Chef de service Insertion/Probation Assistante sociale, antenne CISIH
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Suite)

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE NATIONAL de FRESNES (EPSNF)
Allée des Thuyas 94261 Fresnes cédex

Jacques PARIS Catherine CHANEZ Dr Philippe BOUCHARD Dr Paul AT KHEN Dr Christiane de BEAUREPAIRE Dr Isabelle BOUCHARD Dr José POLO DEVOTO	Directeur Sous-directrice Président de la CME Médecin chef de médecine 1 Psychiatre des Hôpitaux Médecin du Service de médecine 1 Médecin détaché du CISIH Paris Sud, <i>Hôpital Antoine Béclère</i> Assistante sociale Cadre infirmière de la polyclinique de femmes Secrétaire médicale
Nadine FREIXE Martine AMRHEIN Fabienne LEMOINE Evelyne SCHMIDT Olivier TARJOT Françoise ARNON Dr Isa BLOT	Infirmière Infirmière Infirmière Hématologue

MAISON D'ARRET DE BOIS D'ARCY
5 rue Alexandre Turpault 78390 Bois d'Arcy

Joaquim PUEYO Olivier LEPREVOST Dr Martine CARPENTIER Jean-François LECOMTE Dr Samia KHOUALDIA Elisabeth CARILLON Vincent BODU Jean-Pierre RIET Joséphina ROUSSEAU Daniel TURBIAUX Dr Marie-Paule MARCHAND Dr François MOREAU Dr Isabelle ROUSTANG Dr Alix GREDER-BELLAU Dr Sylvie ROUSSIN-BRETAGNE Mr LE BERRE Jean-Paul BUNICOURT	Directeur CEDAT Médecin coordinateur CEDAT Educateur spécialisé SMPR Psychiatre SMPR, médecin assistant Chef du service Socio-éducatif Infirmier SMPR Infirmier SMPR Assistante sociale SSE Cadre supérieur infirmier SMPR Médecin chef SMPR Chef du service médical UCSA UCSA Praticien hospitalier, André Mignot Praticien hospitalier, André Mignot Cadre infirmier UCSA Formateur des personnels (Président de l'Association éducative et sportive d'aide aux détenus)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

MAISON D'ARRET d'OSNY
Chemin Vert BP 32 Osny 95524 Cergy Pontoise cédex

Valérie PORCHEROT Dr Frédérique SELZT Nathalie LIENARD Dr Gérard MITELBERG	Directrice adjointe Chef de service médical Conseillère d'insertion et de probation Psychiatre
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Suite)

MAISON D'ARRET DES HAUTS DE SEINE <i>133 avenue de la Commune de Paris BP 1414 - 92014 Nanterre</i>	
Alain PARIS-ZUCCONI François HERVÉ Pierre SISSAOUI Pasteur PRENELLE Dr Jérôme PETIT DIDIER Hervé LETANG Dr Didier LUCAS Dr Martine BLOCH Dr Louis HUARD	Directeur Directeur adjoint de l'association Conseiller d'insertion et de probation Auxiliaire d'aumônerie Médecin coordonnateur Chef d'unité SIGES Médecin responsable du Service médical Médecin responsable dans le cadre CISIH, <i>Hôpital Louis Mourier</i> Psychiatre

CENTRE DE DETENTION de Melun <i>10 quai de la Courtille 77000 Melun</i>	
Daniel GOUTORBE Bernard PONGE Etienne DOUMEC Françoise DUQUENOY Marc HEMART Jean-Claude MIGNON Nadine SERAIN Annie BARDELLI Frédéric JUNG Frédérique FERNIER Martine GAZANGELLE	Directeur Responsable UCSA Chef de service pénitentiaire Infirmière responsable des UCSA Chef de service de greffe CSP détenus Comité d'insertion et de probation Comité d'insertion et de probation Attaché d'administration et d'intendance Infirmière Infirmière

MAISON D'ARRET de Melun <i>12 rue du Président Despatys 77000 Melun</i>	
Claude LEROUX	Directeur adjoint

(suite)

HÔTEL-DIEU
Parvis Notre Dame 75004 Paris

Mr J. MEYOMAS
Dr Pierre ESPINOZA
Personnels infirmiers

Directeur
Praticien hospitalier,
Service des Urgences
Salle Cuzco

CITE MYRIAM
2 rue de l'Aqueduc 93100 Montreuil

Philippe COMBET
Madeleine GARDARIN
Jöelle MONTIGNY
Pierre MARTIAL
Zina BESSA
Ruth GOZLAN
Dr Cécile WINTER
Nicole MAESTRACCI

Responsable du *Secours Catholique*,
Montreuil
Responsable d'*Emmaüs Alternatives*,
Montreuil
Médecin inspecteur de santé publique,
chargée de mission Sida, *DASS 93*
Comité de probation et d'assistance
aux libérés
Médecin, Service de prévention et
d'action sanitaire, *Conseil général 93*
Responsable du service médical,
Maison d'arrêt de Villepinte
Centre hospitalier intercommunal de
Montreuil
Juge d'application des peines, *Tribunal de grande instance de Bobigny*

CENTRE DE RETENTION ADMINISTRATIVE du Mesnil Amelot (Roissy)

Mme POISSON
Dr Philippe BARGAIN
Mme BARGAIN

Directeur
Service médical d'urgence
Infirmière

CENTRE DE RETENTION ADMINISTRATIVE de Vincennes

Jean-Pierre SEGAL
Mr GARCIA
Mr MICHELIN
Mr MARCEAU
Mr GRIMAUD
Mr GUERROT

Médecin chef
Commissaire
Commissaire divisionnaire
Lieutenant
Brigadier chef

Direction régionale de Strasbourg

MAISON D'ARRET DE STRASBOURG <i>6 rue Engelmann BP 25 - 67035 Strasbourg cédex 2</i>	
Mr LE DANTEC	Directeur
Pr Jean-Louis PASQUALI	Chef de service des UCSA
Dr Françoise HUCK	Chef du service SMPR
Mme BERNOTTI	Sous-directrice
Christine DUB	Assistante sociale, Antenne toxicomanie
Ingrid ULLMANN	Cadre infirmier SMPR
René VOGEL	Charge de mission
Claude METZGER	Association Parenthèse Pari
Dr Yves EDEL	Association Parenthèse Pari
	Service de Santé Publique
	Groupe Pitié-Salpêtrière

II

- **Auditions individuelles**
- **Auditions collectives**
(25 avril et 10 juin 1996)

Auditions individuelles

Jérôme DEBAINS , coordonnateur du projet Sida Info Prison <i>Sida Info Service</i>	Mercredi 17 janvier 1996
Hervé GAYMARD , Secrétaire d'Etat à la Santé	Jeudi 8 février 1996
François CALZI-PIETRANTONI Hervé ROBERT , commission prison <i>AIDES</i>	Lundi 12 février 1996
François BES , commission prison Arlindo CONSTANTINO <i>ACT UP</i>	Vendredi 16 février 1996
Laurent DAVENAS , Procureur de l'Essonne Daniel DRU , Directeur de la Maison d'arrêt de Fleury Mérogis	Vendredi 16 février 1996
Anne SCHAFFNER , Magistrat <i>Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie, Ministère de la Justice</i>	Mardi 12 mars 1996
Elisabeth ROUSSEAU , Médecin inspecteur en santé publique, <i>Mission de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire, Direction des Hôpitaux, Ministère de la Santé</i>	Mardi 19 mars 1996
Père Claude COURTOIS , Aumônier Aimé JACQUET Frère François MERY , Aumônier Père Maurice RAMBOURG , Aumônier <i>Evéché d'Evry</i>	Samedi 13 avril 1996
Stéphane MANTION , Conseiller technique <i>Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale auprès du Ministre du Travail et des Affaires Sociales</i>	Lundi 22 avril 1996

(Suite)

Bruno GRAVIER <i>Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires</i> Lausanne, Suisse (Rencontre avec le Dr Yves EDEL)	Lundi 6 mai 1996
Pr Lionel FOURNIER , Chargé de mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie	Lundi 13 mai 1996
André DECROIX , Secrétaire Général de l'Association de lutte contre la toxicomanie <i>Tribunal de Grande Instance d'Evry</i>	Mardi 14 mai 1996
Dr François BOURDILLON Pr Jean DORMONT <i>Direction des Hôpitaux, Mission Sida</i>	Mercredi 15 mai 1996
Jean-Paul JEAN , Magistrat, Inspecteur des services judiciaires Dr Françoise LALANDE , Inspecteur général des affaires sociales	Mercredi 15 mai 1996
Dr Philippe DUNETON , Chef de la mission Sida et Toxicomanie <i>Assistance Publique - Hôpitaux de Paris</i>	Jeudi 16 mai 1996
Jacques TOUBON , Garde des Sceaux Maryse DRICOT , Chef du service Action Sida et Toxicomanie Pierre SAUVAJON , Directeur Jean-Marie THIEDEY , Coordonnateur de l'Association l'Estran <i>La Cité Saint Martin</i>	Mardi 21 mai 1996
Nicole LERICHE , Directeur Jean-Claude MEZZIANI , Educateur <i>ARAPEJ Hauts de Seine</i>	Mardi 28 mai 1996
	Mercredi 29 mai 1996

(Suite)

Pierre DARBEDA , Magistrat <i>Chef de bureau de la réglementation à l'administration pénitentiaire</i>	Mercredi 29 mai 1996
Michèle COLIN , Magistrat Liliane CHENAIN <i>Association Nationale de Prison</i>	Lundi 3 juin 1996 Lundi 10 juin 1996
Dr Pierre ESPINOZA , Chef de service des Urgences <i>Hôtel-Dieu</i>	Lundi 10 juin 1996
Dr Betty CREVIER , Chef du SMPR <i>Maison d'arrêt de Rouen</i>	Lundi 17 juin 1996
Dr Françoise FLEURY COMEDE	Lundi 17 juin 1996
Patrick MAREST Dr Didier SEYER <i>Observatoire International des Prisons</i>	Mardi 18 juin 1996
Bernard PAGEF , Susbtitut <i>1ère section au Parquet de Paris chargée des affaires des stupéfiants</i>	Jeudi 20 juin 1996
Dr Philippe BARGAIN Mme BARGAIN , Infirmière Mme POISSON , Directeur <i>Centre de Rétention Administrative de Roissy (Mesnil Amelot)</i>	Mercredi 3 juillet 1996
Vincent BARAZER , Directeur Fatima BOURAZZA , Conseillère en économie sociale et familiale Michel PAOLI , Médecin coordonnateur <i>Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale La Poterne des Peupliers</i>	Mardi 9 juillet 1996

(Suite)

<p>Dr Danielle FUCHS, Médecin inspecteur de la santé</p> <p>Dr Marie-Claude ZASLAVSKY</p> <p><i>DDASS Val de Marne</i></p>	Vendredi 12 juillet 1996
<p>Gilbert AZIBERT, Directeur de l'administration pénitentiaire</p> <p><i>Ministère de la Justice</i></p>	Lundi 22 juillet 1996
<p>Louis DESSAINT, Chargé de mission auprès du délégué interministeriel à la lutte contre le Sida</p> <p>Dr Jean-Yves FATRAS, Chef du bureau DL2, Division Sida</p> <p>Jean-François GIRARD, Directeur Général de la Santé</p> <p>Dr Suzanne GUGLIELMI, Médecin inspecteur, Division Sida</p>	
<p>Dr Esmeralda LUCIOLLI, Chef du bureau SP3 à la Direction général de la santé</p> <p>Annick MOREL, Adjointe au Directeur général de la Santé</p> <p>Dr Elisabeth ROUSSEAU, Chef de la mission EO4, <i>Direction des hôpitaux</i></p>	Lundi 22 juillet 1996
<p>Mr GARCIA, Commissaire</p> <p>Mr GRIMAUD, Brigadier chef</p> <p>Mr GUERROT</p> <p>Mr MARCEAU, Lieutenant</p> <p>Mr MICHELIN, Commissaire divisionnaire</p> <p>Jean-Pierre SEGAL, Médecin chef</p> <p><i>Centre de Rétention Administrative de Vincennes</i></p>	Jeudi 25 juillet 1996

(Suite)

Claude PERNOLLET , Juge <i>Président de l'Union Syndicale des Magistrats</i>	
Christine BASSE-CATHALINAT , Juge d'application des peines <i>Tribunal de Grande Instance d'Evreux</i>	Mardi 30 juillet 1996
Sabine MARIETTE , Juge, Présidente Catherine VANNIER , Substitut <i>Syndicat de la Magistrature</i>	Lundi 5 août 1996
Heri RAJAONARISON , Coordinateur National <i>Défense des Etrangers Reconduits, CIMADE</i>	Mardi 13 août 1996
Georges FENECH , Président Jean-Louis VOIRIN , Substitut, Secrétaire général <i>Association Professionnelle des Magistrats</i>	Mercredi 14 août 1996
Jean-Paul ROMAN <i>Syndicat National Pénitentiaire Force Ouvrière</i>	
Christian LENZER Gilles SICARD , Secrétaire général Thierry VANDEPUT , Maison d'arrêt de La Santé <i>Union Fédérale Autonome Pénitentiaire</i>	
Pascal DUPRE Jérôme HENRY François HULOT , Secrétaire national <i>Union Générale des Syndicats Pénitentiaires CGT</i>	Mercredi 14 août 1996
Christiane CHEZELLE Dominique POUYMEROL , Président <i>Union Syndicale Pénitentiaire</i>	
Georges L. FRANCE , Directeur des affaires économiques et des affaires publiques Gilles PICARD , Chef de projet Buprenorphine <i>Schering-Plough</i>	Mardi 20 août 1996

(Suite)

<p>Pasteur Werner BURTI, Aumônier général adjoint protestant des prisons, Permanent de la commission justice et aumônier des prisons de la Fédération protestante</p> <p>Jean-François CANTO, Chef du service prison-errance</p> <p>Catherine COEROLI, Secrétaire nationale de l'A.N.V.P.</p> <p>Chantal CRETAZ, Secrétaire générale de l'Association Nationale des Visiteurs de Prison</p> <p>Dominique HERLEQUIN, Adjointe au chef du service prison-errance du Secours Catholique</p> <p>Madeleine PERRET, Vice-Présidente de la Fédération des Associations Réflexion Action Prison et Justice</p> <p>Père Jacques THIERRY, Aumônier général catholique des prisons</p> <p><i>Secours Catholique, Caritas France</i></p>	<p>Lundi 16 septembre 1996</p>
<p>Mr HAJJAR, Médecin coordonateur du programme 13000, Zone sud, Tarascon</p> <p>Philippe JUILLAN, 26ème promotion d'élèves sous-directeurs</p> <p>Evelyne LAUTISSIER, Directeur adjoint</p> <p>Thierry MAILLES, 26ème promotion d'élèves sous-directeurs</p> <p>Mme TUFFELLI, Médecin chef au Grand Quartier de Fresnes</p> <p><i>Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire de Fresnes</i></p>	<p>Lundi 23 septembre 1996</p>
<p>Edouard BAETZ, Directeur de GECEP (Gestion de centres pénitentiaires)</p> <p><i>GTM-Entrepose</i></p> <p>Mr HAJJAR, Médecin coordonateur du programme 13000, Zone sud, Tarascon</p>	<p>Jeudi 17 octobre 1996</p>

Auditions collectives
Séance du 25 avril 1996
Participants et organismes de rattachement

Pr Marc GENTILINI

Dr Jean TCHERIATCHOUKINE, Inspecteur Général des Affaires Sociales

• Direction générale de la santé

Joëlle CONNAN-CLARK, Sous-direction de la santé et des populations Bureau SP2
Dr Catherine FAC PENIN

Dr Michèle FAVEREAU-BRETEL, Mission de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire

Dr Colette PARPILLON

Dr Noëlle PENCIOLELLI, Bureau SP3 santé mentale, toxicomanies et dépendances

• Direction des Hôpitaux

Dr François BOURDILLON, Mission Sida, consultant à la Maison d'arrêt de Chambéry

• Hôpital Cochin

Pr Didier SICARD, Chef de service de médecine interne, Coordonnateur médical du CISIH (consultations CISIH à la Maison d'arrêt de la Santé)

• Maison d'arrêt de Bois d'Arcy

Jean-François LECOMTE, Educateur, Service du SMPR

• Maison d'arrêt de Fleury Mérogis

Annie CAILLOCE, Chef de service probation et insertion

Aimé JACQUET, Coordinateur des aumôniers

Dr Marie-Hélène LEMAIRE, Responsable médical UCSA, Maison d'arrêt des hommes (responsable du DU « Ethique et médecine en milieu carcéral »)

Dr Olivier OBRECHT, Chef de service de médecine en milieu pénitentiaire

• Equipe CISIH Pitié-Salpêtrière - Fleury Mérogis/Service des maladies infectieuses et tropicales

Dr François CHIEZE, Coordination des actions de formation « VIH » dans le cadre de l'ENAP, Directeur du DU « Ethique et médecine en milieu carcéral »

Dr Christian MONGIN

Dr Marc Antoine VALANTIN

Dr Olivier VERGELY

• Centre pénitentiaire de Fresnes

Dr Isabelle BOUCHARD, Praticien hospitalier mi-temps, Hôpital pénitentiaire de Fresnes

Claude JOUVEN, Psychologue, Centre de soins spécialisés aux toxicomanes

Dr Jacques LAURANS, Chef du service du SMPR

Dr José POLO DE VOTO, Médecin du CISIH Paris Sud (Hôpital Antoine Béclère)

• Maison d'arrêt de Lyon

Dr Pierre BARLET, Chef du service de médecine pénitentiaire

Dr Pierre LAMOTHE, Chef du service du SMPR

• Maison d'arrêt de La Santé, Paris

Dr Olivier ZAKDITZBAR, Praticien hospitalier, Hôpital Cochin

• Service Régional d'Accueil, d'Information et d'Orientation Pour les Sortants de prison (S.R.A.I.O.S.P.)

Isabelle GAUTHIER, Responsable

- **Association AIDES**
Hervé ROBERT, Commission AIDES Prison
- **Association ACT UP**
François BES, Commission ACT UP Prison
- **Centre Méthadone EMERGENCE Espace Tolbiac, Paris 13^e**
Dr Jean-François BLOCH LAINE
- **SOS APARTS**
Sylvie JUSTIN, Directrice
- **Association des Praticiens de l'Urgence Sociale (A.P.U.S.), Lyon**
Denis HAMELIN, Directeur
- **Agence Nationale pour l'Emploi (A.N.P.E.)**
Jean-Paul GERMOND, Espace Liberté Emploi
- Anne-Marie MARCHETTI, Sociologue, auteur du rapport « Pauvretés en prison »
- Jérôme DEBAINS, Coordonnateur du projet de dispositif téléphonique « VIH » à destination de la population carcérale
- **DDASS des Yvelines**
Dr François HIVERT, Service des actions de santé publique

Personnes excusées

- **Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis**
Dr Bertrand MILLIOT, UCSA, Maison d'arrêt des femmes
- **Association nationale des visiteurs de prison**
Liliane CHENAIN
- **APARTS**
Jean-Mars BORELLO
- **Direction de l'administration pénitentiaire**
Anne SCHAFFNER, Magistrat, Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie
- **Maison d'arrêt de Bois d'Arcy**
Dr Catherine de RICHAUD, Psychologue, SMPR
- **Ministère des affaires sociales, de la santé, de la ville**
Dr Laurence LEFEVRE, Chef du bureau santé mentale, toxicomanies et dépendances
Dr Elisabeth ROUSSEAU, Chargée de mission
- **Maison d'arrêt La Santé, Paris**
Dr Véronique VASSEUR, Chef du service UCSA
- **DDASS du Val de Marne**
Dr Danielle FUCHS, Médecin inspecteur de santé publique
- **Hôtel-Dieu, Paris**
Dr Pierre ESPINOZA, Chef du service des urgences médicales
- **Ministère de la Justice**
Jean-Paul JEAN, Magistrat, Inspection des services judiciaires
- **Assistance Publique - Hôpitaux de Paris**
Dr Philippe DUNETON, Chef de la mission Sida et Toxicomanie
- **Association de lutte contre la toxicomanie - Tribunal de Grande Instance d'Evry**
André DECROIX, Secrétaire général

Séance du 10 juin 1996

Pr Marc GENTILINI

Dr Jean TCHERIATCHOUKINE, Inspecteur Général des Affaires Sociales

• **Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis**

Annie CAILLOCE, Chef de service Insertion et Probation

• **Centre d'Aide aux Toxicomanes (CEDAT), Versailles**
Martine CARPENTIER

• **Association de lutte contre la toxicomanie - Tribunal de Grande Instance d'Evry**

André DECROIX, Secrétaire général

• **Tribunal de Grande Instance d'Evry**

Christine PEYRACHE, Juge d'application des peines

• **Service Régional d'Accueil, d'Information et d'Orientation Pour les Sortants de prison (S.R.A.I.O.S.P.)**

Isabelle GAUTHIER, Responsable

• **Agence Nationale pour l'Emploi**

Jean-Paul GERMOND, Espace Liberté Emploi

• **Tribunal de Grande Instance de Paris**

Sylvie HERAL, Comité de probation et d'assistance aux libérés,

• **DDASS des Yvelines**

Dr François HIVERT, Service des actions de santé publique

• **DDASS de l'Essonne**

Dr Philippe VIENOT, Actions sanitaires

• **Mounir MAMOGHLI, Consultant géographe**

III

Enquête

Premier questionnaire

Il a été adressé aux responsables médicaux des UCSA ou des 13000. Le questionnaire visait à connaître la prévalence de l'infection par le VIH et de l'infection par le VHC pour l'année 1995.

Pour chacun des neuf secteurs pénitentiaires définis, nous avons précisé le nombre de réponses (VIH et VHC) par rapport au nombre d'établissements sollicités.

Pour le VIH, de nombreux services médicaux ont pu donner des réponses précises. Dans le cas contraire, il leur était demandé d'estimer le nombre de détenus VIH suivis par eux-mêmes (en comparant des données, en extrapolant les chiffres d'un recensement fait au cours de l'année 1995 sur une période représentative, ou en faisant des recherches sur une partie des dossiers (sérologies, etc...). Parmi les patients VIH, nous avons souhaité recueillir des informations sur le nombre de sidéens.

Pour le VHC, seul un nombre restreint d'établissements nous a communiqué des chiffres précis (il est vrai que, tout comme pour le VIH, notre enquête concernait l'année 1995, au cours de laquelle les UCSA ont été progressivement mises en place). D'autres nous ont adressé des données estimées, selon la méthode suivie pour le VIH. La majorité des établissements ayant répondu à la question sur le VHC ont souligné que les chiffres communiqués (sérologie positive) sont très certainement sous-estimés ou fortement sous-estimés ; ce que semble confirmer le nombre plus important de sérologies positives actuellement constaté dans les établissements.

Analyse du premier questionnaire

Sur 174 établissements, 112 ont rempli le questionnaire, parmi lesquels 28 ont limité leur réponse à l'infection par le VIH. Les UCSA ou services médicaux « 13000 » qui ont participé à cette étude ont pris en charge 2285 patients VIH dont 391 sidéens soit 17 %.

84 UCSA ont pris en charge 4154 détenus VHC pendant la même période. 28 UCSA n'ont pas été en mesure de nous communiquer un nombre de détenus contaminés par le VHC, même estimé à partir d'une enquête rétrospective. La plupart de celles qui nous ont répondu ont toutefois indiqué que leurs données étaient sous-estimées par rapport au nombre de détenus effectivement infectés par ce virus (en raison du dépistage non systématique du VHC dans de nombreux sites).

Dans cette enquête, nous n'avons pas recherché d'informations sur le virus de l'hépatite B ni sur la co-infection par les virus des hépatites et du VIH : ce questionnaire n'ayant pas l'objectif d'être exhaustif par rapport à des problèmes de santé publique et en correspondant pas à un recueil épidémiologique mené avec la plus grande rigueur scientifique.

En conclusion, on constate, au vue des réponses à ce questionnaire, un nombre significativement plus important de détenus infectés par le VHC que de détenus infectés par le VIH (2 pour 1 en moyenne - 4156 pour 2285). Cet écart varie en ne considérant pas le cas spécifique de l'Outre-Mer où les toxicomanes dans leur grande majorité n'utilisent pas de drogues par voie intraveineuse, de 1 à 5 en faveur du VHC. Cet écart serait beaucoup

plus important si le dépistage du VHC avait été systématique ; le taux de non-réponse pour le VHC est de 52 % et pour mémoire la plupart des établissements ayant répondu à cette question font valoir leur sous-estimation.

MISSION D'ÉTUDE « PRISON, SIDA, TOXICOMANIE » 1996
(Pr Marc GENTILINI)

QUESTIONNAIRE

Etablissement pénitentiaire :

Chef du Service médical :

Nombre de détenus dans l'établissement (en permanence)

Nombre de détenus « VIH » accueillis par le service médical en 1995

Nombre de détenus « VHC » accueillis par le service médical en 1995

Parmi eux, combien de malades atteints de SIDA

Commentaires éventuels (questionnaire ou autre thème en lien avec la mission d'étude) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

.....

PREVALENCE VIH/VHC 1995

Régions pénitentiaires	Nombre d'établissement ayant répondu		Nombre d'établissement		VIH	VHC	SIDA	VHC = VIII
	Par secteur	Par secteur et VIHC	Par secteur et d'établissement	VIHC				
BORDEAUX	11	7	20	289	55	26	0 (0,19)	
DIJON	11	10	18	32	104	13	3 (3,25)	
LILLE	15	14	20	109	417	43	4 (3,80)	
LYON	11	8	19	29	160	4	5 (5,15)	
MARSEILLE	12	10	15	584	1256	89	2 (2,10)	
OUTRE-MER	6	2	9	27	0	2	0	
PARIS	15	10	21	1185	1656	160	1 (1,40)	
RENNES	11	9	21	117	90	31	0,76	
STRASBOURG	11	8	15	64	282	12	4 (4,40)	
TOULOUSE	9	6	16	90	134	11	1 (1,50)	
TOTAL	112	84	174	2285	4154	391		

Les deuxième et troisième questionnaires

Ils sont relatifs aux toxicomanes accueillis en 1995 en milieu pénitentiaire.

- **Le premier est « administratif ».** Il vise à connaître le nombre : de détenus accueillis pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), parmi eux, le nombre de détenus de nationalité étrangère. Il est également demandé au directeur de l'établissement quel pourcentage représente, selon lui, la population toxicomane accueillie en 1995 (ILS et autres délits vraisemblablement commis sous l'emprise de drogues).

- **Le deuxième est médical.** Il est adressé aux SMPR et aux antennes toxicomanie, à l'UCSA pour les établissements ne disposant pas de structure médico-psychologique.

On peut regretter de n'avoir pu mieux cibler les autres référents (autres que SMPR) malgré une relance effectuée à la mi-août.

Ce faible nombre de réponses a plusieurs explications parmi lesquelles l'absence de structure spécialisée dans beaucoup d'établissements et l'insuffisance du travail épidémiologique autour des toxicomanes : ceux qui ont la charge des détenus toxicomanes étant en nombre restreint pour un travail clinique et psychologique, n'ont guère de temps à consacrer à une enquête épidémiologique. Les questions posées sur le nombre de VIH, le nombre de VHC, le pourcentage de polytoxicomanes, le pourcentage de demandeurs de soins au moment de l'écrou, le pourcentage de détenus ayant participé à un projet de préparation à la sortie, le taux de rechute.

En fait, ce questionnaire n'était pas adapté à la pratique de soins spécialisés en milieu carcéral :

- le pourcentage de demandeurs de soins est certainement une donnée trop floue ;
- le taux de rechute serait à préciser, qu'il s'agisse de délinquance ou d'une rechute toxicomaniacal.

La plupart des équipes qui ont fait un commentaire sur cette question indique que le taux de rechute en toxicomanie est proche de 100 %.

Analyse du deuxième questionnaire

Le taux de réponses au questionnaire administratif est assez important : 94 établissements sur 174 ont répondu.

Le nombre total de détenus pour infraction à la législation sur les stupéfiants - 12698- obtenu par le biais de notre questionnaire, en lui-même n'est que peu exploitable puisqu'il ne correspond pas à un chiffre exhaustif.

Par contre, nous savons que 37 % de ces détenus sont de nationalité étrangère ; ceci pose diverses questions en particulier celle d'une population qui, pour vivre ou survivre, entretient une économie parallèle.

A la question posée aux directeurs d'établissements d'estimer le pourcentage d'usagers de drogues présents en permanence dans leur établissements, par rapport au nombre total de détenus, là encore les chiffres sont importants et on obtient une moyenne de 31 %.

On peut considérer que ce chiffre de 31 % est surestimé par rapport à la réalité dans la mesure où il est possible que les réponses émanent en priorité des établissements concernés par ces problèmes.

Analyse du troisième questionnaire

Le questionnaire médical, malgré une relance, a fait l'objet d'un « engouement » plus faible pour les raisons déjà évoquées. Sur un total de 36 réponses exploitables (sachant que d'autres questionnaires nous ont été retournés uniquement sous forme de commentaire -12), on constate que :

- nous n'avons pas obtenu une participation de tous les SMPR à cette enquête ;
- sur 6430 toxicomanes suivis dans les antennes toxicomanies et/ou par les UCSA (ou les services médicaux des « 13000 »), dotées de moyens médico-psychologiques, une séropositivité pour le VIH était connue chez 497 de ces patients (soit 7 % des toxicomanes), une séropositivité pour le VHC était connue pour 1244 (soit 19 % des toxicomanes).

Ces chiffres de séroprévalence, dans le contexte de la toxicomanie, sont inférieurs aux chiffres transmis par les unités somatiques, pour diverses raisons déjà évoquées et, en particulier, celle de l'importance relative (à priori) de la connaissance du statut sérologique d'un détenu pour engager un travail psychologique.

Seuls 9 questionnaires sur 36 envoyés ont permis d'obtenir les informations suivantes :

- le pourcentage de polytoxicomanie parmi les usagers de drogues varie de 37 % à 97 % ;
- la même amplitude est observée pour le pourcentage de toxicomanes demandeurs de soins - 48 % à 92 % - ; mais à vrai dire, cette demande de soins peut être fondée par des motivations distinctes d'un véritable souhait de prise en charge médico-psychologique ;
- le pourcentage du nombre de détenus ayant participé à un projet de préparation à la sortie est particulièrement faible ; il varie de 0 à 30 %.

Là encore, il y a lieu de considérer ce chiffre avec prudence, dans la mesure où la notion de projet de préparation à la sortie peut recouvrir plusieurs dimensions (projets personnels ou projets collectifs ; les projets individuels réalisés faisant plus particulièrement l'objet des activités des services sociaux éducatifs, lesquels n'ont pas été interrogés).

Quoiqu'il en soit, ce faible taux de préparation à la sortie est malheureusement confirmé par le taux de récidive (drogue et délinquance), parfois proche de 100 %.

Dans cette étude spécifique, tout comme dans l'étude « générale », on constate la supériorité du nombre de sujets VHC par rapport au nombre de sujets VIH (l'étude générale visant à connaître la prévalence du VHC et VIH, tous détenus confondus).

MISSION D'ÉTUDE « PRISON, SIDA, TOXICOMANIE » 1996
(Pr Marc GENTILINI)

QUESTIONNAIRE
Toxicomanie

Etablissement pénitentiaire :

Directeur de l'établissement :

**Nombre de détenus accueillis dans votre établissement en 1995,
pour infraction à la législation sur les stupéfiants ?**

**Nombre de détenus de nationalité étrangère pour infraction à la
législation sur les stupéfiants accueillis en 1995 dans votre
établissement ?**

**A quel pourcentage, estimez-vous pour l'année 1995, le taux des
détenus, usagers de drogues avant l'incarcération, écroués pour
infraction à la législation sur les stupéfiants ou pour des délits
autres (atteintes aux biens,...) ?**

Commentaires éventuels :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

.....

TOXICOMANIE 1995
QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

Régions pénitentiaires	Taux de réponses par secteur d'activité	Nbre de détenus pour infraction aux stupéfiants	Nationalité étrangère	Pourcentage des usagers aux stupéfiants
BORDEAUX	13/20	1 169	623	31
DIJON	8/18	479	75	25
LILLE	9/20	2894	842	50
LYON	15/19	883	264	27
MARSEILLE	7/15	1879	482	25
OUTRE-MER	4/9	313	193	33
PARIS	12/21	3340	1725	25
RENNES	13/20	950	169	28
STRASBOURG	7/15	492	157	44
TOULOUSE	6/17	299	158	23
TOTAL	94/174	12 698	4688	37 % des détenus
				31

MISSION D'ÉTUDE « PRISON, SIDA, TOXICOMANIE » 1996
(Pr Marc GENTILINI)

QUESTIONNAIRE MEDICAL
Toxicomanie

Etablissement pénitentiaire :

Responsable médical :

Nombre de détenus reçus ou suivis par le service médical en 1995 pour un problème lié à l'usage de toxiques (sevrage, syndrome de manque aigu, troubles du sommeil, abcès, complications somatiques, relais méthadone, etc, ...)

Combien parmi eux, étaient infectés par le virus du VIH ?

Combien parmi eux, étaient infectés par le virus de l'hépatite C ?

Combien parmi eux, étaient polytoxicomanes ?

Pourcentage du nombre de toxicomanes accueillis en 1995 spontanément demandeurs de soins à l'entrée en détention?

Pourcentage de toxicomanes ayant pris part en 1995 à un projet de préparation à la sortie?

En ce qui concerne les détenus ayant participé à un projet de ce type, quel est le taux de rechute à un an ?

Commentaires éventuels.....

.....
.....
.....
.....
.....

Date :

.....

TOXICOMANIE 1995
QUESTIONNAIRE MEDICAL

Régions pénitentiaires	Taux de réponses par secteur d'activité	Toxicomanes suivis	VIH	VHC	Polytoxicomanes	Demandeurs de soins	Préparation à la sortie	Rechute
BORDEAUX	13/20	483	3	17	97 %	92 %	26 %	-
DIJON	8/18	232	5	29	67 %	50 %	8 %	-
LILLE	9/20	509	20	172	87 %	55 %	30 %	-
LYON	15/19	925	25	207	65 %	57 %	24 %	-
MARSEILLE	7/15	1476	207	31	48 %	48 %	24 %	-
OUTRE-MER	4/9	-	-	-	-	-	-	-
PARIS	12/21	918	110	480	37 %	61 %	24 %	-
RENNES	13/20	23	2	5	53 %	55 %	-	-
STRASBOURG	7/15	1020	13	25	56 %	54 %	5 %	-
TOULOUSE	6/17	844	112	278	55 %	61 %	27 %	-
TOTAL	94/174	6430	497	1244	19 % des toxicomanes	9 réponses	9 réponses	-

Le quatrième questionnaire

Il est relatif au dépistage du VIH en milieu carcéral et est adressé aux centres de dépistage anonymes et gratuit.

Nous avons sollicité 58 CDAG parmi lesquels 38 ont répondu. Leur activité en 1995 leur a permis de dépister 9069 détenus, parmi lesquels 88 ont appris leur séropositivité pour le VIH. Soit un taux de séropositivité de 1 %.

MISSION D'ÉTUDE « PRISON, SIDA, TOXICOMANIE » 1996
(Pr Marc GENTILINI)

QUESTIONNAIRE

Etablissement pénitentiaire :

Responsable médical du CDAG :

**Combien de détenus ont fait l'objet d'un dépistage du VIH en 1995,
dans le cadre du CDAG ?**

**Pendant cette période, combien de séropositifs pour le VIH
ont été décelés ?**

**Combien de patients ont accepté que l'anonymat soit levé pour en
informer le médecin de l'UCSA ?**

Commentaires éventuels :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

.....

CDAG 1995

Régions pénitentiaires	Nombre de détenus dépistés	VIH+	Nombre de CDAG ayant répondu
BORDEAUX	1109	6	5/9
DIJON	1013	-	5/10
LILLE	644	1	2/4
LYON	162	2	4/6
MARSEILLE	3450	54	10/10
OUTRE-MER	371	3	2/2
PARIS	1462	12	2/4
RENNES	246	1	3/4
STRASBOURG	301	4	2/4
TOULOUSE	311	1	3/5
TOTAL	9069	88	38/58 soit un taux de séropositivité de 1 %

IV

Glossaire

Glossaire

Ce glossaire a été réalisé en s'inspirant du lexique du *Rapport Annuel d'Activité 1995 de l'Administration Judiciaire, du glossaire de Les Prisons* par Jean Favard, de Dominos-Flammarion, et de nos notes personnelles.

ASTM

Association loi 1901 "Sida, Toxicomanies, Marginalités" Siège :

Buprénorphine

Médicament de substitution proposé aux toxicomanes endoveineux. Dosage fort à 1 mg absorbé *per os*. Dosage plus fort que le Temgesic initialement utilisé dans le traitement de la douleur.

CD

Voir : Centre de Détenion.

Centre de Détenion (CD)

Etablissement accueillant des condamnés dont le reliquat de peine est supérieur à trois ans, après condamnation définitive et déduction de la durée de détention provisoire. Les CD sont orientés vers la resocialisation des détenus.

Centre pénitentiaire

Etablissement mixte comprenant au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

Centre de Semi-Liberté (CSL)

Reçoit des condamnés admis au régime de la semi-liberté.

Chantier extérieur

CISIH

Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine, créé en dans les principaux CHU pour améliorer l'information, les soins et la recherche sur le sida en milieu hospitalier.

Classement sans suite

Classement sans suite sous condition

Code de procédure pénale

Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés (CPAL)

Selon le nouveau code pénal, il contrôle l'exécution des peines et mesures décidées en milieu ouvert ou après jugement (cf Milieu ouvert).

Concession

Concessionnaire

Entreprise privée qui développe des activités de travail pour les détenus dans les établissements.

Condamné

Détenu ayant fait l'objet d'une condamnation judiciaire définitive.

CPAL

Voir Comité de Probation et d'Assistance aux Libérés.

CRA

Centre de Rétention Administrative. Exemple celui de Roissy au Mesnil-Amelot.

CRAV

Centre de Rétention Administrative de Vincennes.

CRJ

Centre de Rétention Judiciaire

CSST

Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (ex antenne de lutte contre les toxicomanies)

DAP

Délai d'épreuve

DGLS

DGLST

DICCILEC

Durée moyenne de détention

ECIMUD

Ecrou

Etablissement à régime ouvert

Etablissement pour peine

Etablissement pénitentiaire qui reçoit exclusivement des condamnés dont le reliquat de peine est au moins égal à un an. On distingue : les centres de détention et les maisons centrales.

Fractionnement de la peine

Greffé

HIV

Human Immunodeficiency Virus. Voir VIH.

ILE

Infraction à la Législation sur les Etrangers.

ILS

Infraction à la Législation sur les Stupéfiants.

Isolement

JAP

Voir : Juge de l'Application des Peines.

Juge de l'Application des Peines (JAP)

Magistrat chargé de déterminer les modalités de la peine : placement à l'extérieur, semi-liberté, réduction, fractionnement ou suspension de peine, permission de sortie, libération conditionnelle. Le JAP contrôle, avec l'aide du Comité de Probation, l'exécution des peines, des libérations conditionnelles ou des condamnés au sursis avec mise à l'épreuve ou à un TIG.

Levée d'écrou

Libération conditionnelle

Maison d'arrêt

Reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Maison centrale

Etablissement axé sur la sécurité, recevant les condamnés les plus difficiles.

Maison Central à Effectif Réduit (MCER)

Etablissement recevant des condamnés présentant des signes de dangerosité avérés .

Maison de correction

MAR

Maison d'Arrêt à vocation Régionale aménagée pour recevoir les prévenus dangereux.

Médiation

Médiation pénale

Milieu fermé

Désigne généralement tout ce qui a trait aux établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt, centres de détention, maisons centrales, centres pénitentiaires, centres de semi-liberté) par opposition à ce qui concerne les CPAL.

Milieu ouvert (Mesures en milieu ouvert)

Tout ce qui concerne les comités de probation et d'aide aux libérés (CPAL). Mesures en milieu ouvert : peines non privatives de liberté telles travail d'intérêt général (TIG), sursis (simple, avec mise à l'épreuve, avec obligation d'effectuer un TIG), ajournement avec mise à l'épreuve, médiation pénale, ...

Mise en examen

Mise sous écrou

OCRTIS

ORS

Période de sûreté

Placement à l'extérieur

Placement en quartier d'isolement

Prévenu

Détenu en maison d'arrêt (détention préventive), en attente de jugement, ou condamné ayant fait appel ou formulé un pourvoi en cassation.

Programme 13 000

Programme de construction de 25 établissements pénitentiaires lancé en 1986 (ou 1987) par le Garde des Sceaux Albin Chalandon. La construction puis la gestion courante (hôtellerie-restauration, santé, travail, formation professionnelle, maintenance) sont assurées par des groupements privés. La garde, l'insertion et le greffe y restent de la responsabilité de l'administration pénitentiaire et de son personnel.

PSN

Quartier disciplinaire (mitard)

Quartier de Haute Sécurité (QHS)

Régie directe (établissement du programme 13 000 en)

Règles minima

RIEP

Semi liberté

Service Général

Service socio-éducatif unifié

SMPR

Services Médico-Psychologiques Régionaux créés en , sous la direction d'un médecin psychiâtre. Les SMPR, selon la loi du 18 janvier 1994, dépendent de l'autorité psychiâtrique régionale de référence et non plus de l'autorité pénitentiaire.

SRAIOSP

Subutex

Sursis

Taux de détention

Taux d'occupation

Temgésic

Voir Buprénorphine.

TIG

Travail en concession

Travail en régie

Travaux forcés

Tribunal d'arrondissement

Tribunal de grande instance

UCSA

Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires créée par la loi du 18 janvier 1994, dépendant de l'autorité sanitaire ayant passé convention avec l'autorité pénitentiaire. Les UCSA n'existent pas dans les prisons des programmes 13 000 où sont en place les structures prévues lors de leur création.

UMD

VHA

VIH

VHB

VHC

V

Bibliographie

1. ADINS C., ARCHER E., MAY M., PAUNICA M., LAVERGNE M.P., MOREL F., HUCK F.
Dossier VIH et Sida en milieu carcéral : aspects psychologiques, psychiatriques et environnementaux
Forensic, numéro spécial, 1er trimestre 1995
2. Académie Nationale de Médecine, Mairie de Paris
Les drogues illicites
Avril 1992
3. Académie Nationale de Médecine
Maladies sexuellement transmissibles et SIDA
Rapport de la Commission, 1995
4. Analyse de l'enquête « un jour donné » menée dans l'ensemble des établissements pénitentiaires tendances 1988 - 1994
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°26, 1995
5. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
L'infection à VIH : enquête un jour donné (6 Décembre 1995)
Mai 1996
6. Association des cités du Secours catholique
Rapport d'activités
1995, 84 pages
7. Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies
Bilan d'activités
1995, 240 pages
8. ASTAGNEAU P.
Risque de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) en milieu carcéral : propositions de recommandations pour la prévention et le dépistage
Communication personnelle, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C. CLIN Paris-Nord), 30 août 1996
9. BACHMANN C., LEGUENNEC N.
Violences urbaines
Albin Michel éd., 1996, 1 vol., 545 pages
10. BELICARD C.
Brigade des stupéfiants « la guerre perdue »
Envoyé spécial, France 2

11. BENEZECH M., RAGER P., BEYLOT J.
Implications médico-sociales du dépistage du SIDA chez les détenus toxicomanes
Journal de médecine légale, droit médical, 1986
12. BENEZECH M. et all
La prévention tertiaire auprès des toxicomanes incarcérés : notre expérience à la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan 1989
13. BENEZECH M.
La chair de l'âme. 50 essais sur la médecine 1984-1991
Privée éd., 1994, 206 pages
14. BES F., MAREST P.
La sexualité en prison
O.I.P, Act Up, Octobre 1996
15. BLOCH-LAINE J. F.
Rapport d'activités au 31 mars 996
Emergence Espace Tobiac
16. BOSC N., MOUSTACHE B.
Bilans d'activités
Centre de détention de Loos, 1993 et 1994
17. BOURDILLON F., BEZ G.
L'infection à VIH dans les établissements pénitentiaires et la collaboration hôpitaux -prisons : le VIH, un vecteur de la réforme en cours
Rencontre nationale des CISIH, 1994
18. BOURDILLON F., BONNEVIE M. C., MARTINEZ R.
Enquête un jour donné, en milieu pénitentiaire, sur l'infection par le VIH. Principaux résultats
Bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie, Ministère de la Justice, 1995, 15 pages
19. BRUNET C.
La médecine pénitentiaire remplacée par l'hôpital
Le journal du Sida, juin 1993
20. CABANEL G. P.
Pour une meilleure prévention de la récidive
La documentation française éd., Avril 1996, 133 pages

21. CANTO J.F.
L'action du Secours Catholique dans le domaine des prisons
Secours Catholique, 1996
22. CARPENTIER C., COSTES J. M
Drogues et toxicomanies (indicateurs et tendances)
DGLDT et Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 1995, 127 pages
23. Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)
• **Maison d'arrêt de Fleury Mérogis, bilan d'activités 1995**
• **Maison d'arrêt de Toulouse, 1995**
• **Centre pénitentiaire des Baumettes, 1994- 1995**
• **Maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan, 1993- 1994**
• **Centre pénitentiaire de Fresnes, 1995**
• **Maison d'arrêt de Strasbourg, 1995**
• **Maison d'arrêt de Nice, 1995**
24. CHOSSEGROS P., BEAUPERE P., ESTIENNE M.
Enquête sur la toxicomanie 1988-1994
Infirmeries des prisons
25. CHODORGE G., NICOLAS G.
Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus
Haut Comité de la Santé Publique, Santé en milieu carcéral
26. CLAVIER A.
Les gars qu'on trouve ici n'ont jamais été aimés
Peuples du Monde n°271, Juillet/août 1994
27. Comité français d'éducation pour la santé
« Santé en milieu carcéral »
La Santé de l'homme n° 315, Janvier - Février 1995
28. Conseil National du Sida
Sida, prison et confidentialité
Rapport, Janvier 1993, 29 pages
29. Conseil National du Sida
Toxicomanie et Sida
Rapport, Juillet 1993, 31 pages

30. Conseil National du Sida
Situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère et en irrégularité de séjour
Rapport, Décembre 1995, 29 pages
31. Croix rouge française, Centre Saint Germain Pierre Nicole
Actions de formation et d'information sur l'infection à VIH réalisées dans les maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis
Bilan pédagogique et financier 1994
32. **Dans les prisons de sa Majesté**
Le journal du Sida, Avril-Mai 1992
33. DARBEDA P.
Toxicomanie et prison : originalité de l'expérience française
Ministère de la Justice, Bulletin international de droit et de santé mentale, vol. 1
34. DAUMAS J. L., MEZINSKI P.
La zonzon de Fleury
Calmann-Levy éd., 1995, 205 pages
35. DEBAINS J.
Projet de dispositif téléphonique « VIH » à destination de la population carcérale
Document de travail, Sida info service
36. DECROIX A.
Le temps judiciaire utile
Tribunal de Grande Instance d'Evry, 1995, 21 pages
37. DELOCQUE-FOURCAUD A., FAISANTIEU A. L., FIEFFE S., SAVATOVSKY J.
Prévention du Sida en milieu carcéral
Union syndicale pénitentiaire, 1996, 116 pages
38. **Dépistage des problèmes liés à l'alcool dans les prisons : utilisation du questionnaires DETA**
Etude menée à la Maison d'arrêt de Dijon, 1992
39. DESENCLOS J.C., DRUCKER J.
Transmission du virus de l'hépatite C : certitudes et hypothèses
La Presse Médicale, 7 Janvier 1995, 24, n°1

40. DORMONT J.
Prise en charge des personnes atteintes par le VIH
Ministère du travail et des affaires sociales, Juin 1996, 275 pages
41. DORMOY O., ILLEL K., COSSON C., MARTIN D., YAKOUB S., TISSERON Y., SEBILLOTTE A.
Rapport
Centre hospitalier Sainte-Anne, Antenne spécialisée en toxicomanies ; Maison d'arrêt de la Santé, service médico-psychologique régional, 1995, 48 pages
42. DUMONT M.
Santé en prison : un défi pour l'hôpital
Santé et société, 1996, n°8, 4-5
43. Emmaüs alternatives
Actions en faveur des personnes malades du Sida
1995, 27 pages
44. ESPINOZA P., BOUCHARD I., BALIAN P.
Etude des risques de contamination par le virus de l'hépatite B, le VIH 1 en milieu carcéral
Etablissement d'hospitalisation public national de Fresnes, 1988
45. ESPINOZA P., ADJADJ Ph., BEUGNET L., DURAND E.
Hospitalisation des malades détenus en Ile de France
Rapport d'étude, Service des Urgences, Hôtel-Dieu, juin 1996
46. Enquête épidémiologique réalisée en P.A.C.A. afin de mieux connaître les spécificités du VIH en milieu carcéral (réalisation d'un test, prévalence,...)
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°24, 1994
47. ESTIENNE M., BEAUPERE P., SOURTY P., CHOSSEGROS P.
Enquêtes sur les comportements à risque
Infirmeries des prisons de Lyon
48. Etude consacrée au partage de seringues souillées menée en Ecosse
Transcriptase, Avril 1995
49. FACY F.
Toxicomanes incarcérés vus dans les antennes toxicomanies
Inserm U302, Enquête épidémiologique 1991-1992

50. FACY F., BALAS, ESPINOZA P.
Résultats d'une étude multicentrique « femmes et Sida », réalisée en 1993
Quotidien du Médecin, 17 Mars 1993
51. FAUGERON C.
La dérive pénale
ESPRIT, Octobre 1995
52. FAVARD J.
Les prisons
Flammarion éd., Coll. Dominos, 1994, 126 pages
53. FENECH G.
Le délinquant toxicomane face au juge d'instruction. Expérience menée à Lyon depuis 20 ans
Association professionnelle des magistrats, correspondance du 22 août 1996
54. FRANCE G., PICARD G.
La prise en charge des toxicomanes en milieu carcéral. Place du traitement de substitution
Laboratoire Schering-Plough, Août 1996
55. GARAPON A., SALAS D.
Pour une nouvelle intelligence de la peine
ESPRIT, Octobre 1995
56. GEISMAR-WIEVIORKA S.
Les toxicomanes
Seuil éd., 215 pages
57. GENTILINI M.
Dépistage de l'infection à VIH chez les toxicomanes (en milieu ouvert)
Bull. Acad. Natle. Méd., 1992, 176, n°6, 959-961
58. GENTILINI M.
Dépistage de l'infection à VIH en milieu carcéral
Bull. Acad. Natle. Méd., 1992, 176, n°6, 963-966
59. GENTILINI M., CHIEZE F.
SIDA et toxicomanie en milieu carcéral
Bull. Acad. Natle. Méd., 1993, 177, n°7, 1275-1283

60. GENTILINI M., DUNETON Ph., GOYET F., CHIEZE F.
Les obligations pour les prévenus, les détenus dans les maisons d'arrêt et les autres structures carcérales : la réalité pratique avant la loi du 18 janvier 1994, ce qui va changer avec la loi
Décembre 1994
61. GONIN D.
La santé incarcérée
L'Archipel éd., 1991
62. GOSLIN P. G.
Les adolescents devant les déviances
Presses Universitaires de France éd., Coll. *Psychologie d'aujourd'hui*, 1996, 266 pages
63. GREMY I.
Suivi de la toxicomanie et des usages de drogues en Ile-de-France 1986-1993
Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France, Avril 1995, 93 pages
64. GUFFENS J. M.
Toxicomanie, Hépatites, Sida
Coll. Les empêcheurs de penser en rond, 1994, 469 pages
65. GUIBOURGE F.
Quatre années d'éducation pour la santé au Centre pénitentiaire des femmes à Rennes
Comité départemental d'education sanitaire et sociale, Janvier 1994, 45 pages
66. HAJJAR R.
Prise en charge sanitaire en milieu carcéral Prisons 13000 - Zone Sud
Gestion des centres pénitentiaires, Nanterre, 1996
67. HENRION R.
Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie
Rapport, 1994, 128
68. Indicateurs et tendances
Observatoire français des drogues et toxicomanies

69. JEAGER M., MONCEAU M.
La consommation des médicaments psychotropes en prison
Erès éd., 1996, 139 pages
70. JEANCLOS Y.
La législation pénale de la France du XVIe au XIXe siècle
Presses Universitaires de France éd, coll. que sais-je ?, 1996, 125 pages
71. JEAN J.P., LALANDE F.
Les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes
Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, 1 vol., Juin 1995
72. JEAN J. P.
Le fait de savoir qu'il existe des traitements de substitution va-t-il modifier le cadre des injonctions thérapeutiques et favoriser les alternatives à l'incarcération ?
Ann. Méd. Interne, 1994, 145, suppl n°3, 84-86
73. JEAN J.P.
L'inflation carcérale
ESPRIT, 1995, 117-131
74. La délivrance de méthadone autorisée en prison
Libération, 16 Février 1995
75. La dépendance derrière les barreaux
Le Monde, 26 Mai 1993
76. La prise en charge sanitaire des détenus et leur protection sociale
Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994
77. La santé est désormais confiée aux hôpitaux
Revue de l'infirmière, Janvier 1996
78. La surveillance du SIDA en France : situation au 31 Décembre 1995
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 5 Mars 1996
79. LECLERC H.
Le nouveau code pénal
Seuil éd., vol 1, 349 pages

80. LEGENDRE C., PORTELLI S., MAIRE O. et CARLIER C.
Création et prison
L'Atelier éd., 1994, 201 pages
81. **L'esprit des drogues « la dépendance hors la loi ? »**
Autrement, série mutations n°106, Avril 1989
82. **Le suivi de la toxicomanie et des usages de drogue en Ile-de-france 1986-1993**
Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France
83. **Le suicide en prison**
Info-matin, 4 Avril 1995
84. **L'Etat sur la sellette**
Libération, 2 Avril 1996
85. **Le VIH/Sida en milieu carcéral :rapport sommaire et recommandations du comité d'experts sur le Sida et les prisons**
Service correctionnel Canada, Février 1994
86. **Les centres d'hébergement et de réadaptation**
Nouvel Observateur, 29 Février 1996
87. **Les conditions de détention des personnes incarcérées**
Observatoire International des prisons, 1996, 231 pages
88. **Les directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons**
Mars 1993
89. **Les généralistes sortis de prison**
JIM, 19 Avril 1995
90. **Les immigrés du fond du trou**
Le Jour, 16 Février 1993
91. **Les orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996**
Circulaire DGS/DH n°96-239, § 1.3.3
92. **Libération anticipée, un bricolage humanitaire**
Le journal du Sida, Juin 1993

93. L'infection à VIH chez les résidents des centres de soins spécialisés pour toxicomanes avec hébergement (1er semestre 1995)
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 11 Mars 1996 93
94. Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France (Lois dites Pasqua)
24 août 1993
95. LYON-CAEN P.
La politique judiciaire de la ville
Raison présente, 1995, 11-27
96. Mairie de Paris
Les drogues illicites
Colloque scientifique international, Paris, Mai 1994
97. Maison d'arrêt de Loos, Lille
Rapport d'activités de l'antenne « toxicomanies »
1994
98. Ministère de l'Intérieur
Usage et trafic de stupéfiants. Statistiques 1995
Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants,
105 pages
99. Ministère de la Justice
L'administration pénitentiaire : présentation et bilan d'activité 1994
1995, 32 pages
100. Ministère de la Justice
Rapport annuel d'activité de l'Administration pénitentiaire 1995, 394 pages
101. Ministère de la Justice, Ministère du Travail
Rapports standardisés d'inspection sanitaire d'établissement pénitentiaire
Décembre 1995
102. Ministère de la Justice
Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire
Février 1996

103. **Ministère de la Justice**
Rapport prisons de Lyon
Mars 1996
104. **Ministère du travail et des affaires sociales**
La prise en charge des détenus infectés par le VIH
Direction des hôpitaux, Missions Sida, 6ème Rencontre nationale des CISIH, 22 Janvier 1996
105. **MONTAGNIER L.**
Rapport
106. **MURANYI-KOVACS I., de MICCO P.**
Pourquoi, quand et comment utiliser l'eau de Javel ?
Le concours médical, 1993 : 115-39 ; 3253-3258
107. **NAHAS G.**
Drogue et société
Masson éd., 1990
108. **NAHAS G., LATOUR C.**
Drogue et société
Masson éd., 1990, 156 pages
109. **Observatoire International des Prisons**
Prévention et traitement du SIDA dans les prisons d'Europe
Décembre 1995, 20 pages
110. **Observatoire International des Prisons**
Le guide du prisonnier
L'Atelier éd., 1996, 349 pages
111. **Observatoire International des Prisons, AIDES Provence**
Mourants en prison : changer la loi
Mars 1996
112. **Observatoires régionaux de santé d'Ile de France et de Provence**
Alpes Côte d'Azur
La tuberculose dans les prisons d'Ile de France et de Provence
Alpes Côtes d'Azur
Enquête rétrospective 1989-1993, Enquête prospective juillet 1994-juin 1995, 125 pages
113. **Organisation Mondiale pour la Santé**
Infection à VIH et Sida dans les prisons
Mars 1993, 9 pages

114. **Orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes en 1996**
D.G.S, circulaire du 3 avril 1996
115. **PAPADAKOU E.**
Incidences de l'annonce du diagnostic de séropositivité au VIH à des toxicomanes incarcérés
Université de Paris VIII, DEA de psychologie clinique et de psychopathologie, Septembre 1992, 106 pages
116. **PEPIN G.**
Le cannabis, aspects médico-judiciaires
Laboratoire d'expertises Toxlab, Paris, Juin 1996, 80 pages
118. **PETIT J. G., CASTAN N., FAUGERON C., PIERRE M., ZYSBERG A.**
Histoire des galères, bagnes et prisons
Privat éd., 1991, 368 pages
119. **PHILIBERT J. P., SAUVAIGO S.**
Immigration clandestine et séjour irrégulier d'étrangers en France
Commission d'enquête DIAN, Rapport 2699, Tome 1 et 2, 21 Janvier 1996
120. **PRADEL J.**
La santé du détenu
Revue de science criminelle, 1974, 269-293
121. **Prévention et éducation pour la santé en milieu carcéral**
Séminaire CODESS, Rennes, 14, 15 et 16 décembre 1994, 90 pages
122. **Prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique**
Circulaire n°45 DH/DGS/DSS/DAP, Ministère des affaires sociales et Ministère de la Justice, 8 Décembre 1994
123. **RAFINRINGA O.**
Analyse de la survie de 268 cas de SIDA hospitalisés à l'E.H.P.N.F. de Fresnes
Thèse de doctorat en médecine
124. **Rapport d'activités**
Association des Praticiens de L'Urgence Sociale, 1994, 32 pages

125. **Rapport d'activités**
Centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis, 1995
126. **ROGEAUX O., de GOER B.**
Réflexion sur la substitution médicamenteuse en prison
13 Février 1996
127. **ROMAN P.**
Lettre d'information reçue en août 1996
Syndicat National Pénitentiaire Force Ouvrière
128. **SALAS D.**
Vingt ans après, le grand silence
ESPRIT, Octobre 1995
129. **SERFATY L., MAVIER Ph., VALLA D.**
Quels sont les modes de transmission non transfusionnels du virus de l'hépatite C ?
Gastroenterol Clin. Biol., 1995, 19, 525-533
130. **Sida, hépatites et usages de drogues injectables : état des lieux et stratégies de prévention**
Lettre d'information du CRIPS, Journée d'étude internationale, Janvier 1996
131. **Soigner absolument ! Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville**
Les actes de la rencontre, 4 et 5 Avril 1992
132. **Soigner et/ou punir », questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison**
4èmes rencontres nationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malades difficiles, Harmattan éd., Octobre 1994,
133. **SUEUR C.**
Toxicomanie, sida, prison, données épidémiologiques
Bulletin liaison CNDT, 1993
134. **SUEUR C.**
Sida, prison : l'évolution psychiatrique
Revue de la littérature, état des lieux, perspectives, 1993, vol. 1, 58

135. SUEUR C.
A propos des antennes toxicomanie en prison, et des soins aux toxicomanes incarcérés
DANS - CITES, Septembre 1995
136. SUEUR C., LAZARUS A, MOLLA A.
La prévention du SIDA chez les usagers de drogue
Rencontre franco-européenne, débat atelier 4, 1994
137. TABONE D.
Quelques réflexions à propos du sort des détenus séropositifs et sidéens dans et hors des murs de la prison
Agora, 1991
138. TRIAS V., NOURY M.
Prévention du Sida
Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé, 1995, 40 pages
139. VEIL C.
L'épidémie dans l'univers carcéral
Document de travail, 9 Septembre 1996
140. VERBOUD M.
Fleury-Mérogis et les Baumettes, état des lieux
Le journal du Sida, Juin 1993
141. Visite surveillée à l'EHPNF
Abstract, Novembre 1994
142. VOGEL R., BOYE V.
L'unité de préparation à la sortie : profil et devenir des publics accueillis
1994, 46 pages
143. WELZER-LANG D., MATHIEU L., FAURE M.
Les abus dits sexuels en prison
Etude sur un espace de la maison des hommes, Lyon, Février 1996

VI

Loi du 18 janvier 1994

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

TITRE Ier

Dispositions relatives à la santé publique

CHAPITRE II

Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus

Art.2- L'article L.711-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »

Art.3- La sous-section 1 de la section 9 du chapitre Ier du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Sous-section 1

« Assurances maladie et maternité

« Art.L.381-30- Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération.

« Les condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale qui exercent une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres dont ils relèvent au titre de cette activité. Toutefois, les intéressés sont affiliés au régime général lorsqu'ils ne remplissent pas les conditions leur permettant de bénéficier des prestations des assurances maladie et maternité du régime dont ils relèvent au titre de leur activité.

« Les dispositions de l'article L.115-6 ne sont pas applicables aux détenus.

« Une participation peut être demandée, lorsqu'ils disposent de ressources suffisantes, aux détenus assurés en vertu du premier alinéa ou à leurs ayants droits.

« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L.381-30-1- Durant leur incarcération, les détenus affiliés en application de l'article L.381-30 bénéficient pour eux-mêmes et, sous réserve de l'article L. 161-25-2, pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

« Toutefois, les détenus de nationalité étrangère qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L.115-6 ne bénéficient que pour eux-mêmes des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

« Les dispositions de l'article L.161-13 ne sont pas applicables aux détenus de nationalité étrangère et à leurs ayants droit qui ne satisfont pas aux conditions prévues par les articles L. 161-25-1 et L.161-25-2.

« Art. L.381-30-2- L'Etat est redevable d'une cotisation pour chaque détenu affilié en application de l'article L.381-30. Cette cotisation est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire et d'un taux déterminés par décret en tenant compte de l'évolution des dépenses de santé de la population carcérale.

« Art. L.381-30-3- Les cotisations dues par l'Etat en application de l'article L. 381-30-2 font l'objet d'un versement global à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dont le montant est calculée et acquitté selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L.381-30-4- La rémunération versée aux détenus qui exécutent un travail pénal est soumise à cotisations patronale et salariale d'assurance maladie et maternité dans les conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les obligations de l'employeur sont assumées par l'administration pénitentiaire.

« Art. L.381-30-5- La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférente aux soins dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L.711-3 du code de la santé publique est financée par la dotation globale versée à cet établissement en application de l'article L.174-1.

« Cette part est financée hors taux directeur, en fonction des dépenses de fonctionnement et d'investissement constatées et de leur évolution prévisible, selon des modalités déterminées par décret.

« II- L'Etat verse à l'établissement de santé le montant du forfait journalier institué par l'article L.174-4 ainsi que la part des dépenses de soins non prise en charge par l'assurance maladie dans la limite des tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Art. L.381-30-6- L'Etat prend en charge :

« 1°Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé engagées par l'établissement de santé, sous réserve de celles qui sont prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, et notamment par le département, en application de l'article 37 de la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat ;

« 2° Les frais de transport du personnel hospitalier, des produits et petits matériels à usage médical et des produits pharmaceutiques ;

« 3° Les frais d'aménagement des locaux spécialement prévus par l'admission des détenus dans les établissements de santé et dans les établissements pénitentiaires. »

Art.4- Par dérogation aux dispositions de l'article L.381-30-1 du code de la sécurité sociale, les détenus incarcérés dans les établissements pénitentiaires à l'intérieur desquels le service public hospitalier, à titre transitoire, n'assure pas encore les soins, et notamment les établissements pénitentiaires, dont le fonctionnement est régi par une convention mentionnée à l'article 2 de la loi n°87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, ne bénéficient des prestations en nature d'assurance maladie et maternité qu'en cas d'admission dans les établissements de santé.

Dans ce cas, la cotisation due par l'Etat en application de l'article L.381-30-2 du code de la sécurité sociale est minorée d'une pourcentage fixé par le décret mentionné au même article.

Art. 5- L'article L.161-2 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Art. 6- I- Les personnels infirmiers fonctionnaires régis par le décret n°90-230 du 14 mars 1990, en fonctions dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire à la date de la prise en charge effective par les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire des obligations de service public mentionnées au dernier alinéa de l'article L.711-3 du code de la santé publique, sont détachés auprès desdits établissements dans l'un des corps des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière s'ils remplissent les conditions d'accès audit corps.

II- Dans un délai d'un an à compter de la date mentionnée au I ci-dessus, les personnels pourront opter pour leur intégration dans l'un des corps précités, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Les services accomplis dans le corps des infirmiers des services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont considérés comme services effectifs accomplis dans les établissements publics de santé. Les agents qui n'auront pas fait valoir leur droit à cette intégration pourront la demander dans l'un des autres corps d'infirmiers relevant de la fonction publique d'Etat.

III- Les personnels infirmiers régis par la convention collective de la Croix-Rouge en fonctions à la date de la prise en charge mentionnée au I ci-dessus dans les services extérieurs de l'administration pénitentiaire sont mis à la disposition des établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de la convention passée entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge.

Les établissements publics de santé associés au dispositif de soins en milieu pénitentiaire peuvent maintenir et prendre à leur charge après son expiration les obligations résultant de la convention passée entre le ministère de la justice et la Croix-Rouge.

Art. 7- Les dispositions des articles 2 à 6 entrent en vigueur le 1er janvier 1994.