



WHITE PRISON 2010

Rédactrice en chef

Neijma Lechevallier-Hamdaoui (n.lechevallier@sidaction.org)

Ont collaboré à cet ouvrage les journalistes

Sophie André (table ronde 1) et Sébastien Boistel (tables rondes 2, 3 et 4)

Correction

Jeanne Julien

Conception graphique et réalisation

Charles Harvey

Nous remercions **les intervenants extérieurs,**

le groupe expert « prison » de Sidaction et les salariés de Sidaction

qui ont participé à la rédaction ou aux relectures de cet ouvrage.

Collection « Les Essentiels de Sidaction »

éditée par Sidaction

228, rue du Faubourg-Saint-Martin – 75010 Paris

tél. : +33 (0)1 53 26 45 55 – www.sidaction.org

Achévé d'imprimer **octobre 2010** chez **Actis Industrie Graphique, Paris**

Dépot légal **octobre 2010**

Tirage **400 exemplaires**

Ne peut être vendu.



**MIEUX
PRISON**

2010

**QUELLES ALTERNATIVES
À L'ENFERMEMENT
DES MALADES ?**

6	PRÉFACE par Bertrand Audoin et Ridha Nouiouat		
8	INTRODUCTION par Marc Dixneuf et Ridha Nouiouat		
10	« VOILÀ COMMENT ÇA SE PASSE QUAND ON EST SÉROPOSITIF EN PRISON »		
12	TABLE RONDE 1 <i>Le parcours d'aménagement de peine pour raisons médicales</i> LA SUSPENSION DE PEINE EN PÉRIL ?		TABLE RONDE 4 38 <i>Les questions éthiques liées à l'enfermement des malades</i> PEUT-ON PUNIR ET SOIGNER ?
16	LES ACTEURS DU DISPOSITIF DE SUSPENSION DE PEINE		UN MANQUE D'HUMANITÉ 42
18	GRADIGNAN : L'EXEMPLE D'UN PARTENARIAT RÉUSSI		VIH ET SUSPENSION DE PEINE : LES « POINTS AVEUGLES » DE LA PRISON 45
20	TABLE RONDE 2 <i>Les freins à la mise en place des dispositifs d'aménagement de peine pour raisons médicales</i> SUSPENSION DE PEINE : LES FREINS		CONCLUSIONS ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS 46
26	FAIRE SORTIR UN DÉTENU SÉROPOSITIF : LE PARCOURS DU COMBATTANT		CONTACTS 50
28	TABLE RONDE 3 <i>La question du VIH/sida dans les dispositifs d'aménagements de peine pour raisons médicales</i> « LES MALADES NE DOIVENT PAS RESTER EN PRISON »		BIBLIOGRAPHIE 54
34	« ATTENTION À NE PAS STIGMATISER LES SÉROPOSITIFS »		
35	VIH ET PRISON : ENTRE OMERTA, INDIFFÉRENCE ET SECRET MÉDICAL		

Partout dans le monde, la prison est le lieu de cristallisation des problèmes sociaux. Outre sa fonction première d'enfermement dans le cadre de procédures définies par la loi, elle est souvent utilisée comme un instrument de régulation des dysfonctionnements de la société, généralement au désespoir des professionnels du milieu carcéral. Ceux qui vivent à la marge la plus extrême de la société y sont fréquemment relégués sous couvert d'infraction : usagers de drogues, migrants, travailleurs du sexe, transgenres, personnes atteintes de pathologies mentales... Ils y sont tous surreprésentés. Quant à l'état de santé des détenus, il renvoie à celui de la population générale en ce qu'il a de plus dégradé. Ainsi, dans toutes les prisons du monde, la prévalence de l'infection par le VIH et des hépatites est supérieure à celle en population générale.

La lutte contre le VIH doit prendre en compte la situation de précarité sociale et de vulnérabilité des personnes incarcérées. Cette situation concerne également la France, et la prise en compte des particularités du milieu carcéral, des attentes et réticences des personnes, doit orienter les actions de prévention et d'information conduites en prison.

Ce lien entre VIH et prison a entraîné Sidaction à créer en 2004, au sein de ses programmes associatifs «France», la mission «Milieu carcéral», chargée de soutenir et de renforcer les interventions des associations de lutte contre le sida en prison, considérant que la lutte contre l'extension de l'épidémie doit aussi y être menée.

Ainsi, les montants transférés, dans le cadre d'une enveloppe spécifique, et le nombre d'actions soutenues ont été en augmentation croissante depuis la création de la mission.

Pour atteindre cet objectif, la mission s'appuie également sur un groupe d'experts représentant l'ensemble des acteurs du milieu pénitentiaire. Ces experts ont identifié plusieurs priorités que Sidaction a mises au cœur de son action et de son plaidoyer. L'accès aux soins et aux droits, la réduction des risques sexuels et de ceux liés à l'usage de drogues apparaissent évidemment comme des domaines d'intervention prioritaires. Mais d'autres enjeux, moins visibles, doivent faire l'objet d'attention, comme la situation dans les prisons des départements et collectivités d'outre-mer et le lien dedans-dehors, c'est-à-dire l'assurance pour les détenus que la sortie de prison n'est pas synonyme de rupture de l'accès aux soins et aux droits sociaux.

À l'occasion du colloque annuel «VIH et prison», organisé par Sidaction, ces sujets sont mis en perspective par les échanges entre experts et acteurs de terrain. Au-delà, le colloque vise l'élaboration de consensus sur des recommandations dont la mise en œuvre pourrait être promue par l'ensemble des acteurs de la prison.

Le colloque sur la sortie de prison, celui sur les prisons des départements français d'Amérique ou encore sur la question des programmes d'échange de seringue en prison, bien que traitant de sujet très différents, ont été l'occasion de mettre l'accent sur un accès aux soins en détention qui doit être égal à ce qui existe à l'extérieur.

Sidaction s'efforce ainsi de faire valoir ce qui est un des fondements de la lutte contre l'épidémie de l'infection par le VIH : le respect du droit des personnes.

**Par Bertrand Audoin, directeur général de Sidaction,
et le D^r Ridha Nouiouat, chargé de la mission «Milieu carcéral»
de Sidaction.**

L'édiction 2010 du colloque «VIH et prison», organisé par Sidaction le 3 juin, a traité des alternatives à l'enfermement des malades. La mise en pratique de la loi du 4 mars 2002 sur la suspension de peine pour raisons médicales, dont l'objectif était la prise en charge à l'extérieur des personnes gravement malades ou présentant une pathologie chronique lourde incompatible avec la détention, a été progressivement rendue plus difficile. Du coup, la question du sens de la peine a été au cœur des débats de cette journée.

La prison se donne comme objectif la réinsertion au sein du corps social d'une population dont le seul droit dont on l'aurait privée serait celui de la liberté. Tous les autres devant être préservés. Mais les conditions dans lesquelles elle les enferme et les soigne représentent un obstacle à la réalisation « du meilleur état de santé » auquel cette population a droit.

Des approches purement curatives sont parfois promues, avec l'argument que « *la prison serait, en matière de santé, une chance pour sa population* ». Cependant, il est reconnu que l'incarcération est un facteur de réactivation ou d'aggravation des problèmes de santé. Alors, en niant l'impact des conditions de vie en milieu carcéral sur l'état de santé des personnes, on aggrave les inégalités en matière de santé entre l'intérieur et l'extérieur.

Et il devient difficile de permettre à des personnes malades détenues de comprendre le sens de leur peine quand leur droit le plus élémentaire à la santé est refusé et que les murs de la maladie deviennent encore plus épais que ceux de la prison.

Les dispositifs existants devant permettre la sortie de prison ne peuvent bénéficier à l'immense majorité des détenus, qui compte nombre de personnes en attente d'une condamnation et qui à 80% connaît une durée de séjour inférieure à un an. Un grand nombre des malades détenus ne peuvent donc pas bénéficier de la suspension de peine, soit parce que non condamnés soit parce que le temps de traitement des demandes est trop long.

Dans les situations les plus difficiles, il est parfois ardu de rendre leur dignité à des personnes en fin de vie, en leur permettant de partager leur souffrance dans des conditions plus conformes aux droits de la personne, avec leurs proches, à l'extérieur.

Ce sont ces questions que le groupe expert « prison » de Sidaction a souhaité aborder et pour lequel ont été invités acteurs de terrain, institutionnels des administrations centrales, ceux en charge des questions éthiques et personnalités qualifiées.

Par Marc Dixneuf, directeur du service des programmes associatifs de Sidaction, et le Dr Ridha Nouiouat, chargé de la mission « Milieu carcéral » de Sidaction.

« VOILÀ COMMENT ÇA SE PASSE QUAND ON EST SÉROPOSITIF EN PRISON »

Témoignage de Pierre-André Franceschi, détenu.

« J'ai 43 ans, dont 23 ans de prison. J'ai été contaminé par le VIH et le VHC en 1986, suite à une campagne de don du sang organisée en milieu carcéral. Le matériel utilisé n'était pas à usage unique : on se contentait de "nettoyer" les seringues avec de l'éther et on nous piquait les uns après les autres. Pour vous décrire le quotidien des personnes séropositives incarcérées, je vais vous raconter quelques anecdotes.

Durant ma détention à Clairvaux [Aube], j'ai passé plusieurs mois à l'isolement. Souffrant d'une perte de poids très importante, je bénéficiais d'une prescription pour un complément alimentaire. Les mois s'écoulant, je ne cessais de maigrir. J'ai donc attiré l'attention du médecin sur ma perte de poids et je lui ai demandé de me prescrire un second complément alimentaire. Il me le refusa et interrompit la prescription du premier. Peu importe pour lui si, étant à l'isolement, je ne pouvais travailler et si, indigent, je ne pouvais cantiner pour pouvoir manger à ma faim. Pour lui, si je maigrissais, c'est parce que j'étais malade et que j'allais mourir. Pourtant, peu après, remis en détention classique, mes amis ont pu subvenir à mes besoins et deux mois plus tard je retrouvais un poids normal.

Quelques années après, j'ai commencé un traitement : une trithérapie dont l'un des composants devait être conservé dans un réfrigérateur. Malgré cela et malgré ma pauvreté, l'administration et l'Ucsa [Unité de consultations et soins ambulatoires] refusèrent de m'en fournir un. Pire : quand il fut découvert que je mettais mon traitement dans le réfrigérateur d'un de mes voisins, qui, lui, avait eu la chance de pouvoir s'en offrir un, je fus tout simplement placé en quartier disciplinaire, subissant des températures de 10 °C, en étant régulièrement mis à nu,

et ce, alors que j'étais aussi sous bithérapie pour l'hépatite C, avec des effets secondaires bien plus importants que ceux de la trithérapie.

Passons aussi sur les transferts dans des cages mesurant 75 cm de large. S'il était inutile de s'en plaindre à l'administration – pour laquelle seuls les critères sécuritaires importaient –, j'ai attiré l'attention de l'Ucsa sur ma situation. Le médecin m'a dit : *"Mais alors, comment ferez-vous une fois dehors ?"* Éberlué, je lui ai répondu que je ne comptais pas voyager dans un coffre de voiture.

Depuis quelques mois, je suis en semi-liberté. Incarcéré au centre de détention de Riom [Puy-de-Dôme], j'ai eu à faire à la politique du juge de l'application des peines qui exige des détenus des preuves de bonne conduite pour l'obtention d'une permission "famille". Il a ainsi fallu que je fasse la demande d'une permission "sport", laquelle consiste à effectuer 60 km de VTT par jour. Or, à l'époque, j'étais en plein changement de trithérapie, les effets secondaires de la précédente étant devenus insupportables. Tous les spécialistes vous le diront : quand on change de trithérapie, les effets secondaires subis durant les premiers mois sont des plus conséquents et ce n'est qu'au bout de trois mois que la situation se stabilise. C'est donc en me vidant d'en haut et d'en bas que j'ai dû malgré tout pédaler 60 km par jour pour obtenir une permission "famille" et ainsi ouvrir la voie à un aménagement de peine. Voilà par quoi il faut en passer, voilà ce qu'il faut subir quand on est séropositif en prison, quand on a passé plus de vingt ans derrière les barreaux, et quand, de surcroît, la responsabilité de votre contamination incombe à l'administration pénitentiaire, puisque avant 1994 elle était en charge des questions sanitaires en prison. »



LE PARCOURS D'AMÉNAGEMENT DE PEINE POUR RAISONS MÉDICALES

1

LA SUSPENSION DE PEINE EN PÉRIL ?

Pourtant prometteur, le dispositif permettant la suspension de peine pour raisons médicales s'est vite heurté à des freins jurisprudentiels et administratifs, et aux restrictions législatives qui y ont été apportées. Des espoirs peuvent-ils renaître grâce à la jurisprudence européenne et aux timides initiatives de la Cour de cassation ? L'avenir le dira.

┌ Début 2002, la France se trouvait dans « une situation unique et extraordinaire » par rapport à ses voisins, raconte Jean-Claude Bouvier, juge de l'application des peines (JAP) auprès du tribunal de grande instance de Créteil, car « il n'existait pas dans la loi de dispositif permettant à une personne malade de sortir de prison ». Certes une personne condamnée, y compris celles ayant des problèmes médicaux, pouvait bénéficier des dispositifs d'aménagement de peine classiques, tels que la semi-liberté, le placement sous surveillance électronique et la liberté conditionnelle. « Mais il fallait remplir des conditions liées à des délais, au quantum de la peine, à la resocialisation du détenu », souligne le magistrat.

Conditions. La loi du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner », relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a donc comblé ce vide juridique et suscité beaucoup d'espoirs¹. À l'époque, l'article 720-1-1 du code de procédure pénale prévoit qu'une suspension de peine peut « *quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée* » être prononcée à l'égard des « *condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention* ». Deux conditions non cumulatives qui doivent être constatées par deux expertises médicales distinctes mais concordantes. C'était « *un véritable progrès*, se souvient Jean-Claude Bouvier, pour la première fois dans le droit positif français, un dispositif faisait prévaloir l'état de santé de la personne incarcérée sur tout autres considérations »².

Restrictions. Presque immédiatement, cette loi est « *victime d'une jurisprudence et d'instructions gouvernementales extrêmement restrictives* », regrette le magistrat. En effet, dès 2005, la Cour de cassation déclare que « *c'est nécessairement à court terme que la pathologie dont souffre le condamné doit engager le pronostic vital* »³. « *Elle vide alors la loi d'une bonne partie de son intérêt en ce qui concerne la première condition* », déplore Jean-Claude Bouvier, d'autant qu'il s'avère complexe « *pour les médecins d'établir en quoi le pronostic vital est engagé "à court terme"* ». Parallèlement, les juges se sont également attaqués au second critère mis en avant par la loi. « *Dans l'esprit de la loi, pourtant, se rappelle-t-il, l'état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention correspondait à deux cas de figure : celui de la personne condamnée qui ne reçoit pas l'offre de soins adaptée à son état et celui de la personne qui bénéficiait bien de cette offre de soins, mais pour laquelle la conjonction de son état de santé avec les conditions de sa détention produisait des souffrances qui ne pouvaient être acceptées.* » Certaines juridictions ne l'ont toutefois pas entendu de cette oreille en réduisant à portion congrue la pensée initiale du législateur. Des magistrats ont en effet considéré qu'il n'y a incompatibilité que dans le premier cas, c'est-à-dire si la personne en détention ne reçoit pas la même offre de soins qu'à l'extérieur. Les conditions réelles de détention importent peu.

Freins. Par la suite, le législateur viendra limiter les effets de la loi à plusieurs reprises. En 2004, la loi Perben II prévoit la possibilité d'assortir la suspension de peine pour raisons médicales d'autres obligations ou interdictions (comme celle de ne pas rencontrer les victimes...)⁴. Ce faisant, elle introduit à nouveau « des considérations qui n'ont rien à voir avec l'état de santé », regrette Jean-Claude Bouvier.

Surtout, la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive conditionne l'octroi de la suspension de peine à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction⁵, faisant ainsi écho à une circulaire du ministère de la Justice du 28 octobre 2002, qui exige des procureurs généraux qu'ils tiennent compte de l'éventuel trouble à l'ordre public que pourraient causer les suspensions de peine pour raisons médicales⁶. Ce principe a encore été repris très récemment par une loi du 10 mars 2010 qui prévoit que le JAP peut mettre fin à cette suspension lorsqu'il apparaît un risque grave de renouvellement de l'infraction⁷.

En dehors de ces freins, « l'autre difficulté est de permettre la libération du condamné dans des structures adaptées », poursuit le magistrat. Or, de ce côté, le manque d'établissements est prégnant. Dans ce contexte, très peu de suspensions sont accordées aux détenus. Au 31 décembre 2009, sur 735 demandes déposées, 496, soit les deux tiers ont été acceptées⁸.

Espoir. Tout espoir est-il pour autant perdu ? Des signes d'évolution persistent. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 permet par exemple à la juridiction de l'application des peines compétente « lorsque le pronostic vital est engagé » et « en cas d'urgence », c'est-à-dire en cas de décès imminent, d'accorder une suspension de peine sur la seule foi d'un certificat médical établi par le médecin responsable de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) ou un médecin hospitalier⁹. Plus sûrement, c'est du côté de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme qu'il convient de regarder. Certes, la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) ne comporte pas d'article impliquant la libération d'une personne parce qu'elle est malade. Mais la Cour s'est appuyée sur son article 3 relatif aux traitements inhumains et dégradants pour considérer que les États se doivent de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration des soins médicaux requis. La France en a fait les frais et a notam-

ment été condamnée en 2002¹⁰. À cette occasion, la Cour a également jugé que les modalités d'exécution des mesures prises ne doivent pas soumettre le détenu à une détresse ou une épreuve d'une intensité excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention.

Si la Cour de cassation a fait la sourde oreille face à cette jurisprudence qui impose en fait « de tenir compte des conditions effectives de détention » et de ne pas se placer dans un cadre idéal, insiste Jean-Claude Bouvier, elle semble aujourd'hui être plus sensible à cette approche. Dans un arrêt du 25 novembre 2009¹¹, la chambre criminelle de la Cour de cassation a ainsi jugé que « la chambre de l'application des peines, saisie d'une demande d'aménagement de peine d'un condamné en liberté qui invoque, à l'appui de sa demande, l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, en soutenant que le handicap dont il est atteint est incompatible avec son incarcération, est tenue, en application de ce texte, de rechercher si les conditions effectives de détention ne l'exposeraient pas à une détresse ou à une épreuve excédant le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention ».

Enfin, une autre voie d'action semble cette fois ouverte par le Conseil d'État qui dans un arrêt du 9 mars 2007 a jugé que « l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dont dépend l'Ucsa du CHU de Bicêtre chargée de soigner les détenus de la maison d'arrêt de Fresnes, [a] l'obligation de veiller à la continuité des soins assurés [au requérant] par cette Ucsa ». Une jurisprudence utile pour faire pression et obtenir une place dans une structure adaptée¹².]

¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

² Ce dispositif ne concerne pas les personnes en détention provisoire.

³ Cass. Crim., 28 septembre 2005, req. n° 05-81010.

⁴ Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004.

⁵ Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005.

⁶ Circulaire DAP, n° 515 du 28 octobre 2002.

⁷ Loi n° 2010-242 du 10 mars 2010.

⁸ Données du rapport Yeni 2010.

⁹ Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

¹⁰ CEDH, 14 novembre 2002, Affaire Mouisel c. France (requête n° 67263/01).

¹¹ Cass., crim, 25 novembre 2009, pourvoi n° 09-82971.

¹² Conseil d'État, 9 mars 2007, requête n° 302182.

LES ACTEURS DU DISPOSITIF DE SUSPENSION DE PEINE

La mise en place d'une mesure de suspension de peine pour raisons médicales suppose l'intervention de plusieurs acteurs : médecin de l'Ucsa, conseiller d'insertion et de probation, juge de l'application des peines et expert médical.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, le service public hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il s'appuie pour ce faire sur les Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) créées en 1994¹.

Certificat. Au sein des Ucsa, «le médecin assure le rôle de médecin traitant, au sens de la Sécurité sociale, explique André-Jean Rémy, de l'Ucsa de Perpignan, mais il n'est pas là pour effectuer des expertises médicales». Dans le cadre de la suspension de peine pour raisons médicales, c'est à lui que revient la responsabilité de rédiger «un certificat médical descriptif de l'état de santé de la personne incarcérée, afin qu'elle puisse faire valoir sa situation. Ce certificat peut notamment indiquer que le pronostic vital est engagé ou que l'état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention. Un double de ce certificat est conservé dans le dossier médical»². Ce certificat est ensuite remis «au service pénitentiaire d'insertion ou de probation, ou à l'avocat, à la famille...», poursuit-il. Avec la loi pénitentiaire de 2009, ce seul certificat peut servir de base pour le prononcé d'une mesure de suspension de peine par le juge en cas d'urgence et lorsque le pronostic vital est engagé.

Expertise. Divers acteurs prennent le relais du médecin. C'est le cas du conseiller d'insertion et de probation (CIP) qui travaille au sein des Services pénitentiaires d'insertion et de probation (Spip). Mis en place par un décret du 13 avril 1999³, rappelle Sophie Larrayadiou, du Spip de Gradignan, «les CIP prennent en charge les personnes placées sous main de justice en vue de prévenir la récidive et de favoriser leur accès au droit et aux

dispositifs d'insertion de droit commun». Ils veillent également «à la préparation à la sortie, notamment en mettant en place des aménagements de peine. C'est dans ce cadre que se place la suspension de peine pour raisons médicales», poursuit-elle. Une fois informé par le médecin de l'Ucsa, dans le respect du secret médical, ou par le détenu, le CIP rencontre ce dernier et examine sa situation médicale et pénale. Il procède éventuellement à la saisine du juge de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines. À charge pour eux de prononcer, le cas échéant, la suspension⁴. Avant toute décision, le magistrat ordonne deux expertises médicales qui doivent être distinctes et concordantes. «Les pratiques de ces experts médicaux sont hélas variables : s'ils examinent toujours les dossiers, ils ne rencontrent pas nécessairement les détenus», regrette André-Jean Rémy. En outre, «ils se prononcent souvent uniquement sur l'existence d'une offre de soins, sans procéder à une appréciation des conditions réelles de détention», relève Jean-Claude Bouvier, JAP à Créteil. En cause peut-être leur mode de désignation. «N'importe quel médecin peut demander à être expert auprès de la liste du procureur de la République. Et le conseil de l'Ordre des médecins de chaque département, qui reçoit une fois par an cette liste, radie uniquement les médecins qui pourraient poser problème», fait ainsi remarquer Jean-Marc Quignard, médecin des Ucsa dans l'Aube. Aucune connaissance particulière du milieu carcéral et spécialisation tenant à certaines pathologies ne sont dès lors exigées.

Bon à savoir : la suspension de peine peut être prononcée *ab initio*, c'est-à-dire avant la mise à exécution de la peine, selon un arrêt de la Cour de cassation du 21 février 2007 (pourvoi n° 06-85595).

¹ Circulaire du 8 décembre 1994.

² Circulaire DHOS/DGS/DAP n° 2003-440 du 24 juillet 2003.

³ Décret n° 99-276 du 13 avril 1999.

⁴ Lorsque la peine privative de liberté prononcée est supérieure à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée, la durée de détention restant à subir est supérieure à trois ans, la décision est prise par le tribunal de l'application des peines. Sinon, la décision appartient au JAP.

GRADIGNAN : L'EXEMPLE D'UN PARTENARIAT RÉUSSI

À Gradignan, le partenariat entre la maison d'arrêt et l'unité hospitalière sécurisée interrégionale a permis de lutter contre l'une des failles du système : la recherche problématique d'une structure d'accueil pour les détenus bénéficiant d'une suspension de peine pour raisons médicales.

« Lorsque la procédure de suspension de peine est lancée, explique Sophie Larrayadiou, conseillère d'insertion et de probation (CIP) à Gradignan, il reste à trouver une structure d'hébergement. » Une tâche qui se heurte à la réalité : les places d'accueil se réduisent à portion congrue. Et qui est d'autant plus difficile que les structures envisageables ne font pas partie des partenaires classiques d'un CIP. D'où l'intérêt du partenariat entre la maison d'arrêt de Gradignan et l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Bordeaux.

Travail d'équipe. Bien que dans ce cadre précis le rôle de l'assistante sociale hospitalière ne soit pas réellement reconnu par les textes, son intervention est néanmoins justifiée par l'esprit du décret du 26 mars 1993, selon lequel elle participe à la prévention, au repérage et à la prise en charge des conséquences économiques, sociales et psychologiques de la maladie, du handicap ou de l'âge¹.

Et, de fait, la collaboration entre le CIP et l'assistante sociale s'avère très utile pour l'élaboration des dossiers administratifs des détenus concernés. Exemples à l'appui, Sophie Larrayadiou et Aurélie Hubert, assistante sociale hospitalière au CHU de Bordeaux, expliquent : « Nous avons en charge un détenu de 39 ans, dont le pronostic vital était engagé à court terme. Il souhaitait rester sur Bordeaux pour continuer les soins débutés avec les équipes médicales du CHU. » Dans un premier temps, Sophie Larrayadiou l'a informé sur les différentes possibilités. Aurélie Hubert a pris le relais pour rédiger le courrier de demande de sortie anticipée au juge de l'application des peines du départ

tement de l'établissement d'origine. « Nous avons par la suite œuvré ensemble pour la constitution des dossiers [demande de l'AAH, de la CMU complémentaire, ...]. Et des ouvertures de droits ont pu être établies avant sa libération. » « Ce travail en équipe, poursuit Sophie Larrayadiou, m'a également ouvert les portes de nouveaux partenaires, comme les appartements de coordination thérapeutique et les centres de soins palliatifs, qui font partie des interlocuteurs réguliers d'une assistante sociale hospitalière. Dès lors, il était plus facile de sensibiliser ces structures aux problématiques carcérales tout en faisant tomber les a priori sur ces patients afin d'obtenir des places d'accueil. »

Différence de dynamique. Cependant, ce partenariat peut se heurter aux lenteurs judiciaires. Ainsi, pour un autre détenu, âgé de 50 ans, dont le pronostic vital était aussi engagé, le même travail a permis une ouverture de droits et l'obtention d'un accord de principe pour une admission en appartement de coordination thérapeutique (ACT) avant que le juge ne se prononce. Ce dernier, après avoir reporté à plusieurs reprises sa décision et sollicité de nouvelles expertises, a enfin octroyé la suspension de peine sous réserve d'une admission en ACT... sept mois après. La place n'avait évidemment pas pu être conservée. Il existe un autre écueil, concède Aurélie Hubert : « Nous sommes confrontées à une différence de dynamique temporelle entre nos deux administrations. » Par exemple, « le rythme de la détention freine les rendez-vous avec les patients ». De plus, « le contexte social des patients incarcérés est lourd et complexe ; ils sont souvent isolés et les situations médicales sont souvent très dégradées ». Dès lors, les dossiers sont délicats à construire.

Reste que le bilan de ces « liens privilégiés » noués entre ces deux corps professionnels semble positif : toutes les demandes de suspension de peine sollicitées ont été accordées et ont pu être mises en œuvre.

¹ Décret n° 93-652 du 26 mars 1993.

TABLE RONDE

2

LES FREINS À LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS D'AMÉNAGEMENT DE PEINE POUR RAISONS MÉDICALES

SUSPENSION DE PEINE : LES FREINS

Face à la faiblesse de la mise en œuvre du dispositif instauré par la loi Kouchner du 4 mars 2002, acteurs associatifs, judiciaires et médicaux s'interrogent et font un constat à ce point alarmant que certains se demandent si le législateur souhaite réellement voir les textes qu'il a votés s'appliquer...

Le constat dressé par Jean-Claude Bouvier, juge de l'application des peines (JAP) de Créteil, est amer : « Avant 2002, il n'y avait que deux possibilités pour faire sortir un malade de prison : un aménagement de peine "classique" ou la grâce présidentielle. Alors, certes, avec la loi Kouchner on peut dire que désormais des textes existent. Le problème est qu'ils ne sont pas ou mal appliqués, voire détournés. » Or à ces « lacunes juridiques » et autres « restrictions jurisprudentielles » s'ajoutent des « problèmes de prise en charge à l'extérieur ».

Obstacles. Néanmoins, ces obstacles sont tels que juristes et praticiens sont prêts à exploiter toutes les brèches possibles. Voilà pourquoi depuis octobre 2006 le tribunal de l'application des peines (TAP) de Créteil (qui est en « première ligne » puisqu'il a à gérer Fresnes et son hôpital-prison) a décidé d'« accorder la suspension de peine pour raisons médicales aux détenus remplissant les conditions tout en suspendant sa décision, signifiant là qu'il ne peut la mettre en œuvre faute d'hébergement ». C'est donc en s'appuyant sur cette prise de position que l'avocat Étienne Noël a obtenu le 13 juin 2007 du tribunal administratif de Paris qu'il rappelle à l'AP-HP sa responsabilité en matière de continuité des soins et donc d'hébergement. En effet, en vertu du code de la santé publique (en particulier les articles L. 6112-1 et 2), les établissements hospitaliers « sont ouverts à toutes les personnes dont l'état de santé requiert leurs services », notamment aux personnes incarcérées. Alors, quand il n'y a pas de place pour qu'un détenu puisse bénéficier effectivement d'une suspension de peine, il appartient à l'établissement de santé publique, comme l'a fait clairement savoir le Conseil d'État, « d'orienter [le] patient vers une structure adaptée à son état ».*

Un transfert de « responsabilité » entre le judiciaire et le sanitaire qu'André-Jean Rémy, médecin à l'Ucsa de Perpignan, trouve quelque peu « abusif ». Réponse du JAP : « Soit on établissait un rapport de force en rappelant tout le monde à ses responsabilités, soit on laissait ces gens en prison faute de place dehors. » Et l'avocat d'ajouter : « Avant d'entamer cette procédure de référé-suspension, on avait laissé à l'AP-HP la possibilité de discuter, puisque notre première démarche a été un recours hiérarchique. Une procédure "à l'amiable" en quelque sorte. Mais, deux mois durant, elle a préféré rester silencieuse. Alors on a décidé d'attaquer. » De fait, les freins à la mise en place des dispositifs d'aménagement de peine pour raisons médicales sont légion, autant en amont – obstacles juridiques et jurisprudentiels, problème d'information et de formation (des détenus, des juges, des avocats, des experts...) – qu'en aval – hébergement, absence de liens entre le « dedans » et le « dehors », « sortie sèche » sans suivi ni démarche entreprise, entraînant des ruptures de soins, voire des retours en prison...

Pallier l'absence de coordination. Ainsi, « depuis 2002, l'association *Les petits frères des pauvres* accompagne en région parisienne les détenus gravement malades », explique Francis Fournier, responsable de l'action en milieu carcéral. Un travail qui s'est « poursuivi en dehors de la prison puisque nous avons accueilli une quinzaine de personnes dans le cadre d'une suspension de peine pour raisons médicales ». Mais cela n'est pas sans difficulté. « L'hébergement n'est pas une fin en soi, mais un moyen au service d'un accompagnement global. Il faut donc trouver le logement le plus adapté », insiste-t-il. Or nous ne disposons pas de structure médicale et on ne nous transmet pas toujours les informations relatives à la personne et à son degré d'autonomie, des informations pourtant essentielles. » En outre, ajoute-t-il, « certaines personnes ont été incarcérées très longtemps et ont des difficultés pour accomplir des actes courants, comme utiliser des clés ».

Par ailleurs, constate Francis Fournier, « il faut prendre en compte l'évolution de la maladie : on ne peut loger seule une personne souffrant d'un cancer avec des métastases au cerveau, car il y a des risques de confusion ». Aussi l'association privilégie « les foyers ou les petites unités de vie, parce qu'il faut être réactif et parce que les gens ne veulent pas mourir seuls ». Las, les anciens détenus sont encore « stigmatisés », déplore-t-il. Ainsi, pour une hospitalisation à domicile, on nous a demandé un certificat de non-dangereux ! » Il n'en reste pas moins que la structure doit s'adapter à un public des plus précaires : « Beaucoup sortent de prison sans papiers ou titre de séjour », ce qui est, on ne peut plus problématique pour faire face à la « lourdeur des tâches administratives » à entreprendre. D'où la nécessité de mobiliser « un réseau très important », ne serait-ce que pour pallier l'absence de coordination entre le « dedans » et le « dehors »...

Préparation à la sortie. C'est ce que dénonce Nathalie Vallet, de l'Arapej-93, une association qui accueille en Seine-Saint-Denis des personnes en suspension de peine. Pour elle, « la principale difficulté est l'absence de préparation à la sortie. D'où d'énormes problèmes pour l'ouverture des droits sociaux. Dans le 93, il faut trois mois pour obtenir une carte d'identité ou la CMU, ce qui est on ne peut plus préjudiciable en termes d'accès aux soins et de continuité des soins ». Et de citer le cas d'une personne

qui, après avoir fait deux attaques cardiaques à la maison d'arrêt de Villepinte, en est sortie « avec son défibrillateur, mais sans ordonnance, sans traitement, sans numéro de Sécurité sociale. C'est le médecin de l'Ucsa qui lui a apporté ses médicaments. Objectivement, cette personne était mieux soignée à l'intérieur ». Autre cas : « Après vingt ans en centrale, une personne coïnfectée par le VIH et le VHC est sortie avec juste son traitement pour la journée. Ni dossier médical ni ordonnance et personne pour nous dire qu'elle était épileptique. Logiquement, elle a eu un choc à la sortie. On a donc "profité" de son hospitalisation pour faire un bilan de santé. » De fait, martèle Nathalie Vallet, « on se retrouve avec des personnes qui dehors ne peuvent pas se faire soigner. On fait alors appel aux dispensaires. Réponse de la Sécurité sociale : qu'elles aillent se faire soigner dans les Ucsa ! »

Résultat ? « L'an dernier, on a eu neuf révocations d'aménagement de peine pour non-respect de l'obligation de soin. Pas parce les personnes ne le voulaient pas, mais parce qu'elles ne le pouvaient pas. Comme celle qui, souffrant de problème d'alcool, s'est vu refuser une cure parce qu'elle n'avait pas la CMU. Elle s'est donc alcoolisée et a fini en prison. Où, nous a-t-elle écrit, au moins, on la soigne. » Quant à la question des étrangers, elle est, pour Nathalie Vallet, saillante : « La plupart sortent sans papiers, aucune démarche n'ayant été entreprise pour l'obtention d'un titre de séjour pour soin. Impossible alors de se faire soigner. Et quand ces personnes réclament des papiers, on leur dit qu'elles seront mieux soignées dans leur pays. » In fine, cette professionnelle porte un regard acerbe sur les dispositifs d'aménagement de peine pour raisons médicales : « Dans le cadre criminel, il y a une expertise médicale tous les six mois. En toute logique, les personnes arrêtent leur traitement pour ne pas être en trop bonne santé, sans quoi elles risqueraient d'être renvoyées en prison. Autre problème avec le placement à l'extérieur, où les personnes sont encore sous écrou : dans le 93, quand il y a hospitalisation, automatiquement la peine est en quelque sorte "suspendue". Ainsi, quelqu'un qui passe deux mois à l'hôpital aura deux mois supplémentaires à faire. Sans surprise, les personnes refusent d'être hospitalisées ou de se mettre en arrêt maladie. »

Indifférence généralisée. Même sévérité chez Francis Fournier : « Sur la quinzaine de personnes que nous avons accueillies dans

le cadre d'une suspension de peine, la plupart (85%) en avaient bénéficié parce que leur pronostic vital était engagé. Or un tiers sont mortes après quelques semaines et la moitié au bout de six mois. C'est à se demander si cette mesure n'est pas là simplement pour faire baisser le nombre de morts en prison.» Laura Petersell, de la commission «Prison» d'Act Up-Paris, est elle aussi amère : *«Dans une procédure aussi technique et complexe, on sait l'importance de l'avocat. Or, en prison, l'avocat est absent. Quant aux travailleurs sociaux et aux médecins, ils ne sont pas aussi compétents et impliqués qu'on le souhaiterait. Et c'est encore pire du côté des "experts", qui ne connaissent pas forcément les pathologies et encore moins la prison. Pourtant, ce sont eux qui diront si le pronostic vital est engagé ou si l'état de santé est compatible avec les conditions de détention. D'ailleurs, en témoignent les UHSI, on sait toute la perversité que cachent les "améliorations" de la prise en charge sanitaire des détenus [lire encadré p. 25]. En attendant, en prison, il y a des gens qui souffrent de ces incompétences. De ce qui est, en fait, une indifférence généralisée.»*

En cause, pour elle, *«l'opinion publique : quand un détenu sort par le biais d'une suspension de peine a le malheur de récidiver, ça fait la Une des journaux, mais quand un détenu meurt en prison alors qu'il aurait dû en sortir, personne n'en parle. Derrière les barreaux, il y a un suicide tous les trois jours et, en comptant les autres décès, on en est à, au minimum, un mort par jour. Une situation intolérable. Or tout cela repose sur de l'humain. Des humains qui, à l'intérieur, souffrent. Et, en face, d'autres humains qui ont le pouvoir de participer à leur libération, mais qui, par incompétence, par indifférence, par manque d'humanité, ne le font pas, et ce, alors que la France se fait régulièrement condamner pour l'état de ses prisons. Sans parler, bien entendu, des alternatives à l'incarcération ou des prévenus qui malgré la présomption d'innocence sont exclus de tels aménagements...»* Sans surprise, quand un représentant de l'administration pénitentiaire assure qu'en région parisienne *«un état des lieux est en train d'être réalisé pour voir là où ça coince»*, la militante explose : *«L'état des lieux, ça fait vingt ans qu'il est fait ! Il est temps de passer aux actes !»* Tous les intervenants reconnaissent qu'il y a des efforts de formation et d'information à fournir. Étienne Noël évoque *«les*

efforts de pédagogie qui sont nécessaires face à un juge ne comprenant pas que la place d'un détenu amputé d'une jambe et en fauteuil roulant n'est pas forcément en prison». Mais *«quand on voit que pour les détenus séropositifs la simple existence d'une offre de soins suffit souvent à les maintenir en détention, on se dit qu'au-delà des obstacles "techniques", il y a des obstacles plus politiques, conclut Jean-Claude Bouvier. C'est à se demander si le législateur veut vraiment que la loi qu'il a votée s'applique.»*

* Consulter la rubrique «Textes et analyses juridiques» du site Internet du Pôle suspension de peine : pole.lune-rouge.net

UHSI : effets pervers

Si en cas d'urgence ou pour de très courtes hospitalisations, les détenus peuvent être transférés de l'Ucsa à l'hôpital de rattachement, pour les hospitalisations de plus de 48 heures, ils doivent être pris en charge par l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), une unité de soins classique implantée au sein d'un CHU et dont la surveillance est assurée par le personnel de l'administration pénitentiaire. Créée par arrêté interministériel du 24 août 2000 et implantée à partir de 2004, on en comptera huit en 2011, soit une capacité d'un peu plus de 200 lits pour, en 2008, près de 3000 séjours (d'après les chiffres du ministère de la Santé). Or, constate Laura Petersell, d'Act Up-Paris, *«certains experts se fondent sur la seule existence des UHSI pour retoquer des demandes de suspension de peine, puisque, pour eux, on peut être soigné en prison et qu'il existe même des hôpitaux-prison.»*

FAIRE SORTIR UN DÉTENU SÉROPOSITIF : LE PARCOURS DU COMBATTANT

Le Dr Vincent Faucherre intervient à l'Ucsa de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone (Hérault). À travers le parcours d'un détenu séropositif, il revient sur les freins à la mise en place des dispositifs d'aménagement de peine pour raisons médicales.

« Il avait 28 ans. Condamné à dix-huit mois de prison, il est arrivé à l'Ucsa en février, et j'ai tout de suite su que c'était un cas lourd exigeant le plus rapidement possible un traitement et une prise en charge adaptée, se souvient Vincent Faucherre. Il était séropositif et, dépressif, avait arrêté son traitement depuis plus d'un an à cause des effets secondaires. Pesant à peine 46 kg, il n'avait plus que 9 CD4. En outre, il présentait un problème au périnée nécessitant une intervention chirurgicale et était suivi pour un problème cardiaque. »

« Évidemment, je me suis demandé comment l'état de ce patient aurait pu être jugé compatible avec le maintien en détention, confesse Vincent Faucherre. Mais ne voulant pas perdre de temps j'ai immédiatement mis en œuvre une prise en charge médicale et cherché un dispositif pour le faire sortir. » En effet, « l'état de ce patient impliquait une prise en charge si complexe que l'Ucsa n'aurait pas pu l'assurer ».

« Avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (Spip), on a trouvé une structure prête à l'accueillir en appartement thérapeutique, explique le médecin. Sauf qu'il n'y avait pas de place pour le recevoir dès sa sortie. Le Spip a donc refusé de présenter un dossier, selon lui, "incomplet" au juge de l'application des peines (JAP), et ce, malgré l'accord de principe de la structure accueillante ! »

Refus de l'hospitaliser « au service des maladies infectieuses » ou « au sein d'une UHSI dont on sait les ambiguïtés et qui lui aurait fait perdre la possibilité d'intégrer un appartement thérapeutique » et estimant que « le maintien en détention allait se traduire par une perte de chance », Vincent Faucherre a donc décidé de « prendre contact directement avec le JAP, qui a donné son aval pour un placement à l'extérieur en vue d'intégrer un appartement thérapeutique ».

Ce patient est sorti de prison fin mai « avec ses seuls antirétroviraux, sans argent ni suivi médical ou social. Certes, grâce au placement extérieur, il a un hébergement, mais situé hors de la ville. Et ne pouvant se payer de ticket de transport, quand je l'ai vu en consultation, ce fut en coup de vent, car il devait littéralement courir pour respecter son contrôle judiciaire ».

D'où ces interrogations : « D'abord, comment un Spip peut-il retenir un dossier qu'il juge "incomplet" alors que l'on pourrait imaginer une procédure d'urgence pour le présenter au JAP ? Ensuite, s'il est normal pour un médecin de prendre des risques médicaux afin de rechercher une solution acceptable pour un détenu malade, comment ce risque peut-il être considéré comme éthique ou légitime si le dispositif social et judiciaire n'en prend, lui, aucun ? Enfin, la société civile, dans toute son incohérence, est-elle vraiment prête à prendre en charge les détenus malades ? »

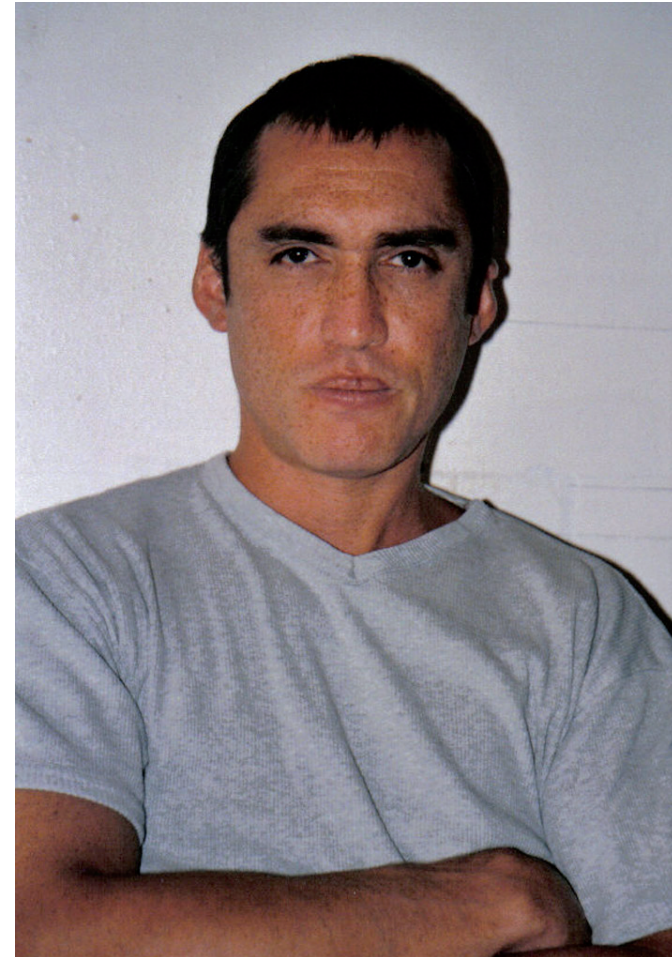
TABLE RONDE

3

LA QUESTION DU VIH/SIDA DANS LES DISPOSITIFS D'AMÉNAGEMENTS DE PEINE POUR RAISONS MÉDICALES

« LES MALADES NE DOIVENT PAS RESTER EN PRISON »

« Je m'appelle Laurent Jacqua, j'ai fait vingt-cinq ans de détention, je suis séropositif depuis 1983. Je vais vous parler des problèmes que peut engendrer la maladie à l'intérieur de la prison. Ce qu'il faut comprendre, c'est que le corps prisonnier, c'est une souffrance et qu'une cellule, c'est un lieu de souffrance. Si c'est dans 9 m² à trois ou quatre personnes, ou même à deux, c'est pire. Si vous êtes malade, c'est encore plus terrible, parce qu'il y a les médicaments, du moins maintenant. C'est vrai qu'avant, la question ne se posait pas. Ce qu'il faut savoir, c'est que des années 1980 jusqu'à l'arrivée des trithérapies, on ne sait toujours pas combien de morts du sida il y a eu dans les prisons. C'est pour dire à quel point le sujet est tabou. (...) C'est pour moi une



évidence : les malades ne doivent pas rester en prison. Les malades doivent être soignés dans les meilleures conditions possibles, et les prisons françaises ne le permettent pas.

D'une part, le secret médical n'existe pas. En vingt-cinq ans d'incarcération, les médecins et les policiers qui m'entouraient, lors de chaque extraction, savaient exactement ce que j'avais, de mes hémorroïdes à mon taux de CD4. (...) Quand la maladie se

déclenche, c'est la pire des souffrances, surtout sous certains régimes de détention, comme le quartier d'isolement ou le mitard, parce qu'aujourd'hui encore, on place des malades du sida au mitard. Moi j'ai fait, des quarante-cinq jours de mitard. C'est ça qu'il faut comprendre de l'intérieur... Il faut avoir une vision de ceux qui vivent et souffrent en prison. C'est une sentence de mort de condamner à trente ans de prison une personne qui a quelques CD4. C'est une perpétuité ou une peine capitale déguisée. Pour un pays démocratique, qui veut donner des leçons au monde entier, c'est dramatique. (...)

Je suis sorti en janvier 2010, après un parcours très dur. J'ai fait cinq ans de quartier d'isolement. Malade, j'ai d'ailleurs failli mourir, pneumocystose et compagnie. On m'a hospitalisé cinq jours et on m'a ramené en quartier d'isolement, où je suis resté deux ans. C'est un exemple. J'ai été condamné, mais je n'ai pas été condamné à être torturé. Aujourd'hui, les taux de prévalence sont d'environ 1,4 %, enfin environ, on ne sait pas puisque les détenus séropositifs sont une population totalement niée, depuis des années... Quand j'entends des médecins d'Ucsa comparer le VIH au diabète, dire que c'est une maladie chronique, je suis atterré. Et la contamination ? Je suis sorti il y a cinq mois et je peux vous assurer que l'héroïne entre en force en prison, nous allons vers une catastrophe sanitaire. Et les politiques actuelles ne vont pas arranger les choses. Mais apparemment ceux qui les décident s'en foutent, on entasse les gens en prison, toujours plus, la santé ce n'est pas leur problème...

Ce que je veux dire, c'est qu'il faut prendre le taureau par les cornes et agir. Et pour cela, il faut avoir une bonne conscience du milieu carcéral, de ce que c'est réellement, de ce que vit le détenu à l'intérieur. Ce n'est pas de la prison qu'il faut parler, c'est du détenu qui souffre dedans... En vingt-cinq ans, je peux vous dire que j'en ai vu partir, dans des conditions terribles. Partir, ça veut dire mourir comme des chiens. Un nombre incalculable se sont suicidés, pour ne pas mourir comme un animal... On ne peut pas calculer justement, puisque personne ne sait. C'est quand même terrible. Alors on crée la suspension de peine en 2002. Mais il faut savoir que les aménagements de peine concernent seulement 16,5 % des détenus. Il faudrait réfléchir sérieusement à des alternatives à l'emprisonnement. La peine moyenne

en France est de 9,4 mois... On se demande ce qu'ils foutent en prison, les malades, les vieux, les fous... Où va-t-on ? On nous a sorti un plan sanitaire en 1994, on l'a refait et aujourd'hui on n'est pas plus avancé.

Le 4 mars 2002, on nous a sorti la loi de suspension de peine pour raisons médicales. Moi j'étais malade à l'époque, j'ai cru que j'allais sortir. J'ai vu sortir Papon, mais moi je ne suis pas sorti. La réalité, c'est ça. Il y a Papon, les quelques nantis qui ont réussi à sortir, et nous, derrière, on a tous mangé... Ceux d'entre nous qui ont été libérés, faut voir dans quel état. J'en connais un qui est sorti après quinze ans, il était en souffrance depuis quinze ans, je l'ai vu mourir à petit feu. Vous savez combien il a tenu ? Il a tenu un mois dehors. Il est mort avec sa petite fille dans les bras. C'est quoi le sens de cette peine-là ? C'est ça qui nous est réservé. André Franceschi et moi, on nous appelle les highlanders, vous vous rendez compte ! Parce qu'on a réussi à survivre. En 2002, la loi de suspension de peine existe. Tout le monde est content, mais personne ne sort. (...)

Octobre 2003, une circulaire restreint encore les conditions, en empêchant les détenus de bénéficier de la suspension de peine "s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction". Déjà on commence à resserrer le champ. Faut pas trop les faire sortir les malades, on ne sait jamais... En février 2005, la loi Perben introduit la contre-expertise médicale pour les malades en suspension de peine, alors qu'ils ont tous subi une première expertise, disant qu'ils allaient bientôt mourir... Car ce qu'il faut savoir, c'est qu'il y a en théorie deux volets dans cette loi de 2002 : les expertises, disant que le pronostic vital est engagé et le constat d'incompatibilité de la maladie avec la détention, mais ce volet n'est jamais employé, jamais... Les gens pourraient sortir si le texte était appliqué, mais au final on les laisse mourir.

Et un séropositif, c'est quelqu'un de malade. Il faut arrêter de dire que c'est une maladie chronique ! Parce que celui qui est séropositif et qui se bouffe des pilules tous les jours, moi je le fais, et bien je vous dis que ce n'est pas marrant. Quand vous avez la diarrhée, quand vous n'êtes pas bien, quand vous vous videz, il faut les supporter les médicaments et il faut appeler à l'aide, qu'on vienne vous chercher... Le VIH, c'est quelque chose

de grave, on a un peu tendance à l'oublier. Et quand on vit en prison avec, c'est un peu le couloir de la mort. Quand vous êtes condamné à trente ans, vous ne savez pas quand la maladie va se déclarer. Et quand elle arrive, il n'y a personne pour vous écouter. On vous laisse dépérir et sortir au dernier moment, pour baisser les statistiques des morts en prison.

Mais revenons à la suspension de peine. Lors des discussions du projet de loi sur la récidive, un nouvel amendement est introduit qui en réduit encore le champ avec les notions de "trouble exceptionnel à l'ordre public" et de "risque particulièrement élevé de récidive", pouvant être opposées au détenu. On nous ferme encore plus la porte. Mais, en novembre 2009, nouvel espoir avec la loi pénitentiaire qui précise qu'un juge de l'application des peines peut ordonner la suspension grâce à un certificat médical donné par l'Ucsa... Sauf que dans la pratique, il faut voir dans quel état les gens sortent. J'ai failli mourir, mais on ne m'a jamais laissé sortir. Je suis passé deux fois en demande de suspension de peine, je ne l'ai jamais obtenue. Je suis un cas concret de la suspension de peine. En mars 2010, nouveau durcissement avec la notion de "risque grave de renouvellement de l'infraction", afin de refuser les demandes de suspension de peine pour raisons médicales.

Je pense qu'il faut assumer les choses. Si le gouvernement décide de mettre des malades au mitard, en quartier d'isolement, de les laisser pourrir en prison, si le gouvernement décide de mettre les fous, les femmes enceintes, les enfants en prison, si c'est ce qu'il décide, il faut qu'il l'assume et le dise. S'il n'est pas capable de l'assumer financièrement, il faut aussi qu'il le dise et qu'il arrête de nous faire avaler des couleuvres (...), parce que pendant ce temps des mecs meurent dans des conditions indignes d'une démocratie. Mais venez en cours de promenade, je vous y fais descendre, là où les mecs se shootent, se défoncent, c'est ça la prison. Vous savez que récemment un homme est mort de faim ? Que beaucoup se suicident ? C'est ça la réalité, et moi je suis là pour témoigner. J'ai fait vingt-cinq ans de taule, le jour où je suis sorti j'ai fait la promesse que je ne laisserais pas faire. Parce que la mémoire de ces mecs qui sont morts, il ne faut pas l'oublier.

Je voulais parler des toubibs, j'en ai rencontré trois qui ont tout fait pour m'aider et d'autres qui trouvaient que c'était bien fait quand je dormais à poil au mitard. On rencontre de tout, des bons et des salauds. La plupart donnent l'avis favorable pour vous placer au quartier d'isolement, alors qu'il vous reste 3 CD4...

Je finirai en citant l'article 10 du code de déontologie médicale [article R. 4127-10 du code de la santé publique, NDLR] : "*Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.*" J'ai rencontré des tas de médecins qui n'ont jamais appliqué cette règle et qui ont laissé crever des gars en cellule. »

Laurent Jacqua est l'auteur de *La Guillotine carcérale. Silence on meurt*, éditions Nautilus, 2003 et de *J'ai mis le feu à la prison*, éditions Jean-Claude Gawsewitch, 2010.

« ATTENTION À NE PAS STIGMATISER LES SÉROPOSITIFS »

Commentant l'intervention de l'ancien détenu Laurent Jacqua, le psychiatre Cyrille Canetti s'est interrogé sur la place des malades et des soignants en prison.

Chef du service médico-psychiatrique de la prison de la Santé, Cyrille Canetti partage avec Laurent Jacqua le constat selon lequel « l'enfermement est en soi une souffrance ». Il est d'accord avec lui pour dire qu'en prison « ni les malades ni les enfants, pas plus que les femmes enceintes, n'ont leur place ». De fait, « les malades n'ont pas à être soignés en prison, mais à l'hôpital. D'ailleurs, je me suis battu contre la création des UHSI. Il faut réintégrer les malades dans la société. Et en particulier les personnes séropositives. Faisons attention à ne pas les stigmatiser plus qu'elles ne le sont. Et je sais le danger de stigmatisation qui peut se cacher derrière le fait de réclamer, comme l'avait fait une association au milieu des années 1990, la distribution gratuite de cigarettes à ces personnes. J'ai encore en tête les pastilles rouges sur les dossiers des détenus séropositifs durant mes études de médecine... » Voilà pourquoi Cyrille Canetti « tique » sur la question du placement des détenus séropositifs au quartier disciplinaire (QD) : « Bien sûr, les malades n'ont pas plus leur place en prison qu'au QD. De fait, personne n'est capable de supporter cela. Mais si l'on considère que l'administration pénitentiaire doit respecter le secret médical – et l'on sait à quel point il est mis à mal en prison –, elle n'a donc pas à se soucier de l'état de santé de ceux qu'elle y place. C'est de la responsabilité du médecin de dire s'il y a incompatibilité. Sans toutefois servir de caution à une mesure strictement pénitentiaire ou, pire, donner son aval. Je m'interroge d'ailleurs de plus en plus sur la place des soignants en prison : par notre présence et notre action, sans être complices, ne vient-on pas valider l'enfermement des malades ? »

VIH ET PRISON : ENTRE OMERTA, INDIFFÉRENCE ET SECRET MÉDICAL

Les suspensions de peine sont devenues aussi rares que les demandes. En cause ? L'indifférence, le manque d'information et l'omerta autour du virus.

« Le sida se banalise aussi en prison », note le juge de l'application des peines Jean-Claude Bouvier. En effet, « il n'y a presque plus de suspension de peine pour raisons médicales et quasi plus aucune demande. Parce que l'on estime qu'il existe des traitements et donc que l'on peut vivre avec le VIH en prison. Qu'importe les effets secondaires et la promiscuité. Certes, on arrive encore à faire sortir des détenus séropositifs, mais dans le cadre d'aménagements de peine classiques. »

Côté soignants. Reste que pour bénéficier d'une telle mesure « encore faudrait-il que les détenus la connaissent, remarque Henri Ricciardi, intervenant de Aides en milieu carcéral. Il faut donc les informer de leurs droits. C'est ce que font les associations et l'Ucsa, même s'il arrive que certains passent entre les mailles du filet. Mais rien ne dit que s'ils étaient informés ils seraient plus nombreux à entamer une telle démarche ». D'abord, parce que « la durée moyenne de détention étant de moins d'un an, constate le militant, la plupart préfèrent faire leur peine plutôt que de passer devant des experts ». Ensuite, parce qu'« en prison, quand on dit que l'on est séropositif ou que cela se sait, on est mis à l'écart. Quand j'aborde chaque semaine la question du VIH avec les nouveaux arrivants, j'entends parfois : "Pourvu qu'il n'y en ait pas un dans ma cellule, sinon je l'éjecte." Le sida reste une question taboue. »

De plus, soupire le psychiatre Cyrille Canetti, « il n'est pas facile de faire respecter le secret médical. Et sans confiance on ne peut pas travailler. Les détenus nous sont amenés par les surveillants.

Tout le monde sait qui va voir le psy, l'alcoologue ou le spécialiste du VIH». Surtout, ajoute le praticien, «il nous faut résister quotidiennement aux attaques de l'administration pénitentiaire et de l'autorité judiciaire pour qu'il y ait partage d'informations. Notamment au sein des Commissions pluridisciplinaires uniques (CPU), où l'on attend de nous des informations pour statuer sur les détenus à problème». Ce que confirme le médecin des Ucsa de l'Aube Jean-Marc Quignard : «On veut nous faire dire ce que l'on ne veut pas dire. Alors, en CPU, je reste coi. Et pas question de remplir le cahier électronique de liaison (CEL), un document consultable par tous !»

Côté administration pénitentiaire. La directrice de la prison de Nîmes, Christine Charbonnier, veut, quant à elle, promouvoir «la nécessité de développer le travail pluridisciplinaire». Et d'illustrer son propos par l'histoire d'un «détenu toxicomane, connu de tous, parlant spontanément de sa toxicomanie et ayant toujours l'air d'être sous l'emprise de la drogue, au point d'inquiéter les personnels de surveillance qui l'ont retrouvé plusieurs fois avec une seringue». Or ce détenu a pu bénéficier de permissions de sortie pour participer au programme «Sport, santé, toxicomanie». Soit, quatre mois durant, deux sorties VTT par semaine, des groupes de parole, etc. «Pourtant, quand nous en avons parlé en CPU, nous étions persuadés – en tout cas les représentants de l'administration pénitentiaire – qu'il ne tiendrait pas la route et qu'on ne pouvait pas lui faire confiance. Et puis, en dialoguant, nous avons appris que c'était le premier projet auquel il se raccrochait et qu'aucun soin n'avait pu être entamé avec lui.» Sa participation aura été jugée, pour lui comme pour l'administration pénitentiaire, concluante «parce qu'il y a eu de l'échange» ; la directrice s'enorgueillissant d'avoir vu les surveillants se rendre compte que si ce détenu avait l'air si souvent fatigué «c'était dû à son traitement et non à la drogue». Alors quand elle entend lors du 8^e Congrès national des Ucsa «déconseillé aux soignants de participer aux CPU», elle trouve cela «dommage. Participer ne veut pas dire trahir un secret. C'est un simple lieu d'échange pour établir un diagnostic commun».

Même conviction de Christophe Lojou, conseiller d'insertion et de probation à Fresnes. Assurant de la «fibre humaniste» de ses collègues et du fait qu'à «l'ère de l'individualisation de la peine», la «personne placée sous main de justice est au centre de toutes

les préoccupations», il trouve «pénible les fins de non-recevoir au nom du secret médical en CPU. Nous savons la valeur de ce secret. D'ailleurs, nous avons, par notre formation, des notions de psychiatrie. Mais nous pouvons et devons travailler ensemble». D'autant que, même si «le VIH n'est pas assez pris en compte en détention», «sans trahir de secret, lorsqu'un détenu m'autorise à parler de sa pathologie avec un magistrat, je sais que cela joue pour un aménagement de peine. Cela peut même être fortement incitatif...» Une sorte de «donnant-donnant» que refuse Cyrille Canetti : «S'il faut replacer le détenu au centre, c'est en lui redonnant la parole et pas en parlant à sa place.» Toutefois, il ne milite pas «pour que tous les détenus séropositifs bénéficient d'une suspension de peine». En prison, ce lieu de «toutes les exclusions, précise-t-il, je vois beaucoup de gens souffrir et pas que les séropositifs. La priorité est donc d'améliorer les conditions de détention pour l'ensemble des détenus. Mais aussi, bien sûr, de faire sortir les plus fragiles d'entre eux...»

CEL : la Cnil saisie

Le 18 décembre 2009, l'OIP a saisi la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) d'une plainte relative à la mise en place dans les établissements pénitentiaires de fichiers dits de «suivi comportemental». Le dernier en date, le cahier électronique de liaison (CEL), «prétendument destiné à permettre l'application en France des règles pénitentiaires européennes [protectrices], selon l'OIP, contient un volet médical dont les informations sont potentiellement partagées par un grand nombre de surveillants, d'agents administratifs, de conseillers d'insertion, de probation et de personnels soignants, même si beaucoup de services de santé, au nom du principe du secret médical, refusent de renseigner ces informations». Le 24 décembre 2008, l'AP déployait le CEL dans l'ensemble des établissements, «hors des procédures relatives à la protection et à l'accès aux données personnelles prévues par la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978», estime l'OIP, qui a aussi attaqué devant le Conseil d'État.



TABLE RONDE 4

LES QUESTIONS ÉTHIQUES LIÉES À L'ENFERMEMENT DES MALADES

PEUT-ON PUNIR ET SOIGNER ?

Face à une loi Kouchner guère appliquée et sollicitée, la société s'interroge : comment peut-on enfermer des malades ? La communauté médicale s'interroge : comment être soignant en prison ? Qui plus est dans un pays épinglé pour l'indignité de ses geôles et où l'institution carcérale demande la pleine collaboration des médecins.

« Comment peut-on être soignant dans un endroit destiné à faire mal, s'interroge Antoine Lazarus, président du Groupe multiprofessionnel des prisons. Car, certes, comme toute institution, la prison a besoin de savoir médical. Et, comme d'autres, le personnel pénitentiaire peut être cosoignant. Mais en ce lieu, soigner, est-ce aider à administrer ? Et le statut de malade doit-il s'imposer sur celui de condamné ? »

Favoriser la réduction des risques. Ce qui est sûr, note Nicole Hesnault-Pruniaux, du Conseil national du sida (CNS), c'est que « la population carcérale présente un taux de prévalence du VIH bien supérieure à celui du reste de la population ». C'est pourquoi le CNS – pour qui « chaque être humain doit recevoir les soins dont il a besoin » et pour qui « le détenu est et reste un citoyen qui a droit aux soins, au secret médical et à la confidentialité » – s'intéresse aux prisons. Et se dit favorable « à la distribution de préservatifs et de javel. Certes, c'est reconnaître qu'il y a de la drogue et des relations sexuelles en prison. Mais, par exemple, refuser de distribuer des seringues, comme d'autres moyens de réduction des risques et de prévention, c'est oublier que la détention n'est qu'une période transitoire. Et qu'une fois libres, les détenus contaminés seront aussi des vecteurs de la maladie. Alors que ces contaminations auraient pu être facilement évitées ». Rappelant les critiques du CNS à l'égard des « difficultés d'application » de la loi Kouchner comme des restrictions dont elle a fait l'objet, Nicole Hesnault-Pruniaux, qui en outre s'est dite attentive au futur « plan stratégique de prise en charge sanitaire des détenus », a prévenu : « Nous n'hésitons jamais à dénoncer les incohérences des politiques publiques. » Dont acte avec le « plan national sida ».

Respecter le secret médical. De son côté, Nicole Questiaux, de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), estime que « sur le plan des principes, en matière de droit à la santé des détenus, nous sommes en terrain solide ». Et de citer la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne selon laquelle « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux ». Il s'agit bien « d'un droit fondamental ». Mais « pour ce qui est du respect de ce principe, on voit bien que cela dépend d'un certain nombre de problèmes pratiques ». Toutefois, pas question pour elle de transiger en matière de « secret médical, sinon ce serait dire que dehors il ne sert à rien », ni sur l'autonomie du détenu quant à la prise en charge de sa santé : « Si nous réagissons à l'utilisation de menottes ou d'entraves lors des soins, c'est parce que nous nous demandons comment cette personne fera pour se prendre en charge une fois dehors. » Idem pour ce qui est du « droit à la préservation de la santé ». Voilà pourquoi « il y a dans nos avis des histoires de seringues, de javel. Car les contaminations en détention, c'est une question de droits de l'homme. Il ne

suffit pas de ne pas en parler». Qui plus est au «pays des droits de l'homme»...

Indifférence de la société. Même vision de la part du Pr Didier Sicard, du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Considérant le VIH comme «la sentinelle qui a mis à jour ce qui était tu dans les rapports entre la société et la santé», il est frappé par «l'indifférence» à l'égard de la situation sanitaire des détenus. Reflet, selon lui, d'une «société impitoyable qui perd son âme à considérer que seule la victime a des droits et que le détenu peut être une personne de non-droit». Et de dénoncer le «contraste» entre une «attention croissante aux droits des personnes» et une «déshumanisation grandissante des prisons». En ligne de mire? Les «établissements entièrement automatisés», les «pyjamas en papier comme remède aux suicides» ou le renoncement à «l'encellulement individuel». Comme si, soupire-t-il, «l'on était incapable de se rendre compte qu'une personne enfermée est extrêmement vulnérable». Il est donc primordial de la restaurer «comme un être capable de se projeter dans le futur». Et, selon lui, le corps médical a là un rôle primordial à jouer. Mais il sait qu'en prison les soignants sont de plus en plus «pris dans un étau, la trahison du secret médical pouvant autant secourir le patient que l'enfoncer».

Partager l'information. De fait, reconnaît le Dr Dominique Peton-Klein, chef de projet au ministère de la Santé, non seulement «difficiles», les conditions de travail des soignants sont «des plus particulières puisqu'ils sont au contact d'une administration dont la culture est très différente». En témoigne l'avis médical pour placer un détenu au mitard : «Les soignants ne sont pas là pour valider la sanction, mais pour statuer sur l'état du détenu. La frontière entre les deux étant, il est vrai, très étroite.» Reste que, pour elle, il faut «du partage d'information». La Chancellerie et le ministère de la Santé ont entamé une réflexion à ce sujet. Car pour l'instant la contribution des soignants aux Commissions pluridisciplinaires uniques ou au cahier électronique de liaison «varie d'un établissement, d'une équipe à l'autre, et dépend, au final, des personnes». Tout semble donc à faire. Emblématique : le «plan stratégique de prise en charge sanitaire des personnes détenues» aura pour mission d'améliorer «la connaissance de l'état de santé», «l'accès aux soins» et «la protection sociale»

des détenus. Car, note-t-elle, «les lois existent, mais il faut encore les faire appliquer».

Place des soignants. Philippe Pottier, de la Direction de l'administration pénitentiaire, a conscience de ces problèmes. Mais, pour lui, «la prison est une modalité d'exécution d'une peine. Or une peine, cela ne peut pas ne pas faire souffrir». Tout au plus doit-on, concède-t-il, réfléchir au «degré de souffrance légitime». Et qu'importe les «peines qui s'ajoutent à la peine» que dénonce un militant de Aides ou le fait que cette peine soit subie en majorité par des prévenus comme le souligne Laura Petersell, d'Act Up-Paris. «C'est vrai qu'il y a une vaste hypocrisie autour de la détention provisoire, reconnaît Philippe Pottier. C'est le début de la peine avant la peine». En tout cas, pour ce membre de l'administration pénitentiaire, «si un lieu de souffrance ne semble pas pouvoir être un lieu de soin, le soin y est néanmoins présent et jusqu'à un certain point possible. Tout l'enjeu est donc de déterminer quand ce n'est plus possible. Or pour cela il faut du dialogue entre le médical, le pénitentiaire et le judiciaire. Et c'est là qu'on se heurte aux véritables difficultés. Parce que l'on se retrouve avec des personnes qui doivent prendre des décisions ou qui pensent que c'est sur elles que pèse cette responsabilité et qui, chacune dans leur coin, estiment que ce n'est pas à elles de le faire». Et d'appeler de ses vœux la participation des soignants à la CPU et au CEL. «En tout cas, prévient-il, l'administration pénitentiaire ne peut assurer la garde de ceux qu'on lui a confié sans savoir si, à certains moments, elle n'est pas en train de faire une grosse bêtise parce qu'on ne lui aura pas dit ce qu'on aurait dû lui dire.»

Rappelant qu'«il ne faut pas utiliser la même main pour battre et nourrir», Antoine Lazarus propose donc, comme piste, de «distinguer les fonctions de soignants et d'experts». Acquiescement du psychiatre Cyrille Canetti, qui souligne tout de même que «le soignant est à la disposition du patient. Comme un outil. Si j'estime que je sais mieux que lui, alors je le considère comme un incapable, comme quelqu'un de fragile. Et sa place n'est plus en prison mais à l'hôpital».

UN MANQUE D'HUMANITÉ

Psychiatre ayant exercé vingt ans en prison, Betty Brahmy fait partie de l'équipe de Jean-Marie Delarue, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, et dresse un bilan sévère quant au respect du droit fondamental à la santé en prison.

Depuis septembre 2008, Betty Brahmy travaille au sein de l'équipe de Jean-Marie Delarue. Chargés de s'assurer du « respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté », la douzaine de contrôleurs partagent leur temps entre le courrier des détenus (ou de leur entourage) et la visite des geôles de l'Hexagone, tous types confondus. D'ici la fin de l'année, les visites effectuées avoisineront les 300. Des visites « en profondeur, explique Betty Brahmy, puisqu'on vient à quatre ou cinq pour passer jusqu'à cinq jours dans chaque établissement ». Comme le rappelle cette ancienne chef du Service médico-psychologique régional de Fleury-Mérogis, « parmi les droits fondamentaux, il y a le droit à la santé ». Et il est examiné sous toutes les coutures : protocole signé entre les établissements pénitentiaires et hospitaliers, effectifs prévus et présents, organisation des services (notamment les week-ends et pour les urgences), conditions dans lesquelles se déroulent les consultations extérieures...

Méconnaissance de l'univers carcéral. S'il y a « une énorme différence entre les petits et les gros établissements, particulièrement dans le domaine de la santé », les exemples qu'elle cite ne sont en rien anecdotiques. Elle pointe d'emblée la situation des « détenus particulièrement signalés » (DPS) : « Je me souviens de l'un d'eux qui souffrait d'un cancer. Il devait suivre une chimiothérapie et respecter les séances au jour près. Cela n'a pas empêché de voir une séance annulée et d'autres décalées de huit à dix jours. Parce qu'il était DPS ayant déjà tenté de s'évader, il lui fallait une solide escorte pour sortir. Et comme ce n'était pas toujours possible, il a subi une véritable perte de chance. » Et d'ajouter : « Pas question non plus, vu son parcours, de bénéficier d'une libération conditionnelle. Quant à la suspension de peine pour raisons médicales, le médecin qui le suivait n'était "pas au courant". »

Ce n'est pas surprenant. Bien des médecins ne connaissent pas l'univers carcéral. Ils ne font souvent qu'une demi-journée ou deux par semaine et repartent. Sans croiser le Spip, le JAP et sans lire les circulaires. »

Craintes du médecin. Attentif « aux conditions dans lesquelles se font les extractions, notamment l'usage de menottes ou d'en-traves », Betty Brahmy s'intéresse aussi à ce qui se cache derrière l'annulation d'une consultation. En mémoire, « ce détenu qui a dû se contenter d'être examiné à l'arrière d'une ambulance du Samu garée dans la cour de la promenade : c'était un dimanche et il n'y avait pas assez de monde pour une escorte ». Et d'expliquer que « contrairement à ce que l'on pourrait penser, quand les surveillants restent lors des consultations à l'hôpital, c'est souvent à la demande du médecin. Pourtant, les conditions de sécurité sont en général remplies, les consultations se déroulant dans des pièces sans fenêtre pour éviter toute évasion. Mais il arrive que le praticien craigne une agression. Il n'est alors pas rare que le détenu refuse la consultation. C'est plus fréquent que les annulations du fait de la pénitencière. En tout cas, quand cela arrive, nous voyons systématiquement le détenu... »

Impact des UHSI. Autre point noir : « Le lien avec les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Il est très difficile pour les détenus de les intégrer, celles-ci réclamant souvent à l'Ucsa de refaire les examens lorsqu'ils ont été pratiqués dans un "hôpital de rase campagne"... D'où des extractions, une perte d'argent, mais surtout de temps pour un patient qui, de surcroît, va mal. » Quant à demander une suspension de peine pour un détenu accueilli dans une UHSI, c'est un véritable casse-tête : « Du fait des allers-retours du détenu entre l'UHSI et la prison, déplore-t-elle,

les intervenants se renvoient la balle. De quel Spip, de quel JAP dépend-il? De celui de la prison ou de celui de l'UHSI?» Même situation kafkaïenne «pour les personnes en grande difficulté ayant besoin d'un auxiliaire de vie. Difficile de savoir qui du Spip ou de l'Ucsa doit se charger d'une telle demande». Ainsi, «lors d'une visite dans un établissement à gestion mixte – c'est-à-dire semi-privée – un détenu me demande si je peux lui obtenir une seconde couverture, raconte Betty Brahmy. Il est paraplégique et en aurait besoin pour soulager ses douleurs quand il dort. Je vais voir le responsable des draps. Qui me dit que c'est à l'Ucsa de demander un lit médicalisé. Je prévient l'Ucsa. Il a fallu six mois et l'intervention de Jean-Marie Delarue pour que ce détenu obtienne son lit...» Même délai pour «une femme souffrant d'une sclérose en plaques : elle a attendu six mois pour être transférée dans un centre de détention flambant neuf. Dans l'ancien, elle ne pouvait pas sortir de sa cellule : pas de promenade, pas de parler, pas de bibliothèque».

Quant au sort réservé aux détenus séropositifs, Betty Brahmy a en tête «cette prison où il n'y avait pas d'extraction possible vers le service des maladies infectieuses. Alors l'Ucsa et le médecin échangeaient par mail, demandant tel examen, préconisant tel traitement. Je vous laisse apprécier la qualité de la prise en charge humaine...» Et d'estimer tout bonnement «catastrophique» que la «suspension de peine pour raisons médicales» ne puisse pas être évoquée pour des «cas relevant de la psychiatrie. Et pourtant, on peut devenir fou en prison...» C'est en soupirant qu'elle évoque le «peu de place, de temps et de moyens accordés à la prévention, à l'éducation à la santé. Et le peu de préparation à la sortie». Autant dire que, pour cette psychiatre, «tout cela paraît manquer quelque peu d'humanité»...

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

BP 10301
75921 Paris Cedex 19
Tél. : +33 (0)1 53 38 47 80
Fax : +33 (0)1 42 38 85 32
www.cgpl.fr

VIH et suspension de peine : les « points aveugles » de la prison

En 2003, d'après les enquêtes menées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé, 1,1 % des détenus étaient séropositifs au VIH, 0,8 au VHB et 3,1 au VHC. En outre, selon le constat dressé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France dans son rapport *VIH/IST/hépatites en milieu carcéral en Ile-de-France : états des lieux et propositions*, publié en 2007, l'Ile-de-France et la région Paca regroupent la moitié des détenus séropositifs, les DFA étant eux aussi particulièrement touchés. L'Onusida estime dans son *Rapport de progrès pour la France 2008* que ces données sont «inévitables sous-évaluées». De fait, il faudra attendre 2011 et les études Prevacar (DGS-InVS) et PRI2DE (ANRS) pour avoir des données actualisées sur le VIH, les hépatites et les traitements de substitution aux opiacés en prison, signe que le sujet est tout sauf une priorité.

Au 1^{er} juin 2010, on comptait 61 656 personnes incarcérées pour 56 793 places et seulement 8 597 personnes bénéficiant d'un aménagement de peine (soit 16,5 % des condamnés écroués), les aménagements de peine pour raisons médicales ne sont pas recensés en tant que tels. Seule exception? La suspension de peine pour raisons médicales, dont les chiffres avancés par Philippe Pottier, de l'administration pénitentiaire, parleraient presque d'eux-mêmes : «Il y a eu 87 demandes en 2006, 108 en 2007, 83 en 2008 et 94 en 2009, les réponses étant positives dans 70 % des cas.» Il oublie de rappeler, comme l'a fait en février 2007 le Pôle suspension de peine (une association militant pour l'application de la loi Kouchner¹), qu'entre 2003 et 2006, le nombre de décisions positives est passé de près de 70 à moins d'une cinquantaine.

¹ pole.lune-rouge.net

CONCLUSIONS ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Florence Aubenas, ancienne journaliste de Libération, auteure de Le Quai de Ouistreham¹, est présidente de l'Observatoire international des prisons (OIP) France depuis 2009.

« Au terme de cette journée de colloque, je me dis qu'elle aurait pu s'intituler « Quelles alternatives aux alternatives à l'enfermement des personnes malades ? », parce que nous avons davantage parlé de ce qui ne fonctionnait pas que de ce qui fonctionnait. C'est tout le paradoxe de ce qui s'est passé aujourd'hui. Les lois votées en 1994, 2002 et 2009 ont fini par dessiner un droit à la santé des détenus comprenant celui d'être remis en liberté pour raisons médicales. Ce qui ne signifie pas, rappelons-le encore, une absence de peine. Les textes cités sont une avancée majeure, car nous partions de rien. Oui, mais voilà, nous sommes en France, pays de la Déclaration des droits de l'homme, mais pas de leur application, pour reprendre une plaisanterie en vogue au sein des institutions internationales.

La santé en prison s'inscrit dans ce paradoxe hexagonal. Les avancées sur le papier n'ont pas donné de résultats probants, car une série de restrictions législatives et pratiques sont venues en limiter la portée. L'introduction de la notion de récidive, sur le plan du droit, ou la difficulté à trouver des hébergements pour les sortants de prison malades en sont des exemples. Chacun – magistrat, avocat, médecin – a dit la difficulté à faire que cela fonctionne. Pourtant, aujourd'hui, étaient réunis les « gentils », ceux qui se battent pour faire avancer les choses. Mais ce sont des exceptions, des pratiques individuelles. Étaient réunies des personnes qui parviennent à s'insérer dans les interstices d'un système et qui ne sont pas la représentation de ce système.

Souvent, alors que le détenu malade pourrait bénéficier d'une suspension de peine, que la décision est favorable, il ne sort pas. On n'en veut plus dedans, mais on n'en veut pas non plus dehors. On parle beaucoup de l'administration pénitentiaire, de son arbitraire, mais regardons-nous, nous aussi, au-dehors. Sommes-



nous, collectivement, tellement plus justes, plus accueillants que les professionnels de cette administration dont nous dénonçons les pratiques ? Je retiens une phrase, qui sonne comme une des plus sinistres de cette journée : « On a l'accord de sortie, mais on ne peut pas mettre les choses en œuvre et, finalement, le détenu sera mieux soigné dedans que dehors. » C'est terrible à entendre et pourtant c'est rendu vrai par la place que chaque citoyen, au-dehors, accorde aux détenus. Il a été question de « l'impressionnante indifférence du peuple français ». Nous avons, évidemment, notre part de responsabilité dans le sort réservé aux détenus malades.

Et, au final, dans ce domaine de la santé comme dans beaucoup d'autres en prison, on se retrouve avec des droits en concurrence. Le malade détenu peut choisir d'aller dans un établissement où il sera un peu moins mal soigné, mais qui sera plus loin de sa famille. Il se retrouve à devoir choisir entre le droit à être soigné et celui de voir les siens, de conserver des liens avec l'extérieur. C'est pareil pour l'encellulement individuel : « Vous voulez une cellule individuelle ? Oui, mais à 700 kilomètres de l'endroit où vos proches habitent... » Et une fois dehors, isolé et malade,

c'est le parcours du combattant. En somme, les bonnes et les mauvaises volontés de chacun ont remplacé ce qui devrait être le droit et un principe de justice. Les personnes détenues se retrouvent dans une situation terrible : elles doivent se fier au hasard, donc à l'arbitraire, selon l'établissement dans lequel elles se trouvent, son directeur ou sa directrice, le médecin sur lequel elles tombent. L'égalité de traitement n'est évidemment pas assurée.

Nous en sommes là : des lois existent, mais elles ne sont pas appliquées. Nous sommes en droit de nous demander pourquoi elles ont été faites. Certains vont jusqu'à dire que la remise en liberté des détenus malades ne sert en réalité qu'à faire baisser les statistiques de mortalité en prison... Je suis très frappée par le chiffre des quatre-vingt-sept personnes malades libérées en 2009. Nous parlons donc de moins de cent personnes par an, alors que près de neuf cents seraient séropositives, sans parler des autres pathologies. Nous ne savons pas puisque la dernière étude concernant le VIH date de 2003. Ce qui est parlant. Ce que nous savons c'est que presque autant de condamnations de l'État français ont été prononcées par des tribunaux administratifs français ou internationaux pour non-respect du droit sur ce point. Comment en est-on arrivé là ? Sans doute parce que nos politiques, dans une scandaleuse inversion des valeurs, parviennent à nous faire croire que le scandale serait de libérer un malade lourdement condamné pénalement, alors que le scandale est de ne pas libérer un homme ou une femme très malade bien que le droit le permette. Ils font ainsi donner les sanglots et les violons à l'Assemblée nationale à propos des détenus tout en ne donnant ni les moyens ni les possibilités de faire appliquer les lois votées.

Je voudrais pour conclure évoquer quelques pistes d'action qui ont émergé des échanges qui ont eu lieu lors de cette journée.

Je pense que la première des choses à faire est de revenir à l'esprit des lois, c'est-à-dire remettre la personne au centre de ce dispositif. Le législateur voulait que le détenu malade soit avant tout considéré comme un malade, que son état de santé prime son statut carcéral. Nous ne serions pas capables de faire pour nos propres prisonniers, si je puis dire, ce que les médecins de guerre réalisent en soignant indifféremment les belligérants de

tous bords ? Nous devons réaffirmer ce droit au soin, au sein des établissements, où il faut expliquer et répéter que cela dépasse le cadre strictement pénitentiaire et concerne le champ médico-social au sens large. Il faut aussi le répéter auprès de l'opinion publique. Une des conditions est de respecter l'ensemble des droits administratifs et sociaux de la personne dès le début de son incarcération.

Il y a aussi la nécessité de travailler en réseau, avec les complexités que cela peut entraîner. En effet, il ne s'agit aucunement de partager l'information au détriment du détenu, comme c'est parfois le cas, mais bien de créer des synergies avec et pour lui. Or le fameux cahier électronique de liaison (CEL) a commencé à montrer ses limites et semble plutôt instaurer une autre forme de surveillance. Nous devons rester très vigilants sur ces sujets. Enfin, il a beaucoup été question de formation, au-dedans et au-dehors. Les avocats, qui devraient être présents tout au long de la chaîne pénale, sont absents en prison. Peu ou pas du tout formés à ces aspects au cours de leur cursus, les rares présents volontaires se forment sur le tas. D'autres professionnels sont concernés, comme les médecins ou les assistantes sociales. Il faut remplacer l'intention de quelques bonnes volontés par des formations sérieuses et officielles.

Pour terminer, je voudrais parler du grand absent de cette journée, dont l'ombre a plané dans l'hémicycle sans qu'il n'apparaisse jamais : l'expert. Ce qui nous a mis, pour un instant seulement, dans la situation de la personne détenue malade qui attend, afin de savoir si elle sortira ou pas. Nous l'avons attendu, il n'est pas venu pour nous non plus. Et finalement je m'en félicite presque, car cela nous a permis de ressentir cette absence et ce silence bien plus qu'avec les quelques pauvres mots et statistiques qu'il aurait pu nous dire – peut-être d'ailleurs en toute bonne foi ; il en existe de bons et de mauvais, comme chez tous les professionnels. Mais le fait qu'aucun n'ait souhaité venir nous expliquer son travail, qui est la clé de voûte de tout le dispositif dont nous avons parlé au cours de cette journée, me semble significatif de ce qu'est aujourd'hui la condition des détenus malades. Nous attendons l'expert. »

¹ *Le Quai de Ouistreham*, Florence Aubenas, L'Olivier, Paris, 2010.

Associations

Act Up-Paris

BP 287
75525 Paris Cedex
Tél. : +33 (0)1 49 29 44 75
Fax : +33 (0)1 48 06 16 74
actup@actupparis.org
www.actupparis.org

Association des avocats pénalistes (Adap)

21, quai de Montebello
75005 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 27 03 65
Fax : +33 (0)1 44 26 54 38

Association française des magistrats instructeurs (Afmi)

TGI de Paris
2, bd du Palais
75001 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 32 55 73
Fax : +33 (0)1 43 25 28 22
contact@afmi.asso.fr
www.afmi.asso.fr

Aides – Fédération nationale

Tour Essor
14, rue Scandicci
93508 Pantin Cedex
Tél. : +33 (0)1 41 83 46 46
Fax : +33 (0)1 41 83 46 49
aides@aides.org
www.aides.org

Association nationale des juges de l'application des peines (Anjap)

13, place Saint-Tugal
BP 81515
53015 Laval Cedex
www.anjap.org

ANPE Espace Liberté Emploi

17, rue du Juge
75015 Paris
Tél. : +33 (0)1 58 01 07 20

Association nationale des visiteurs de prison (ANVP)

1 bis, rue de Paradis
75010 Paris
Tél. : +33 (0)1 55 33 51 25
Fax : +33 (0)1 55 33 15 33
anvpparis@free.fr
www.anvp.org

Ban Public

12, villa Laugier
75017 Paris
Tél. : +33 (0)6 60 17 33 42 (Milko Paris)
redaction@banpublic.org
www.prison.eu.org

Cimade

64, rue Clisson
75013 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 18 60 50
Fax : +33 (0)1 45 56 08 59
infos@lacimade.org
www.cimade.org

Croix-Rouge française

98, rue Didot
75694 Paris Cedex 14
Tél. : +33 (0)1 44 43 11 00
Fax : +33 (0)1 44 43 11 01
www.croix-rouge.fr

Emmaüs France

179 bis, quai de Valmy
75010 Paris
Tél. : +33 (0)1 46 07 51 51
Fax : +33 (0)1 46 07 69 10
contact@emmaus-france.org
www.emmaus-france.org

Fédération des associations réflexion action prison et justice (Farapej)

68, rue de la Folie-Régnault
75011 Paris
Tél. : +33 (0)1 55 25 23 75
Fax : +33 (0)1 55 25 23 76
farapej@farapej.fr
www.farapej.fr

Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars)

76, rue du Faubourg-Saint-Denis
75010 Paris
Tél. : +33 (0)1 48 01 82 00
Fax : +33 (0)1 47 70 27 02
fnars@fnars.org
www.fnars.org

Fondation Armée du Salut

60, rue des Frères-Flavien
75976 Paris Cedex 20
Tél. : +33 (0)1 43 62 25 00
Fax : +33 (0)1 43 62 25 57
www.armedusalut.fr

Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (Genepi)

12, rue Charles-Fourier
75013 Paris
Tél. : +33 (0)1 45 88 37 00
Fax : +33 (0)1 45 88 96 87
genepi@genepi.fr
www@genepi.fr

Ligue des droits de l'homme (LDH)

138, rue Marcadet
75018 Paris
Tél. : +33 (0)1 56 55 51 00
Fax : +33 (0)1 42 55 51 21
ldh@ldh-france.org
www.ldh-france.org

Observatoire international des prisons (OIP)

Section française
7 bis, rue Riquet
75019 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 52 87 90
Fax : +33 (0)1 44 52 88 09
contact@oip.org
www.oip.org

Secours catholique

Siège social
106, rue du Bac
75341 Paris Cedex 07
Tél. : +33 (0)1 45 49 73 00
info@secours-catholique.org
www.secours-catholique.asso.fr

Service régional d'accueil, d'information et d'orientation pour les sortants de prison (Sraiosp)

12, rue Charles-Fourier
75013 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 32 72 33 (du lundi au vendredi de 9 h 30 à 12 heures)

Sidaction

228, rue du Faubourg-Saint-Martin
75010 Paris
Tél. : +33 (0)1 53 26 45 55
Fax : +33 (0)1 53 26 45 75
sidaction@sidaction.org
www.sidaction.org

Avocats et magistrats

Barreau de Paris

Palais de Justice
4, bd du Palais
75001 Paris

Conseil national des barreaux

22, rue de Londres
75009 Paris
Tél. : +33 (0)1 53 30 85 60
Fax : +33 (0)1 53 30 85 61
cnb@cnb.avocat.fr
www.cnb.avocat.fr

Conférence nationale des bâtonniers (CNB)

12, place Dauphine
75001 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 41 99 10
Fax : +33 (0)1 43 25 12 69
contact@conferencebatonniers.com
www.conferecedesbatonniers.com

École nationale de la magistrature (ENM)

8, rue Chanoinesse
75004 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 41 88 20
Fax : +33 (0)1 44 41 88 21
www.enm.justice.fr

Ordre des avocats à la Cour de Paris

11, place Dauphine
75053 Paris Cedex 01
Tél. : +33 (0)1 80 27 19 20
delegationgenerale@avocatparis.org
www.avocatparis.org

Syndicat des avocats de France (SAF)

34, rue Saint-Lazare
75009 Paris
Tél. : +33 (0)1 42 82 01 26
Fax : +33 (0)1 45 26 01 55
contact@lesaf.org
www.lesaf.org

Syndicat de la magistrature (SM)

12-14, rue Charles-Fourier
75013 Paris
Tél. : +33 (0)1 48 05 47 88
Fax : +33 (0)1 47 00 16 05
syndicat.magistrature@wanadoo.fr
www.syndicat-magistrature.org

Cours et tribunaux

Conseil d'État (CE)

1, place du Palais-Royal
75100 Paris Cedex 01
Tél. : +33 (0)1 40 20 81 00
www.conseil-etat.fr

Cour de cassation

5, quai de l'Horloge
75001 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 32 50 50
www.courdecassation.fr

Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)

Conseil de l'Europe
67075 Strasbourg Cedex
Tél. : +33 (0)3 88 41 20 18
Fax : +33 (0)3 88 41 27 30
webmaster@echr.coe.int
www.echr.coe.int

Inspections administratives

Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

35, rue Saint-Dominique
75007 Paris
Tél. : +33 (0)1 42 75 77 09
Fax : +33 (0)1 42 75 77 14
f.chapron@cncdh.pm.gouv.fr
www.cncdh.fr

Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde)

11, rue Saint-Georges
75009 Paris
Tél. : +33 (0)1 55 31 61 00
contact@halde.fr
www.halde.fr

Inspection générale des affaires sociales (Igas)

39-43, quai André-Citroën
75739 Paris Cedex 15
Tél. : +33 (0)1 40 56 60 00
igas@igas.gouv.fr
www.igas.gouv.fr

Inspection générale des services judiciaires (IGSJ)

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Tél. : +33 (0)1 44 77 60 60
Fax : +33 (0)1 44 77 78 78

Inspection des services pénitentiaires

Direction de l'administration pénitentiaire
8-10, rue du Renard
75004 Paris
Tél. : +33 (0)1 44 77 60 60

Permanences téléphoniques

Numéro national Hépatites Info Service

7 jours sur 7, de 8 heures à 23 heures
(anonyme, confidentiel et gratuit) :
0 800 845 800
(prévention, information et soutien).

Numéro vert (information incarcération)

Du lundi au vendredi,
de 9 heures à 17 heures sans interruption
(appel gratuit depuis un poste fixe) :
0 800 870 745 (mis en place par l'Arapej)
pour les personnes concernées directement
ou indirectement par l'incarcération
(détenus, sortants de prison, proches
et familles de détenus).

Sida Info Service

7 jours sur 7, 24 heures sur 24
(appel confidentiel, anonyme et gratuit) :
0 800 840 800 pour toute question relative
à la santé sexuelle en général et au VIH
ou aux hépatites en particulier.

Sida Info Droit

Lundi et vendredi,
de 14 heures à 18 heures
et du mardi au jeudi,
de 16 heures à 20 heures
(appel anonyme et confidentiel au prix
d'un appel local à partir d'un poste fixe) :
0 810 636 636
pour toute question juridique ou sociale
en lien avec le VIH.

Ministères

Casier judiciaire national

107, rue Landreau
44317 Nantes Cedex 3
Tél. : +33 (0)2 51 89 89 51
Fax : +33 (0)2 51 89 89 18
cjin@justice.gouv.fr
www.cjin.justice.gouv.fr

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Tél. : +33 (0)1 40 56 60 00 (standard ministère)
ou portail d'informations pratiques
(du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures) :
Info' Ministère au 0 820 033 333
www.jeunesse-sports.gouv.fr

Ministère de la Justice

13, place Vendôme
75042 Paris Cedex 01
Tél. : +33 (0)1 44 77 60 60
Fax : +33 (0)1 44 77 60 46
www.justice.gouv.fr

Parlement

Assemblée nationale

Palais Bourbon
126, rue de l'Université
75355 Paris Cedex 07
Tél. : +33 (0)1 40 63 60 00
Fax : +33 (0)1 45 55 75 23
info@assemblee-nationale.fr
www.assemblee-nationale.fr

Sénat

Palais du Luxembourg
15, rue de Vaugirard
75291 Paris Cedex 06
Tél. : +33 (0)1 42 34 20 00
Fax : +33 (0)1 42 34 26 77
communication@senat.fr
www.senat.fr

Ouvrages pratiques :

Sortie de prison, collection « Les Essentiels de Sidaction » (anciens guides *Transversal*), 2008.
Les conditions de détention en France, rapport 2009 de l'OIP, OIP/ La Découverte, 2009.
Guide pratique 2007 à l'intention des personnes atteintes d'hépatite C, annuaire rédigé sous la direction du D^r André-Jean Rémy (Congrès conseil communication et Roche).
La santé en prison, guide OMS, 2007 (téléchargeable sur www.euro.who.int en anglais et en russe).
Le guide du sortant de prison, OIP/ La Découverte, 2006.
Le guide du prisonnier, OIP/ La Découverte, 2004.

Avis et rapports :

Rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté disponibles sur www.cgjpl.fr.
« Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? », rapport n° 434 (2009-2010), Gilbert Barbier, Christiane Demontès, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel, Assemblée nationale, 2010.
Rapport annuel de la Cour des comptes, partie sur l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), 2008.
« La santé et la médecine en prison » (avis n° 94), Comité consultatif national d'éthique (CCNE), 2006.
« Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues », Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), 2006.
Rapport 2006 sur le respect effectif des droits de l'homme en France, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, 2006.

Essais et romans :

J'ai mis le feu à la prison, Laurent Jacqua, éditions Jean-Claude Gawsewitch, 2010.
Fresnes, histoires de fous, Catherine Herszberg, éditions Le Seuil, 2006.
La guillotine carcérale. Silence on meurt, Laurent Jacqua, éditions Nautilus, 2003.
Médecin-chef à la prison de la santé, Véronique Vasseur, éditions LGF Livre de Poche, 2001.
Le choc carcéral. Survivre en prison, Dominique Lhuillier, Aldona Lemiszewska, éditions Bayard, 2001.
Surveiller et punir, Michel Foucault, éditions Gallimard, réédition 1998.
La guillotine du sexe. La vie affective et sexuelle des prisonniers, Jacques Lesage de La Haye, éditions de l'Atelier, 1998.

Revue et magazines :

Dedans Dedors (magazine spécialisé édité par l'OIP), *Info Traitements* (édité par Actions Traitements), *Le journal du sida* (édité par Arcat), *Remaides* (édité par Aides) et *Transversal* (édité par Sidaction).



228, rue du Faubourg-Saint-Martin – 75010 Paris
tél. : +33 (0)1 53 26 45 55 – www.sidaction.org