

# PRISON ET VIH

**Dossier de synthèse documentaire  
et bibliographique**

**Aout 2007**

## Sommaire

Introduction

### **SANTE EN PRISON**

Historique et dispositif actuel .....	4
Problèmes d'ordre éthique .....	5
Etat de santé général .....	7
Cas particulier du VIH .....	8

### **PRISE EN CHARGE DU VIH EN MILIEU CARCERAL**

Dépistage.....	10
Accès aux soins .....	11
Continuité des soins.....	12
Mesures de libération pour raisons médicales .....	14

### **PREVENTION EN PRISON**

Education sanitaire.....	15
Réduction des risques.....	17

**CONCLUSION** ..... 19

### **BIBLIOGRAPHIE**

La santé en prison recouvre des réalités très différentes selon le statut de l'établissement pénitentiaire. L'univers carcéral est composé des maisons d'arrêt, des centres de détention, des maisons centrales, des centres pénitentiaires et des centres de semi liberté.

Les **centres de détention** reçoivent les condamnés considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures avec un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation.

Les **maisons centrales** reçoivent les condamnés les plus difficiles où le régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité. Les **centres pénitentiaires** comprennent au moins deux quartiers à régimes de détention différents.

Les **centres de semi-liberté** autonomes reçoivent les condamnés admis au régime de semi liberté leur permettant de suivre un traitement médical ou d'exercer une activité journalière (travail, enseignement) au terme de laquelle ils sont astreints à rejoindre l'établissement pénitentiaire.

Dans les établissements pour longue peine où la population est stable, le suivi médical est plus facile à mettre en place.

Les **maisons d'arrêt** reçoivent les prévenus<sup>1</sup> et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an. C'est là que se posent les problèmes sanitaires les plus graves en matière de surpopulation, de promiscuité, de conditions de vie et de protection de la santé. Le Commissaire Européen aux Droits de l'Homme a qualifié en 2005 de « *répugnants* » certains lieux de détention visités. La prise en charge défectueuse de l'hygiène dans les maisons d'arrêt dépasse le cadre de la surpopulation carcérale, de la promiscuité et de l'état déplorable des locaux et concerne aussi l'hygiène alimentaire qu'il s'agisse de la fabrication des repas ou de leur distribution. Pour les équipes hospitalières des maisons d'arrêt où les entrées et sorties sont très fréquentes, il faut gérer un flux considérable de patients et le suivi est difficile à assurer.

En 2005, plus de 85 000 personnes ont été incarcérées, dont plus de 70% (environ 60 000 personnes) dans des maisons d'arrêt pour une durée moyenne de 4 mois. Le nombre de détenus libérés durant la même année est à peu près identique au nombre de personnes incarcérées et les prisons comptaient en moyenne durant l'année 2005, 59 500 détenus.

La nature du lieu de détention et donc les conditions de vie sont différentes selon le statut judiciaire des personnes détenues.

---

<sup>1</sup> personnes mises en examen ou en attente de comparution c'est à dire en détention provisoire

## SANTE EN PRISON

### Historique et dispositif actuel

La mission première des établissements pénitentiaires étant de veiller au maintien des détenus en détention, la fonction de soins n'a que lentement vu le jour. Elle a connu de nombreuses étapes, en particulier celle de la réforme du Code de procédure pénale en 1945 et la mise en place de la médecine pénitentiaire qui ne dépendait alors que de l'administration pénitentiaire.

Depuis cette réforme, l'incarcération est une privation de liberté en vertu d'une décision judiciaire et ne doit priver la personne condamnée d'aucuns des autres droits reconnus à chacun. Le principe longuement analysé par Michel Foucault notamment dans *Surveiller et Punir* selon lequel le détenu doit ressentir la peine jusque dans son corps, que la souffrance physique et morale doit faire partie de la sanction, de la réhabilitation du condamné fait définitivement parti du passé, du moins en ce qui concerne la législation française.

Avec mai 68, un certain nombre de groupes issus de ces événements découvre l'univers carcéral. Dès lors, la parole des prisonniers traverse les murs et sort du mutisme dans lequel elle était tenue et donne naissance à de grands mouvements de revendications pour l'obtention de meilleures conditions de détention. Plus de 200 mutineries sont recensées entre 1971 et 1974. Suite à ces révoltes, une réforme pénitentiaire est élaborée qui précise entre autre, que tout individu dont l'état de santé le nécessite doit pouvoir accéder aux soins médicaux.

La santé des détenus n'est pas étrangère à la logique pénitentiaire car, l'administration a la charge de « *la garde et de l'entretien* » des personnes incarcérées. La garde n'est pas seulement synonyme d'enfermement mais signifie aussi la protection des détenus et de ce fait, la préservation de leur santé notamment par la prévention de la contagion et de la transmission des infections intra-muros, des automutilations et des suicides. De même, la mission d'entretien dès lors qu'il s'agit de satisfaire des besoins essentiels, concerne également les conditions contribuant à la santé. Cette mission d'entretien soutient celle de maintien de l'ordre. L'ensemble des tâches contribuant à l'entretien du détenu et le rôle d'intermédiaire occupé par les surveillants entre les personnes détenues et les services de soins placent ces personnels dans une relation de service aux détenus.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la prise en charge sanitaire ne dépend plus uniquement de l'administration pénitentiaire mais également du service public hospitalier sous l'autorité du Ministère de la santé.

Les établissements pénitentiaires signent des protocoles avec un hôpital de proximité désigné pour dispenser les soins aux détenus. L'hôpital public doit constituer une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) : une équipe pluridisciplinaire chargée des soins et de la mise en place des équipements médicaux et non médicaux, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par

l'administration pénitentiaire au sein de la prison. L'équipe est totalement intégrée dans l'organisation hospitalière et placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable de l'unité. L'UCSA est composée à la fois de personnels hospitaliers habilités à exercer en milieu carcéral et de personnels pénitentiaires. Le personnel hospitalier est chargé, sous l'autorité d'un médecin coordinateur, des missions sanitaires. Le personnel pénitentiaire qui demeure sous l'autorité du chef d'établissement est chargé de la sécurité des personnes et des locaux de l'UCSA. Cela pose dans certains cas des problèmes d'opposition voire des conflits entre ces deux types de personnel les uns ayant des missions fondées sur la discipline et la soumission, les autres mettant l'accent sur les rôles de prévention. Le rapport des surveillants à la santé des détenus est ambivalent. La méconnaissance de leur contribution à la fonction sanitaire les cantonne comme simple relais des demandes de soins des détenus. Le personnel soignant subi quant à lui les pressions internes à l'administration pénitentiaire. Il fait l'expérience du « choc carcéral » et tente de garder ses valeurs et son mode d'organisation à travers la logique pénitentiaire. La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme recommande que les personnels pénitentiaires soient sensibilisés au cours de leur formation, aux règles déontologiques qui régissent l'exercice de la profession médicale et en particulier, à l'importance attachée au secret dans la pratique des soins.

Les missions qui sont attribuées à l'UCSA s'organisent autour de quatre grands axes :

- Les soins en milieu pénitentiaire à savoir l'ensemble des prestations de médecine générale, la fourniture et la distribution des médicaments, les soins dentaires, les consultations spécialisées, les examens de laboratoire, et la permanence des soins en dehors des heures de présence du personnel soignant.
- L'organisation de l'accueil et de la prise en charge par l'établissement de santé de proximité pour les consultations, examens ou hospitalisation nécessitant une prise en charge extérieure.
- La préparation du suivi sanitaire à la sortie, en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.
- La coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et l'élaboration avec les partenaires concernés d'un programme.

L'organisation des soins s'est traduite par l'élaboration d'un « *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale*<sup>2</sup> » qui est un outil de travail au service de tous. Le document a déjà fait l'objet d'une première mise à jour par circulaire en date du 10 janvier 2005 et a vocation à être régulièrement actualisé en fonction des évolutions législatives et réglementaires concernant l'organisation des soins et la protection sociale.

## **Problèmes d'ordre éthique**

**Le secret médical** est l'un des trois fondements de la médecine avec le respect de la vie et le respect de la personne. Il est à la base de toute relation de confiance

---

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, 1999, réed.2005, 140 p.

entre le médecin et le patient. C'est l'une des plus anciennes exigences éthiques, comme en témoigne le serment d'Hippocrate.

Malgré les recommandations et les rapports officiels<sup>3</sup>, le secret médical dans les prisons françaises est dénoncé comme un secret de polichinelle. En fait, les atteintes au secret médical commencent dès la délivrance du mandat de dépôt. Ce document comporte un volet médical rempli par le Juge ordonnant la détention et remis non à l'intéressé mais au gendarme qui le conduit en son lieu de détention qui le transmet au service de Greffe qui le remet au médecin.

Lorsqu'un détenu demande une consultation, toute demande devant se faire par écrit, est transmise au service ou à la personne concernée par l'intermédiaire du surveillant qui peut donc être amené à connaître des informations sur l'état de santé du demandeur. Il en va de même lors de tous les déplacements au sein de la détention. En effet, tout détenu se rendant à l'unité de soins est connu, d'une part du personnel de surveillance et, d'autre part d'une partie des co-détenus. Si le détenu a rendez-vous le jour où le médecin spécialiste des maladies infectieuses et du VIH assure les permanences en détention, on devine aisément qu'il est confronté à cette maladie. Cela génère chez certains patients une méfiance qui peut les conduire à refuser des soins ou des traitements afin d'éviter toute stigmatisation.

Bien que les surveillants soient également tenus au secret professionnel, ils sont dans certains cas sollicités, en particulier par leur hiérarchie, pour rapporter des informations dont ils pourraient être dépositaires. Le problème du secret médical devient même aigu lors des consultations ou hospitalisations en milieu hospitalier. Dans ce cas, les personnels pénitentiaires ou policiers chargés de la garde du détenu ont les plus grandes réticences à le quitter des yeux par craintes d'une éventuelle évasion et assistent le plus souvent aux consultations voire même aux interventions chirurgicales. Alors que cette logique sécuritaire devrait concerner les détenus particulièrement surveillés ou dangereux, dans la pratique, elle est généralisée à l'ensemble des détenus.

**Le consentement libre et informé** exprime une évolution essentielle de l'éthique médicale. Il est devenu dans la pratique médicale, un des fondements de la relation médecin malade : « *hors le cas où l'état de santé du détenu rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel il n'est pas à même de consentir, celui-ci doit, conformément aux dispositions de l'article du Code de déontologie médicale, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informé par le médecin des conséquences de ce refus* »<sup>4</sup>.

Dans son principe même, le consentement libre et informé implique l'accès à une offre de soins et, s'il existe plusieurs possibilités thérapeutiques, à un choix entre ces différentes approches. Selon le Comité Consultatif National d'Ethique, le respect du secret médical et le respect du consentement libre et informé sont deux versants d'une même approche. C'est le fait de considérer la personne détenue non pas comme un objet de soins, mais comme un sujet de droit. Cela rejoint la circulaire administrative du 29 mai 1998 relative à la prévention du suicide qui déclarait qu'il faut « *restaurer la personne détenue dans sa dimension de sujet et d'acteur de sa vie* ».

---

<sup>3</sup> CNCDH, Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues, 2006 – Rapport 2005 du Comité Européen pour la prévention de la torture – Recommandation du Conseil de l'Europe, 1998

<sup>4</sup> loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article D.362 du Code de Procédure Pénale

## Etat de santé général

La prison est devenue un lieu de prise en charge médicale pour les plus précaires et un observatoire de la précarité. Le faible accès aux soins de cette population avant qu'elle n'entre en prison et, plus fondamentalement, les situations de précarité et d'exclusion auxquelles elle a été souvent confrontée, en font une population qui cumule les facteurs de risque.

L'enquête sur la santé des entrants en prison<sup>5</sup> permet le recueil à l'occasion de la visite médicale d'entrée, des facteurs de risque pour la santé de la population des entrants et le repérage des pathologies en particulier par les traitements en cours. Après examen clinique d'entrée, les médecins jugent 77% des entrants en bon état de santé général. Par ailleurs, les médecins estiment qu'un peu plus de la moitié des arrivants a besoin de soins bucco-dentaires. Comme pour l'ensemble de la population, le recours au système de soins varie notablement chez les nouveaux détenus en fonction de leur niveau de protection sociale et de leur état de santé et 6% des entrants en 2003 souffrait de maladies chroniques nécessitant la poursuite des traitements en prison.

Les personnes incarcérées présentent des problèmes de santé particuliers. La population carcérale est de plus en plus jeune, marginalisée, pauvre socialement et économiquement et culturellement désinsérée. La proportion de jeunes de 18 à 24 ans est 7 fois plus élevée que dans la population générale. Plus de 15% sont illettrés. A 95% masculine, la population incarcérée est largement issue des classes populaires. La population entrante présente également une proportion notable de personnes hébergées dans un domicile précaire (10,7 %) ou sans-abris (6 %).

La plupart des détenus ayant connu des conditions d'existence difficiles avant leur incarcération, leur état de santé est souvent précaire. Malgré la mise en place à partir de 2000 de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'Aide médicale d'Etat, 13,6 % des entrants en prison en 2003 n'avaient aucune protection sociale. Ce taux est 27 fois plus élevé que dans la population générale. Plus de 17% des personnes incarcérées bénéficiaient de la CMU au moment de leur incarcération. La loi de 1994 organise la couverture des détenus en les affiliant tous, dès l'incarcération, à l'assurance maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale pour eux-mêmes et leurs ayants droits. Leur carte d'assuré social reste valable pendant trois ans après leur sortie.

Près d'un tiers des entrants sont toxicomanes. Ils déclarent beaucoup plus de consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes) que l'ensemble de la population et pour le quart d'entre eux, des consommations qui se cumulent. Par rapport à l'année 1997, la prévalence des consommations à risque de substances psychoactives a eu tendance à diminuer, de même que la proportion des personnes déclarant une sérologie positive pour le VIH, VHB ou VHC. On note par ailleurs une augmentation des prescriptions d'examens de biologie et d'imagerie, ainsi que des consultations d'hépatogastroentérologie. Les femmes et les mineurs, groupes de populations peu nombreux en prison ont des usages encore plus importants de produits psychoactifs

---

<sup>5</sup> Fiche santé entrant de l'état de liberté, mai, juin, juillet 1997, coll. Etudes et statistiques n°4, 1999, rééd.2003

eu égard à l'ensemble de la population, et qui pour les femmes, se rapprochent de ceux des hommes.<sup>6</sup>

Les détenus cumulent les problèmes de santé avec des addictions, des troubles psychiatriques et des difficultés sociales. Une personne sur dix, à l'issue de l'examen médical d'entrée, se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie.

La prison est de plus en plus un lieu confronté à la maladie mentale. Le taux de pathologies psychiatriques est 20 fois supérieur à la population générale. La prison est source d'aggravation des troubles mentaux<sup>7</sup> et la pathologie mentale est source de souffrance et de confusion pour les codétenus. Le Conseil Consultatif National d'Éthique<sup>8</sup> pointe la contradiction entre le sens de la peine fondée sur la responsabilité du condamné et l'incarcération d'une proportion de plus en plus grande de personnes présentant des maladies mentales graves. La violence omniprésente est exacerbée par l'indignité des conditions de détention en maison d'arrêt. Globalement, elle est traitée par le recours intensif aux psychotropes et le recours à l'instance disciplinaire qui souvent accroît le trouble.

La prison est également cause de maladie et de mort. C'est un lieu de régression, de désespoir, de violences exercées sur soi-même et de suicide. La moitié des suicides concerne des prévenus, présumés innocents et ont lieu dans les semaines qui suivent leur incarcération. La seconde cause de suicide est la prise de mesures disciplinaires d'isolement qui concerne aussi bien le prévenu que le condamné. 120 personnes meurent par suicide chaque année en prison.

## **Cas particulier du VIH**

Alors que les premiers cas de sida en milieu carcéral sont décrits aux Etats-Unis dès 1982, la prise de conscience du phénomène n'apparaît en Europe qu'à partir de 1985. L'irruption d'une maladie encore mal connue donne rapidement lieu à l'émergence de peurs, notamment chez les surveillants et les personnels soignants. La « psychose sida », qui n'est pas propre aux prisons, s'étend rapidement aux établissements pénitentiaires européens et français. La peur qui est la conséquence de la sous-information dans laquelle sont maintenus détenus et surveillants, se traduit par une multiplication des incidents et une dégradation des relations au sein des détentions (pression pour faire lever le secret médical, ségrégation, refus d'assurer les escortes de personnes séropositives, demande de transfert). Face à cette situation, l'administration pénitentiaire fait le choix de l'immobilisme alors que sont déjà énoncées les principales recommandations en matière de prévention telles l'information des détenus et des surveillants, la mise en place d'un dépistage et la fourniture de préservatifs.

Rapidement des médecins pénitentiaires aidés par les associations de malades comme Aides ou Arcat tentent d'alerter la communauté scientifique et l'opinion publique. La presse dénonce les prisons comme étant un véritable réservoir de contamination potentielle. Cette médiatisation de la situation alarmante dans les prisons françaises oblige l'administration pénitentiaire à changer d'attitude. En décembre 1987, elle autorise la distribution de préservatifs dans les infirmeries. A partir de mai 1989, des brochures d'information et des préservatifs sont

---

<sup>6</sup> Etudes et résultats n° 386, mars 2005, DREES

<sup>7</sup> rapport IGAS et IGSJ, 2001

<sup>8</sup> Avis n°94 la santé et la médecine en prison, 2007, CCNE

systématiquement distribués aux sortants de prison. En avril 1989 est généralisé le système de convention liant les maisons d'arrêt et les centres d'information et de soins sur l'immuno-déficience humaine (CISIH). Près de 5 ans après les premiers signaux d'alerte, commence à se mettre en place une politique de prévention du sida en milieu carcéral. Le scandale du sang contaminé en 1992 révélant notamment le manque de contrôles dans les prélèvements sanguins effectués en détention vient finir de décrédibiliser l'administration pénitentiaire quand à sa capacité de prendre en charge des missions sanitaires. Le transfert de la médecine pénitentiaire auprès du Ministère de la Santé, idée avancée par plusieurs soignants dès les années soixante-dix, apparaît alors inévitable. C'est l'irruption de l'épidémie de sida dans les prisons françaises qui a souligné l'incapacité de l'administration pénitentiaire à prendre en charge la santé des personnes incarcérées et permis ce que l'on peut appeler une révolution sanitaire dans le monde carcéral. Elle a contribué à la mise en place d'une mission du Haut comité de la santé publique chargée de rechercher et de proposer les modalités de prise en charge sanitaire des détenus puis à la mise en œuvre en janvier 1994 de la réforme de la santé en milieu pénitentiaire.

### **Données épidémiologiques et prévalence chez les personnes incarcérées**

#### **• Les entrants :**

Les données épidémiologiques montrent que les prisons sont des lieux de haute prévalence du VIH et des hépatites virales<sup>9</sup>. Près de 40% des personnes entrées en 2003 déclarent avoir fait un test de dépistage du sida avant l'incarcération et 1,1% être séropositives. Parmi elles, 44% ont un traitement en cours par trithérapies ou autres antirétroviraux.

Un entrant sur cinq déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant son incarcération et le taux de séropositivité déclaré pour cette maladie s'élève à 0,8%.

De même, 3 nouveaux détenus sur 10 déclarent avoir fait un test de dépistage de l'hépatite C et 3,1% être séropositifs pour cette maladie mais très peu de ces derniers (1,5%) déclarent un traitement en cours par médicament antiviral. Environ 6,5% des entrants en prison déclarent avoir consommé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Ces derniers sont plus nombreux que les autres à avoir eu recours au dépistage.<sup>10</sup>

En 2003, le dépistage du VHC a été proposé par le médecin lors de l'examen d'entrée à 66% des nouveaux détenus.

Plus globalement, la part des nouveaux détenus déclarant une sérologie positive pour le VIH, l'hépatite B et / ou l'hépatite C, s'élève à 4,2% en 2003 contre 6,5% en 1997.

#### **• Les détenus :**

En 1994, le taux de prévalence du VIH était 10 fois plus important en prison que dans la population générale. Peu d'études scientifiques sur le VIH et la prison ont été réalisées à ce jour et, la connaissance de la situation épidémiologique dans les prisons françaises repose sur les résultats des enquêtes de la Direction de

---

<sup>9</sup> rapport santé justice 2001

<sup>10</sup> DREES, La santé des personnes entrées en prison en 2003, Etudes et résultats, n°386, 2005, 12 p

l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins menées depuis 1998 dans les établissements un jour dans l'année.<sup>11</sup>

La prévalence des maladies infectieuses chroniques a diminué entre 1997 et 2003 et pour l'ensemble de la population carcérale. L'enquête « un jour donné » révèle une prévalence du VHC en prison de 4,2% en 2000 (4,8% en 1997) contre 1% en population générale. La prévalence au VIH des personnes incarcérées en maison d'arrêt est de 1,1% en 2003 le jour de l'enquête contre 1,6% en 1997.

Une enquête réalisée entre 2003 et 2004 par l'Institut de Veille Sanitaire en partenariat avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie montre que les personnes ayant connu au moins un épisode d'incarcération ont un taux de prévalence de l'hépatite C presque 10 fois supérieur à celui de la population générale (7,12% contre 0,77%).

La proportion de personnes touchées par le VIH et l'hépatite C est en diminution mais l'évolution favorable est contemporaine de la persistance des défaillances en matière de dépistage et de prévention.

Si l'ensemble des traitements antiviraux sont accessibles aux personnes incarcérées, la prise en charge de la maladie demeure loin d'être équivalente à celle en vigueur à l'extérieur. Les médicaments permettant d'atténuer les effets secondaires sont difficiles à obtenir, les personnes en échappement thérapeutique ne peuvent toujours pas bénéficier des traitements nouveaux ou d'essais thérapeutiques. Les traitements post-exposition sont difficilement applicables en prison.

Il n'existe pas d'étude scientifique de cohorte permettant de déterminer si le devenir des personnes séropositives incarcérées sous traitement est équivalent à celui des personnes à l'extérieur. Aucune étude non plus sur la transmission du VIH et des hépatites dans les prisons françaises. Les associations s'inquiètent du risque de séroconversion durant l'incarcération où l'usage de drogue est avéré alors que l'accès aux matériels de réduction des risques est inexistant.

## **PRISE EN CHARGE DU VIH EN MILIEU CARCERAL**

### **Dépistage**

En 1993, une circulaire de la Direction Générale de la Santé<sup>12</sup> relative au dépistage anonyme et gratuit prévoit l'intervention des Centres de dépistage Anonyme et Gratuit dans tous les établissements pénitentiaires afin d'assurer aux détenus l'accès au dépistage volontaire dans les mêmes conditions qu'en milieu libre.

Chaque entrant bénéficie d'une visite médicale obligatoire. A cette occasion, le médecin a pour obligation de proposer un test de dépistage du sida, un test de dépistage du virus de l'hépatite C et un conseil personnalisé sur ces questions. Là

<sup>11</sup> DHOS, Enquête un jour donné, résultats de l'enquête de juin 2003, [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers\\_prison/accueil.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers_prison/accueil.htm)

<sup>12</sup> Circulaire DGS n°9 du 29 janvier 1993

encore, les situations sont extrêmement disparates d'un établissement à l'autre. Certains établissements ne proposent des dépistages qu'aux personnes qu'ils ont identifiées comme ayant pris des risques, en revanche d'autres proposent également des tests de dépistage des hépatites A et B et de la syphilis. Le moment de l'arrivée en prison, qui constitue un traumatisme important, n'est pas toujours le plus propice pour une démarche de dépistage. Il est donc important pour le détenu de pouvoir en bénéficier plus tard quand il se sent prêt.

Comme dans les CDAG à l'extérieur, le dépistage est volontaire, anonyme et gratuit. Cependant, tout mouvement en prison nécessitant une autorisation de l'administration, l'accès au CDAG ne peut se faire en toute discrétion. Les réactions de crainte face à la maladie et le manque d'information sur les modes de transmission peuvent engendrer des velléités de remise en cause du secret médical.

Pour assurer la confidentialité, les résultats du dépistage sont transmis oralement par le médecin responsable du CDAG à la personne détenue, seule habilitée à autoriser par un accord écrit, leur transmission au responsable de l'UCSA. L'objectif est que le secret médical soit garanti en empêchant qu'un éventuel diagnostic écrit ne tombe dans les mains des surveillants ou des co-détenus. Mais selon la CNCDH<sup>13</sup>, les CDAG sont trop peu présents en détention. Un communiqué de l'Institut national de veille sanitaire en date du 31 avril 2005, précise qu'il n'existe plus que 98 antennes de CDAG en prison contre 105 en 2001 et 109 en 2002. Dans les établissements qui ne bénéficient pas de ces consultations, le dépistage est alors délégué aux UCSA, ce qui lui retire son caractère anonyme.

De graves problèmes d'anonymat se posent avec les surveillants qui sont souvent au courant de la pathologie des détenus. La stigmatisation dont peuvent faire l'objet les personnes séropositives en détention est l'un des freins à la démarche de dépistage. Le détenu réclamant un dépistage en cours de détention peut voir sa demande perçue comme l'aveu d'une pratique à risque, interdite au sein de la détention comme l'injection de drogue par voie intraveineuse ou les relations sexuelles.

## **Accès aux soins**

L'octroi du statut de malade en prison peut permettre de se dégager de l'emprise carcérale et d'accéder à une reconnaissance sociale parfois moins stigmatisante. Le détenu peut alors bénéficier par exemple d'un régime alimentaire particulier, de « douches médicales » ou d'un changement de cellule. Aussi, ce statut convoité est parcimonieusement accordé. C'est le médecin qui est sollicité pour légitimer l'octroi du statut de malade. Ce faisant, ce dernier sera lui-même évalué par le personnel pénitentiaire en fonction de sa capacité à détecter le vrai du faux malade. La demande de soins va au-delà des pratiques médicales usuelles. Le sujet dans sa singularité réclame en fait une attention particulière.

De 2003 à 2005, le recours au menottage et/ou aux entraves aux pieds pendant les hospitalisations n'a cessé de s'intensifier<sup>14</sup> pour des raisons de sécurité et de

---

<sup>13</sup> Commission nationale consultative des droits de l'Homme

<sup>14</sup> Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et la Terre, La santé et la médecine en prison, CCNE, avis n°94, 2006

discipline. Trois niveaux de surveillance à exercer par le personnel pénitentiaire sont définis<sup>15</sup>. Il faut noter que chacun des trois niveaux décrits, même le plus allégé soumet le détenu au menottage et à la présence d'un surveillant. Ces pratiques constituent incontestablement une humiliation et un traitement inhumain et dégradant mettant en péril la relation de confiance entre le médecin et le malade et portent atteinte à la qualité des soins. Il faut noter également que contrairement à l'extérieur, le patient en prison ne peut choisir son médecin ce qui influence la relation soignant-soigné. La CNCDH considère<sup>16</sup> que ces pratiques compromettent le « *colloque singulier entre le patient et le médecin, pour tant indispensable au diagnostic* ».

**Des consultations spécifiques** sont mises en place :

Les missions des **Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)** créés en 1986 ont été redéfinies dans la loi du 18 janvier 1994. Les SMPR sont des services de psychiatrie implantés en milieu pénitentiaire par un établissement hospitalier. Deux niveaux de soins sont développés. Tout d'abord, les prises en charge ambulatoires sont réalisées par l'équipe du secteur de psychiatrie générale locale. Des soins plus diversifiés incluant l'hospitalisation avec le consentement du détenu sont assurés dans les SMPR. Le SMPR des Baumettes à Marseille dispose de 32 lits répartis dans 14 cellules de 10m<sup>2</sup> chacune. Six cellules accueillent trois malades sur des lits superposés. De telles conditions nuisent grandement à la qualité des soins et décuplent les difficultés des personnels soignants. Les missions des SMPR incluent les soins aux toxicomanes et aux alcooliques.

Les **Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie** intra-carcéraux (CSST) fonctionnent en détention sous la responsabilité du médecin en charge du SMPR. La circulaire du 3 novembre 1987 en précise les modalités de fonctionnement. Le décret du 29 juin 1992 leur donne le même statut et la même dénomination que les centres de soins extérieurs. Le rôle du personnel de ces antennes est d'assurer une prise en charge médico-sociale du détenu usager de drogues, d'assurer éventuellement un suivi psychologique pendant la détention et de l'orienter à sa sortie vers des structures extérieures spécialisées.

## **Continuité des soins**

La réforme de 1994 a eu des effets globalement positifs sur la prise en charge sanitaire en milieu carcéral en dépit de problèmes de fonctionnement liés aux contraintes de la vie carcérale. Cependant, deux difficultés majeures liées à l'organisation même du dispositif sont constatées : la permanence des soins n'est pas assurée de façon satisfaisante pour garantir la sécurité de la population détenue placée sous la responsabilité du service public hospitalier et le principe d'égalité d'accès aux mêmes soins que ceux dont dispose la population en milieu libre n'est pas respecté notamment en ce qui concerne la prise en charge des pathologies mentales et des addictions.

---

<sup>15</sup> Circulaire du 18 novembre 2004 de l'administration pénitentiaire relative à l'organisation des escortes des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale

<sup>16</sup>La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme, Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues propositions p.11, janvier 2006

Les occasions de rupture des soins durant la détention sont multiples. Elles ne commencent pas en prison mais dès la garde à vue. Le maintien en garde à vue, qui selon la gravité des faits reprochés peut durer de 24 à 96 heures, concerne chaque année un nombre très important de personnes et conduit souvent à une détention dans des conditions d'hygiène et de promiscuité déplorables. Pour les personnes ayant besoin de soins ou prenant un traitement médical, peut se poser le problème de l'accès à leurs médicaments. Le médecin intervenant lors des gardes à vue est confronté à de nombreuses questions d'éthique. Théoriquement, l'indépendance du médecin est totale mais, le climat tendu peut rendre difficile cette expression. Le médecin procède à un examen médical à la demande de la personne gardée, d'un de ses proches ou des autorités de police ou de gendarmerie qui la gardent. Cet examen est complexe en particulier du fait que les intérêts de l'enquêteur et ceux de la personne en garde à vue sont le plus souvent opposés. Le médecin doit évaluer la compatibilité de l'état de santé de la personne avec la détention.

Selon le Code de déontologie médicale, « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins au malade doit être assurée* » mais, parloir, audience chez un magistrat, transfert vers un autre établissement pénitentiaire sont autant d'évènements de la vie des personnes détenues qui interfèrent avec la prise en charge sanitaire et dont le médecin n'est pas informé ou informé trop tardivement. L'emploi du temps des détenus reste largement inconnu et peut provoquer l'annulation de consultations de généralistes ou de consultations de spécialistes qui ne viennent que périodiquement à l'UCSA. Il en va de même pour des consultations hospitalières à l'extérieur parfois fixées plusieurs semaines à l'avance.

Les soins aux personnes détenues sont généralement dispensés en semaine de 8h00 à 17h00 voir 19h00 dans certains établissements. Dans l'ensemble des établissements, il existe une permanence de soins infirmiers une partie du samedi et une astreinte téléphonique infirmière pendant les dimanches et jours fériés. La survenue d'un événement médical aigu nocturne relève du dispositif civil de type SOS médecin, pour autant qu'ait été identifié et signalé l'état anormal du détenu. En cas d'urgence, les procédures d'alerte et d'accès aux cellules rallongent considérablement les délais d'intervention. En raison du bruit et du manque d'attention porté aux appels des détenus par les surveillants, des difficultés d'accès aux soins sont également relevées en journée. Le recours à des soins d'urgence ou à un accompagnement médical nécessaire en cas d'angoisse profonde est parfois rendu inaccessible notamment la nuit par l'insuffisance de rondes rendant impossible l'accueil et la transmission au service médical de tout appel de détresse. Les mêmes difficultés sont signalées les week-end. La CNCDH<sup>17</sup> recommande la généralisation des moyens d'appels des secours dans les cellules de détention (interphones) et la mise en place dans les meilleurs délais d'un dispositif permettant une communication directe des détenus avec le Centre 15.

Les transferts de l'établissement pénitentiaire vers un établissement de santé appelés « extractions » nécessitent la coordination de trois partenaires différents : l'administration pénitentiaire, les forces de l'ordre et l'établissement de santé ce qui peut rendre compliqué la prise de rendez-vous médicaux. La CNCDH considère cependant que la mise en œuvre des extractions médicales ne doit pas être considérée comme une mission secondaire par les différentes autorités

---

<sup>17</sup> Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

compétentes. Elle recommande par ailleurs de développer le recours aux permissions de sortir qui sont susceptibles d'alléger dans de très nombreux cas la charge des escortes pénitentiaires ou policières.

Les hospitalisations d'urgence sont réalisées dans l'hôpital de rattachement, parfois au sein de chambres sécurisées. Par manque d'effectif sécuritaire, les hospitalisations d'urgence peuvent annuler ou reporter des hospitalisations prévues. Afin d'alléger les contraintes liées aux extractions médicales, un traitement VHC peut désormais être initié sans les résultats d'une biopsie. Ceci facilite l'accès aux traitements et évite la lourdeur des examens médicaux.

L'isolement disciplinaire correspondant à la cellule de discipline ou mitard est la sanction la plus redoutée des détenus. Dans cette cellule, le détenu sanctionné reste totalement isolé pendant une durée maximale de 45 jours. Il y est privé de tout. Toutes les instances s'accordent pour émettre des réserves et des mises en garde sur cette sanction qui peut provoquer des effets autodestructeurs, aggraver et rendre incontrôlables les troubles mentaux et les pulsions de violence, constituer un traitement inhumain. Les médecins réalisent des visites aux détenus placés en isolement au moins deux fois par semaine. Mais, le même médecin ne peut être à la fois celui qui écoute et soigne le patient et celui qui autorise la poursuite d'une sanction disciplinaire mettant en jeu la santé mentale du patient. La CNCDH recommande<sup>18</sup> une modification des dispositions afin qu'il soit fait appel à un médecin de l'extérieur chaque fois qu'un acte sollicité par l'administration ne relève pas des soins.

Les conditions dans lesquelles s'effectue la libération des détenus malades ou toxicomanes s'avèrent extrêmement aléatoires et identifiées comme les plus problématiques. Dans de nombreux établissements, les personnes sortent dépourvues d'ordonnance et sans l'assurance d'une prise en charge extérieure. Pour les personnes toxicomanes, elles sont parfois en état de manque.

## **Mesures de libération pour raisons médicales**

**La grâce médicale** est demandée par le condamné lui-même, son défenseur, son conjoint, un proche, le ministère public ou l'administration pénitentiaire et adressée au Président de la République. Une expertise est alors sollicitée, l'avis des médecins suivant le détenu est demandé mais c'est le Président de la République qui prend la décision finale d'accorder ou non la grâce. Elle peut concerner la totalité ou une partie de la peine. Mais en pratique, les grâces ne sont accordées qu'aux détenus en fin de vie.

**La suspension de peine** pour raisons médicales a été adoptée dans la loi Kouchner du 4 mars 2002 sur les droits des malades.<sup>19</sup> Elle ne signifie pas que la peine est abrogée ou annulée mais que son effet est arrêté pour un temps donné. Si les conditions médicales ayant justifiées la suspension de peine ne sont plus réunies, la peine doit théoriquement de nouveau être purgée. Dans le cas du sida, comme pour d'autres pathologies chroniques, cet élément peut-être contre-productif en matière thérapeutique. Il place la personne séropositive bénéficiant d'une mesure de

---

<sup>18</sup> CNCDH, Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues : propositions, janvier 2006, p.12

<sup>19</sup> article 720-1-1 code de procédure pénale

suspension de peine dans une situation incompatible avec l'état de malade atteint d'une pathologie grave. Cette menace continue d'un retour en détention en cas d'amélioration de son état de santé est une raison qui entraîne certaines personnes à négliger leur traitement.

Les dispositions de la loi censées permettre la libération de condamnés gravement malades sont de l'avis de l'ensemble des rapports appliquées de manière trop restrictive. Selon les chiffres rendus publics par le Ministère de la Justice, entre l'entrée en vigueur de la loi en avril 2002 et le 31 décembre 2004, ce sont 165 personnes qui ont bénéficié de cette mesure sur 436 demandes (soit un taux de refus de 60%). Pourtant sur la même période (outre les 400 suicides) ce sont environ 400 personnes qui sont mortes en prison de maladies ou de vieillesse. D'autre part, la procédure est considérée trop longue (2 à 3 mois en moyenne) d'autant que dans le mois suivant leur libération une grande partie des personnes bénéficiaires étaient décédées.

Il faut noter que contrairement au condamné, le prévenu (présumé innocent dans le droit français) ne peut bénéficier d'une suspension de peine. Pour le Conseil Consultatif National d'Ethique cette discrimination crée un problème éthique majeur. Il considère qu' « *une personne en fin de vie devrait être traitée comme telle, sans référence à sa situation judiciaire de prévenue ou de condamnée* ».

## PREVENTION EN PRISON

### Education sanitaire

En dépit d'améliorations constatées, la santé reste le parent pauvre de l'administration pénitentiaire et les conditions spécifiques de la détention rendent toujours problématique l'éducation à la santé. Même si les situations sont contrastées, globalement, la vétusté des locaux, la surpopulation carcérale, les manques en personnel et parfois, l'attitude des soignants à l'égard des détenus sont autant de freins à la prévention.<sup>20</sup>

Lorsque l'on parle de la santé en prison plusieurs questions se posent. S'agit-il de maintenir l'état de santé du détenu en veillant à ce que celui-ci ne se dégrade pas du fait de l'incarcération, ou s'agit-il plutôt d'améliorer un état de santé reconnu comme globalement médiocre à l'entrée ? La pratique soignante intra muros doit-elle être essentiellement curative ou doit-elle intégrer un développement de la prévention et de l'éducation sanitaire qui s'inscrit dans un suivi sanitaire au delà du temps de l'incarcération ?

Le droit international reconnaît aux détenus un droit à la santé équivalant à ceux offerts dans le reste de la communauté, ce qui inclut l'accès à la prévention et les principaux instruments internationaux en illustrent le consensus général.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> OIP, les conditions de détention en France, la découverte, 2005.

<sup>21</sup> Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Nations Unies, 2001 + Directives sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons, OMS, 1993 + Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, 1997, Nations Unies

La circulaire du 10 janvier 2005 concernant l'actualisation du *guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale* indique dans le chapitre *la prévention et l'éducation pour la santé* que la prévention fait partie de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue. Le médecin de l'UCSA coordonne au sein de l'établissement les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le guide souligne l'importance de faire bénéficier la population carcérale le plus souvent jeune et fragilisée d'actions de prévention susceptibles de l'amener à une meilleure prise en charge de sa santé. Cependant, confrontés à des files actives de patients toujours plus importantes, les services médicaux concentrent leur action sur l'administration des soins proprement dits.

Les détenus souffrant d'addiction trouvent les moyens de compenser leur dépendance. Les médicaments sont ainsi une monnaie d'échange banale en détention et l'injection de drogues ou de médicaments détournés existe. Ces usages sont impensables pour l'institution pénitentiaire. Pourtant, une prévention efficace nécessite d'admettre leur existence pour pouvoir gérer les risques qui y sont associés. Il est difficile de diffuser des informations sur les risques associés à des pratiques interdites et d'obtenir plus généralement la collaboration de l'institution.

Les actions prévention du VIH en milieu carcéral visent à améliorer l'accès et les conditions de dépistage, développer l'accès aux traitements et prévenir l'apparition de nouveaux cas d'infection. Ceci passe par une sensibilisation des détenus vis-à-vis des règles d'hygiène générale et des pratiques à risques. Ainsi, une trousse d'hygiène est distribuée à tout détenu. Elle contient en outre un flacon d'eau de javel permettant la désinfection de matériel mais, il n'existe pas de mise à disposition de matériel d'injection stérile. Les préservatifs sont disponibles sur demande, le plus souvent auprès du personnel médical ou infirmier de l'UCSA. Dans certains établissements, ils peuvent être distribués aux entrants dans la trousse d'hygiène.

L'information sur les risques de transmission VIH et hépatites est difficile à diffuser du fait des contraintes propres à la vie dans un établissement pénitentiaire et à cause des représentations associées au VIH dans la population carcérale. Les représentations de la sexualité en prison sont généralement construites à partir des témoignages les plus violents qui sont transmis au grand public. Mais il existe aussi d'autres sexualités entre détenus et d'autres dites de « circonstance » lors des parloirs. Les efforts entrepris en matière de création d'unités de vie familiale pour les couples doivent être développés.

L'accès au traitement post exposition doit être possible ce qui suppose au préalable la possibilité pour le détenu d'évoquer la prise de risque avec les surveillants et les soignants.

Une meilleure éducation à la santé dans les prisons assurée éventuellement par des détenus formés, pourrait permettre de surmonter certains freins.<sup>22</sup>

## **Réduction des risques**

En matière de politique de réduction des risques de contamination au sida et aux hépatites B et C, les services pénitentiaires et sanitaires font preuve d'une grande

---

<sup>22</sup> CNS, rapport sur la politique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine, 2005

frilosité. C'est sans doute dans ce domaine que le principe d'équivalence des soins avec l'extérieur se pose avec le plus d'acuité.

Confrontés à un public davantage touché par les conduites d'addiction que le reste de la population, les services pénitentiaires peinent à assurer une offre de soins satisfaisante. Dans ces conditions, loin de constituer une opportunité de prise en charge médicale, l'emprisonnement pour les usagers de drogues accroît finalement leur vulnérabilité. En théorie, un traitement entrepris avant l'incarcération doit pouvoir être poursuivi et un traitement de substitution doit pouvoir être initié en détention.

Cependant, alors que l'éthique exigerait une cohérence, la prise en charge des personnes en situation de dépendance à des drogues licites ou illicites est variable selon les établissements, allant du sevrage brutal avec ou sans administration de psychotropes à la substitution par la méthadone ou le Subutex®.

En 2003, concernant les traitements de substitution, 1,5% des entrants déclaraient être sous méthadone et 6% sous Subutex®. En dépit des incitations répétées des pouvoirs publics à assurer la poursuite d'un traitement de substitution en prison, voire d'en initier un, sa délivrance n'est, de fait, pas assurée dans tous les établissements. Confrontés au manque de personnel et au trafic, certaines UCSA optent pour une diminution des doses prescrites ou une modification de la dispensation du Subutex® en le distribuant sous forme pilée ce qui entraîne une perte d'efficacité.

En juin 2004, une étude de l'OFDT<sup>23</sup> a montré qu'une partie des consommateurs de produits de substitution à l'héroïne en prison n'étaient pas toxicomanes avant leur incarcération.

L'étude Impact sur la Réincarcération des Conduites Addictives et des Médicaments de substitution (IRCAMS) portant sur 500 détenus de juin 2003 à septembre 2004<sup>24</sup> montre une amélioration au cours des dernières années dans le domaine des traitements de substitution aux opiacés. Selon les résultats, environ 80% des sujets identifiés comme dépendants aux opiacés bénéficiaient de la prescription d'un traitement substitutif. Le traitement a été reconduit pour 90% des personnes qui en bénéficiaient avant l'incarcération mais, n'est initié que dans moins d'un cas sur deux.

Les services pénitentiaires et sanitaires manquent de moyens et de structures spécifiques. Certains établissements en sont réduits à ne compter que sur la mobilisation du secteur associatif alors même que 34,7% des détenus seraient concernés par un problème d'addiction tous produits confondus.

La politique de réduction des risques qui implique l'accès libre et effectif au matériel stérile, l'accès large aux médicaments de substitution, l'accès aux soins contre le sida et les hépatites a fait les preuves de son efficacité, à la fois sur la transmission de ces maladies mais aussi sur la consommation de drogues et sur les conséquences sociales. Toutes les études démontrent que la réduction des risques est une réussite mais qu'elle est complètement niée dans l'univers carcéral français.

### **Echange de seringues**

L'enquête Coquelicot publiée en 2004 a démontré que l'incarcération favorisait l'exposition au risque en l'absence de matériel d'injection stérile disponible car parmi les usagers de drogue ayant eu au moins un antécédent d'incarcération, soit 61%

---

<sup>23</sup> Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage, Escots S., Fahet G., Trend, OFDT, juin 2004

<sup>24</sup> Courrier des addictions, n°4, 2006, pp. 96-98

des personnes interrogées, 12% ont eu recours à l'injection en prison et 30% ont partagé leur seringue au cours de la période d'incarcération. A cela, s'ajoute, les pratiques de scarification, de tatouage, de piercing ainsi que les rapports sexuels consentis ou pas dans un contexte où l'accès aux préservatifs reste difficile. La présence de drogues en prison, le nombre de détenus qui arrivent en prison et qui sont ou ont été utilisateurs de drogue par injection, de même que de détenus qui commencent à consommer des drogues pendant leur détention, couplés à la rareté du matériel d'injection, font des prisons un milieu à risque élevé de propagation des infections à VIH et à VHC.

Associations et médecins en milieu carcéral s'accordent à constater une hausse des contaminations au VIH et aux hépatites des détenus lors de leur détention. Les pouvoirs publics ne parlent cependant pas d'introduire en détention l'échange de seringue et la distribution du petit matériel nécessaire à l'injection.

Des expériences d'échanges de seringues sont mises en œuvre dans différents pays de l'Europe de l'Ouest (Allemagne, Espagne, Suisse) mais aussi dans des systèmes pénitentiaires peu comparables à celui de la France (Moldavie, Kirghizstan, Biélorussie) et selon des modalités diverses. Les programmes de distribution de seringues en prison appliquent la règle de l'échange d'une seringue stérile contre une usagée et implique la fourniture de « coffrets » pour ranger la seringue usagée. Le mode de distribution des seringues varie d'un Etat à l'autre. Des distributeurs automatiques sont parfois installés ou bien, les seringues sont distribuées par les employés, des organismes non gouvernementaux, le personnel de santé, des pairs bénévoles formés par le médecin ou encore à l'unité médicale. Les bilans sont tous positifs et réfutent les objections qui constituent le fondement de l'opposition des politiques.<sup>25</sup> Même en Allemagne où les programmes ont été stoppés à l'occasion d'un changement de gouvernement, les résultats en matière de réduction des risques VIH et VHC étaient positifs. Les évaluations scientifiques ont démontré que la disponibilité de seringues stériles n'entraîne pas de hausse de la consommation ou de l'injection mais facilite la référence des utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie. Aucun cas n'a été relevé de seringues ayant servi d'armes. De plus, l'injection de drogue étant reconnue, les détenus peuvent discuter de leurs comportements, les professionnels peuvent les accompagner. L'organisation d'ateliers et de consultations avec les employés des prisons est un aspect clé du développement des programmes d'échange de seringues. On constate que la distribution de seringues diminue les abcès et autres infections liées à l'infection et contribue au déclin des surdoses mortelles ou non d'héroïne. L'analyse des programmes mis en place témoigne qu'il est essentiel de protéger le mieux possible la confidentialité des détenus qui consomment des drogues et qui se procurent des seringues stériles.

Le refus de rendre accessibles des seringues stériles dans les systèmes correctionnels où il y a injection de drogue et partage de seringues revient à fermer les yeux sur la propagation du VIH et du VHC.

---

<sup>25</sup> L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales / réseau juridique canadien VIH/sida, 2004

Bien sûr, la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues dans les prisons doit nécessairement être adapté aux milieux institutionnels particuliers et uniques de chaque pays.

## CONCLUSION

L'entrée du VIH-sida dans les prisons a constitué un révélateur du fonctionnement et des dysfonctionnements de l'institution carcérale. Les professionnels qui y travaillent ont dû affronter une situation profondément nouvelle. Loin d'être marginaux, le changement et la résistance au changement ont affecté, peu ou prou, tout le champ de la santé et de l'hygiène, tant au niveau des pratiques que des représentations sociales.

Le VIH-sida aura été efficient en tant que révélateur de la précarité grandissante de l'état de santé des détenus à leur entrée et de l'insuffisance des moyens dont disposaient l'administration pénitentiaire pour y répondre. Il a eu un effet mobilisateur considérable, dont témoigne la réforme, maintenant effective, du système de soins et dont témoigne aussi, dans un autre registre, l'élan donné à la recherche sur le milieu carcéral. Mais le mouvement n'est pas allé beaucoup plus loin et il est menacé d'enlisement dans la gestion d'une relation gardants - soignants réduite à ses aspects conflictuels. Néanmoins, le VIH-sida continue à occuper dans la problématique générale de la santé en prison, comme dans celle des relations entre surveillants et détenus, une place qu'on ne saurait ignorer.

L'ensemble des acteurs de la lutte contre le sida exerçant en détention souhaite la mise en place d'une étude sur la dynamique du VIH et des hépatites en détention qui permettrait de réévaluer les actuelles pratiques de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et de réduction des risques liés à l'usage de drogue ainsi que d'étudier les moyens qui leur sont alloués pour ensuite les améliorer et les renforcer. Les données épidémiologiques doivent être recueillies et servir d'outils pour faire valoir les droits et les besoins des personnes séropositives incarcérées qui est un pan de la santé publique.

Tous les rapports officiels ou faisant autorité et abordant la question de la santé en prison sont très critiques car, même si, la prise en charge thérapeutique des personnes incarcérées atteintes par le VIH a fait de grands progrès, la prison reste un lieu peu propice aux soins. Plus de 10 ans après l'entrée en vigueur de la réforme, l'objectif d'une équivalence de soin entre l'intérieur et l'extérieur est loin d'être atteint. Le système de soins comporte encore de nombreuses défaillances. La persistance de blocages, parfaitement identifiés par les pouvoirs publics, doit nourrir une réflexion sur la capacité d'un système d'essence sécuritaire à respecter les exigences inhérentes aux impératifs de santé et de santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

ACT UP PARIS

**DétenuEs malades : combien de morts en prison faudra-t-il ?**

Action, n°83, 2003, pp. 20-21

ACT UP PARIS

**Santé en détention : un double anniversaire**

Action, n°93, 2004, pp. 6-12

ACT UP-PARIS

**Un mois pour vivre libre et mourir**

Action, n°95, 2004, pp. 4-5

ACT UP PARIS

**Sida : guide des droits sociaux**

2003, 200 p.

ASSOCIATION FRANCAISE POUR LA REDUCTION DES RISQUES, SELLERET JB, AMEUR Y, BEAUVERIE P, et Al

**Réduction des risques et prison : ruptures et continuités** : compte rendu des tables ronde, journée thématique 8 juin 2007

Lyon : AFR, 2007, 20 p.

BERARD J, COYE S, FARGES E

**Sida en prison : prévenir la maladie, libérer les malades**

Dedans-Dehors, n°51, 2005, pp.11-26

BERDOUGO F

**A l'oeilleton des prisons**

Transcriptases, n°118, 2004, pp. 62-63

CHAUVIN I.

**La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique**

Paris : ESF, 2000, 111p.

COMMISSION NATIONALE CONSULATATIVE DES DROITS DE L'HOMME

**Etude sur l'accès aux soins des personnes détenues : propositions**

2006, 25 p.

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET LA TERRE

**La santé et la médecine en prison**

CCNE, avis n°94, 2007, 46p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

**Rapport sur la politique publique de prévention de l'infection à VIH en France métropolitaine suivi de recommandations pour une meilleure application de la politique publique de prévention**

Paris : CNS, 2005, 79 p.

CENTRE REGIONAL D'INFORMATION ET DE PREVENTION SIDA, PACA

**Le point sur : l'hépatite C en milieu carcéral**

Marseille : CRIPS PACA, 2007, 2p.

DELFRAISSY J-F, dir.

**Prise en charge des personnes infectées par le VIH, rapport 2002 : recommandation du groupe d'experts**

Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2002, 384 p.

DEROT J, STANKOFF S, DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

**Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de la transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral**

2000, 85 p.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION

**Enquête un jour donné sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire : résultats de l'enquête de juin 2003**

DHOS, 2004, 7 p.

ESCOTS S., FAHET G

**Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : TREND**

OFDT, juin 2004

FARGE E, LE GRAND E

**Pourquoi faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral ?**

La santé de l'homme, n°389, juin 2007, pp.61-61

GIORDANELLA C

**Trois heures avec les détenus de Fleury, pour parler sida et sexualité**

La santé de l'Homme, n°379, 2005, pp. 42-44

GUERIN G, CANETTI C, ALLAMAN M, et Al.

**La santé en prison**

ADSP, n°44, 2003, 53p.

INSPECTION GENERALE DES SERVICES JUDICIAIRE, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

**L'organisation des soins aux détenus, rapport d'évaluation**

Paris : IGAS, 2001, 148 p.

JÜRGENS R, LINES R, STÖVER H, Et Al.

**Déclaration de Dublin sur le VIH/sida dans les prisons d'Europe et d'Asie centrale : La santé en prison, c'est la santé publique**

Dublin, 2004, 12 p.

KLEIN MH

**Les traitements de substitution**

Remaides, n°63, mars 2007, pp.19-20

LINES R, JURGENS R, BETTERIDGE G, et al

**L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales**

Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006, 97p.

LINES R

**Miser sur le droit des droits humains pour militer en faveur de programmes d'échange de seringues dans les prisons d'Europe**

Réseau juridique canadien VIH/sida, vol.11, n°2-3, 2006, pp. 89-91

LHUILIER D, RIDEL L, SIMONPETRI A, VEIL C

**Effets révélateurs du sida en prison : résistance et changement**

Le journal du sida, n°112-113, 1999, pp.15-17

MARZO J-N ; ROTILY M ; MEROUEH F., et al.

**Traitement de substitution aux opiacés à l'entrée en milieu carcéral : résultats initiaux de l'étude prospective IRCAMS**

Courrier des addictions, n°4, 2006, pp. 96-98

MICHEL L., MAGUET O.

**L'organisation des soins en matière de traitements de substitution en milieu carcéral** : rapport pour la Commission Nationale Consultative des Traitements de Substitution  
2003, 76 p.

MIGNOT S

**La suspension de peine en examen**

Transversal, n°21, 2004, pp. 9-13

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE

**Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues**, 2005, 140p.

MINISTERE DE LA SANTE , MINISTERE DE LA JUSTICE

**Note interministérielle du 9 août 2001** : orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive

MOUQUET MC

**La santé des personnes entrées en prison en 2003**

Etudes et résultats, n°386, 2005, 12 p.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISON

**UHSI de Lyon : malgré un état incompatible avec la détention, une personne paraplégique est en prison : communiqué du 19 juin 2007**

Paris : OIP, 2007, 1p.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISON

**Plus de 6 mois de retard pour une consultation malgré la douleur : communiqué du 19 juin 2007**

Paris : OIP, 2007, 1p.

RAYNAL F

**VHC, VIH... les détenus se passent le mot**

Transversal, n°27, 2005, pp. 31-32

RAYNAL F

**Prison : la prévention ne franchit pas le mur**

Transversal, n°12, 2003, pp. 4-8

RICHARDOT L

**Prisons, quartiers à hauts risques sanitaires**

Journal de la démocratie sanitaire, n°148, 2002, pp. 15-18

ROTILY M, DELORME C, BEN DIANE MK, OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PACA

L'usage de drogues en milieu carcéral : une approche épidémiologique

Marseille : ORS PACA, 2000, 17p.

ROUSSIN M

**Les prisons, lieu d'exercice difficile pour la prévention du sida**

La santé de l'Homme, n°379, 2005, pp. 40-42

SIDACTION

**Journée nationale : le suivi médico-social des personnes atteintes d'une infection à VIH et/ou d'une hépatite virale sortant de prison** : 22 juin 2007, dossier de presse

Paris : Sidaction, 18 p.

SOUSA A

**La réduction des risques a aussi ses exclus**

Swaps, n°40-41, 2005, pp. 18-19

**Le sida derrière les barreaux**

Têtu, n° supplémentaire au n°116, 2006, pp. 16-21

THIERY D

**Détenu malade du sida : a chaque jour (de prison) suffit sa (double) peine**

Remaides, n°51, 2004, pp. 22-23

VILDE JL, GRADT J., PELLETIER V

**Univers carcéral**

Chrétiens et sida, n°54, 2006, pp.12-14

YENI P., dir.

**Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH : rapport 2006, recommandations du groupe d'experts**

Paris : Flammarion, 2006, 348 p.