Université Lumière Lyon 2 Ecole doctorale : Sciences humaines et sociales
Institut d'études politiques de Lyon Laboratoire d'accueil : Centre de politologie de Lyon CERIEP
Eric FARGES

La gouvernance de l'ingérable Quelle politique de santé publique en milieu carcéral ?

Diplôme d'études approfondies Politiques Publiques et gouvernements Comparés
Année académique 2002-2003
Directeur de recherche : Monsieur le professeur Gilles Pollet

Table des matières

Remerciements . . 1

Epigraphe . 3

Introduction . . 5

Partie 1. La mise en place d'un nouveau dispositif soignant . 21

CHAPITRE 1 : UNE CRISE DE GOUVERNANCE DE L'INSTITUTION CARCERALE . 21

1 Réformer une médecine malade . 22

2 Répondre à une situation d'urgence sanitaire . 37

3 La reconnaissance de la santé des détenus en tant que problème de santé publique . . 52

CHAPITRE 2 : LA REORIENTATION DES POLITIQUES SANITAIRES EN PRISON . . 65

1 Réformer la médecine pénitentiaire : une confrontation France-Italie . 65

2 L'implication et les réticences des acteurs sanitaires . . 83

3 La mise en œuvre de la réforme . . 96

Partie 2. Les contradictions d'une politique de santé publique en prison . . 115

CHAPITRE 3 : UN RENOUVEAU DU CONFLIT ENTRE SOIN ET DETENTION . 115

1 La recomposition du système d'action concret . . 116

CHAPITRE 4 : UNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS INCONCILIABLE AVEC LES EXIGENCES CARCERALES . . 160

1 L'accentuation des rapports d'opposition et de concurrence . 160

2 Le Sida en prison : une nouvelle conception de la maladie et de sa prise en charge . 176

Partie 3. L'émergence d'une politique de prévention en milieu carcéral . 197

CHAPITRE 5 : DE LA TOXICOMANIE AU SIDA : LES PREMIERES POLITIQUES DE PREVENTION EN PRISON . 197

1. Du soin à la prévention de la toxicomanie . . 198

2. Quelle politique de réduction des risques en prison? . 219

CHAPITRE 6 : L'AFFIRMATION D'UNE DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE EN PRISON: ENJEUX ET LIMITES . 235

1 Un processus de décloisonnement de la santé carcérale . 236

2 Les ambiguïtés d'une démarche d'éducation pour la santé en prison . 251

Conclusion . 271

Bibliographie . . 277

1. Ouvrages et articles . 277

2. Sources . . 283

Articles de presse et professionnels . 283

Rapports et études . 285

Annexes . . 287

Entretiens . 287

Entretien n°1 : Gwenaëlle Leponer, 25 ans, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES), 28/11/2002, 1h30. . . 287

Entretien n°2 : Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - ST Joseph depuis 1995, 02/02/2003, 1h10. . 298

Entretien n°3 : Mme Marié, directrice adjointe des maisons d'arrêt de Lyon depuis 1999, 13/02/2003, 2h10. Second entretien le 1/07/2003, 2h15. . 316

Entretien n°4 : Fabienne Swiatly, ancienne militante active de la cellule Lyon de l'Observatoire international des prisons (OIP), 14/02/2002, 1h. . 335

Entretien n°5 : Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES), 25/02/2002, 1h10. . . 336

Entretien n°6 : Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud, 27/02/2002, 1h25. . . 346

Entretien n°7 : Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot, 07/04/2003, 1h10. . . 358

Entretien n°8 : Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud, 18/04/2003, 2h15. . . 363

Entretien n°9 : Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) Rhône-Alpes, 22/04/2003, 2h20. . 380

Entretien n°10 : Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon, 22/04/2003, 1h50. . 401

Entretien n°11 : Stéphanie Combe et Christine Misto, Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIPP) des prisons de Lyon, 6/05/2003, 1h20. . . 414

Entretien n°12 : Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) aux prisons de Lyon, 7/05/2003, 50 min. . 426

Entretien n°13 : Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) du Rhône, 9/05/2003, 432

50 min. . .

Entretien n°14 : Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon, 15/05/2003, 1h50. . 445

Entretien n°15 : Marie-José Communal, médecin à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Rhône-Alpes chargé de la médecine en milieu carcéral, 26/05/2003, 1h00. . . 458

Entretien n°16 : Robert Hanskens, cadre hospitalier auprès des Hospices civils de Lyon, 23/06/2003, 1h20. . 464

Entretien n°17 : Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon, 8/07/2003, 1h20. . 473

Entretien n°18 : Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia, 03/06/2003, 1h40. . 481

Entretien n°19 : Ludovico Parisi, médecin de garde auprès de l'institut de Rome-Rebbibia, 03/06/2003, 1h10. . . 487

Entretien n° 20 : Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome, 2h20, 04/06/2003. . . 490

Entretien n°21 : Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli, 5/06/2003, 1h30. . 497

Entretien n°22 : Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome, 06/06/2003, 1h30. . . 502

Entretien n°23 : Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome, 6/06/2003, 2h30. . 506

Entretien n°24 : Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome, 09/06/2003, 1h15. . . 514

Entretien n°25 : Mme Covelli, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire du *Nuovo complesso* (Rebbibia), 09/06/2003, 1h20. . 520

Entretien n°26 : Laura Passaretti, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire du *Nuovo complesso* (Rebbibia), 09/06/2003, 1h00. . 525

Entretien n°27: Anna-Maria Pisacone, responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome, 10/06/2003, 1h10. . 528

Entretien n°28 : Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté thérapeutique « Villa Maraini », 10/06/2003, 1h15. . 530

Entretien n°29 : Antonio Loiacono, responsable du bureau de l'action sanitaire en milieu carcéral de la Région *Lazio*, 11/06/2003, 1h20. . 536

Entretien n°30 : Ivano Carbonaro, commandant de la police pénitentiaire à la *Terza casa* depuis 1996, 11/06/2003, 1h00. . 541

Entretien n°31 : Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia, 11/06/2003, 1h10. . 543

Circulaire du 8/12/1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. . . 547

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, « Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’articolo 5,della legge 30 novembre 1998, n.419”. . 553

Résumé : . 558

Remerciements

Je tiens à remercier M.M Gilles Pollet et Didier Renard pour leur suivi tout au long de cette année. Je souhaite également remercier Monika Steffen et Henry Bergeron pour leurs conseils avisés.

J’exprime ma gratitude à toutes les personnes qui ont bien voulu consacrer le temps nécessaire pour répondre à mes questions. En particulier Sandro Libianchi, sans qui la mise en perspective entre la France et l’Italie n’aurait pas été possible.

Pour Christine, enfin, dont le soutien m’a été précieux durant ce difficile été 2003.

Epigraphe

-Et pourtant rien n'échappe à la loi dans les prisons ? -Non, c'est le rebut de la loi. On respecte la loi. La loi prévoit l'emprisonnement comme punition mais ne s'occupe absolument pas de voir comment cela est géré. Et c'est ingérable. Parce qu'il n'y a pas assez de moyens. Parce qu'il y a trop de monde. Parce que c'est un lieu aussi où il y a de nombreuses tensions. Tout cela fait que la structure est constamment hors-la-loi. On ne peut pas faire autrement car cela a lieu dans des conditions d'emprisonnement ingérables. Donc tant qu'on ne trouvera que ça comme solution, la prison, à mon avis, c'est un lieu de misère qui sera de pire en pire. Entretien avec une des membres fondatrices de l'Observatoire International des Prisons (OIP)

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

Introduction

L'article 2 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, instaure une réorganisation complète de l'administration des soins en milieu carcéral : « Le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires ». L'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des détenus, qui relevait auparavant de l'administration pénitentiaire, sont désormais confiées à des personnels hospitaliers. Chaque établissement pénitentiaire réalise un protocole avec un établissement public hospitalier qui s'engage à créer au sein de l'établissement pénitentiaire une Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) composée uniquement de personnel hospitalier. La nouveauté est cependant moins, comme le remarque Bruno Milly [1] , organisationnelle que financière et statutaire. Il n'y a pas de déplacement géographique du lieu de soin. La loi prévoit un transfert de tutelle pour l'ensemble du personnel médical intervenant auparavant en prison. L'objectif proclamé par les pouvoirs publics est avant tout de séparer de façon distincte les fonctions de soin et de surveillance qui cohabitent au sein de la prison. La médecine pénitentiaire laisse la place à l'instauration d'une médecine généraliste exercée dans un milieu spécifique.

La réforme de 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, va

[1] Milly Bruno, Soigner en prison, Paris, PUF, 2001, p.99.

cependant au-delà de l'organisation des soins. L'article 3, qui stipule que toute personne entrant en prison est automatiquement « immatriculée » à la sécurité sociale française, assure le rattachement du détenu au dispositif de protection des risques dont il était auparavant exclu [2] . Cette modification traduit une reconnaissance du détenu en tant que citoyen doté de droits équivalents à ceux de toute personne libre. La loi du 18 janvier 1994 consacre ainsi la mise en œuvre du principe juridique d'équivalence, selon lequel les détenus devraient pouvoir bénéficier des même droits que ceux qui existent à l'extérieur [3] . Elle marque la fin d'une exception carcérale et l'instauration d'un nouveau sens de la peine. La réforme de la médecine pénitentiaire apporte ainsi une nouvelle orientation aux politiques sanitaires développées jusqu'alors au milieu carcéral. Tandis que celles-ci se limitaient auparavant à assurer aux détenus les prestations curatives minimales, le législateur fixe au personnel soignant hospitalier une triple mission qui inclue, outre la délivrance de soins primaires, le développement de projets d'éducation pour la santé et la préparation à la sortie des détenus.

L'inscription d'une logique de santé publique en milieu carcéral

Ce passage de la notion de soin à celle de santé marque l'émergence d'une considération nouvelle qui est celle de la santé publique. Définir la santé publique est un exercice périlleux puisqu'elle correspond aussi bien, comme l'écrivent Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, à un savoir, un savoir-faire, une méthode, un état d'esprit, une situation d'expertise et une culture que l'on peut qualifier de « discipline incertaine »[4]. Si la santé publique est un « domaine d'action »[5], comme l'affirme le Haut comité de la santé publique, il semblerait que l'institution carcérale relève désormais de son champ de préoccupation. En effet, le législateur a inscrit, par la réforme de 1994, la santé des détenus dans le domaine d'action de la santé publique. Les partisans de cette loi décrivent l'organisation des soins en prison comme un « enjeu de santé publique »[6]. C'est dans cet esprit que Guy Nicolas, rapporteur général du Haut comité de santé publique, écrit : « Mais il ne faudrait pas considérer la réforme accomplie si l'organisation mise en place limitait son action à la seule mission de soins. Le véritable enjeu est de considérer la période de détention comme un moment propice pour élaborer une réelle démarche de santé publique auprès d'une population souvent peu soucieuse de sa santé, peu motivée,

[2] L'article 3 vient modifier l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale dans les termes suivants : « Les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération ».

[3] Magliona. B., "Accertamento sierologico dell'infezione da HIV, carcere e tutela dei diritti umani: dal concetto di popolazione speciale al principio di equivalenza", *in* Rassegna Italina di Criminologia, 1994, V, 4, pp.503-519.

[4] Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier (dir.), Critique de la santé publique, Balland, Paris, 2001, p.9.

[5] « La santé publique est un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche ». Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, ENSP Collection Avis et Rapports du HCSP, janvier 1993, 68 p.

[6] Titre d'un dossier spécial de la Revue française des affaires sociales, n°1, janvier-mars, 51 année, 1997.

voire réticente, et cet objectif répond à l'esprit des rédacteurs de la loi de 1994 »[7]. Cet enjeu, auquel se réfèrent de nombreux auteurs, c'est le passage d'une conception curative à une conception préventive de l'action sanitaire, désormais orientée en vue de la libération et de la réinsertion du détenu [8] .

Cette réorientation des politiques de santé en milieu carcéral prend d'autant plus de sens qu'elle n'est pas un fait spécifique à la France mais s'inscrit dans une tendance générale en Europe. Au Royaume-Uni, une directive de 1999 recommande que le système sanitaire britannique, le *National Health Service*, et l'administration pénitentiaire, le *Prison Service*, travaillent de façon conjointe pour planifier et procurer les soins aux détenus, travail qui était auparavant confié au seul service pénitentiaire [9] . L'Italie a adopté une réforme dite de *Riordino della medicina penitenziaria* (Réorganisation de la médecine pénitentiaire) par la loi n.419 de 1998 et son décret législatif n°230 du 22 juin 1999 qui prévoit que soient transférées au *Servizio sanitario nazionale* les fonctions sanitaires remplies par l'administration pénitentiaire, à compter du 1er janvier 2000 [10] . Le décret 230 affirme le respect du principe d'équivalence entre la médecine « du dedans » et la médecine « du dehors » à travers l'article 1er, où il est établit que « les détenus et internés ont droit, de façon égale avec les citoyens en état de liberté, à des prestations de prévention, de diagnostic, de soin et de réhabilitation efficaces et appropriées, sur la base des objectifs de santé généraux et spécifiques et des niveaux essentiels d'assistance indiqués dans le *Piano sanitario nazionale*, régionaux et locaux ». La réorganisation du dispositif sanitaire carcéral a enfin fait l'objet d'un débat en Belgique qui s'est conclu par un refus de transférer les activités de santé vers le système sanitaire national [11] .

Il est manifeste, à travers les exemples cités, que la réforme française de 1994 ne doit pas être considérée comme un événement spécifique mais qu'elle relève d'un processus plus large qui traduirait une redéfinition des politiques de santé en milieu carcéral. Ce processus, difficilement circonscriptible à une aire géographique donnée, a été durant ces dix dernières années soutenu par les organisations internationales. C'est

7 Nicolas Guy, Dessaint Louis, Nicolas Christine, « La santé en prison : un enjeu de santé publique », Revue française des affaires sociales, *op.cit.,* p.33-39.

8 Girard François, « Enjeu de santé publique », Revue française des affaires sociales, *op.cit.,* p.13-15.

9 Marshall T., Simpson S., Stevens A., "Use of health services by prison inmates: comparisons with the community", Journal Epidemiology Community Health, n°55, pp.364-365.

10 Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, Carocci, Roma, 2002*,* pp.109.

11 Jean-Marc Feron, médecin à la prison de Huy, rend compte de ce refus par une inadaptation de ce projet à la Belgique en raison, tout d'abord, de la structuration du système sanitaire où les compétences du ministre de la Santé sont réparties entre les autorités fédérales et communautaires, ce qui serait selon lui la source d'un morcellement. Cette réforme ne serait pas justifiée, ensuite, du fait qu'« en Belgique, les moyens utilisés pour les soins aux détenus sont au moins équivalents aux moyens utilisés pour la communauté ». Feron Jean-Marc, « La santé en prison : Santé publique ou ministère de la Justice ? », Santé conjuguée, octobre 2002, n°22, pp.95-96.

ainsi que l'organisme des Nations-unies pour le sida, ONUSIDA, préconisait, dans un document sur les « bonnes pratiques » de prévention des infections en milieu carcéral, le transfert des activités de soin au système sanitaire national : « Un changement structurel peut, a lui seul, avoir un formidable retentissement a long terme sur le Sida en prison. Il consiste à transférer le contrôle de la santé dans les prisons aux autorités de santé publique »[12]. Le Conseil de l'Europe notifiait dans une recommandation que « la politique de santé en milieu carcéral devrait être intégrée à la politique nationale de santé et être compatible avec elle »[13]. La réorientation des politiques de santé en milieu pénitentiaire est ainsi présentée par les organismes internationaux comme une réponse globale face à l'épidémie de Sida, reconnue en tant que problème de santé publique depuis la fin des années quatre-vingts. Le transfert de la médecine pénitentiaire aux autorités sanitaires se situerait en continuation avec la mise en place des politiques de lutte contre le Sida, et notamment des politiques de réduction des risques [14] . Monika Steffen a mis en évidence les « apprentissages » induits par ces politiques, c'est-à-dire les évolutions structurelles qui ont été rendues possible par la gestion de l'épidémie. L'adaptation des politiques sanitaires aurait favorisé, de façon générale en Europe, l'émergence d'une culture de la santé publique par la coordination d'une multitude de mesures destinées à endiguer la progression du virus : « Leur mise en œuvre simultanée est à l'origine d'une dynamique nouvelle et cohérente, dont l'effet fut de placer la santé publique, antérieurement reléguée à la périphérie du système médical, au centre de l'attention des responsables politiques »[15].

Un processus de décloisonnement d'une « institution totale »

La réforme française de 1994 doit être comprise dans un mouvement plus large de prise en compte des enjeux de santé publique. Dans un ouvrage de sociologie de la prison, Philippe Combessie rappelle qu'il est possible de distinguer deux perspectives d'analyse sociologique du milieu carcéral : la première considère la prison en tant que

[12] ONUSIDA, Le SIDA dans les prisons, Collection ONUSIDA sur les meilleures pratiques, avril 1997, p.7

[13] Conseil de l'Europe, Comité des ministres, Recommandation R (98) 7, avril 1998.

[14] La réduction des risques est aujourd'hui un principe reconnu de façon mondiale. Le premier objectif de cette politique était de limiter les risques d'infection à VIH encourus par les usagers de drogues par voie intraveineuse mais le terme a cependant rapidement englobé l'idée d'une prise en charge sanitaire globale. La prévention se fonde alors sur une stratégie visant à réduire les risques sanitaires liés à la consommation. La méthode comporte deux volets. Le premier consiste à éliminer la source directe de transmission virale : le partage de seringues, en fournissant aux toxicomanes des équipements d'injection sûrs. Le deuxième volet vise à substituer les prises de drogues par injection intraveineuse en administrant des médicaments sous contrôle médical. Ces traitements dits de « substitution » contournent ainsi les risques encourus par les toxicomanes. La réduction des risques peut alors être définie, selon le Conseil National du Sida comme « une politique de santé publique visant à minimiser les effets néfastes que l'usage de drogues peut entraîner chez le consommateur ». Cf., Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe en Europe, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 2001, p.93 et Conseil national du Sida, Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif, Rapport, avis et recommandations du Conseil national du Sida, adoptés lors de la séance plénière du 21 juin 2001, responsable de la commission : Alain Molla, 163p.

[15] Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.235.

microsociété développant ses propres règles, tandis que la seconde analyse la société à travers ce que les prisons révèlent [16] . L'auteur remarque qu'on a cessé depuis l'analyse de Michel Foucault de penser la prison comme un lieu autonome afin de souligner le lien entre l'institution et l'ensemble de la société. L'organisation pénitentiaire fonctionnerait, selon Claude Veil et Dominique Lhuilier, comme une « caisse de résonance » d'évolutions plus amples qui ont lieu dans le reste du corps social [17] . Mieux encore, la prison serait, pour Claude Faugeron, un lieu idéal d'observation des transformations sociales car elles y seraient plus prononcées et ainsi mieux visibles : « La prison est une sorte de lieu paroxystique, un laboratoire d'analyse du social privilégié, dans la mesure où se concentrent, dans un espace circonscrit de façon simplifiée, bien des phénomènes observés dans d'autres champs de la société. Ainsi, elle permet de lire [...] les principes de structuration des rapports sociaux »[18]. La réforme des politiques sanitaires en milieu carcéral ne doit dès lors peut-être pas tant être envisagée comme une évolution propre au milieu carcéral mais plutôt comme un changement sanitaire global qui atteindrait désormais les prisons. On assiste, en effet, depuis une dizaine d'année à un retour de la santé publique qui s'impose comme un principe fondamental des politiques sanitaires contemporaines [19] .

Le discours de la santé publique, auquel se réfèrent les tenants de la réforme, s'immiscerait désormais dans ce monde clos qu'est l'univers pénitentiaire. Il apparaît dès lors nécessaire de s'interroger sur les processus qui ont permis de faire reconnaître l'organisation des soins en milieu carcéral comme relevant de la santé publique. En effet, comme le rappelle Albert Ogien, l'inscription d'un problème de santé dans le champ de compétence de la santé publique n'est pas un processus automatique mais résulte d'une construction [20] . Les mesures de lutte contre le Sida, qui a permis de souligner la perméabilité des murs séparant la prison du reste de la société [21] , ont constitué à cet

16 Combessie Philippe, Sociologie de la prison, Paris, La découverte, 2001, p.68.

17 Veil Claude, Lhuilier Dominique, "Introduction", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, Paris, 2000, p.15.

18 Faugeron C., Chauvenet A., Combessie A., Approches de la prison, Bruxelles, De Boeck Université, 1996.

19 La politique de santé publique trouve ses racines dans les considérations hygiénistes qui prennent un essor à la moitié du XIXème siècle dans le contexte des grandes épidémies. Une étape importante est franchie sous la troisième république par le vote de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique et la création du ministère de l'Hygiène en 1920. Mais c'est surtout lors de la Libération que la santé publique prend un essor par la création d'un ministère de la Santé publique en 1947, du corps des médecins-inspecteurs en 1949 et du Code de la santé publique en 1956. Elle va cependant être reléguée au second rang à partir des années 1970 en raison d'une amélioration des indicateurs de santé et de la priorité qui est accordée à l'impératif budgétaire de la maîtrise des dépenses de santé. La politique de santé publique connaît un nouvel essor au début des années quatre-vingt-dix suite aux politiques de lutte contre le Sida et au scandale du sang contaminé. Lambert Marie-Thérèse (dir.), Politiques sociales, Paris, Presses de la FNSP, 1997, p.506-508.

21 C'est ainsi qu'une recommandation d'ONUSIDA rappelle que « les prisons ne sont pas coupées du monde extérieur. La plupart des prisonniers quittent a un moment donné la prison pour regagner leur communauté, certains après un bref séjour derrière les barreaux. Des individus entrent et sortent plusieurs fois de prison ». ONUSIDA, Le SIDA dans les prisons, *op.cit.,*p.3.

égard les prémisses d'une politique d'ouverture vers l'extérieur en terme d'action sanitaire, en posant de fait une équivalence entre le dedans et le dehors. Celle-ci s'inscrivaient dans le cadre d'un décloisonnement progressif de la gestion de la santé en prison [22] . Le transfert des activités de soin et de prévention peut être considéré comme une étape successive de ce renouveau de la santé publique. Mais de façon plus générale, la désincarcération de la santé s'inscrirait dans un processus de décloisonnement de l'institution carcérale.

« Institution totale »[23], la prison serait traversée par un mouvement d'ouverture continu vers le reste de la société comme en témoigne l'intervention croissante de nombreux professionnels extérieurs [24] . Une question reste cependant ouverte : cette détotalisation implique t-elle pour autant un changement réel de l'institution carcérale [25] ? Ces transformations sont t-elles compatibles avec la prison ? Ce questionnement est d'autant plus pertinent en matière sanitaire que la logique qui prévaut au sein de du système pénitentiaire, la sécurité, semble s'opposer avec la logique soignante : le

[20] C'est ainsi que Albert Ogien écrit : « Il semble impossible de fixer, *à priori*, et de manière définitive, ce qui relève légitimement de l'action publique dans le domaine de la santé. Il semble plus raisonnable d'admettre qu'un problème de santé ne prend un caractère « public » - au sens d'objet relevant de l'activité du gouvernement, qu'à travers les décisions administratives prises pour tenter de lui aporter une solution. Autrement dit, le phénomène crucial dans la définition d'un problème de santé publique est l'opération au terme de laquelle une préoccupation à caractère sanitaire est élevée au rang de question d'intérêt général et provoque l'intervention des pouvoirs publics ». Ogien Albert, « Qu'est ce qu'un problème de santé publique ? », *in* Faugeron C., Kokoreff M., Société avec drogues. Enjeux et limites, Paris, 2000, pp.226.

[22] Michèle Colin et Jean-Paul Jean décrivent un processus de décloisonnement de la médecine pénitentiaire initié en 1984 par le transfert du contrôle sanitaire des établissements pénitentiaires à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé et dont la réforme de 1994 marquerait l'aboutissement. Michèle Colin, Jean-Paul Jean, « Droit aux soins et amélioration de la conduite des détenus : deux objectifs indissociables », Revue française des affaires sociales, *op.cit.,* p.17-29.

[23] Erving Goffman a élaboré le concept d'institution totale à partir d'observations empiriques réalisées dans des hôpitaux psychiatriques. Il s'agit cependant d'une notion très large qui correspond également aux prisons ou aux communautés religieuses. Par le concept d'institution totale, il entend « un lieu de résidence de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglés ». Il s'agit là d'une institution qui prend en charge tous les besoins des reclus et qui se caractérise par conséquent par une coupure totale avec le reste de la société. Goffman Erving, Asiles, Paris, Minuit, 1968, (1er édition américaine 1961), p.41.

[24] Après une période de clôture assez forte pendant la IIIe République, où les acteurs pénitentiaires se résumaient au personnel de surveillance, aux membres ecclésiastiques et aux concessionnaires de main-d'œuvre pénale, de nouveaux acteurs font une entrée de plus en plus fréquente en prison depuis la Libération, suite à une conjonction causale multiple: « C'est, entre autres choses, la conséquence des multiples partenariats entre le ministère de la Justice avec d'autres instances. C'est aussi la conséquence du développement des moyens de communication, la démocratisation du transport automobile (quasi indispensable pour se rendre dans la plupart des prisons). Et, par-dessus tout cela, c'est l'effet des importantes mutations qu'a connu, depuis ces dernières décennies, la société occidentale ». Combessie Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, pp.69-99. p.72.

discours de santé publique porté par les acteurs soignants rentre en contradiction totale avec certaines règles de fonctionnement du milieu pénitentiaire. L'exemple le plus manifeste de cette opposition est l'introduction du préservatif, longtemps interdit en détention, qui répond à une exigence sanitaire évidente alors même qu'elle constitue une infraction patente du règlement pénitentiaire [26] .

Problématique et enjeux de l'analyse

La principale question à laquelle tentera de répondre cette recherche est de savoir en quoi une politique de santé publique est compatible avec le milieu carcéral. Ce problème se décompose en un double questionnement. Il s'agit, tout d'abord, de rendre compte du transfert des activités sanitaires qui a été effectué de l'administration pénitentiaire au système sanitaire national afin de comprendre les raisons qui ont conduit à cette réforme ainsi que les modalités de ce passage. Il s'agit, ensuite, de mettre en évidence les problèmes soulevés par la mise en œuvre de cette réforme afin de comprendre les limites et le sens d'une politique de santé publique en milieu carcéral. Il faudra, pour répondre à cette question, mettre en évidence les conflits qui opposent les personnels pénitentiaires et sanitaires et savoir en quoi ces évolutions participent à une redéfinition des identités et des rôles respectifs de chacun.

La portée de cette analyse est double. Elle permet, en premier lieu, d'interroger l'institution carcérale au prisme de la santé. Il s'agira de souligner le décloisonnement progressif de cette institution totale. Analyser ce processus de détotalisation, comme l'ajoute Bruno Milly, c'est réfléchir, d'une part, à l'arrivée de représentants extérieurs à la prison et, d'autre part, à l'autonomie de ces intervenants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire [27] . L'analyse de la réforme de la médecine pénitentiaire permettra de constater les difficultés qui subsistent et les limites de ce décloisonnement. Cette problématique permettra, en second lieu, d'étudier les professionnels de santé au regard de la prison. Ceux-ci adoptent des stratégies d'adaptation au sein de l'institution carcérale dont il s'agira de souligner les transformations suite à la loi du 18 janvier 1994. Ce double niveau d'analyse permettra de soulever la question des rapports de force entre les personnels sanitaire et pénitentiaire et, de façon plus générale, entre l'organisation

[25] Claude Veil et Dominique Lhuilier interrogent le sens des changements que connaît la prison depuis une quinzaine d'années : « Mais, au-delà de ce constat, écrivent-ils, cette lecture des changements du système carcéral doit être interrogée. De quel type de changement s'agit-il ? De changement *dans* la prison ou de changement *de* la prison ? S'agit-il d'adaptation conjoncturelle ou de mutation structurelle ? De changement pour le meilleur ou pour le pire ou pour le même ? De changements pour le changement ? Le changement peut être décliné comme ajustement dans une perspective de conservation du système, comme développement centré sur l'évolution ou encore comme rupture, moment de discontinuité ouvrant sur des réorientations, des reconversions, des renversements de tendance ». Veil Claude, Lhuilier Dominique, "Introduction", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,* p.14.

[26] Ces aspects seront bien sûr développés ultérieurement. Il ne s'agit ici que d'illustrer l'incompatibilité apparente entre les logiques soignantes et pénitentiaires.

[27] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.22.

soignante et l'institution pénitentiaire. La réforme de la médecine pénitentiaire doit dès lors être entendue comme l'émergence d'un nouveau paradigme normatif en matière de politique sanitaire milieu carcéral, aboutissant à une recomposition des identités.

L'émergence d'un nouveau référentiel et une recomposition des rapports de force

Les politiques publiques constituent moins la solution apportée par les gouvernants à un problème initial qu'un changement de sens et de représentation d'une question spécifique [28] . C'est dans ce sens que l'approche cognitive des politiques publiques tente « de saisir les politiques publiques comme des matrices cognitives et normatives constituant des systèmes d'interprétation du réel, au sein desquels les différents acteurs publics et privés pourront inscrire leur action»[29]. Parmi les différentes méthodologies que recouvre cette approche, le modèle du « référentiel », développé par Pierre Muller et Bruno Jobert, est utile pour comprendre le passage d'une politique sanitaire organisé selon le schéma pénitentiaire à une politique de santé publique [30] . Selon cette théorie, les référentiels des politiques publiques sectorielles sont définis selon un référentiel global qui constitue une représentation générale guidant l'action publique. Une politique a pour objet les décalages entre un secteur et l'ensemble de la société ; il s'agit d'une « tentative d'ajustement » entre deux réalités sociales. Elle constitue par conséquent un processus de médiation sociale permettant de réduire les désajustements entre un secteur et la société globale, c'est-à-dire la rapport global-société (RGS). La réforme de la médecine pénitentiaire traduit la reconnaissance d'un référentiel de santé publique en prison. Elle permet de mettre fin au décalage qui existait entre le référentiel de la médecine pénitentaire (faiblement dotée, accordant la priorité aux exigences sécuritaires et peu préventive) et celui des politiques de santé publique (conduisant à une médecine bien dotée, mettant en avant les exigences sanitaires et valorisant la prévention). La loi du 18 janvier 1994 marque l'affirmation d'un nouveau paradigme de l'action publique en matière d'action sanitaire en prison, suite à la crise du référentiel de l'ancienne médecine pénitentiaire, qu'il s'agira de démontrer [31] . Un changement de référentiel est un processus cognitif de recodage du réel qui correspond à l'émergence de nouvelles

[28] C'est en cela que les approches cognitives des politiques publiques soulignent les limites de l'approche séquentielle développée par Jones, selon laquelle une politique publique constitue la réponse à un problème sous la forme d'un enchaînement de séquences d'action (la mise sur agenda, la production de solution, la décision, la mise en œuvre et la terminaison). Une politique publique doit davantage être perçue comme un ensemble de séquences parallèles, c'est à dire « un flux continu de décisions et de procédures ». Muller, P., Surel, Y., L'analyse des politiques publiques, Montchrestien, Paris, 1998, p.31.

[29] Muller, P., Surel, Y., L'analyse des politiques publiques, *op.cit.,* p.47.

[30] Selon Pierre Muller et Bruno Jobert, une politique publique se présente toujours à l'observateur sous deux aspects principaux : « c'est d'abord une image sociale, c'est-à-dire une représentation du système sur lequel on va intervenir » et « c'est ensuite un ensemble de moyens organisationnels, financiers, administratifs, juridiques, humains, bref des procédures, des techniques, des relations de pouvoir, tout ce qui fait qu'une politique n'est pas seulement un processus intellectuel mais un processus social concret ». Le « référentiel » d'une politique sectorielle désigne « l'ensemble des normes et des images de référence en fonction desquelles sont définis les critères d'intervention de l'Etat ainsi que les objectifs de la politique considérée ». Jobert Bruno, Muller Pierre, L'Etat en action, Presses Universitaires de France, Paris, 1987, p.51 et suiv; Muller Pierre, Les politiques publiques, Que sais je ?, Paris, 1990, p.26 et suiv.

valeurs mais aussi à l'affirmation de nouveaux intérêts [32] . Le référentiel traduit ainsi souvent la représentation du groupe dominant. Sa redéfinition implique une recomposition du secteur concerné, délimité selon de nouvelles frontières. L'émergence d'un nouveau paradigme provoque une cristallisation des rapports de force et une redistribution du pouvoir au sein du secteur dont il est crucial de mettre en évidence les processus [33] .

Un renouveau du système d'action concret au regard des identités professionnelles

La réforme de la médecine pénitentiaire traduit la reconnaissance d'un nouveau référentiel en matière de politique sanitaire en milieu carcéral et une recomposition des rapports de force. Le nouvel équilibre qui découle de la réorganisation des soins en milieu carcéral peut être étudié à l'aide de l'analyse stratégique développée par le Centre de sociologie des organisations. En soulignant les objectifs hétérogènes poursuivis par les acteurs, qui ne sont pas nécessairement compatibles avec ceux de l'organisation, Michel Crozier et Erhard Friedberg insistent sur les stratégies en présence qui ne se comprennent que par rapport à la structuration des relations de pouvoir. Il s'agit, dès lors, de reconstituer le « système d'action concret » dans lequel se déroulent les interactions entre acteurs [34] . Ceux-ci mobilisent un ensemble de ressources d'ordres divers (compétences, informations, accès aux financements, prestige) afin de négocier leur marge d'action et de pouvoir dans un jeu commun : l'organisation du soin. La réforme de la médecine pénitentiaire doit ainsi être comprise à travers l'évolution des rapports qui lient les personnels sanitaire et pénitentiaire. La sociologie des professions est, à cet égard, importante. Outre leurs tâches respectives dans la détention, les différents professionnels se différencient par des schèmes culturels plus ou moins homogènes qui constituent les cadres interprétatifs de leurs comportements [35] . C'est dans ce sens que la réforme de la médecine pénitentiaire constitue, outre une recomposition des rapports de

[31] Yves Surel établit une comparaison entre ce processus de recomposition du référentiel sectoriel avec les mécanismes de crise mis en évidence par Thomas Khun dans son étude épistémologique sur la structure des révolutions scientifiques. Cf., Surel Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes », *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, L'Harmattan, 1995*,* pp.125-151.

[32] C'est dans ce sens que Pierre Muller souligne le rôle crucial des médiateurs dans l'émergence d'un nouveau référentiel. En effet, ceux-ci effectuent un travail de légitimation des représentations dont ils sont porteurs afin de défendre leurs intérêts propres. Muller Pierre, Les politiques publiques, *op.cit.,* p.43 et suiv.

[33] Surel Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes », *art.cit.,* p.146.

[34] Par la notion de système d'action concret, Michel Crozier et Erhard Friedberg soulignent le caractère contingent, non déterministe et vérifiable empiriquement d'un ensemble humain qui est construit par les acteurs. Ce modèle d'analyse permet de mettre en évidence les mécanismes de jeux à travers lesquels les calculs rationnels « stratégiques » des acteurs se trouvent intégrés. Un système d'action concret peut-être défini comme un « ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre-ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux ». Crozier M., et Friedberg E., L'acteur et le système, Paris, Seuil, 1977*,* p.286. 500p. Il faut noter dès à présent que le système d'action concret ne se limite pas uniquement aux rapports qui existent au sein de l'institution carcérale mais aussi ceux qui se déroulent autour de la prison avec le reste de son environnement, tels que les magistrats mais aussi les établissements hospitaliers ou les autorités sanitaires.

force, un processus de redéfinition des identités sociales des professionnels travaillant en milieu carcéral [36] .

Le modèle d'analyse de la sociologie des organisations nous invite dès maintenant à préciser les acteurs qui apparaissent pertinents au sein du système d'action concret que constitue le dispositif sanitaire. Il apparaît que la mise en œuvre de la réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire ne peut pas être comprise uniquement à travers le prisme des personnels médicaux. En effet, celle-ci met en confrontation l'administration de santé avec l'administration pénitentiaire. Chacune de ces administrations ne constitue toutefois pas un groupe homogène. Une seconde distinction doit être opérée entre, d'une part, les médecins et infirmiers au sein des personnels soignants et, d'autre part, les cadres de administratifs [37] et les surveillants parmi les personnels pénitentiaires. Il existe également de nombreux acteurs périphériques dont l'intervention apparaît déterminante dans l'application de la réforme, comme c'est le cas de la direction hospitalière ou des services sanitaires, tels que les Directions Départementales et Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS et DRASS). Enfin, on doit distinguer les acteurs qui occupent un rôle mineur dans la réforme, et dont il sera question occasionnellement, tels que les services sociaux, rattachés à l'administration pénitentiaire, ou les acteurs associatifs.

Une mise en perspective des réformes française et italienne

L'approche comparative semble un moyen privilégié afin de souligner les logiques de mobilisation des acteurs. En effet, même si la loi française du 18 janvier 1994 s'inscrit dans un cadre plus ample de redéfinition des politiques de santé en milieu carcéral, tous les pays n'ont cependant pas adopté cette réforme dans les mêmes termes. Ces changements ont bien sûr eu lieu dans des contextes politiques et institutionnels distincts. C'est pourquoi, il semble important de procéder à une analyse comparative afin de

[35] En effet, au-delà d'une même étiquette, les dénominations professionnelles renvoient à des représentations cognitives ordinaires dont chacun dispose pour se repérer et agir en société. Les professions, perçues à travers la grille des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE, structurent les représentations cognitives des acteurs : « Une représentation cognitive des catégories est impliquée par la mise en oeuvre d'une interprétation des catégories sociales, une image mentale qui sert aussi quotidiennement à chacun d'entre nous pour s'identifier et identifier les personnes avec lesquels il est en relation » Thévenot, Desrosières, Les Catégories socioprofessionnelles, Paris, la Découverte, 1988, p.34. Pour une analyse très détaillée de la profession de soignant en milieu carcéral, on peut se reporter à : Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.*

[36] C'est dans ce sens que Philippe Warin souligne le rôle des politiques publiques en tant que lieu de fabrication des identités sociales. En effet, si les politiques publiques contribuent à la production d'un ordre social, ce n'est pas à travers la reproduction d'un ordre dominant, contrairement à ce qu'estiment Pierre Muller et Bruno Jobert, mais par un processus de (re)définition des positions sociales des différents acteurs. Toute politique publique implique, en tant que processus de régulation sociale, une série d'arbitrages entre les représentations de chaque acteur concerné qui exercent une influence décisive sur les stratégies identitaires qu'adoptent les individus. Philippe Warin, "Les politiques publiques, multiplicité d'arbitrages et construction de l'ordre social", *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, L'Harmattan, 1995*,* pp.85-101.

[37] Parmi lesquels on doit compter le personnel de direction, le personnel administratif présent dans l'établissement mais aussi les services déconcentrés de l'administration pénitentiaire comme les services régionaux.

souligner les processus qui ont été à l'origine de la réforme la médecine pénitentiaire et les recompositions qui en ont découlées.

L'Italie et la France sont apparus comme les témoins pertinents d'une comparaison du fait que la même réforme sanitaire y a été adoptée à cinq années d'intervalle, transférant ainsi les activités de soin et de prévention en milieu carcéral auprès du système sanitaire national. Malgré ce principe commun, le dispositif de ce transfert a eu lieu selon des modalités diverses puisque la réforme française de 1994 a été mise en œuvre par une institution sanitaire généraliste (le service public hospitalier) tandis que la réforme italienne de 1999 a été portée par une structure fortement spécialisée (les services de soin pour toxicomanes ou Sert). En outre, différents dispositifs et les écarts de la mise en œuvre entre la France et l'Italie doivent être analysés selon la configuration spécifique de chaque système sanitaire [38] et leur évolution propre, notamment au regard de la politique de réduction des risques qui a été appliquée de façon très différente entre les deux pays. La France a longtemps constitué une « exception » du fait de son retard en matière de prévention des risques liés à la toxicomanie par sa tradition culturelle et par une résistance au changement des différentes catégories d'acteurs [39] . La transition italienne à la réduction des risques fut tout aussi difficile qu'en France bien que moins spectaculaire. Elle a été marquée par de nombreuses ruptures et une absence de

[38] La naissance du système sanitaire italien s'est déroulé par une suite de réformes successives, à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, qui s'est achevée par la loi n.833 du 23 décembre 1978 qui substituait toutes les catégories mutualistes par une seule assurance nationale étendue à chaque citoyen. La structure administrative de ce nouveau dispositif a été élaboré selon un modèle déconcentré. En effet, le système s'articule sur trois niveaux, tous dotés d'une autonomie politique et institutionnelle forte : le niveau national, régional et local par le biais des communes. Les services de soin directs aux personnes sont représentées par les *Unità sanitarie locali* (USL).Ce système sera réformée à plusieurs reprises au cours des années quatre-vingt-dix, en faveur d'une régionalisation croissante de la politique sanitaire. De façon générale, Le *Servizio sanitario nazionale* italien présente trois caractéristiques: une forte coupure entre les structures publiques et privées auxquelles l'Etat a largement recours pour les interventions sanitaires d'urgence (toxicomanie, immigration, prostitution, etc.) ; un manque de planification et de programmation à long terme qui empêche d'adopter une considération globale des problèmes sur le long terme et enfin l'impossibilité des pouvoirs publics d'établir un consensus parmi les acteurs impliqués dans les politiques sanitaires et sociales. Maino Franca, La politica sanitaria, Bologna, Il Mulino, 2001, 310p; Rei Dario, Servizi Sociali e politiche pubbliche, Nuova Italia Scientifica, 1994, 187.p.

[39] Comme le démontre clairement Henry Bergeron, le retard de la France lors du passage à la réduction des risques s'explique par la culture thérapeutique spécifique et homogène, constituée au cours des années soixante-dix, qui caractérisait le système de prise en charge des addictions. Dans le cadre d'un objectif d'abstinence, lui-même lié à un modèle de santé curative, les professionnels de la toxicomanie retenaient la psychothérapie comme seul outil thérapeutique valable et rejetaient de ce fait une médicalisation du traitement. Le dispositif de la toxicomanie est devenu progressivement autonome au cours des années quatre-vingts au détriment des pouvoirs publics qui sont demeurés pendant longtemps des dispensateurs de crédits n'osant pas remettre en cause le consensus établi par les spécialistes. L'épidémie de VIH/Sida a fortement contribué à déstabiliser l'équilibre précédemment établi en remettant en cause les finalités du système. Le principal vecteur de transformation fut la contestation qui eu lieu de la part des intervenants extérieurs au dispositif spécialisé, et notamment des médecins généralistes libéraux et des praticiens du domaine hospitalier. Dès lors une première brèche était créée au sein du champ hermétique de la toxicomanie. Ce n'est toutefois que suite à l'affaire du sang contaminé que les pouvoirs publics mirent en place une politique de réduction des risques de façon soudaine. Pour de plus amples détails sur les spécificités de la politique française en matière de réduction des risques Cf. Bergeron Henri, L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 370 p.

continuité sur le long terme [40] . Il résulte de cette différence que l'apprentissage en faveur de l'émergence d'un modèle de santé publique, évoqué auparavant, a été très inégal entre la France et l'Italie. Cette culture de la santé publique est nettement plus visible en France, pour qui le degré d'apprentissage a été plus élevé qu'en Italie. En effet, la France a connu, à travers le passage à la réduction de risques mais de façon plus générale par le biais de la politique sanitaire de lutte contre le Sida, une rupture soudaine qui a remis en cause l'ensemble des relations de pouvoir et des conceptions établies jusque là. Le niveau d'apprentissage a été très élevé : « Aux réformes visant le dispositif de santé publique s'ajoutent les changements favorisant la coordination gouvernementale et un style désormais plus consensuel dans la conduite des politiques de santé publique. La profondeur du changement français répond à un véritable rattrapage historique sous la pression d'une crise »[41]. L'Italie a en revanche effectuée une transition beaucoup plus graduelle, ceci s'expliquant par la non remise en cause de la politique prohibitionniste, qui reste pourtant inconciliable avec la réduction des risques. Les autorités publiques n'ont pas fait, en outre, l'objet d'une contestation sociale très forte comme ce fut le cas en France.

La France et l'Italie présentent par conséquent la particularité d'avoir adopté une réforme similaire sur le transfert de la médecine en milieu carcéral dans des contextes très différents. Ces deux réformes sont enfin distinctes dans leur mise en œuvre : tandis que le transfert des médecins pénitentiaires français s'est effectué sans difficultés notables, celui-ci n'a pas encore eu lieu en Italie en raison d'un ensemble de blocages. L'application de la loi de 1999 se situe encore dans un entre-deux incertain. L'analyse de la réforme italienne pourra ainsi être rapportée à celle de la loi française du 18 janvier 1994 et permettre ainsi d'en comprendre les spécificités afin de souligner les facteurs explicatifs de réussite ou d'échec [42] .

Adam Smith remarque que les analyses comparées ont souvent pour défaut de « s'engouffrer dans l'examen des détails de chaque politique publique plutôt que de mettre

[40] Les incertitudes de la politique italienne en matière de réduction des risques s'expliquent par l'impossibilité des pouvoirs publics à réaliser un accord entre les parties. C'est ainsi que les traitements de substitution développés dès la fin des années soixante-dix ont fait l'objet d'un retrait en réponse à l'émergence d'une nouvelle conception de la toxicomanie comme malaise social. Un consensus s'est alors formé au cours des années quatre-vingts entre les acteurs du privé social, et notamment les communautés thérapeutiques qui reposent sur une approche comportementaliste, et les services spécialisés (Sert) qui furent délaissés par les pouvoirs publics. La législation sur les stupéfiants, auparavant progressiste, fut l'objet d'un retournement prohibitionniste en 1990 sous le poids des intérêts électoraux. Le soutien aux communautés fut réinscrit comme une priorité de l'action publique tandis que la réduction des risques commençait à être timidement reconnue. C'est surtout après le référendum de 1993 et les conférences nationales de Palerme (1993) mais surtout de Naples (1997) que la réduction des risques devient un enjeu de santé publique. Cf. Farges Eric, Les Etats face aux drogues. Analyse de la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques. Etude comparative entre la France et l'Italie, Recherche sous la direction de Christophe Bouillaud, IEP Grenoble, 2002, 2 tomes, 396p.

[41] Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.215.

[42] La posture adoptée dans cette recherche n'est donc pas celle d'une comparaison *stricto sensu*, terme à terme, mais d'une mise en perspective des spécificités de chaque cas étudié.

l'analyse des politiques publiques au service d'une interrogation centrale de la science politique : celle du rapport entre les composants partiels d'un système politique et sa cohérence (ou ces systèmes de contradiction) globale »[43]. Afin de dépasser le « tourisme intelligent », il propose un modèle d'analyse permettant d'articuler trois niveaux de réflexion, l'espace politique (*polity*), la politique (*politics*), c'est-à-dire les règles du jeu qui tendent à rendre durable les échanges politiques observés, et les politiques publiques ou comment un problème de l'action publique est formulé dans chaque territoire étudié. La confrontation comparative vise ainsi à saisir les processus politiques qui ont permis de mettre en place la réforme de 1994 en France et de 1999 en Italie et d'en comprendre la mise en œuvre. Cette confrontation est réalisée à partir de la comparaison des établissements de Lyon et de Rome qui constituent des prisons de taille importante [44] .

Protocole de recherche

Cette recherche s'appuie tout d'abord sur la lecture d'une sélection d'ouvrages issus de la littérature existante sur le milieu pénitentiaire, notamment en matière de sociologie de la prison et de politiques sanitaires [45] . De nombreuses informations sur le dispositif sanitaire existant et sur la réforme française de 1994 ont été fournies par la lecture de plusieurs rapports élaborés par des instances consultatives, comme le Haut comité national de la santé publique ou le Conseil national du Sida, ou des organes d'inspection, tel que l'Inspection générale des affaires sanitaires (IGAS). Des articles professionnels ont permis de compléter ces informations, extraits de revues sanitaires spécialisées tels que « La santé de l'homme » ou « La lettre de l'Espace éthique ». Enfin, la compréhension des réformes françaises et italiennes a été facilitée par la lecture de coupures de presses diverses.

L'essentiel du matériel de cette recherche a cependant été extrait d'un important travail de terrain. Privilégiant la méthode de l'entretien à celle de l'observation [46] , une

[43] Adam Smith, « L'analyse comparée des politiques publiques : une démarche pour dépasser le tourisme intelligent », Revue internationale de politique comparée, 2000, vol.7, n°1, p.8.

[44] Le « terrain » de cette recherche est constitué des « prisons de Lyon » en France. Cette expression, couramment utilisé, désigne un seul et même établissement réparti en trois quartiers de détention : un quartier femme, Montluc, qui comporte 22 places théoriques mais qui accueille aujourd'hui près de 80 femmes, auquel s'ajoutent deux sites vers la gare de Perrache : Saint-Joseph et Saint-Paul, construits respectivement en 1830 et 1860. Les prisons de Lyon constituent administrativement une maison d'arrêt, c'est à dire un lieu destiné à recevoir « les inculpés, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire » et les « condamnés auxquels il reste à subir une peine d'une durée inférieure à un an » (Art. 714 du Code de procédure pénale) tandis que les établissements pour peines accueillent « les condamnés qui purgent leur peine » (Art. 717). Rome comporte deux établissements pénitentiaires : d'une part celui de Regina Coeli, un ancien monastère, situé en centre ville qui dispose d'une capacité de 850 places et, d'autre part, celui de Rebbibia, beaucoup plus récent et situé légèrement en périphérie. Ce dernier est en réalité le plus gros complexe pénitentiaire d'Italie. Il est composé de quatre prisons distinctes (le *nuovo complesso*, la *casa di reclusione*, la prison pour femmes et la *terza casa*, institut spécialisé dans l'accueil des détenus toxicomanes), chacune dirigée par des directeurs différents, qui rassemblent au total plus de 2000 détenus. Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999 ; Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

[45] Tous les documents utiles à cette recherche sont bien sûr référencés dans la bibliographie, située en fin d'ouvrage.

série de trente entretiens semi-directifs a été réalisée en France et en Italie [47] . Face à la complexité et à la richesse des configurations singulières, la constitution d'un échantillon représentatif selon les critères classiques (âge, profession, situation familiale, résidence) paraissait peu pertinente. L'objet de cette recherche étant avant tout de saisir les logiques de mise en œuvre d'une politique nationale au plan local, il a semblé préférable d'insister sur la diversité des positions occupées par les acteurs afin d'aboutir à une représentation aussi fine que possible du cadre dans lequel la réforme de la médecine pénitentiaire a eu lieu. Toute analyse en termes d'interactions doit ainsi, comme le rappelle Jacques Lagroye, « repérer les acteurs pertinents intervenants dans le processus, leurs positions, leurs intérêts et leurs objectifs »[48]. La compréhension de l'application de la réforme nécessite d'adopter une démarche globale. C'est pourquoi, les entretiens n'ont pas été réalisés exclusivement auprès du personnel soignant ou pénitentiaire, même s'ils sont majoritaires, mais concernent également les acteurs périphériques nécessaires à la compréhension de l'ensemble du système d'interaction. La méthode de l'entretien semi-directif est enfin apparue la plus adéquate dans cette recherche. Il s'agissait ainsi d'aboutir à une meilleure compréhension des interactions entre les différents acteurs mais aussi de mettre en évidence les représentations dont sont porteurs les enquêtés [49] .

Afin de mettre en évidence les transformations et les difficultés liées à la réforme qui assure le transfert de l'organisation des soins de l'administration pénitentiaire au système sanitaire national, cette réflexion s'articulera en trois temps. Il s'agira dans un premier temps d'expliciter la structuration du nouveau dispositif sanitaire présent en milieu carcéral, en expliquant tout d'abord les différentes logiques qui ont été à l'origine de la réforme, puis en dressant un premier bilan de sa mise en œuvre. Dans un second temps, on s'attachera à décrire le renouveau de l'activité soignante en prison, en détaillant la configuration du système d'acteur qui en résulte entre les personnels sanitaires, pénitentiaires et leur environnement, après quoi on s'attardera sur certains moments spécifiques de la prise en charge des détenus afin de mettre en évidence l'accentuation des oppositions entre les logiques soignante et pénitentiaire suite à la réforme de 1994.

46 Bruno Milly explique très bien dans son travail de recherche sur les soins en milieu carcéral la difficulté et le peu d'intérêt, pour ce type de recherche, d'effectuer des observations en milieu carcéral. Ainsi, « plus que de décrire des actions, il s'agit de réfléchir à la façon que les acteurs ont de décrire leurs actions ». C'est pourquoi, explique t-il, l'entretien est un mode privilégié de compréhension des acteurs du milieu pénitentiaire. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.63.

47 Tandis que 17 entretiens ont été réalisés en France de novembre 2002 à juin 2003, 14 entretiens ont été réalisés en Italie sur une période de 15 jours à l'occasion d'un séjour à Rome en juin 2003. Ces entretiens avaient été programmés par Sandro Libianchi, responsable du Sert, unité de soin pour toxicomanes, de Rebbibia.

48 Lagroye Jacques, Sociologie Politique, Paris, Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques, 1991, « Les politiques publiques », p.439.

49 Guy Michelat observe que « chaque individu est porteur de la culture et des sous-cultures auxquelles il appartient et qu'il en est représentatif ». Il ajoute : « Nous entendons ici par culture l'ensemble des représentations, des valorisations effectives, des habitudes, des règles sociales, des codes symboliques ». Michelat (Guy), « Sur l'utilisation de l'entretien non-directif en sociologie », Revue Française de Sociologie, n°16, 1975, p. 232.

Enfin, on analysera dans un troisième temps l'émergence d'une logique de prévention au sein du milieu carcéral, en explicitant le passage du modèle de la réduction des risques à une démarche d'éducation pour la santé. On en montrera la nouveauté ainsi que les limites et les ambiguïtés qui en découlent.

Partie 1. La mise en place d'un nouveau dispositif soignant

CHAPITRE 1 : UNE CRISE DE GOUVERNANCE DE L'INSTITUTION CARCERALE

La réforme de la médecine pénitentiaire marque une réorientation des politiques sanitaires en milieu carcéral. Elle ne doit cependant pas être envisagée comme un point de départ car elle s'inscrit dans un processus plus ample, dont elle ne marque qu'une étape. L'origine de la loi du 18 janvier 1994 est triple. Elle traduit, en premier lieu, la reconnaissance d'une médecine qui a longtemps été disqualifiée et subordonnée à l'administration pénitentiaire. La réforme de 1994 répond également à la situation d'urgence sanitaire que traversent les prisons françaises dès les années quatre-vingts, en raison d'une fragilisation accrue de la population carcérale, qui est soudainement amplifiée par l'épidémie de Sida. Elle apparaît enfin dans un contexte de remise en cause du système précédant à l'occasion de l'« affaire » du sang contaminé. Cette conjonction causale multiple fut à l'origine d'une crise de gouvernance qui a mis en évidence les limites de l'institution carcérale à prendre en charge l'organisation des soins et qui a légitimé la mise en place d'un nouveau dispositif sanitaire.

1 Réformer une médecine malade

Michel Foucault réalise dans son essai « Surveiller et punir » une réflexion sur « l'économie politique du corps », ou comment le corps est investi par les rapports de pouvoir et de domination, au terme de laquelle il conclut que« la peine se dissocie mal d'un supplément de douleur physique. Que serait un châtiment incorporel ? »[50]. Cette association établie entre peine et châtiment par la conscience collective est peut-être à l'origine de la cohabitation problématique du soin et de la punition. Soumise à la primauté du principe de sécurité, et de ce fait à l'administration pénitentiaire, dépourvue des moyens suffisants pour assurer sa mission de soin, reléguée au rang de « sous médecine » par l'ensemble du champ médical, la médecine pénitentiaire a longtemps été considérée comme « un supplément d'âme » de l'institution carcérale. Elle a été d'ailleurs, jusqu'à récemment, exercée par philanthropie [51] . La réforme de 1994 avait justement pour objectif de mettre fin aux critiques qui ont été adressées à la médecine pénitentiaire et d'accéder afin au rang de médecine de droit commun.

1.1 Une position ambiguë au sein de la prison

Les contours actuels de la santé en milieu pénitentiaire ne peuvent pas être compris si on ne les restitue pas par rapport au passé. C'est pourquoi, il est nécessaire dans un premier temps de retracer brièvement l'histoire de l'institution carcérale et de la place que la santé y occupait pour pouvoir comprendre, dans un second temps, la position de subordination qui a longtemps caractérisée la médecine vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.

1.1.a Prison et santé : perspectives historiques d'une relation conflictuelle

La prison n'est pas une notion univoque, comme le rappelle Guy-Pierre Cabanel, puisqu'elle était conçue au cours de l'histoire de façon très hétérogène [52] . Elle était assimilée à la notion de pénitence pendant le Moyen-âge [53] . Cette idée disparaît puis ressurgit au 16ème siècle. Les détenus étaient maintenus en captivité pour le rachat de

[50] Foucault, Surveiller punir. La naissance de la prison, Paris, Gallimard, 1975

[51] Le rôle joué pendant longtemps par la Croix-Rouge dans l'organisation des soins en est manifeste : la réforme de 1994 a transféré au secteur public hospitalier les dernières infirmières de la Croix-Rouge travaillant au sein des prisons françaises. Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, Editions Privas, Toulouse, 2002, 254p.

[52] Comme le rappelle Claude Faugeron, « Il semble aller de soi, lorsque l'on évoque la prison, que celle-ci est un dispositif où l'on effectue une peine. C'est le discours sur l'enfermement carcéral le plus courant. Cette représentation de la prison [...] s'est construite dès le XVIIIe siècle, d'abord chez les philosophes et les juristes, puis, tout au long du XIXe siècle, chez les théoriciens de la prison, réformateurs et pénologues ». Cette superposition de l'enfermement et de la punition constitue ainsi un "coup de force" sur lequel la pratique de la prison actuelle se fonde : justifier l'enfermement par la peine. Faugeron Claude, "Réformer la prison ? Une perspective historique", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,* p.33.

[53] Cabanel Guy-Pierre, « Entre exclusion et réinsertion », Projet, n°269, printemps 2002, p. 47.

leur faute, dans un but d'amendement. La préservation de la santé des détenus était visée dès le 17ème siècle, même si elle était considérée comme un objectif irréaliste vu les conditions déplorables de détention dans les prisons. Le soin était alors abandonné aux associations caritatives, au premier rang desquelles celles développées par St Vincent de Paul. Au 18ème siècle, un mouvement d'idée favorable à la substitution de l'enfermement individuel au châtiment corporel se développe. Beccaria s'élève alors contre la torture au nom de l'utilité sociale de la peine. C'est dans cette conception de la peine que s'inscrit la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 qui affirme que « la loi ne doit établir que les peines strictement évidemment nécessaires ». Après le premier Empire, un mouvement se développa au sein de l'école hygiéniste qui joua un rôle décisif dans la prise de conscience du rapport entre les conditions de vie et l'état de santé du détenu [54] . Le développement de la statistique permet à cette époque de prendre acte des taux de prévalence et de mortalité anormalement élevés en prison [55] . Les premières équipes médicales sont mises en place mais elles demeurent sous-payées, disposent de faibles moyens et ont peu de pouvoir face à l'administration qui se méfie de leur philanthropie [56] . Sous la République, les débats autour de la santé publique et de l'hygiène sociale, marqués par la création d'un ministère de l'Hygiène en 1920, concernent très peu le monde carcéral [57] . A la veille de la seconde guerre mondiale, l'état sanitaire des prisons de métropole avait peu changé et il n'était résulté aucune évolution de la nouvelle tutelle de l'administration pénitentiaire, qui avait quitté le ministère de l'Intérieur pour être rattaché au ministère de la Justice [58] . « Jusqu'à la libération, tel que l'écrit Bruno Milly, l'histoire de la santé et des professions de santé en prison est marquée par une profonde continuité qui s'exprime, d'abord, au travers d'une opposition continue entre l'expression de philanthropie des réformes et la confrontation à une réalité austère de la santé dans

[54] Michèle Colin, Jean-Paul Jean, « Droit aux soins et amélioration de la conduite des détenus : deux objectifs indissociables », Revue française des affaires sociales. *op.cit.,* p.17-29.

[55] De nombreux travaux statistiques sont développés entre 1830 et 1860 par les médecins hygiénistes qui tentent d'alarmer les pouvoirs publics en raison des risques d'épidémie pour la population libre. Ces études sont alors principalement publiées dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, *op.cit.,* p.84

[56] Face à ce manque de moyens, les prisons se situent dans un état sanitaire déplorable malgré les publications des élites qui critiquent les « prisons paradis ». Les maladies traditionnelles des prisons, le typhus et le scorbut, régressent progressivement au XIXème siècle avec l'amélioration de l'hygiène mais la tuberculose se développe liée à l'état de malnutrition des détenus. La mortalité y est extrêmement élevée. Il résulte que pendant le XIXème siècle entre 40.000 et 50.000 personnes sont mortes en France du fait de leur emprisonnement. *Ibid,* p.86.

[57] Sous la IIIème République, le nombre de détenus chute de moitié en raison de l'ouverture de nouvelles possibilités d'individualisation de la peine grâce à Aristide Briand chargé de la réforme pénitentiaire. La République considère la prison comme une école du crime qui représente cependant, comme le rappelle Robert Badinter, le lieu de la peine et du châtiment par excellence et un instrument de dissuasion à l'attention des "classes dangereuses". Badinter Robert, La Prison républicaine (1871-1914), Fayard, Paris, 1992, 473p.

[58] Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, *op.cit.,* p.180.

une prison totale et totalitaire : l'autonomie de ceux qui ont la charge de la santé en prison n'est guère garantie, malgré la profusion de discours philanthropiques. Les prisons échappent encore aux grandes révolutions sanitaires et hygiéniques »[59].

Trois grandes périodes de réforme de la prison vont avoir lieu au cours de la deuxième moitié du 20ème siècle en France [60] . La Libération marque une volonté de changement dans un contexte général de réforme des structures administratives et d'urgence sanitaire et sociale. Les 14 principes formulés en mai 1945 par la commission Paul Armor mettent l'accent sur « l'amendement et le reclassement social du condamné » (1er principe) ou sur l'ouverture des personnels extérieurs. Le secteur médical fait l'objet d'un principe à part entière : « Dans tous les établissements pénitentiaires doit fonctionner un service social et médico- psychologique» (principe 10). Le Code de la santé publique de 1945 prévoit également le dépistage des maladies contagieuses en milieu carcéral. La constitution de 1946 « garantit à tous […] la protection de la santé ». Le principe de la gratuité des soins fonde la prise en charge, mais le détenu perd le bénéfice de la Sécurité sociale et les consultations se limitent aux problèmes présentant un caractère d'urgence. De 1944 à 1948 fut mis en place un dispositif sanitaire placé sous la tutelle et à la charge budgétaire de l'administration pénitentiaire : dans une infirmerie, des médecins vacataires et des infirmières (dans un premier temps détachées par la Croix-Rouge) assuraient les soins [61] . Le contrôle était exercé par un médecin général des prisons dépendant de l'administration pénitentiaire. C'est cette logique de médecine sous tutelle pénitentiaire qui sera battue en brèche par la réforme de 1994. Enfin, un certain nombre d'établissements sont spécialisés dans l'accueil de détenus malades : Liancourt pour les tuberculoses pulmonaires, château Thierry pour les malades mentaux. Deux hôpitaux pénitentiaires sont institués, l'un à Fresnes, l'autre aux Baumettes à Marseille.

Les initiatives se multiplient à partir des années 1950. Les professionnels de santé s'intéressent de plus en plus à l'exercice en prison, notamment le secteur psychiatrique [62] . Des annexes psychiatriques sont créées dans les maisons d'arrêt. Chargées du dépistage et du traitement des délinquants ayant des déficiences mentales, ces annexes sont cependant contraintes de fermer faute de ressources budgétaires. La prison commence ainsi à être traversée par un courant psychiatrique qui échappe à la logique du milieu pénitentiaire. Cette période marque également un « tournant » par l'écart qui se creuse entre les « médecins pénitentiaires » et ceux qui interviennent en milieu libre, en libéral, à l'hôpital ou dans d'autres institutions médicalisées. En effet, « l'essor de plus en plus rapide des techniques diagnostiques et thérapeutiques creusait d'année en année le fossé entre celles disponibles à la population générale et celles accessibles aux personnes détenues »[63]. En réponse à l'autonomie des médecins en milieu libre [64] , les médecins de prison, considérés par l'administration pénitentiaire au même titre que les

[59] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.81.

[60] Faugeron Claude, "Réformer la prison ? Une perspective historique", *art.cit.,* pp.36-39.

[61] Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, *op.cit.,* p.181.

[62] *Ibid.,* p.182.

aumôniers, cherchent à s'imposer en tant que cliniciens sur des bases strictement techniques, par leur qualification, et non par leur humanisme ou par leur charité. Les échecs répétés de ces tentatives feront de cette période des «années honteuses »[65].

Une seconde vague de réforme, appelée « réforme de 1975 », bien qu'elle fut commencée dès 1970, a lieu suite à des révoltes de détenus dans un contexte de contestation de l'institution carcérale par les intellectuels, au premier rang desquels Michel Foucault [66] . On assiste à un bouleversement de la vie pénitentiaire notamment par l'amélioration et la libéralisation des régimes de détention et l'assouplissement des mesures d'aménagement et d'exécution des peines dans une volonté de réinsérer le détenu. On relève à cette époque un quasi-doublement des dépenses relatives aux soins médicaux entre 1972 et 1974. La prise en charge psychiatrique évolue fortement durant cette même période par la création des Centres médico-psychologiques (CMP), par un décret de 1967 qui entérine la subordination hiérarchique des psychiatres au chef de l'établissement pénitentiaire, dont ils seront libérés en 1977. Les années 1970 constituent cependant pour la santé en milieu pénitentiaire des « années noires ». Les marges d'autonomie, les rémunérations, les modes de recrutement font des médecins intervenant en prison des « sous médecins », surtout aux yeux de leurs confrères. C'est alors qu'apparaît un slogan : « La médecine en milieu pénitentiaire n'est pas une sous-médecine»[67]. C'est à cette période où l'écart entre les conditions d'exercice en milieu carcéral et celles du milieu libre, particulièrement en confrontation avec le secteur hospitalier, apparaît maximal. Certains médecins tentent alors en réaction de défendre leur non-subordination à l'administration pénitentiaire en réaffirmant le respect de l'éthique médicale [68] . Au même moment, le Code de déontologie médicale de 1979 énonce pour la première fois un article visant spécifiquement l'exercice de la médecine en milieu carcéral (Article 8 du code de déontologie médicale, décret nº 79 506 du 28 juin 1979). Cette irruption atteste un intérêt croissant du corps médical et du Conseil de l'ordre pour la médecine en milieu pénitentiaire [69] .

63 Barlet P., « Historique de la médecine pénitentiaire », Tonic, Lyon, n°96, 2001, pp.2-4.

64 On rappelle la création du conseil de l'ordre des médecins par l'ordonnance du 24 septembre 1945, conseil qui constitue l'un des fondements de la reconnaissance sociale des médecins comme professionnels c'est à dire en tant qu'acteurs autonomes.

65 Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.84.

66 Les révoltes qui secouèrent l'institution carcérale de 1971 à 1974 constituent, en partie, une répercussion du mouvement de société de mai 68. En effet, comme le rappelle Anne-Marie Marchetti, « les problèmes qui agitent une société finissent toujours à terme par se manifester en détention. Pour épais et si élevés qu'ils soient, les murs qui enserrent les prisons ne sont jamais complètement étanches […] Des deux côtés des murs, que désirait-on finalement, si ce n'est plus de considération et de liberté ? ». Les mouvements de défenses des détenus étaient souvent animés par des militants maoïstes. Marchetti A-M., Combessie P., La prison dans la Cité, Desclée de Brouwer, Paris, 1996, p.244.

67 *Ibid.,* p.87.

69 Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.86.

Une troisième vague de libéralisation des régimes de détention et de décloisonnement s'initie au cours des années quatre-vingts avec l'arrivée de Robert Badinter au ministère de la Justice [70] . Le décret nº 8477 du 30 janvier 1984 ouvre un ensemble de nouveaux droits et inaugure le décloisonnement des services médicaux pénitentiaires : l'inspection des services médicaux et infirmiers des établissements est désormais de la compétence de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Pour la première fois, ce sont des personnels indépendants de l'administration pénitentiaire qui sont chargés du contrôle de l'hygiène et de l'organisation générale des soins en milieu carcéral. L'enjeu de ce transfert de compétence, comme le note Bruno Milly, était de relier la médecine pénitentiaire au corps médical tout entier [71] . Le premier rapport, établi en 1984 à la demande du garde des Sceaux, sur l'organisation des services de santé en milieu pénitentiaire relève alors les taux d'incidences élevés de la tuberculose, des maladies mentales ou encore des hépatites virales liées à la toxicomanie ainsi que le manque d'hygiène flagrant. La médecine pénitentiaire acquière alors une place accrue dans le fonctionnement de l'administration pénitentiaire. Les dépenses liées aux rémunérations des infirmières et des médecins ont doublé entre 1980 et 1990, les dépenses globales ont même triplé, alors même que le nombre de jours d'hospitalisation de personne détenue a décru. Le secteur psychiatrique est réformé en 1986 avec la création des Services médicaux psychologiques régionaux (SMPR) par le décret du 14 mars 1986 et l'arrêté du 14 décembre 1986. Leurs personnels ne sont plus vacataires de l'administration pénitentiaire. Enfin, l'hôpital de Fresnes est transformé en établissement d'hospitalisation publique nationale de Fresnes spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées et son personnel soignant est mis sous l'autorité du ministère de la Santé. Bien qu'à la fin des années quatre-vingts l'organisation des soins ait considérablement évolué, elle présente, selon Bruno Milly, deux limites importantes [72] . Il existe, tout d'abord, une opposition au sein de la médecine pénitentiaire entre le secteur somatique et le secteur psychiatrique : le pôle somatique, dont les médecins et les infirmiers sont vacataires de l'administration pénitentiaire, demeure en marge de cette révolution statutaire dont bénéficient les services psychiatriques. Le second clivage

68 Le 19 décembre 1972, le docteur Georges Fully, inspecteur général de l'administration pénitentiaire, et d'autres médecins intervenant en milieu pénitentiaire remettent au garde des Sceaux une motion rappelant leur indépendance professionnelle et leur volonté de respecter la déontologie. Son successeur, Solange Troisier, est à l'origine d'un serment professionnel propre aux médecins intervenants en milieu pénitentiaire qui figure dans la Charte d'Athènes : «Nous, membre des professions de santé exerçant en prison, réunis à Athènes le 11/09/1979, prenons l'engagement, dans l'esprit du serment d'Hippocrate, de prodiguer les meilleurs soins possibles à ceux qui sont incarcérés à quelque titre que ce soit, sans porter atteinte aux principes de nos éthiques professionnelles respectives ».

70 En 1985, la réforme de la politique pénale, la « réforme Armor », rappelle la nécessité que la peine participe à la réinsertion du délinquant. Elle a pour but essentiel le reclassement du condamné. Cabanel Guy-Pierre, « Entre exclusion et réinsertion », *op.cit.,* p.48.

71 Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.89.

72 *Ibid.,* pp.90-91.

concerne les rapports entre les professionnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire et ceux qui interviennent en milieu libre. L'étiquette de médecin ou d'infirmier pénitentiaire est le plus souvent refusée. L'hôpital pénitentiaire de Fresnes reste le symbole de la soumission des « médecins de prison » à l'administration pénitentiaire. Il devient le symbole de la soumission du corps médical intervenant en prison à l'administration pénitentiaire.

1.1.b Une position de subordination préjudiciable

La médecine pénitentiaire fonctionnait au début des années quatre-vingt-dix en France et en Italie sur un modèle similaire, selon lequel la prise en charge sanitaire des détenus relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire [73] . L'organisation des soins consistait en un ou plusieurs médecins vacataires désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement pour une période renouvelable. Les services médicaux en prison se trouvaient par conséquent sous une forme de tutelle du ministère de la Justice. Ce mode d'organisation n'était pas sans poser un certain nombre de difficultés qui ont été à l'origine du transfert de la compétence sanitaire au ministère de la Santé.

Le premier dysfonctionnement de l'ancien modèle était l'absence de séparation nette entre les personnels soignant et pénitentiaire. Par manque d'employés, les surveillants étaient fréquemment amenés à assurer des postes d'infirmier, de manipulateur radio, d'aide-soignant ou de préparateur en pharmacie, rôles occupés parfois par les détenus eux-mêmes. Dans un rapport réalisé par le Conseil national du Sida (CNS) en 1993 portant sur « les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire », il est établi que les attributions de poste contrevenaient, dans de nombreux établissements français, au Code de déontologie ainsi qu'au Code de procédure pénale [74] . Un cadre de l'administration pénitentiaire raconte ainsi son expérience à la maison d'arrêt de Douai au début des années quatre-vingt-dix où la distribution des médicaments était effectuée par un surveillant « qui portait la blouse blanche»[75]. Tandis que la loi de 1994 a permis de mettre fin en France à ces situations

[73] En Italie, les actions sanitaires en milieu carcéral reposent sur la loi 354 de 1975 sur la réorganisation pénitentiaire (et sa circulaire d'application de 1976) où l'article 11, intitulé "Service sanitaire", prévoit les conditions d'organisation d'un service médical. Les directeurs des établissements pénitentiaires disposent, selon l'article 3, de la responsabilité de l'organisation de l'ensemble des services présent dans l'institution. En matière de santé, le bureau de la direction est chargé de l'organisation de la structure de soin, de promouvoir des liens avec les structures de soins extérieures et avec les pharmacies, de recruter le personnel médical mais les textes législatifs ne précisent pas les missions de santé que doit remplir la direction, laissant ainsi la porte ouverte aux initiatives personnelles. Andreano Renato , Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici, document disponible sur le site internet du centre de réflexion sur l'institution carcérale Altro diritto: http://altrodiritto.it.

[74] « Dans tel établissement, il n'y a pas de préparateur en pharmacie, les détenus préparent les fioles de psychotropes et les médicaments secs, il n'y a pas de manipulateur radio, un surveillant fait les radios, un autre surveillant est aide-soignant. [...] Ailleurs encore, le manque de personnel médical fait que l'aide-soignant ou le préparateur en pharmacie est un surveillant». Conseil national du Sida, Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, 12 janvier 1993,pp.10-11.

ambiguës, les mêmes problèmes persistent aujourd'hui en Italie qui offre une comparaison entre l'ancien et le nouveau dispositif. Une psychologue travaillant dans un centre de détention pour mineurs, regrette que la distribution des médicaments soit encore réalisée par un surveillant. Partisane de la réforme de 1999, qui transfert l'organisation des soins au *Sistema sanitario nazionale*, elle s'oppose à ce mode de fonctionnement. Outre les ambiguïtés liées au statut du personnel, elle justifie sa position par un motif de compétence : le surveillant ne dispose pas d'une culture médicale qui lui permet de faire face à différentes éventualités, telle qu'une réaction à la prise d'un médicament :

« Les médicaments doivent être distribués par du personnel médical. Seulement parce que le jour où un personnel de surveillance donne un médicament a un mineur et que la personne fait une réaction au médicament... Que se passe-t-il alors? Qui a la responsabilité? Le problème c'est que le surveillant n'a pas les compétences nécessaires pour pouvoir distribuer les médicaments.» [76]

Le médecin, en second lieu, était placé sous l'autorité directe du chef d'établissement. Il se situait dans une relation de subordination stricte vis-à-vis de l'autorité carcérale. En France, les personnes interrogées durant cette enquête ont parfois fait état, mais rarement à la première personne, des pressions que les personnels soignants subissaient de la part de l'administration pénitentiaire avant la réforme de 1994. Comme le rappelle toutefois un psychiatre, il ne s'agissait le plus souvent pas de menaces ou d'intimidations directes mais d'une tension entre les personnels : « [Ça] n'était pas une pression perverse : "Vous allez me faire un faux certificat ou sinon vous partez" ou "Vous allez taire qu'on a cassé la gueule à ce détenu où vous ne remettrez plus les pieds ici". Ce n'était pas aussi violent que ça »[77]. Le renouvellement du contrat de chaque soignant étant lié au bon vouloir du directeur de l'établissement, la précarité des postes de travail était à l'origine d'un rapport de dépendance entre l'employé et son « patron », de sorte que, tel que le rappelle un ancien médecin pénitentiaire, « quand il déplaisait à un directeur, celui-ci lui disait "Docteur, je me passerai de vos services à la fin du mois" »[78].

Tandis que la loi de 1994 a fait cesser cette relation de dépendance en France, de telles situations sont encore observables en Italie. Un médecin de garde à la prison de Rebbibia constate que le statut de médecin pénitentiaire italien est précaire puisque celui-ci signe une convention avec l'établissement dans lequel il intervient qui peut ne pas être renouvelée selon l'avis du directeur [79] . Du fait de cette position de subordination statutaire, le personnel médical ne dispose d'aucuns pouvoirs propres vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, à qui il revient de sanctionner, en dernière instance, la

[75] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[76] ***Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.***

[77] Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

[78] Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[79] Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

validité du jugement médical : « De toute façon, en prison le médecin n'est qu'un consultant du directeur de l'institut pénitentiaire. Le médecin ne peut rien exiger mais il peut seulement formuler des demandes qui seront jugées ensuite par la direction selon les critères de sécurité»[80]. Cette subordination du médical au pénitentiaire contraint le personnel soignant pénitentiaire à de nombreuses tractations [81] . Une psychologue qui soutient résolument la réforme de 1999 critique, dans un mode plus virulent, les concessions faites par le service médical afin de concilier l'impératif sanitaire avec les exigences de sécurité. Elle donne l'exemple d'une intervention auprès d'un mineur qui n'a pas eu lieu en raison du refus de son directeur. Celui-ci, un éducateur de profession, n'a pas jugé opportun d'appeler les urgences, pensant que la personne simulait, et aucune aide médicale ne lui a été fournit. La dépendance à un supérieur relevant d'une autre profession que le domaine sanitaire est clairement rejetée par cette psychologue au nom de l'autonomie de la décision médicale vis-à-vis des exigences de sécurité :

« Notre directeur par exemple est un éducateur et nous ne pouvons même pas lui reconnaître une compétence et pourtant il commande […] Je souhaite avoir un dirigeant qui soit de mon domaine. Je suis une psychologue et je suis dirigée par un éducateur […] Les problèmes de sécurité ne nous concernent pas, ce sont leurs problèmes. Je souhaite qu'il soit possible de prendre une décision sans être conditionné selon d'autres critères qui parfois conditionnent beaucoup plus le jugement médical que les seuls critères sanitaires.» [82] .

La conciliation difficile entre les principes sanitaires et les exigences de sécurité a été pendant longtemps symbolisé en France par le mode d'administration des médicaments. L'administration pénitentiaire, craignant les suicides médicamenteux ainsi que le trafic de médicaments, a longtemps obtenu des professionnels de santé que les médicaments soient distribués sous une forme diluée dans de petits flacons, nommés « fioles pénitentiaires », les médicaments étant écrasés et mélangés puis dissous dans de l'eau et conditionnés dans de petits réceptacles individuels qui étaient distribués en cellule. Ces fioles sont devenues, de la part des médias et des médecins intervenants en milieu libre, le symbole de l'archaïsme du dispositif de soin en milieu pénitentiaire et de la soumission des médecins et des infirmiers à l'administration. Ce problème a fait l'objet de plusieurs notifications lors des inspections de l'Inspection générale des affaires sociales en 1986 (Rapport IGAS n°86-017 d'août 1986) et en 1991 (Rapport IGAS n° 91-084). Dans un article publié dans *Libération* en 1994, Charles Benqué, psychiatre des hôpitaux exerçant au centre pénitentiaire de Fleury-Mérogis, critique les dysfonctionnements liés à l'utilisation des « fioles » au point de vue pharmacologique, médico-psychologique et déontologique [83] . Cette pratique apparaissait d'autant plus inadmissible au début des années quatre-vingt-dix que les responsables médicaux des établissements à gestion

80 Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

81 Les altercations avec le personnel de surveillance se seraient déjà conclues par le renvoi d'un médecin ou d'un infirmier. Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

82 Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

83 Benqué Charles, Libération, 10 mai 1994.

privée avaient mis fin aux distributions de médicaments dans la fiole [84] . La réforme de 1994 a rendu possible, comme le remarque un rapport conjoint entre l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'Inspection générale des affaires sociales établi en 2001, la résolution de ce problème [85] .

L'organisation des soins en prison a pendant longtemps été considérée comme une préoccupation de second rang. Bien qu'indispensable, l'intervention du personnel soignant était perçue comme une menace pour l'institution carcérale. C'est pourquoi la médecine pénitentiaire se caractérisait avant tout par son rapport de subordination vis-à-vis de l'administration. Cette relation de dépendance a fortement contribué a dévalorisé l'exercice de la « médecine pénitentiaire » au sein du champ des professions de santé.

1.2 Le refus d'une « médecine pénitentiaire » : histoire d'une lutte pour la reconnaissance

La loi du 18 janvier 1994 s'explique avant tout par la nécessité de réformer une médecine malade. Celle-ci souffrait d'un manque flagrant de considération comme en témoigne l'état de pauvreté qui l'a pendant longtemps caractérisé. Mais c'est avant tout de son manque de prestige dont était victime cette discipline. La réforme de 1994 a alors constitué pour les soignants pénitentiaires l'opportunité de revaloriser leur pratique médicale en réinscrivant la médecine pénitentiaire dans la médecine de droit commun.

1.2.a Une médecine de second rang

La réforme de 1994 a constitué la réponse apportée au manque de moyen de la médecine pénitentiaire au début des années quatre-vingt-dix. Un rapport établi par le Haut comité national de la santé publique (HCNSP) réalisait en 1993 un état des lieux des carences dont souffrait l'organisation des soins en milieu carcéral. Il soulevait notamment le manque de personnel, la vétusté des locaux mis à disposition par l'administration pénitentiaire, le manque de matériel médical, pour les soins dentaires par exemple, l'insuffisance de la rémunération des vacations (soixante-dix francs de l'heure) et le manque, voire l'absence d'intervention de spécialistes sur plusieurs établissements [86] . Le rapport du Conseil national du Sida a réalisé également en 1993 un constat accablant de l'organisation sanitaire de certains établissements :

« Dans tel établissement, dont le cas n'est sans doute pas exceptionnel, les moyens sont limités […] Cet établissement ne dispose d'aucun psychologue ou psychiatre […] De l'avis général, ce système ne semble pas répondre aux besoins médicaux et psychologiques des détenus, et ne satisfait à l'évidence aucun des

84 Thibault Philippe-Michel, Le défi des prisons « privées », Paris, Albin Michel, 1995, p.185.

85 Les médicaments sont désormais distribués aux détenus sous leur forme normale (le plus souvent sèche) soit à l'UCSA par le préparateur en pharmacie ou l'infirmière, soit en cellule par l'infirmière. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , Rapport Inspection générale des services judiciaires - Inspection générale des affaires sociales, juin 2001,p.33.

86 Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.*, p.19.

responsables de l'établissement. Un toxicomane écroué un dimanche ne peut recevoir aucun médicament, puisqu'il n'y a pas de permanence médicale […] Le médecin généraliste, particulièrement mal rétribué, ne continue à venir que par amitié pour son directeur » [87]

Les personnes interrogées reconnaissent volontiers le manque de moyen patent dont souffrait la médecine pénitentiaire avant la réforme de 1994. Une psychologue qui travaillait à l'Antenne toxicomanie durant les années quatre-vingts qualifie les soins de « primaires »[88]. Une employée des services sociaux pénitentiaires, le Service Pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), raconte son expérience à la maison d'arrêt de Meaux en 1993 où le manque de personnel soignant, dont le local se limitait à une cellule, ne permettait pas d'assurer plus que les soins et de développer des projets de prévention ou d'insertion [89] . A ce manque de moyens, s'ajoutait une absence de considération de la médecine pénitentiaire en tant que discipline médicale. La prison demeurait un milieu peu valorisant pour les médecins qui percevaient l'exercice en milieu carcéral comme une activité dépréciative [90] . Cette charge était d'ailleurs souvent occupée par des médecins de « second ordre » qui choisissait cette voie en l'absence d'autres choix. La profession de « médecin de prison » offrait à cette époque peu de perspectives de carrières, comme le rapporte un ancien médecin pénitentiaire :

« Si vous voulez, qu'est-ce que c'était en 1970 qu'un médecin pénitentiaire ? C'était un médecin vacataire, en général un médecin généraliste, qui acceptait à titre philanthropique […] de venir une fois ou deux fois par semaine de passer une demi-journée dans un établissement pénitentiaire. Il était donc totalement seul avec une infirmière […] Il pouvait faire vingt ans ou vingt-cinq ans, il avait toujours le même statut, toujours la même rémunération, aucune perspective de carrière, aucune possibilité d'échanger avec quelqu'un d'autre puisqu'il n'y avait que lui dans cette fonction. » [91]

La médecine en prison a donc été pendant longtemps en France « une médecine de seconde zone pour des individus de seconde zone »[92]. La situation italienne fournit

[87] Conseil national du Sida, Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, op.cit., p.6.

[88] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[89] Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

[90] Cette difficulté était accentuée en zone rurale où le préfet devait auparavant désigner un médecin d'office ou « décisionnaire ». Une charge qui était très mal vécue comme en témoigne un médecin généraliste : « Moi, je sortais de mes études, je voulais me consacrer entièrement à la médecine de campagne, et cette idée de faire des consultations à la centrale ne me disait rien du tout, cela me semblait de la sous-médecine… Et puis, j'ai été désigné par le préfet, je ne pouvais pas refuser. C'est là que mes clients ont commencé à me regardé d'un sale œil quand je passais les voir un peu tard et à me dire : « Et bien sûr, nous, on passe après les détenus ». Entretien cité *in* Marchetti A-M., Combessie P., La prison dans la Cité, *op.cit.*, p.107.

[91] Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[92] Marchetti A-M., Combessie P., La prison dans la Cité, *op.cit.,* p.111.

également une bonne échelle de comparaison, où même si les conditions ne sont pas similaires à l'ancienne médecine pénitentiaire française, elles demeurent largement insuffisantes dans plusieurs établissements. Une psychologue regrette par exemple le manque de moyens disponibles au centre de détention pour mineurs où le seul médecin en fonction ne dispose pas du matériel suffisant pour réaliser la visite des entrants de façon satisfaisante :

« Le problème c'est qu'il n'y a pas de véritables vérifications. Il y a un médecin qui regarde en cinq minutes un détenu. Ce ne sont pas des visites qui sont très bien faites […] Et si un détenu a un problème visible à l'œil nu alors il s'en rend compte mais il n'y a pas d'examens plus approfondis. Il n'y a pas un discours de dépistage des maladies en général. » [93]

En confrontation avec les besoins, le manque de moyens accordés à la médecine pénitentiaire s'expliquerait par une double, voire une triple, discrimination : la santé n'a toujours occupée qu'une place marginale au sein d'une administration qui elle-même ne représente qu'une part réduite du budget de fonctionnement du ministère auquel elle est rattachée. Agnès Olive écrit qu'« il n'est pas exagéré d'affirmer que financièrement la prison est le secteur délaissé de la Justice qui elle-même ne bénéficie pas de crédits suffisants (le budget de la Justice représente 1,5% du budget de l'Etat), alors la santé en prison… »[94]. Un pionnier de la médecine pénitentiaire en France remarque que l'administration pénitentiaire était trop faible pour pouvoir assurer l'organisation des soins, ce qui justifiait le transfert des activités sanitaires au ministère de la Santé : « Donc nous avons dit qu'il s'agit plutôt d'une mission de santé publique et qu'elle était peu compatible avec la dépendance à l'administration pénitentiaire. En effet […] l'administration pénitentiaire se situait au fond d'un entonnoir de pauvreté qui la coinçait et la figeait dans ces pauvres moyens du droit »[95].

La seconde critique fréquemment adressée à l'ancienne organisation des soins est la mauvaise gestion des fonds mis à disposition de la médecine pénitentiaire. Une psychologue constate le manque de planification avec lequel l'administration pénitentiaire gérait l'organisation des soins : « Parce que les soins étaient quand même plus que dramatiques. C'était pas structuré. Pas assez structuré, pas assez suivi […] Il y en avait pour des sommes faramineuses. Rien n'était vraiment géré. Il y a eu des déficits, des choses comme ça. Il fallait tout restructurer »[96]. Le choix de rattacher la médecine pénitentiaire au système hospitalier français s'explique probablement en vertu de l'organisation hospitalière qui a été l'objet au cours des vingt-dernières années d'un important processus de rationalisation des dépenses [97] . La réforme de 1994 semble avoir permis d'améliorer fortement la gestion des ressources, comme en témoigne la nouvelle

[93] ***Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.***

[94] Olive Agnès, « Le Sida en prison (ou le bilan de la santé publique en milieu carcéral) », Revue pénitentiaire, n°2/4, 1998, pp.10-16.

[95] Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[96] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

gestion des médicaments [98] . En Italie, la mauvaise intendance semble beaucoup plus généralisée. Le budget de la médecine pénitentiaire a été jusqu'à la réforme de 1999 géré au sein du ministère par un petit groupe de fonctionnaires sans qu'aucun contrôle ne soit effectué sur les coûts, comme le constate le responsable du Sert de Rebbibia. Les surfacturations, pratique courante selon certains enquêtés, constituerait même un moyen pour l'administration pénitentiaire italienne de « fidéliser » les médecins à leurs exigences :

« La médecine pénitentiaire en Italie c'était auparavant trois personnes qui géraient à elles seules un budget de 220 milliards de lires par année. Elles géraient cet argent sans aucuns contrôles […]Un psychiatre dit par exemple qu'il a fait vingt visites dans une matinée mais elles sont assez expéditives […] Il y a encore par exemple une personne à Rebbibia qui gagne encore aujourd'hui un milliard de lires [330.000 francs] par année. Pour les personnes qui dépendaient de l'administration pénitentiaire, venir travailler en prison était une énorme opportunité car elles pouvaient faire ce qu'elles voulaient. Toutes les facturations étaient illégales […] Parce que quand tu achètes l'opérateur et que cet opérateur a été acheté, tu le contrôles […] Cela crée un lien de dépendance entre l'administration et le personnel. » [99]

La médecine pénitentiaire était, du fait de son manque de moyens et de sa mauvaise gestion, dans un état de crise au début des années quatre-vingt-dix. Certains personnels médicaux ont alors affirmé l'échec d'un « véritable statut de la médecine pénitentiaire » [100] et ont exigé leur reconnaissance en tant que personnel soignant. Faire renter la médecine pénitentiaire dans un statut de droit commun requérait son intégration au système sanitaire national.

1.2.b La médecine *en milieu* pénitentiaire de droit commun

La médecine en milieu carcéral ne relevait pas au début des années quatre-vingt-dix en France ou en Italie du droit commun mais de l'administration pénitentiaire. Cette distinction s'explique par une répartition de compétences entre ministères mais aussi par l'absence de politique sanitaire spécifique en milieu carcéral, notamment en Italie [101] . Au

97 Les hôpitaux sont en effet traversés depuis la fin des années soixante-dix par une restructuration qui passe notamment par une modification des modalités de financement, avec l'adoption du budget global en 1983, une meilleure planification sanitaire, par le biais du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) établi en 1991 et l'instauration d'une culture de l'évaluation des pratiques, par la mise en place par exemple d'une Programmation médicale des systèmes informatique (PMSI). Lambert Marie-Thérèse (dir.), Politiques sociales, *op.cit.,* p.499.

98 C'est ce que relève un rapport d'évaluation de la réforme : « Ce sont les pharmaciens hospitaliers qui ont été chargés de l'application de la réforme de 1994. Avec eux, c'est l'ensemble des pharmacies hospitalières, de leur personnel, de leurs pratiques, de leurs procédures, de leurs contrôles internes, qui sont entrés dans la prison, permettant à terme une remise à niveau du système ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.33.

99 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

100 Ferrier Bernard, « Pour un véritable statut de la médecine pénitentiaire », Revue pénitentiaire et de droit pénal, 1986, p.29.

début des années quatre-vingt-dix, alors que la médecine pénitentiaire était en crise, une partie du personnel médical s'empressa de proposer la fin de l'exception carcérale et le rattachement au ministère de la Santé. Daniel Gonin publia en 1991 un ouvrage, *La santé incarcéré*, dénonçant les conditions d'incarcération et d'exercice de la médecine en prison afin de réclamer un débat sur le statut du personnel soignant : « Pour satisfaire sa mission, la médecine pénitentiaire ne peut plus être une médecine à part, enclavée dans une administration qui n'a pas pour rôle de garantir la protection médicale. Elle doit retrouver sa place au sein de la Santé»[102]. L'argumentaire développé par les partisans de cette réforme consiste avant tout à affirmer le principe de continuité du droit à la santé entre la prison et le milieu libre. Il s'agit, comme le soutient le président de l'agence pénitentiaire de la ville de Rome, de refuser que la prison puisse être coupée du reste de la société et d'affirmer ainsi qu'elle doit s'ouvrir à des intervenants extérieurs :

« La prison constitue un monde autonome coupé du reste de la société. Et le but de la loi de 1999, outre d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus, c'était d'affirmer le principe d'ouverture de la prison. La prison ne doit pas rester repliée sur elle-même, elle fait partie de notre pays. C'est une institution d'Etat.» ***[103]***

Les personnels soignants partisans du rattachement de la médecine pénitentiaire au système sanitaire national ont principalement justifié la réforme de 1994, ou de 1999 en Italie, par la nécessité de garantir un droit à la santé qui puisse être respecté aussi bien en prison que dans le reste de la société. Ce transfert de compétence avait néanmoins d'autres intentions. Il s'agissait pour le personnel médical travaillant en prison de requalifier une profession qui était atteinte de discrédit depuis longtemps. Bruno Milly note dans son étude sur le soin en milieu carcéral que la médecine pénitentiaire a toujours souffert d'un manque de valorisation [104] . Elle reste, tout d'abord, une médecine salariée qui a toujours été dépréciée par rapport à la médecine libérale. Elle souffre également d'un déficit de reconnaissance lié au caractère peu prestigieux de l'institution. Enfin, la dépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire est perçue comme le symbole d'un

[101] Le milieu carcéral est jusqu'en 1999 resté en dehors du système sanitaire national, comme le résume le responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome. La non-application de la loi de 1975, qui a instauré un service de soin pour toxicomanes, en milieu carcéral témoigne, selon lui, de la coupure entre le milieu carcéral et le reste de la société ainsi que par l'absence de politique sanitaire propre aux prisons : « Le fait que les prisons soient des structures spécifiques, qu'elles dépendent d'un autre ministère, qu'elles ont des caractéristiques particulières au niveau de la sécurité, a fait qu'elles ont mis beaucoup de temps à s'adapter à cette loi ». Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

[102] On peut noter que ce livre a connu un très fort succès aussi bien en France, qu'à l'étranger puisque ce livre a été par exemple traduit en Italie où il constitue l'un des livres manifeste dans la condamnation des conditions d'incarcération. Gonin D., La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, Ed. De l'archipel, Paris, 1991, p.256.

[103] C'est d'ailleurs dans ce sens que le conseil municipal de Rome a décidé de constituer la prison de Rebbibia comme un arrondissement afin d'apporter aux détenus les mêmes droits dont jouissent les citoyens romains : «Ainsi les détenus en tant que citoyens de la ville de Rome ont droit aux mêmes prestations que les autres citoyens ». Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

[104] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.97.

métier « au rabais », comme cela a été souligné précédemment. Cette dévalorisation reposait sur l'idée répandue au sein du champ médical d'une incompatibilité entre la logique soignante et la logique pénitentiaire, comme en témoigne les propos d'une éducatrice des prisons de Lyon [105] . Cette dévalorisation était telle que efforts de modernisation de la médecine pénitentiaire ont d'ailleurs été parfois davantage motivés par la volonté des médecins de faire reconnaître une discipline mal considérée par leurs pairs plutôt que par une préoccupation de l'état de santé des détenus [106] . Sans pouvoir généraliser ce constat, cette remarque souligne les avantages escomptés par certains médecins pénitentiaires du passage au service sanitaire national [107] .

La réforme de 1994 a été perçue comme l'opportunité de requalifier une discipline entachée de discrédit. Elle doit cependant davantage être considérée comme l'aboutissement d'un processus que comme une étape initiale. En effet, certains médecins intervenant en milieu carcéral avaient déjà engagé une lutte depuis une trentaine d'année afin de rehausser l'image de la médecine pénitentiaire. Ce processus est particulièrement flagrant sur Lyon et participe à la constitution d'une « spécificité lyonnaise ». L'engagement de la médecine lyonnaise dans le soin aux détenus fut l'une des initiatives de Louis Roche pour engager la médecine légale, dont il était professeur agrégé, dans ce champ disciplinaire [108] . Il incita certains de ses élèves à occuper des postes de médecins vacataires dans les prisons de Lyon. Le rattachement à l'université leur fournît un support logistique et mît à leur disposition un ensemble de ressources suffisantes pour mettre fin à l'isolement qui caractérisait alors les médecins pénitentiaires [109] . C'est « grâce à cet étayage qu'ils purent élaborer l'expérience clinique de ce qui ne tarda pas à leur apparaître comme une discipline spécifique, tant du fait de la morbidité somatique et psychique des entrants qu'en regard des effets « iatrogènes » de la détention »[110].

105 « Il y avait l'idée, un peu ancienne mais qui a durée très longtemps, qui était de dire que si on met en place des structures soignantes en milieu carcéral, c'était quelque part une façon d'améliorer ou d'aménager le système carcéral pénitentiaire français et du coup on était dans une espèce d'aménagement et qu'on permettait la survivance de ce système là. On s'est même fait traité une fois de médecins nazis ». Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

106 Bruno Milly a par exemple participé à l'observation d'un comité de pilotage sur la télé-médecine qui lui a permis de prendre acte de la différence entre le souci pour les détenus témoigné par les médecins lors de leurs déclarations d'intention et le discours tenu entre confrères, le débat sur la télé-médecine étant centré avant tout sur l'idée d'une valorisation de la médecine pénitentiaire. Il conclut en affirmant : « On peut noter que les détenus ne sont assurément pas une préoccupation centrale des médecins intervenant en milieu pénitentiaire ». Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.57.

107 Il semble, en ce qui concerne le cas lyonnais, que cette recherche de valorisation était beaucoup moins présente du fait d'une plus grande reconnaissance de la médecine pénitentiaire, qui sera développée par la suite comme une « spécificité lyonnaise ».

108 Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

109 L'Italie fournit là aussi un bon modèle de comparaison où cet émiettement professionnel est encore très présent comme en témoigne un médecin de Rebbibia : « Le problème de la médecine pénitentiaire, c'est que personne ne t'aide. Personne ne t'apprend le métier et tu dois prendre des risques ». Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

L'accès au milieu universitaire, facilitant, par exemple, l'organisation de conférences internationales, permit à quelques médecins pénitentiaires lyonnais d'institutionnaliser et de disciplinariser ainsi une profession alors précaire :

« Roche […] nous a dit, à un certain nombre de ces jeunes collaborateurs, « il y a un autre champ d'activité qui est le monde pénitentiaire et dans lequel je pense que vous devriez vous investir » […] C'est comme ça que quelques camarades et moi-même nous avons pris possession de quelques postes vacants en tant que vacataires de l'administration pénitentiaire. La chance que nous avons eue par rapport à tous les collègues vacataires des établissements pénitentiaires de France, c'est précisément ce rattachement universitaire à travers la médecine légale qui nous permettait à la fois de ne pas être seul et qui permettait un partage d'expériences et un travail de recherche. L'université était un support. » [111]

La progressive reconnaissance de la médecine pénitentiaire au sein du champ médical en tant que discipline spécifique est désormais perceptible à travers deux évolutions. La première concerne la formation universitaire qui prévoit désormais des enseignements sur la pratique médicale en milieu carcéral pour les soignants qui souhaitent travailler en prison [112] . La seconde évolution significative est la requalification sémantique du terme de médecine pénitentiaire, un changement soutenu depuis longtemps par de nombreux médecins et qui semble désormais davantage reconnu. Comme l'affirme Isabelle Chauvin, « le terme de médecine pénitentiaire est manifestement impropre. La déontologie et l'éthique font qu'il n'y a pas et qu'il ne peut y avoir de "médecine pénitentiaire", mais une médecine "en milieu pénitentiaire" »[113]. L'enjeu de la réforme de 1994 était d'affirmer la reconnaissance de la médecine en milieu carcéral en tant que discipline à part entière. On peut affirmer, selon un cadre de l'administration pénitentiaire qu'elle « a permis de mettre fin à l'idée qu'il y aurait en prison une autre médecine, une sous-médecine pour les détenus »[114].

L'histoire de la médecine en milieu pénitentiaire est celle d'une lutte pour la reconnaissance. Née sur l'initiative d'associations de charité, elle fut progressivement institutionnalisée au 19ème siècle. Elle fut par la suite profondément ébranlée par le « coup de buttoir » que représenta la Libération. Elle demeura néanmoins pendant longtemps une « médecine de second choix » destinée à un public spécifique, considéré comme dangereux. La réforme de 1994 qui assure le transfert de l'organisation des soins vers le système hospitalier s'explique dès lors, en considération de l'histoire de la

[110] Barlet P., « Historique de la médecine pénitentiaire », Tonic, *art.cit.*

[111] ***Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[112] Il existe actuellement à l'université de Lyon une capacité en médecine pénitentiaire, dirigée par le professeur Barlet, tandis que Sando Libianchi dirige à Rome un Master en « Protection de la santé en prison » ouvert aux médecins, psychologues, pharmaciens et biologistes.

[113] Chauvin Isabelle, La santé en prison, Paris, ESF Editeur, 2000, p.14.

[114] Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

médecine pénitentiaire, pour au moins trois raisons. Elle mit fin, tout d'abord, à la relation de dépendance qui s'était établit entre l'administration pénitentiaire et le personnel soignant. Elle permit, ensuite, d'apporter une réponse à l'état de délabrement dans laquelle se situait le dispositif sanitaire qui était tout juste en mesure d'assurer les soins aux détenus et incapable d'adopter une démarche de prévention. Elle offrit, enfin, l'opportunité à la médecine pénitentiaire de reconquérir au sein du champ médical les lettres de noblesse que lui avaient toujours refusées les médecins travaillant en milieu libre. La réforme de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire apparaissait d'autant plus indispensable au début des années quatre-vingt-dix, qu'elle devait faire face à une situation sanitaire alarmante.

2 Répondre à une situation d'urgence sanitaire

Malgré ses faiblesses, l'ancien dispositif soignant carcéral n'a pendant longtemps pas été remis en cause en raison de la faible demande sanitaire à laquelle il devait répondre : le nombre de détenus demeurait relativement faible et les pathologies de la population carcérale étaient relativement bénignes. Cette situation s'est cependant considérablement aggravée au cours des années quatre-vingts en raison d'une politique pénale répressive qui a aboutit à une forte surpopulation carcérale et à une paupérisation accrue des détenus. La médecine pénitentiaire est alors apparue incapable de répondre aux besoins sanitaires toujours plus importants au sein des prisons françaises. La remise en cause de l'organisation des soins ne fut cependant possible que par la crise liée à l'épidémie de Sida qui a permis un renouveau des politiques de santé publique en milieu carcéral comme dans le reste de la société.

2.1 Une population carcérale fragilisée

« Le 20ème siècle a vu un renversement de la pratique de l'emprisonnement en France »[115]. En effet, alors que le taux d'incarcération était en baisse constante depuis le début du siècle, celui-ci a commencé à augmenté à partir des années soixante puis s'est rapidement accéléré à la fin des années soixante-dix. Cette inflation pénale, fruit d'un recours accru à l'emprisonnement des populations à statut précaire, ne s'accompagne pas du développement du parc immobilier pénitentiaire, aboutissant ainsi à une forte surpopulation carcérale.

2.1.a « Les prisons de la misère »

La surpopulation carcérale est, comme le rappelle Loïc Wacquant un phénomène présent dans presque touts les pays de l'Union Européenne. Le taux d'occupation des prisons (nombre de prisonniers/nombre de places) atteint en 1997, 136% au Portugal, 129% en Grèce, 127% en Italie, 112% en Espagne, 109% en Angleterre, 109% en France, 103% en Allemagne, 95% aux Pays-Bas, 92% en Suède et 72% en Finlande [116] . Ces chiffres masquent néanmoins une très forte disparité entre les établissements comme le rappelle Martine Viallet, directrice de l'administration pénitentiaire [117] . Il faut tout d'abord nettement

[115] Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, *op.cit.,*230.

distinguer les établissements pour peine, où le taux d'occupation ne peut pas dépasser 100% tandis qu'il dépasse fréquemment les 150% dans les maisons d'arrêts [118] . La première conséquence de cet état de fait est que de nombreux condamnés effectuent leur peine dans des structures qui sont inadaptées pour entreprendre une démarche de réinsertion. La seconde, qui en découle, est que les détenus n'effectuent pas leur période de détention en cellule individuelle comme cela est prévu par le Code de procédure pénale [119] . Enfin, et surtout, les conditions d'incarcération sont très souvent contraires aux principes d'humanité et de respect de la personne humaine, comme n'a pas manqué de le constater à plusieurs reprises le Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains (CPT) [120] .

La seconde raison qui explique ces disproportions est le *numerus clausus* appliqué dans les prisons « privées » du plan 13 000 qui transfèrent leurs détenus excédents à destination des prisons publiques selon le principe des vases communicants [121] . Ce procédé accroît les inégalités territoriales tandis qu'il est à l'origine de transferts brusques nuisibles pour le suivi du détenu. Les prisons de Lyon, maison d'arrêt où transitent de

116 Source : Pierre Tournier, Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe, Enquête 1997, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1999. Cité *in* Wacquant Loïc, Les prisons de la misère, Raisons d'Agir, Paris, 1999, p.112.

117 « Les taux d'occupation sont très contrastés. Au 1er janvier 2000, niveau exceptionnellement faible du fait de la baisse de la population pénale, il était de 105 % en moyenne, mais de 113 % en maison d'arrêt […] Le taux d'occupation est de 199% à Bayonne ou au Mans et 162 % à Lyon ». Audition de Mme Martine Viallet, Directrice de l'administration pénitentiaire», 24 février 2000, source : Assemblée nationale, http://www.assemblee-nationale.fr.

118 D'après les chiffres publiés par la commission d'enquête parlementaire au 1er avril 2000, 42 des 118 maisons d'arrêt connaissent un taux d'occupation compris entre 150 et 200 %. Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Chtistophe, Le droit en prison, Paris, Editions Dalloz, 2001,p.23.

119 Au 1er mars 2000, sur les 35 544 détenus qui étaient incarcérés dans les maisons d'arrêt, seuls 8174 étaient placés en cellules individuelles. Tandis que l'article 716 du Code de procédure pénale pose le principe selon lequel le prévenu est soumis à l'emprisonnement individuel en cellule de jour comme de nuit. *Ibid.,* p.68.

120 En 1993, un rapport du Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains, émanation du Conseil de l'Europe, chargé de faire respecter la Convention européenne du même nom mis en application en 1989, admonestait la France pour les conditions de détention outrageantes constatées dans la maison d'arrêt des Baumettes à Marseille, où des cellules de moins de 10 m2 conçues pour un seul détenu en accueillaient quatre en dépit des règles d'hygiène les plus élémentaires. Wacquant Loïc, « Les prisons de la misère », *op.cit.,* p.113.

121 Catherine Erhel et Patrick Marest, respectivement présidente et délégué national de l'Observatoire International des Prisons (OIP) dénoncent cet état de fait lors de leur audition auprès de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises : « Dès que la cote d'alerte risque d'être atteinte dans un établissement du programme 13 000, on transfère assez brutalement une dizaine ou une quinzaine de détenus pour dix, quinze ou trente jours, dans une prison publique voisine, elle-même totalement surchargée ». Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Catherine Erhel, et de M. Patrick Marest, respectivement présidente et délégué national de l'Observatoire International des Prisons (OIP)», source : Assemblée nationale.

nombreux détenus, figurent parmi les plus surpeuplées de France, comme l'indique la sous directrice de l'établissement, avec un taux d'occupation de 160% en juin 2003. L'effectif théorique des prisons de Lyon est de 344 places [122] . En pratique, les prisons de Lyon comportent plus de 700 détenus (en février 2003). Ce chiffre est en forte augmentation puisque au 1er janvier 2002, il était proche de 580 détenus. Il est actuellement de trois pour une cellule avoisinant dix mètres carrés. Enfin, la rotation est très importante. Par exemple, en 2002 on comptait 2070 entrées pour 2094 sorties. La situation italienne est de ce point de vue très similaire aux prisons françaises. L'association Antigone, de défense des droits des détenus, a publié un ouvrage d'enquête sur les conditions de détention dans lequel on apprend que la population carcérale détenue au 31 décembre 2001 était de 55.275 personnes [123] . Les prisons de Rome ne sont pas épargnées par cette surpopulation puisque Regina Coeli comporte, selon un responsable d'une communauté thérapeutique qui qualifie la situation de « dramatique », plus de 1100 détenus pour 700 places [124] .

Le taux d'occupation des prisons en France ou en Italie est considérablement élevé en raison d'une tendance inflationniste initiée au cours des années soixante-dix et qui s'est amplifiée au cours des dix dernières années, selon des directions quelques fois contradictoires [125] . Ces évolutions de la population carcérale sont avant tout le fait des changements de direction des politiques pénales appliquées en Europe face auxquelles l'administration pénitentiaire demeure impuissante [126] . On observe, selon Philippe Combessie, dans la plupart des démocraties à partir des années 70, un phénomène de dualisation ou de bifurcation par la conjugaison de deux mouvements : la diminution du nombre d'enfermements pour de courte période et l'augmentation des enfermements de longue durée. La dualisation est difficilement observable dans la mesure où s'articulent deux effectifs qui tendent à s'annuler [127] . Mais la modification la plus grave des politiques

[122] Ce nombre est déterminé en fonction du nombre de cellules et de leur superficie. Par exemple, on comptabilise une place pour une cellule inférieure à dix mètres carrés, deux places pour une cellule entre 10 et 12 mètres carrés. Le site de Saint-Paul comporte 174 cellules individuelles et le site de Saint-Joseph 99. Les cellules pour mineurs sont à deux places. Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[123] Anastasia Stefano, « Introduzione. Fotografia in movimento. Tendenze dell'esecuzione penale », *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, Carocci, Roma, 2002, pp.13-30.

[124] Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

[125] C'est le cas par exemple en Italie où au lendemain de la seconde guerre mondiale, la population carcérale s'élevait à 73.818 en 1945 après quoi elle a chuté à 58.402 en 1949. Cette tendance déflationniste s'est confirmée au cours des années cinquante jusqu'aux années soixante-dix. Le nombre de détenus incarcérés a dépassé au cours des années quatre-vingts la barre des 40.000 unités puis en 1993 le seuil de 50.000 détenus. Ce chiffre a connu depuis lors des fluctuations ces dernières années bien qu'une tendance a la hausse se confirme. Anastasia Stefano, « Introduzione. Fotografia in movimento. Tendenze dell'esecuzione penale », *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, *op.cit.,* p.14.

[126] « On entend par politiques pénales la façon dont chaque État poursuit et sanctionne les auteurs des différentes infractions constatées sur son territoire ». Combessie Philippe, Sociologie de la prison, *op.cit.,* p.61.

pénales est cependant la réorientation des peines au détriment des personnes les plus modestes et marginalisées. Dans son essai intitulé « Les prisons de la misère », Loïc Wacquant dénonce un « nouveau sens commun pénal visant à criminaliser la misère» provenant des Etats-Unis qui se diffuserait depuis la fin des années quatre-vingts en Europe [128] .Les infractions les plus pénalisées seraient ainsi les délits, tels que les vols ou les infractions à la législation sur les stupéfiants. C'est effectivement le cas en France, où 10,6 % des personnes envoyées en prison au cours de l'année 2000 sont condamnées pour crimes contre 90,4 % pour les délits, dont 41,1 % des délits contre les biens, 13,2 % des délits contre les personnes et 13,3 % des infractions à la législation sur les stupéfiants [129] . En Italie, au 31 décembre 2001, le premier motif d'incarcération était les atteintes à la propriété (25,13%) suivie des infractions à la loi sur les stupéfiants (20,91%) et de la violation de l'ordre public (14,99%) [130] .

Ce changement de direction de la politique pénale a affecté durablement la composition de la politique carcérale toujours plus précaire [131] . La population carcérale est de façon générale une population très jeune puisque l'âge médian en France, c'est à dire l'âge qui divise en deux parties égale la population concernée, est de trente et un ans [132] . Les personnes de 21 à 30 ans sont ainsi fortement sur-représentées [133] . Les dernières études de l'INSEE montrent que les milieux défavorisés sont sur-représentés, comme en témoigne la pauvreté qui apparaît comme une « caractéristique structurelle » de la population carcérale [134] . En prison, la moitié des détenus sont ouvriers, alors qu'à

[127] Cette situation traduit aussi bien une modification des pratiques des magistrats que la modification des lois, comme l'abolition de la peine de mort, sanctions plus sévères pour certaines infractions, notamment en matière de terrorisme, trafic de stupéfiants et violences sexuelles. Parallèlement, on note une dépénalisation de certaines infractions telles que l'adultère, l'homosexualité ou l'émission de chèques sans provision. Les pouvoirs publics ont cherché à limiter les incarcérations de courte durée en les remplaçant par des mesures dites alternatives, comme le travail d'intérêt général. Cette nouvelle peine n'est instituée en France qu'en 1983, mais Bernard Jouys remet en question la valeur substitutive de ces mesures alternatives qui sont proposées le plus souvent à des délinquants occasionnels qui, si ces peines n'existaient pas, n'auraient sans doute pas été condamnés à une peine de prison ferme. Combessie Philippe, Sociologie de la prison, *op.cit.,* p.64.

[128] Wacquant Loïc, Les prisons de la misère, *op.cit.,* p.11.

[129] Combessie Philippe, Sociologie de la prison, *op.cit.,* p.43.

[130] Anastasia Stefano, « Introduzione. Fotografia in movimento. Tendenze dell'esecuzione penale », *in* Anastasia Stefano, Gonella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, *op.cit.,* pp.16.

[131] Wacquant Loïc, Les prisons de la misère, *op.cit.,* p.132.

[132] Marchetti Anne-Marie, « Sociologie de la population carcérale », *in* Santé en milieu pénitentiaire, Forums régionaux d'échanges de réflexion, février juin 2000, Centre régional de formation de l'administration pénitentiaire, Liancourt (Oise), Actes, CRES Picardie, 12/2000, pp.12-17.

[133] Au 1er janvier 2000, le taux de détention français moyen (rapport entre le nombre de détenus et le nombre d'habitants de treize ans et plus) était de 96,9 pour 100 000 habitants. Ce taux était en revanche supérieure à 200 pour les personnes entre 21 et 30 ans. Combessie Philippe, Sociologie de la prison, *op.cit.,* p. 34.

l'extérieur cette catégorie socioprofessionnelle ne concerne qu'un tiers de la population, et pratiquement la moitié des pères de détenus sont ouvriers. Environ 40 % des détenus se déclarent chômeurs [135] . Au 1er avril 2000, 60,7 % des détenus incarcérés en France métropolitaine n'avaient pas un niveau dépassant l'instruction primaire tandis que 39,3 % bénéficiaient de l'instruction secondaire au supérieur et la proportion d'illettrés était de 12 % (32 % chez les étrangers). Anne-Marie Marchetti évoque ainsi « une construction sociale des délinquants». Loïc Wacquant dénonce également une «criminalisation des immigrés »[136] en raison de leur sur-représentation au sein de la population carcérale. En France, la part des étrangers dans la population pénitentiaire est passée de 18% en 1975 à 29% en 1995 soit 15 000 détenus. Ceux-ci étaient majoritairement originaires d'Afrique du Nord (53%) ou d'Afrique noire (16%) [137] . La troisième tendance affectant la composition de la population carcérale est la sur-représentation des toxicomanes. En raison du nombre d'infraction à la législation sur les stupéfiants, Loïc Wacquant remarque que « la part des toxicomanes et des revendeurs de stupéfiants dans la population détenue a connu une augmentation spectaculaire »[138], se situant autour de 20% en Europe. Ces tendances sont particulièrement vraies en Italie, où le nombre de toxicomanes était de 14.602, soit 27,38% des détenus dont 3.418 étrangers [139] .

[134] Cette pauvreté est renforcée du fait de l'exclusion des détenus du Revenu minimum d'insertion (RMI). Anne-Marie Marchetti en déduit la persistance d'une « mauvaise pauvreté » incarnée par les détenus. Marchetti A-M., "La pauvreté: une caractéristique structurelle de l'institution pénitentiaire", *in* Revue française des affaires sociales, n°1, janvier-mars, 51 année, 1997, pp.27-246.

[135] INSEE, L'histoire familiale des hommes détenus, 2000 *in* Marchetti. A, *op.cit,* p.15.

[136] Wacquant Loïc, Les prisons de la misère, *op.cit.,* p.108.

[137] Cette dissymétrie s'explique en partie par un recours à la peine de prison ferme que font les autorités judiciaires plus fréquemment pour les non nationaux que pour les Français. Pierre Tournier a mis en évidence que la probabilité d'être condamné à la prison est 1,8 à 2,4 fois plus élevée pour un étranger que pour un français. En outre, le nombre d'étrangers mis en cause pour immigration clandestine a augmenté de 7 000 en 1976 à 44 000 en 1993. Loïc Wacquant constate ainsi que « loin de résulter d'une hypothétique aggravation de leur délinquance, comme le voudraient certains discours xénophobes, l'augmentation du poids des étrangers dans les effectifs pénitentiaires de la France provient *exclusivement* du triplement en vingt ans des incarcérations dues aux infractions à la police des étrangers ». Wacquant Loïc, Les prisons de la misère, *op.cit.,* p.105.

[138] En France, le nombre de condamnations pour détentions ou pur trafic de drogues est passé de 4000 en 1984 à près de 24 000 en 1994 et la durée des peines double dans l'intervalle (de 9 mois à 20 mois en moyenne). La part des prisonniers incarcérés pour une affaire de stupéfiants passe de 14% en 1988 à 21% en 1992. La proportion des condamnés pour affaires de stupéfiant reste en Europe entre 15 et 20% bien qu'elle connaisse de nombreuses variations : en 1997, le taux est de 36% au Portugal, de 30% en Espagne, 19% en France et en Suède, 15% en Angleterre et aux Pays-Bas, 13% en Allemagne et en Finlande. Source : Pierre Tournier, Statistiques pénales annuelles du Conseil de l'Europe, Enquête 1997, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1999. *Ibid.,* p.109.

[139] La part de la population toxicomane au sein des prisons italiennes est restée proche de 30% au cours des années quatre-vingt-dix, bien qu'elle ait doublé en valeur absolue : le nombre de détenus toxicomanes est passé de 7.299 (28,5%) en 1990 à 14.602 (27,3%) en 2000. Source : Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (D.A.P). Morici Luca, «Tossicodipendenza e carcere : tra punizione e cura », *in* Corsi G., La Palombara A., Besio C., Morici L., Percorsi personali e di reclusione, Edizioni Sensibili alle foglie, 2002, p.151.

La population carcérale a profondément évolué au cours des vingt dernières années en raison des nouvelles orientations des politiques pénales européennes. Elle a tout d'abord augmenté de façon impressionnante engendrant ainsi une forte surpopulation carcérale et détériorant considérablement les conditions de détentions. On assiste également à une paupérisation des détenus. La population carcérale est actuellement très spécifique ; elle est composée pour une grande majorité d'immigrés et de toxicomanes. Ces groupes sont bien sûr les plus fragiles d'un point de vue socio-économique mais aussi sanitaire. L'état de santé des détenus s'est ainsi progressivement dégradé engendrant un décalage manifeste entre les besoins requis par cette population et les moyens dont disposait la médecine pénitentiaire.

2.1.b Des besoins sanitaires disproportionnés

La médecine pénitentiaire a longtemps été incapable, comme le rappelle Isabelle Chauvin, du fait de son émiettement, d'établir une statistique globale de l'état de santé des détenus, rendant ainsi difficile d'obtenir une vision d'ensemble [140] . Ce sont essentiellement les rapports sanitaires annuels élaborés par les Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) pour chaque établissement pénitentiaire qui ont permis de cerner les pathologies présentées par la population pénale [141] . Au début des années quatre-vingt-dix, plusieurs ouvrages et rapports ont fait mention de l'état de santé déplorable de la population carcérale. Le Haut comité de la santé publique publie par exemple un rapport dans lequel il constate les « tableaux cliniques lourds » présentés par les détenus. Ceux-ci apparaissent liés à un double processus de fragilisation. Les personnes entrant en prison présentent, d'une part, un cumul des facteurs de risque et l'incarcération constitue, d'autre part, une aggravation des pathologies déjà présentes, et peut être la cause de certains troubles psychosomatiques.

L'accueil des « nouveaux-arrivants » est un moment opportun pour réaliser un bilan des besoins sanitaires requis pour la prise en charge des détenus. Une enquête réalisée en 1997 sur l'ensemble des maisons d'arrêts qui accueillent la quasi-totalité des personnes arrivant du milieu libre, effectuée par la Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (DRESS), permet d'avoir une bonne image des besoins de santé de la population détenue [142] . L'étude confirme la précarité des détenus puisque à leur arrivée en prison, 17,5% des entrants disent ne pas avoir de protection sociale, contre 0,3% pour la population générale. L'état de santé des arrivants nécessite de nombreux soins. Par exemple, 47,7% des entrants ont besoin de soin dentaires (non urgents). Beaucoup suivent des traitements médicamenteux devant se poursuivre en prison. Il s'agit le plus souvent d'asthme, de maladies cardio-vasculaires et d'épilepsie. Les détenus se caractérisent également par une forte fragilité en matière d'usages de substances. Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fument et près d'une

[140] Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.37.

[141] Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.,* p.20.

[142] DREES, La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque, ministère de l'Emploi et de la Solidarité,1999, 4, 10 p.

consomme quotidiennement plus de vingt cigarettes. Un entrant sur trois déclare une consommation excessive d'alcool, définie comme supérieure ou égale à cinq verres par jour quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue. Près du tiers des entrants déclare une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération. Même si les drogues les plus fréquentes sont le cannabis, 12% des arrivants déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Par ailleurs, à leur arrivée en prison, environ 7% des personnes déclarent bénéficier d'un traitement de substitution. Près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par un médicament psychotrope. Il s'agit dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques. Enfin, l'association des substances, mais aussi des différentes consommations à risque (tabac, alcool, psychotropes, etc.), est très fréquente (28%). De nombreux détenus sont atteints de troubles mentaux à leur arrivée, ainsi près d'un entrant sur dix (8,8%) déclare avoir été régulièrement suivi par un psychiatre ou un psychologue au moins une fois par trimestre ou avoir été hospitalisé en psychiatrie dans les douze mois précédant son incarcération. Globalement, 4% des entrants déclarent un traitement par antidépresseurs et 3,5% un traitement par neuroleptiques, proportions nettement plus élevées que celles observées dans la population générale (avec respectivement 2 et 0,7%).

Les personnes entrant en prison cumulent donc les facteurs de risque, comme l'affirme l'étude de la DREES. En revanche si certaines pathologies préexistent à l'incarcération, beaucoup ne sont que des réactions à la détention, notamment au point de vue psychiatrique. Ainsi comme le rappelle Isabelle Chauvin, 80 % des problèmes d'ordre psychiatriques sont des troubles réactionnels à la détention. C'est le cas par exemple des psychoses où le détenu s'isole du monde extérieur et se réfugie dans un monde fantasmatique. Les conduites auto-destructrices se manifestes par des grèves de la faim ou de la soif, des automutilations, des ingestions de corps étranger et de produits toxiques, des incisions et des suicides. Le taux de suicide des détenus est en augmentation depuis 1991, il est presque dix fois plus élevées que celui de la population générale [143] . De nombreuses pathologies somatiques apparaissent également en détention en réaction à l'incarcération et se manifestent par une détérioration progressive de l'état de santé des détenus [144] .

La santé semble doublement affectée en milieu carcéral du fait de la fragilité initiale des entrants et de la « dangerosité » de la prison qui constituerait un milieu pathogène, notamment en raison des conditions d'incarcération. Les besoins sanitaires de la population carcérale sont apparus incompatibles au début des années quatre-vingt-dix avec l'organisation des soins qui existait alors. C'est ainsi que le Haut comité de la santé

[143] Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.42.

[144] Comme le remarque le Haut comité de la santé publique, « le choc de l'incarcération, la surpopulation pénale, la restriction de l'espace, la rupture de la vie familiale, les conditions d'hygiène en détention contribuent à l'apparition ou à l'aggravation de certaines pathologies : augmentation de l'angoisse, troubles sensoriels (vue, ouïe), troubles de la digestion, douleurs musculaires sont l'apanage quotidien d'un nombre important de détenus ». Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.,* p.21.

publique justifia en 1993 une refonte totale des politiques de santé en milieu carcéral [145] . C'est également la constatation qu'ont réalisé quelques médecins pénitentiaires lyonnais lorsqu'ils ont remarqué, à partir de leur expérience sur les prisons de Lyon, que la mission de santé publique qui existait en prison était incompatible avec le rattachement de l'organisation des soins à l'administration pénitentiaire :

« On se trouvait confronté à des besoins sanitaires considérables liés au fait d'une part à ce que ces personnes pour la plupart d'entre elles étaient depuis leur naissance dans une grande négligence des soins, souvent dans des conduites de risque, et d'autre part que l'institution elle-même est pathogène. Donc nous avons dit qu'il s'agissait plutôt d'une mission de santé publique et qu'elle était peu compatible avec la dépendance à l'administration pénitentiaire. » [146]

C'est la disproportion entre les moyens dont disposait la médecine pénitentiaire et l'état de santé des détenus qui légitima la réforme de 1994. La situation sanitaire des prisons était dès les années quatre-vingts fortement détériorée en raison d'une paupérisation des détenus mais la situation n'avait cependant pas atteint un niveau d'urgence suffisant pour pouvoir imposer une redéfinition des politiques sanitaires en prison. C'est uniquement l'irruption d'un fléau contemporain, l'épidémie de Sida, qui provoquera une prise de conscience et rendra possible la réforme de la médecine pénitentiaire.

2.2 L'épidémie de Sida ou la mise en crise du système carcéral

Les grandes épidémies que traversent les sociétés soulignent les difficultés d'adaptation des dispositifs sanitaires et politiques et constituent en cela « une mise à l'épreuve du politique» qui est souvent à l'origine d'une « dynamique de santé publique »[147]. Les répercussions de l'épidémie de Sida sur la réorganisation des systèmes sanitaires ont été considérables bien que très inégales selon les pays [148] . Ce phénomène de recomposition s'explique avant tout par les spécificités de cette maladie qui constitue au début des années quatre-vingts un « problème mal structuré », selon l'expression de Herbert Simon [149] . Le dispositif sanitaire carcéral va apparaître inapte à prendre en charge l'épidémie de Sida à laquelle il est pourtant confronté. Cette inadéquation rendra nécessaire un premier décloisonnement de la médecine pénitentiaire qui sera le précurseur de la réforme de

[145] « La diversité et la gravité des pathologies qui viennent d'être évoquées, la complexité des interventions qu'elles appellent, tout comme leur incidence potentielle sur la population générale, confrontent l'administration pénitentiaire à la nécessité de repenser totalement les politiques sanitaires en milieu carcéral, ce dont elle ne peut s'acquitter seule tant les enjeux sont importants. Une société solidaire régie par un État de droit se doit, pour le respect de la dignité humaine, de permettre aux hommes et aux femmes privés de liberté d'accéder en cas de besoin à des soins satisfaisants ». *Ibid.*

[146] ***Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[147] Fassin Didier, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, Paris, PUF, 1996, p.231.

[148] On peut se rapporter pour une analyse comparative détaillée de la question à l'ouvrage suivant : Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 2001, 258p.

[149] Simon H., "The structure of ill-structured problems", Artificial intelligence, 4, 1973.

1994.

2.2.a Un « problème mal structuré » au sein du système carcéral perçu comme une menace pour l'extérieur

Les politiques de lutte contre le Sida en Europe n'ont pas été continues mais se sont construites par des crises ponctuelles, le plus souvent sous l'influence d'acteurs extérieurs aux pouvoirs publics (acteurs sanitaires, associations de malades). Quatre séquences peuvent être distinguées dans la gestion de l'épidémie [150] . Les politiques de lutte contre l'épidémie ont connu en milieu carcéral, selon Claudio Sarzotti, un développement similaire mais avec un retard de quatre ou cinq années [151] . Ce décalage s'explique par les difficultés qu'ont eu les administrations pénitentiaires à reconnaître la forte prévalence de l'infection à VIH au sein des prisons mais aussi l'existence de facteurs de risques pouvant être à l'origine de contaminations [152] . Le problème des risques encourus par les toxicomanes incarcérés ne fut reconnu que très tardivement par les pouvoirs publics français. Les premières mesures de prévention des infections n'apparaissent au sein des prisons françaises qu'au milieu des années quatre-vingt-dix, alors même que les premiers cas de Sida y sont révélés en 1984. Mais l'administration pénitentiaire sous-estime à l'époque l'impact de l'épidémie au sein des prisons et ne réagit pas. Elle reste ainsi prostrée dans le silence pendant plusieurs années alors que la menace se fait de plus en plus réelle. La difficulté à laquelle étaient confrontés les pouvoirs publics dans cette première phase de reconnaissance de l'épidémie tient à l'absence de réalité épidémiologique permettant de prendre conscience de la menace. En effet, Michel Setbon rappelle qu'au moment où le Sida apparaît en Europe au début des années 80, il reste une maladie très rare qui n'a qu'une faible visibilité épidémiologique.

150 On peut ainsi distinguer selon Monika Steffen une période de reconnaissance (ou d'indifférence selon Michel Setbon) qui s'étale du diagnostic des premiers cas de la nouvelle maladie, en juin 1981 jusqu'à la fabrication des premiers tests fin 1984 ; une seconde période de polémique en 1985 concernant l'usage du test de dépistage ; une période d'information et d'éducation qui constitue la partie la plus visible des politiques de lutte contre le Sida et une dernière phase de consolidation ou de stabilisation durant laquelle les acteurs publiques prennent la relève des structures associatives. Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.24 et suiv.

151 Ainsi, il est possible de distinguer plusieurs phases dans la réaction de l'institution pénitentiaire face à l'épidémie de Sida. Une première période, du commencement de l'épidémie jusqu'aux années 1986-1987, s'est caractérisée par une prise de conscience des risques de transmission au sein du milieu carcéral, du fait de la toxicomanie et des rapports sexuels possibles. Ce constat a aboutit, d'une part, à des résistances au sein des prisons, par le refus de la part de certains surveillants d'accomplir leur travail en contact avec des détenus séropositifs et, d'autre part, à des campagnes de presse alarmistes qui identifiaient la prison comme un lieu de diffusion possible du virus. À cette première phase, a suivi un processus d'adaptation progressive de l'institution carcérale initiée à partir de la fin des années 80, période durant laquelle les premiers projets de lutte contre la diffusion du Sida se sont développés en prison. Sarzotti Claudio, "Prevenzione Aids in carcere : il ruolo della cultura professionale degli operatori penitenziari", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società. Le strategie comunicative per la prevenzione, Roma, Carocci, 2001, p.21.

152 Il s'agit ici d'un point délicat qui sera abordé par la suite, nous nous contenterons pour l'instant d'évoquer la forte prévalence de l'infection en milieu carcéral.

Ainsi en France, jusqu'en 1985, moins de 500 cas de Sida déclarés sont recensés. D'où un paradoxe dans la reconnaissance de cette maladie comme problème de santé publique : « La reconnaissance de cette maladie comme problème de santé publique passe donc par un processus atypique, puisqu'il s'agit de montrer le potentiel de futurs malades qu'elle représente […] Ce n'est plus à partir d'un raisonnement sur ce qui est, mais sur ce qui peut advenir que peut s'effectuer l'intervention publique »[153].

La lutte contre l'épidémie passe par une première phase de mise en visibilité du problème. Cette représentation statistique de la maladie n'est pas réalisable en prison où aucune structure sanitaire ne prend en charge ce travail épidémiologique. Face à cette absence de menace directe, l'administration pénitentiaire ne réagit pas et n'adopte aucune mesure de prévention telle que la distribution de préservatifs. Un système de surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH dans les prisons est mis en place en 1988 dans le cadre d'une enquête annuelle dite « Un jour donné » organisée par la Direction des hôpitaux et se déroulant au mois de juin. La première enquête révèle un taux de prévalence de l'infection à VIH de 3,64% en 1988 et qui va en augmentant [154]. Les mesures de prévention sont alors introduites en milieu carcéral. Dès la fin de l'année 1988 des préservatifs sont mis à disposition des services médicaux pénitentiaires. A partir de mai 1989, des brochures d'information et des préservatifs sont systématiquement distribués aux sortants de prison. Dans le même temps, la possibilité était donnée à toute personne incarcérée de bénéficier d'un test de dépistage. A l'épidémie de Sida, s'ajoute à la fin des années quatre-vingts une recrudescence des cas de tuberculose en prison, une des maladies opportunistes les plus fréquentes. Celle-ci souligne les carences de la médecine pénitentiaire et impose l'idée d'une « remise à plat du schéma de l'organisation sanitaire »[155].

L'épidémie de Sida en milieu pénitentiaire, principalement liée à la toxicomanie, est progressivement reconnue au cours des années quatre-vingts par les pouvoirs publics comme une menace réelle. Cette considération est cependant moins liée à une préoccupation pour l'état de santé des détenus qu'à la crainte de voir se propager l'épidémie dans le reste de la société. A l'occasion de ses libérations occasionnelles, de sa sortie définitive mais aussi des parloirs, le prisonnier devient une source de contamination potentielle pour l'ensemble du corps social. Les pratiques à risques en

[153] Setbon Michel, Pouvoirs contre le Sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Paris, Seuil, coll. « Sociologie », 1993, p.28.

[154] L'enquête réalisée en juin 1992 met en évidence la présence de 1849 de détenus atteints par le VIH dont 1059 asymptomatiques et 790 symptomatiques. L'épidémie a une incidence variable selon les régions et le pourcentage des détenus infectés est très différent selon les établissements pénitentiaires. Ainsi en 1991 et 1992, il est de 5,7 % en Ile de France et de 6,4 % pour la région Provence Alpes Côte d'Azur. Ces deux régions sont largement atteintes puisque la région Aquitaine ne représente que 3,66 % et que l'ensemble des autres régions sont aux alentours de 1,3 %. Bourdillon F, Parpillon C., Bonnevie M.C., Rousseau E., « Analyse de l'enquête un jour donné mené dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, tendance à 1988-1994 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1995, p.26. Cité *in* Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, Paris, Flammarion, 1997,p.8.

[155] Nau Jean-Yves, « Tuberculoses pénitentiaires. Une refonte du système de soins », Le Monde, 20 janvier 1993.

milieu carcéral (toxicomanie par voie intraveineuse, homosexualité, viols) ne pouvant être prévenues, faute d'une politique de prévention suffisante, les chances de faire des prisons des nids de contamination du virus sont élevées. Dès 1989, Thomas Harding, un spécialiste international du Sida en milieu carcéral, souligne la possibilité d'établir un lien de contamination entre deux groupes auparavant disjoints. « Ainsi, écrit-il, le comportement homosexuel induit par la prison constitue un «pont» entre un groupe au risque connu (les toxicomanes intraveineux) et des personnes susceptibles d'être ultérieurement une source d'infection par le rapport hétérosexuel. Ce phénomène de pontage peut jouer un rôle non négligeable dans la propagation de l'épidémie, il est capital d'y mettre un frein ».[156] Ce constat traduit la préoccupation croissante des acteurs de santé publique sur les risques de transmission du VIH que la prison véhicule à la fin des années quatre-vingts. Le rapport établi par le professeur Luc Montagnier en 1993 alerte les pouvoirs publics sur le risque que les toxicomanes incarcérés représentent à leur sortie de prison [157] .

La reconnaissance du risque de contamination lié au milieu carcéral suppose une réévaluation de l'état sanitaire des prisons en tant que problème de santé publique. Ce changement suppose, comme l'affirme Dominique Lhuilier, une nouvelle représentation de la prison elle-même qui n'apparaît plus coupée du reste de la société ; il s'établit désormais un lien symbolique entre les deux qui est celui du risque de contamination. Ainsi, « l'attention portée au risque de transmission intra-muros paraît moins justifiée par l'exigence de la préservation de la santé des personnes incarcérées que par la reconnaissance du risque de diffusion extra-muros. Les maladies transmissibles apparaissent comme les premières causes d'une réévaluation des problèmes de santé en prison. La maladie, voire le risque de mort, ne concerne alors plus seulement le délinquant : elle est, parce que contagieuse, une menace pour le monde libre »[158]. Cette préoccupation indirecte pour la santé en milieu carcéral, en tant que menace pour le corps social, n'est pas propre à l'épidémie de Sida puisque la nécessité de soigner des détenus apparaissait auparavant le plus souvent associée aux épidémies qui trouvaient en prison un milieu propice pour se développer : il s'agissait de protéger les gens qui travaillaient et intervenaient en prison ainsi que d'empêcher la diffusion des « semences » contagieuses par des ex-détenus [159] . L'épidémie de Sida a contraint le législateur français à reconnaître que la prison relevait d'une mission de santé publique du fait qu'elle

[156] Harding T.W., « Toxicomanie et Sida : aspects épidémiologiques, psychosociaux et éthiques en milieu pénitentiaire », Cahiers psychiatriques, nº 6,1989, p.40.

[157] « Ce risque de contamination sexuelle s'étend bien entendu à la population générale lorsque ces personnes sortent de prison -qu'il s'agisse de permission ou de fin de détention [...] On remarque en effet l'aspect souvent paradoxal du mur de la prison, à l'intérieur duquel est enfermé un système clos, à l'extérieur duquel fonctionne un certain nombre de mécanismes de prévention et de prise en charge, qui ne peuvent y pénétrer, et le va-et-vient de certains détenus, qui effectuent de courte peines à intervalles plus ou moins rapproché, et qui sont par le biais des parloirs alternativement dedans et dehors ». Montagnier Luc, Le sida et la société française, Paris, La documentation française, décembre 1993, p.201.

[158] Lhuilier Dominique, « La santé en prison : permanence et changement », *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,* p.192.

était susceptible de représenter une menace potentielle pour l'ensemble du corps social. C'est cette constatation qui justifiera l'ouverture de la prison aux interventions sanitaires extérieure, dont la plus flagrante sera la réforme de 1994 :

« Ça a été en effet le starter de la loi du 18 janvier 1994 […] Non pas parce que notre groupe social se préoccupe de la santé des détenus. Non. Mais par crainte que la prison devienne un lieu de dissémination de l'épidémie, d'où l'idée impérative qu'il y ait une prise en charge et un dépistage à l'intérieur et que tout ce qui doit être fait soit fait pour que le péril pénitentiaire soit écarté. Et c'est ça qui va faire le starter de la loi de 1994.» [160]

La menace potentiel que représente chaque détenu à sa libération a incité l'administration pénitentiaire a mettre en place un certain nombre de mesures sous le poids de l'opinion publique. C'est ainsi que s'est amorcé le processus de décloisonnement de la prise en charge sanitaire des détenus.

2.2 b Un renouveau de la prise en charge rendu nécessaire

La reconnaissance de l'épidémie de Sida en milieu carcéral aboutit à la fin des années quatre-vingts à l'introduction des premières mesures de prévention, dont la distribution de préservatifs qui symbolise une première victoire des enjeux de santé publique sur les règles pénitentiaires. Les dispositions développées par les administrations nationales sont renforcées par la production normative de quelques organismes internationaux qui sont à l'origine, à la fin des années quatre-vingts, de recommandations et de directives supranationales qui réaffirment les risques existant en milieu carcéral et les principes généraux qui doivent inspirer les programmes mis en place [161] . Le dispositif sanitaire carcéral s'est alors progressivement décloisonné. En effet, la lutte contre le Sida a été marquée de façon générale, comme le note Olivier Borraz, par l'intervention de nouveaux acteurs dans le champ de la prévention, notamment des associations [162] . Ce fut nettement le cas en Italie où de nombreuses associations vinrent combler les manques de

159 Jusqu'au XIXe siècle, les maladies traditionnelles des prisons sont le typhus et le scorbut. Le typhus, appelée aussi "fièvre des prisons" est lié à la surpopulation et au manque d'hygiène. Le scorbut est en relation avec les carences alimentaires. On peut encore évoquer la typhoïde, la dysenterie et les maladies respiratoires telles que les pneumonies et pleurésies. Les médecins hygiéniste voient dès lors leur place reconnue dans les prisons, à partir du moment où il s'agissait d'enrayer les risques d'épidémies pour la population libre. Dès lors, « on ne peut manquer bien sûr de mettre en perspective l'histoire des épidémies en milieu carcéral et celle de l'infection par le VIH ». Lhuilier Dominique, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », La lettre de l'Espace éthique, n°12 -13 -14, été-automne 2000, pp.34-38.

160 Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

161 Par exemple, l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, qui a adopté le 30 juin 1988 la Recommandation 1080 "relative à une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons", reconnaît la présence possible de relations sexuelles ou d'usages de drogues dans les prisons. Elle indique en son alinéa 11 que "l'existence de l'homosexualité et celle de la toxicomanie par voie intraveineuse dans les prisons, qui toutes deux entraînent un risque considérable de propagation de l'infection à VIH, parmi la population carcérale et ultérieurement en dehors de la prison, doivent être pour l'instant admises comme étant des réalités." Conseil de l'Europe, Recommandation 1080 (1988) relative à une politique européenne coordonnée de la santé pour prévenir la propagation du SIDA dans les prisons, Strasbourg, 1988.

la médecine pénitentiaire incapable de répondre pleinement aux besoins de prévention, d'information et de formation du moment [163] . Ce phénomène fut en revanche moins marqué au sein des prisons françaises où les structures hospitalières jouèrent un rôle prépondérant [164] . Les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), créés par le ministère de la Santé en 1987, visent à renforcer et à coordonner la prise en charge et la prévention du Sida entre les différentes structures sanitaires. Ils constituent la pièce maîtresse de la lutte contre le Sida en milieu hospitalier [165] . En avril 1989, la signature de conventions entre huit établissements pénitentiaires et sept CISIH est proposée à titre expérimental. Ces conventions prévoient la réalisation en milieu carcéral de consultations médicales spécialisées, à raison d'une ou deux par semaine. Compte tenu d'un premier bilan très favorable, l'opération a été étendue en 1990 à cinq autres établissements, puis en 1991 à cinq établissements supplémentaires, portant leur total à dix-huit. Ces conventions marquèrent les premières interventions de praticiens hospitaliers en milieu carcéral : « c'était la première avancée de l'hôpital au niveau pénitentiaire »[166]. Des dépistages anonymes et gratuits étaient proposés aux détenus dans des conditions de confidentialité analogues à celles existant en milieu libre [167] .

La publication de plusieurs rapports publics souligne accélère alors l'inadéquation entre l'organisation des soins et la propagation de l'épidémie de Sida en prison. Déjà en 1989, le professeur Claude Got notait dans son rapport sur le Sida que « le problème n'est pas : le sida et la prison, mais d'abord : organisation du système de soins dans les

[162] Borraz O., Loncle-Moriceau Patricia, « Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le sida », Revue française de sociologie, 41-1, 2000, p.49.

[163] Ce phénomène s'explique, en partie, par l'importance du rôle occupé par les communautés thérapeutiques dans le soin des toxicomanes. Celle-ci travaillaient en lien avec les établissements pénitentiaires avant l'épidémie de Sida en raison de l'existence d'une mesure d'injonction thérapeutique qui permettait la libération du détenu en cas d'initiation d'un programmes thérapeutique (ces programmes d'*affidamento in prova* seront développés par la suite). Les communautés travaillant déjà avec les prisons ont alors initié des groupes de parole et de soutien auprès des personnes séropositives incarcérées qui étaient majoritairement toxicomanes. C'est par exemple le cas de la communauté de Villa Maraini à Rome qui a organisé de façon systématique des groupes de parole en prison à partir de 1984. Enfin, on doit noter qu'une importante association de lutte contre le Sida a été crée au cours des années quatre-vingt, la LILAS, qui a été à l'origine de nombreux cours de prévention en milieu carcéral afin de pallier au manque de réaction de l'administration pénitentiaire. Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

[164] Certaines associations de lutte contre le Sida se sont cependant mobilisées à la fin des années quatre-vingts, telle qu'Act-Up, permettant un renouveau du militantisme en faveur des détenus. Ce phénomène demeure cependant moins marqué en Italie mais, surtout, reste limité à des campagnes revendicatives.

[165] Borraz O., Loncle-Moriceau P., « Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le Sida », *art.cit.,* p.45.

[166] Crevier B., « Le pari de soigner la médecine pénitentiaire », Economie et humanisme, n°329, juin 1994, p.38.

[167] Olive Agnès, « Le Sida en prison (ou le bilan de la santé publique en milieu carcéral) », *art.cit.,* p.314.

prisons »[168]. En 1993, le « Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire »,établi par le Conseil national du Sida, souligne les fortes variations géographiques des taux de contamination selon les prisons [169] . La prévalence générale de 4,3% sur l'ensemble des instituts masque certaines pointes allant jusqu'à 15%, ce qui traduit des différences épidémiologiques réelles ou des écarts dans le taux de dépistage, qui est lui aussi très inégal géographiquement. Le Conseil national du Sida note, en outre, la « forte corrélation, voire la stricte adéquation entre toxicomanes et séropositifs parmi les détenus »[170]. En 1993, le rapport du Haut comité national de la santé publique dresse un bilan positif lié à l'intervention des CISIH mais soulève l'inadéquation de la médecine pénitentiaire, incapable d'assurer un dépistage et une prise en charge satisfaisante dans les établissements où aucune convention n'a été signée avec un CISIH ou un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), structure hospitalière spécialisée dans le dépistage du Sida. Le Haut comité relève en outre les difficultés à garantir le secret médical lorsque le test de dépistage est effectué par du personnel de la médecine pénitentiaire. Le problème du secret professionnel et du manque de moyens financiers suffisants pour assurer le suivi des traitements justifient, dès lors, l'intervention de la médecine hospitalière et le décloisonnement de la médecine pénitentiaire:

« L'exercice de la confidentialité est difficile dans le milieu clos de la prison, où chaque activité des détenus est connue. Les conditions matérielles et fonctionnelles de la médecine en milieu pénitentiaire ne sont pas idéales […] La prise en charge en milieu carcéral d'une population atteinte par le VIH, dont la lourdeur de la pathologie s'accroît, augmente les tâches d'un personnel soignant dont l'effectif stagne. Enfin, nombre d'établissements connaissent des difficultés

[168] Got C., Rapport sur le Sida, Paris, Flammarion, 1989. A la même époque, tandis qu'une circulaire datée du 17 mai 1989 définit les mesures de prévention en prison, un journaliste du journal *Le Monde* écrit : « Ces dispositions sont-elles suffisantes ? […] Le nombre, de plus en plus élevé, de toxicomanes atteints du Sida qui seront amenés à séjourner en prison dans les prochaines années, n'oblige t-il pas à repenser le fonctionnement de la médecine pénitentiaire ? ». Nouchi Franck, « Une circulaire pour améliorer le dépistage en milieu carcéral », Le Monde, 24 mai 1989.

[169] « Au total, les statistiques du ministère de la Justice indiquent qu'en 1991, le nombre de personnes séropositives connues, à un jour donné, des services médicaux dans les prisons françaises s'élevait à 2 283 personnes, soit 4,3% d'une population pénale, au même jour, de 52 220 personnes (soit une augmentation de 0,7% par rapport au 8 juin 1988, où cette proportion était de 3,6%). Sur ces 2 283 personnes, 1 584 étaient des séropositifs asymptomatiques, 523 avaient développé des formes mineures d'infection, et 176 un Sida déclaré. Ce taux national de séropositivité dans l'univers carcéral variait considérablement selon les régions : il était de 7,8% dans les établissements de la Direction régionale de Paris, avec des pointes de 10% à 15% dans certains établissements de la région parisienne ». Source : ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, L'administration pénitentiaire et la lutte contre le Sida : bilan 1991, Paris, juin 1992, p. 2. Conseil national du Sida, Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, *op.cit.,* p.3.

[170] Les enquêtes du Conseil national du Sida rapportent par exemple que dans un établissement, sur 6 000 entrants, 25% sont des toxicomanes dont 40% sont séropositifs. Sur les quelque 720 détenus séropositifs (en flux), 90% ont été contaminés par injections de drogue et 3% (22 personnes environ) par voie sexuelle (essentiellement homosexuelle) . Le rapport en conclue que « la toxicomanie constitue donc, de loin, le principal facteur de contamination des entrants ». *Ibid.,* p.3.

pour faire face à la lourde charge financière qu'implique le traitement de la pathologie à VIH, particulièrement aux stades avancés de la maladie » [171]

Le problème du Sida est un phénomène aux dimensions multiples qui peut être perçu simultanément comme un problème de santé publique, une maladie ou un problème social [172] . Monika Steffen remarque que le principal défi lié à l'épidémie de Sida en Europe fut la gouvernance de la santé publique [173] . Le modèle de santé publique existant alors apparut totalement inadapté à la nouveauté de cette maladie qui ne pouvait être traitée que par une double stratégie reposant sur les principes de volontariat et de confidentialité ainsi que sur la responsabilisation des individus par le biais de campagnes publiques [174] . Ces principes étaient d'autant plus difficiles à mettre en œuvre s'agissant de populations fragilisées comme les détenus ou les toxicomanes, moins réceptifs aux campagnes de prévention mais également moins en mesure de se mobiliser que d'autres groupes à risques tels que les homosexuels. Dès lors, « pour les systèmes de santé, le Sida représentait un problème « mal structuré », ne correspondant pas aux modes d'intervention, cadres cognitifs et découpages institutionnels forgés antérieurement et appelant, de ce fait, des réajustements »[175]. Ce constat est d'autant plus pertinent en milieu carcéral où les principes de fonctionnement s'opposaient précisément aux principales mesures des politiques de réduction des risques qui permirent d'endiguer l'épidémie chez les toxicomanes (distribution de seringue, traitements de substitution) mais aussi aux mesures de prévention plus générales comme l'usage du préservatif. Les difficultés de l'administration pénitentiaire à reconnaître la portée de l'épidémie de Sida en milieu carcéral s'explique avant tout par des résistances culturelles qui lui empêchaient d'apporter une réponse cohérente au problème [176] . L'irruption d'un problème, qui ne pouvait pas être résolu dans les cadres de compréhension et d'action de l'institution carcérale, a permis d'en soulever les blocages. C'est l'incompatibilité entre la prison et les exigences de santé publique qui est alors apparue. Le Sida a exercé en prison, comme

171 Haut Comité National de la Santé Publique (HCNSP), Santé en milieu carcéral, op.cit., p.44.

172 Setbon M., « La normalisation paradoxale du Sida », Revue française de sociologie, 41-1, 2000, p.62. Cf également Steffen Monika, «Répondre à l'inattendu : les systèmes de santé face au Sida », Revue française d'administration publique, n.76, 1995.

173 Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.33.

174 L'avènement du Sida constitue, comme le remarque Olivier Borraz, un facteur de désordre qui induit dans un ensemble institutionnel structuré de nouveaux et nombreux décalages dont la résolution appelle des recompositions. Ces décalages sont de trois ordres. Un décalage tout d'abord entre une maladie présentant de nombreuses inconnues et les dispositifs institutionnels existants. Un second décalage d'ordre institutionnel entre les différentes organisations qui participent à la lutte contre le Sida. Un décalage enfin entre les dispositifs de lutte contre le Sida et l'évolution de l'épidémie. Borraz O., Loncle-Moriceau Patricia, « Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le Sida », *art.cit.,* p.38.

175 Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.* p.30.

176 Patrice Duran souligne dans ce sens la difficulté pour certaines institutions publiques à reconnaître un nouveau problème du fait de l'inadéquation de leur culture professionnelle et institutionnelle avec un problème émergeant. Duran Patrice, "Le Savant et la politique : pour une approche raisonnée de l'analyse des politiques publiques", L'Année sociologique, vol.40, 1990, p.241.

dans l'ensemble de la société, un « effet de dévoilement » selon les mots de Michel Setbon [177] . Le Sida était une maladie singulière qui, ne pouvant pas être traitée dans le cadre existant et selon les règles en vigueur, a nécessité un processus de recomposition des dispositifs sanitaires. La réorganisation des soins en milieu carcéral a été légitimée dès lors que la santé des détenus est apparue comme un problème de santé publique.

3 La reconnaissance de la santé des détenus en tant que problème de santé publique

Les conditions d'une réforme de l'organisation de soin en milieu carcéral semblent réunies au début des années quatre-vingt-dix : les soignants intervenant en prison sont demandeurs d'un nouveau statut, les besoins de prise en charge de la population carcérale apparaissent démesurés vis-à-vis des moyens dont dispose la médecine pénitentiaire, alors que dans un même temps l'épidémie de Sida a souligné l'incompatibilité entre le soin et l'administration pénitentiaire. Le projet d'une réforme n'est cependant pas encore évoqué au début des années quatre-vingt-dix par les pouvoirs publics et l'idée d'une réorganisation des soins en milieu carcéral se limite à un petit cercle de spécialistes. La santé en prison n'est pas reconnue à cette époque comme une question de santé publique au sein de l'espace politique. Le risque que les prisons constituent un lieu de propagation du virus dans l'ensemble de la société ne semble alors pas pris en compte, sauf de la part de quelques professionnels. C'est uniquement la crise du sang contaminé qui va souligner le lien qui unit la santé des détenus à celle de tous les citoyens et rendre ainsi nécessaire une intervention des pouvoirs publics.

3.1 Le scandale du sang contaminé : une crise de gouvernance de la santé en milieu carcéral

Avant même l'affaire du sang contaminé, la médecine pénitentiaire a toujours souffert d'un manque de crédibilité. Longtemps perçus comme étant au service de l'administration pénitentiaire, les médecins intervenant en milieu carcéral étaient soupçonnés de servir l'institution qui les employait. La sur-prescription de psychotropes est une critique récurrente à l'égard des psychiatres accusés de vouloir pacifier la détention en médicalisant les détenus [178] . Plusieurs scandales ont défrayé la chronique au cours des vingt dernières années. Le « scandale des grâces », qui symbolisa une atteinte grave à la moralité des médecins pénitentiaires, en offre un bon exemple:

« La médecine pénitentiaire revient de loin dans son image de marque auprès des personnes détenues, de leur entourage et auprès du reste du corps soignant. […]

[177] « En cela un phénomène imprévu comme l'est le Sida provoque un effet de dévoilement, tant du fonctionnement du système de décision que de ses capacités d'adaptation à de nouvelles contraintes. En quelque sorte le Sida met en évidence les propriétés -le plus souvent imperceptibles dans un fonctionnement routinier -d'un système antérieurement construit, ses fragilités et ses résistances aux changements ». Setbon, M., Pouvoirs contre Sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, *op.cit.*,p.17.

[178] Entretien n°16, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

Il y a eu à côté de ça, quelques erreurs ici et là, qui ont été largement montées en épingle pour conforter l'image que tout ce qui se passe derrière les murs d'une prison est trouble […] Exemple, le scandale des grâces […] Dans les années 80, un certain nombre de collègues du sud de la France se sont mis à se laisser convaincre de faire des certificats de complaisance […] Ces médecins ont fait contresigner ces certificats par le médecin inspecteur national de l'administration pénitentiaire qui était le docteur Solange Troisier à l'époque. » [179]

Plusieurs cas de morts violentes et de suicides suspects amènent épisodiquement des militants des droits de l'homme à condamner l'opacité du milieu carcéral [180] . Le silence du personnel soignant était perçu à cet égard comme un aveu d'impuissance, ou pire, de complicité [181] . Le manque de transparence de la prison entachait la réputation d'une médecine mal connue. L'unité d'hospitalisation pour détenus de Lyon a ainsi été implantée au sein d'un Centre hospitalo-universitaire, comme le constate une psychologue, afin d'apporter aux détenus une médecine équivalente à celle dont bénéficie n'importe quel citoyen et répondre ainsi aux accusations selon lesquelles la médecine pénitentiaire recourait aux prisonniers en tant que cobayes [182] . Il s'agissait pour les personnels soignants, non seulement, de se démarquer de certaines pratiques face auxquelles ils ne pouvaient intervenir en raison du lien de dépendance qui les liait à l'administration pénitentiaire, mais le rattachement à la médecine de droit commun était surtout perçu comme une opportunité pour réhabiliter une discipline socialement et professionnellement disqualifiée. La médecine pénitentiaire a été traversée par une série de crises à répétition qui ont profondément ébranlé son image de marque. Aucune n'ont cependant mis en évidence son incapacité à assurer l'organisation des soins et à légitimer ainsi une forme globale de son fonctionnement. La santé des détenus n'était à l'époque encore pas perçue comme un enjeu de santé publique. La non-confidentialité des soin, la sur-prescription de psychotropes, voire les expérimentations médicales sur

[179] ***Entretien n°8, Pierre Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud. Ancien médecin-inspecteur général de l'administration pénitentiaire, Solange Troisier a été démise de ses fonctions suite au scandale des trafics des grâces médicales des Baumettes. Inculpée de corruption et trafic d'influence, elle avait été relaxée en appel. Logeart Agathe, « Le rapport du docteur Solange Troisier préconise d'améliorer l'information et l'hygiène dans les prisons », Le Monde, 12 février 1988.***

[180] Ces accusations semblent être liées avant tout, selon l'Observatoire international des prisons, au silence qui entoure parfois la mort de plusieurs détenus, en l'absence d'une information suffisante des familles. Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, Paris, L'Esprit frappeur, 2000, p.97.

[181] De tels événements ne sont bien sûr pas propres à la médecine pénitentiaire française mais concernent également l'Italie comme le rappelle le responsable du Sert de Rebbibia : « Au milieu des années 90 […] plusieurs cas de mort pour non-assistance ont défrayé la chronique, par overdose ou encore pour un infarctus. Il y avait même des mauvaises langues qui affirmaient que les corps trouvés en cellule étaient réchauffés pour ne pas montrer qu'ils n'avaient été découverts que le matin. À l'époque je ne travaillais pas encore en prison et j'avais reçu dans mon cabinet un détenu mort depuis plus de deux heures, la personne avait le bras complètement rigide et on essayait encore de le réanimer artificiellement ». Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

[182] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

des détenus ne suffisaient pas à concerner l'ensemble de la société civile car leurs conséquences ne dépassaient pas l'enceinte de la prison. C'est uniquement le scandale du sang contaminé qui, en révélant la menace que la prison pouvait constituer pour la santé de chacun, va imposer une réforme de la médecine pénitentiaire.

L'affaire du sang contaminé a mis en crise de nombreuses institutions: le système transfusionnel français, la tutelle des autorités sanitaires, le système judiciaire mal adapté pour pouvoir y répondre correctement. Le milieu carcéral n'a pas échappé à cette crise. Le sang contaminé a soulevé, par la question de la sélection des donneurs, le problème des risques encourus par la collectivité dans son ensemble. Ainsi, comme le rappelle Monika Steffen, «lorsque l'épidémie arrive, elle présente un problème mal structuré pour les systèmes de santé en général, mais plus particulièrement pour le sous-secteur transfusionnel […] L'incertitude règne sur la nature du risque, sa gravité et les stratégies pour l'éviter. Faut-il ou non exclure de la collecte du sang les personnes appartenant au groupe touché par la maladie, les homosexuels, les toxicomanes et les ressortissants de certains pays, au risque de manquer de sang ? Comment identifier les sujets à risque ? »[183].

Le scandale du sang contaminé s'explique avant tout par la structuration du système de prélèvement sanguin hérité de la Libération [184] . Organisé selon un modèle associatif, il apparaît au cours des années 80 de plus en plus décalé vis-à-vis des exigences fonctionnelles d'une industrie biomédicale moderne, alors que les besoins en plasma augmentent. La réticence des centres de transfusion et des associations de donneurs à modifier leurs politiques traditionnelles de collecte pour développer la plasmaphérèse [185] amène les centres à amplifier la collecte extensive du sang et à recourir systématiquement aux collectes dans les prisons. Les prélèvements en milieu carcéral atteignent un pic entre 1984 et 1985, au moment précis où le Sida se développe et où le nombre de toxicomanes incarcérés augmente. Le système se caractérise alors par une absence totale de contrôle sur l'activité des centres de transfusions. Seule la Direction générale de la santé (DGS), récemment constituée, assure la tutelle sur l'ensemble des activités des centres. Ainsi, comme le résume Monika Steffen, « les mesures de prévention contre le Sida devaient donc être imposées par une tutelle faiblement équipée sans soutien politique, la DGS, dans un secteur fermé, marqué par l'indépendance médicale et plus sensible à l'éthique du don qu'à la sécurité des patients ».

[183] Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.143.

[184] L'origine du système de la transfusion sanguine remonte à la deuxième guerre mondiale, au don du sang gratuit et militant pour les résistants et les armées de libération. Après la guerre, les organisateurs de la « route du sang » livrèrent un combat aux banques de sang privées pour imposer leur modèle dans le cadre du service public. Le principal héritage en fut un système décentralisé composé de centres de transfusion autonomes, sans véritable coordination nationale, et une forte valorisation morale du donneur de sang qui entre dans l'histoire comme un héros national. *Ibid.,* pp.171-172

[185] Il s'agit d'un procédé particulier de recueil du plasma qui exige, outre des infrastructures technologiques, le déplacement des donneurs et un fonctionnement par rendez-vous individuels ce qui aurait perturbé le mode de fonctionnement établi depuis l'après-guerre.

Parmi les mesures de prévention existantes pour limiter les risques de contamination liés au sang [186] , la plus simple à appliquer et la plus efficace était la sélection des donneurs. Des dispositions existaient depuis longtemps en matière de sélection des détenus candidats au don du sang [187] . Celles-ci sont cependant restées lettre-morte pendant longtemps en raison de la pénurie du dispositif sanitaire, incapable de mettre en œuvre une démarche de sélection des donneurs [188] . Ainsi, comme le souligne Aquilino Morelle, « comment aurait-on pu faire respecter ces consignes, puisqu'il n'y avait pas assez de personnel médical et paramédical pour respecter la loi et simplement faire face aux besoins sanitaires élémentaires des personnes incarcérés ? »[189]. Pourtant, la Direction générale de la santé (DGS) diffuse le 20 juin 1983 une circulaire «relative à la prévention de l'éventuelle transmission du Sida par transfusion sanguine » qui préconise le repérage des populations à risque, dont le sang serait réservé à la préparation du plasma qui ne présente, en raison de son procédé de fabrication, aucun pouvoir contaminant [190] . Cette circulaire adressée aux 164 Centres de transfusion sanguine (CTS) imposait un interrogatoire détaillé des donneurs et précisait les critères d'identification des personnes à risque (personnes homosexuelles ou bisexuelles, utilisateurs de drogues injectables par voie intraveineuse, personnes originaires d'Haïti ou d'Afrique équatoriale et les partenaires sexuels des personnes appartenant à ces catégories) et la recherche de signes cliniques suspects ayant valeur de contre-indication dans le don. Le texte ne mentionne cependant pas de façon précise les collectes en milieu carcéral [191] . En février 1984 l'étude de suivi montre que la directive n'est pas appliquée [192] . La majorité des centres considèrent l'intervention de la DGS comme

[186] Les mesures à prendre pour éliminer le risque de contamination dans le secteur du sang et du plasma sont au nombre de quatre : la sélection des donneurs de sang qui constitue la première mesure à l'entrée de la chaîne transfusionnelle, le test de dépistage afin de dépister les lots contaminés provenant de donneurs séropositifs qui n'ont pas été écartés lors de l'étape de sélection, l'élimination du virus par un procédé de chauffage, enfin le retrait des produits non chauffés. Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,*p.148.

[187] Le repérage des personnes à risques était essentiel. Une circulaire du 7 Août 1963 de l'administration pénitentiaire recommandait aux médecins de « signaler les détenus (candidats au don du sang) pour lesquels le prélèvement semblerait médicament déconseillé ». En outre, l'article 3 du décret du 17 mai 1976, réglementant le prélèvement, dispose que « chaque prélèvement doit obligatoirement être précédé d'un examen médical du donneur, comportant un interrogatoire orienté plus spécialement sur le dépistage des affections contre-indiquant le prélèvement et des maladies transmissibles ; un examen clinique comprenant notamment l'appréciation de l'état général et la mesure de la tension artérielle ». Morelle Aquilino, « L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé », Esprit, octobre 1993, n°195, p.28.

[188] En 1984, le dispositif sanitaire carcéral se caractérise alors, selon Aquilino Morelle, par une pauvreté structurelle accablante. L'administration pénitentiaire ne dispose, par exemple, pas de médecin chargé de l'inspection des services médicaux, depuis le départ de Solange Troisier. On dénombrait au 31 décembre 1983 319 médecins vacataires et 30 spécialistes rémunérés à l'acte pour prendre en charge un stock de 40.013 détenus et un flux de 85.362 entrants. Morelle Aquilino, La défaite de la santé publique. *op.cit.,* p.246

[189] *Ibid.,* p.247.

[190] DGS (Circulaire DGS/3 B n°569 du 20 juin 1983, non parue au Journal officiel) .

illégitime et la mesure comme inutile. Morelle Aquilino remarque qu'une sélection satisfaisante des donneurs exigeait une relation de confiance, ce qui nécessitait un temps d'interrogatoire suffisant et le respect de la stricte confidentialité. Ces deux conditions sont difficiles à garantir en milieu carcéral. Les entretiens étaient le plus souvent absents car cela constituait une charge supplémentaire pour la prison [193] . Mais la résistance face à l'épidémie de Sida est davantage d'ordre culturel. La circulaire impose d'adopter, par le biais de l'interrogatoire, une relation différente avec le donneur en le considérant comme une menace potentielle, ce qui heurtait les conceptions alors en présence. Comme l'affirme Aquilino Morelle, « elle laissait entendre que les donneurs de sang français pouvaient représenter une source de contamination, ce qui allait directement à l'encontre des croyances les mieux enracinées dans l'esprit des transfuseurs français »[194]. L'origine du système de la transfusion sanguine accorde un rôle central à une éthique militante incompatible avec la prise en considération du risque de contamination encourue. La mise en équivalence entre le bénévolat et la nature saine est à l'origine de «l'incapacité structurelle à envisager le donneur de sang comme un possible sujet à risque »[195].

Les collectes en milieu carcéral continuent malgré les risques de contamination. Les tentatives de la DGS de mettre fin aux collectes se heurtent à l'opposition des cabinets ministériels [196] . Une circulaire datée du 13 janvier 1984 et signée par Myriam Ezratty, alors directrice de l'administration pénitentiaire, encourage même les collectes de sang en prison [197] . Le 29 février 1984, une réunion de la Société nationale de transfusion

191 Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.178

192 Une enquête réalisée en janvier 1984 par le docteur J.P Saleur, directeur du CDTS de Brest, établit le non-respect de ces mesures de la part des directeurs de CTS. Revue française de transfusion et immuno-hématologie, tome XXVII, n°4, septembre 1984, p.33.

193 Aquilino Morelle souligne le fait que les collectes représentaient pour la direction de l'établissement une charge, parce qu'elles détournaient le personnel de ses tâches habituelles, et des risques en terme de sécurité. Les contraintes du milieu carcéral incitaient les médecins à réduire l'examen clinique au strict minimum. On procédait ainsi souvent à l'examen de 120 à 140 détenus en une matinée, soit un temps moyen par détenu de 3 à 4 minutes. Morelle Aquilino, La défaite de la santé publique, *op.cit.,* p.44.

194 Morelle Aquilino, « L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé », *art.cit.,* p.33. Aquilino Morelle précise : « Bénévole, le donneur français a été considéré automatiquement, sans restriction, comme un individu par définition « sain » moralement et physiquement […] Voilà pourquoi il était structurellement impossible aux directeurs de centres d'accepter d'effectuer une sélection de ces donneurs ». Morelle Aquilino, La défaite de la santé publique, *op.cit.,* p.49

195 Setbon Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.109.

196 Un projet de circulaire est préparé par la DGS qui comporte six paragraphes consacrés spécifiquement à la question des collectes en prison. Ceux-ci sont supprimés lors du passage du projet de circulaire au cabinet d'Edmond Hervé et le texte final ne comporte aucune mention de ces collectes. Morelle Aquilino, La défaite de la santé publique, *op.cit.,* p.285

197 Circulaire n°AP.84 05.G1 émanant du ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire, sous-direction de la réinsertion sociale, bureau des méthodes de réinsertion sociale et de la réglementation. Greilsamer L., Le procès du sang contaminé, Le Monde Editions, Paris, 1992, p.88.

sanguine a lieu, durant laquelle les risques de contamination de lots liés aux collectes en prison sont soulevés [198]. Le directeur de la DGS adresse une nouvelle circulaire à chaque établissement français de transfusion où il rappelle la responsabilité des centres en cas de non-respect de la circulaire de 1983. Suite à deux études réalisées en mai 1985 par le docteur Pierre Espinoza, Mme Ezratty convoque une réunion du groupe santé-justice, coprésidée par Michel Lucas, directeur de l'IGAS, au terme de laquelle, il fut décider de « ne pas arrêter ni suspendre les prélèvements sanguins réalisés en établissements pénitentiaires »[199]. Il est cependant admis que les services de la DGS contactent téléphoniquement les directeurs régionaux responsables des centres de transfusion sanguine pour « leur donner toute recommandation utile sur l'utilisation des dons de sang ». La recommandation de stopper les collectes ne sera finalement adressée par les directions régionales de l'administration pénitentiaire aux chefs d'établissement que par une note datée du 11 octobre 1985.

Si la plupart des collectes en prison s'arrêtent vers la fin de 1985, certaines se poursuivent jusqu'à l'inculpation pénale des responsables de la transfusion sanguine en 1991, faute d'une interdiction officielle. Ces collectes ne représentaient pourtant que 0,35% du volume total de sang prélevé en France chaque année et n'étaient donc pas justifiées. L'absence de mesures de prévention dans les collectes effectuées en milieu carcéral était à cette époque d'autant plus coupable, comme l'estime Aquilino Morelle, que les risques de contamination à VIH étaient fortement prévisibles au regard de l'hépatite B. En effet, avant même qu'apparaisse le virus du Sida, les prélèvements de sang en prison représentaient une menace de vis-à-vis de l'hépatite B. A la fin des années 60, le risque d'hépatite post-transfusionnelle était évalué entre 25 à 50 %, selon les lieux de collecte, la nature et la quantité de produits sanguins injectés. La mise en place en 1971 du dépistage systématique de l'antigène Australia (HBs), marqueur biologique spécifique de l'hépatite B, rassura et promit un nouvel essor de la transfusion sanguine. Néanmoins, malgré le dépistage de l'hépatite B, le risque d'hépatite transfusionnel avoisinait les 7 ou 8 %. La prévalence de l'hépatite B était alors très forte en milieu carcéral. Le docteur Noël, directeur du CDTS de Versailles, indique en 1984 que la prévalence de l'hépatite était en moyenne 4,5 fois plus élevée dans une maison d'arrêt que dans la population générale [200]. Cette prévalence indiquait un risque lié aux collectes de sang de recueillir, malgré le test de dépistage, des dons de sang contaminé par l'hépatite B en raison de la période pré-sérologique. Le docteur Noël écrivait d'ailleurs que « cette forte prévalence de l'infection par le VHB implique un risque élevé d'infection par des agents transmissibles […] et assimile cette population de donneurs de sang en milieu

198 Nouchi Franck, Nau Jean-yves, « Contamination : le sang des prisons », Le Monde, 11 avril 1992.

199 Cette décision est justifiée par le fait que « l'arrêt, même temporaire des dons de sang ne serait pas sans poser de difficultés dans les centres de détention, mais aussi dans les centres de transfusion qui verraient disparaître une importante source de prélèvements ». Procès verbal de la réunion du 10 juin 1985. Cité *in* Nouchi Franck, Nau Jean-yves, « Contamination : le sang des prisons », Le Monde, 11 avril 1992.

200 « Marqueurs du VHB, bêta 2, microglobuline et anti-HTLV dans une population de donneurs de sang en milieu carcéral », Revue française de transfusion et immuno-hématologie, tome XXVII, n°4, septembre 1984.

carcéral à une population à risque de transmission du VHB et probablement d'autres agents infectieux identifiés. Il est inconcevable éthiquement et économiquement de prélever des populations et d'écarter 31,5 % des unités provenant des donneurs ayant été en contact avec le VHB. Cette population à risque ayant l'avantage d'être bien délimitée, nous avons préféré suspendre provisoirement la collecte de sang à la maison d'arrêt jusqu'à ce que le risque infectieux soit mieux décidé »[201]. Une « dissonance cognitive » ne permit cependant pas de tirer toutes les conclusions de la mise en parallèle entre le VIH et le VHB [202] . En effet, au début des années quatre-vingts, la plupart des hémophiles sont atteints de l'hépatite B et le risque semble accepté. Environ 10% des cas s'avèrent fatals, d'où l'hypothèse largement partagée en 1985, selon laquelle 10% seulement des patients séropositifs au VIH développeraient un jour un Sida. Dans le monde transfusionnel, le risque du Sida était donc considéré au début des années quatre-vingts comme un risque acceptable.

Alors que les risques de contamination sont élevés, les collectes de sang ont eu lieu en milieu carcéral entre 1984 et 1985 infectant ainsi de nombreux lots sanguins [203] . Evaluer la part de responsabilité de cette non-application des mesures de prévention est une opération délicate [204] . Selon les calculs effectués par la mission d'enquête IGAS de 1992, les collectes de sang en prison seraient responsables de 25 % des contaminations liées aux transfusions pour l'année 1985, à partir de laquelle on disposait d'un test de dépistage et où il a été possible de calculer les taux de séroprévalence [205] . Comme le remarque Aquilino Morelle, « le danger que faisaient courir ces collectes paraît plus impressionnant encore quand on compare leur poids dans le total des prélèvements et leur part dans la contamination. En effet, le taux de séropositivité était en moyenne 60 fois plus élevé que le taux moyen observé sur l'ensemble des dons recueillis dans la population générale (détenus compris) [206] . Ainsi, les prélèvements de sang en milieu

201 *Ibid,* p.27-28.

202 Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.144.

203 Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.146.

204 Le nombre de victimes des contaminations liées au sang demeure minoritaire parmi les sidéens en Europe. Le nombre de cas de Sida déclarés, cumulés au 30 septembre 1998 était en France 582 pour les hémophiles et de 1799 pour les transfusés, pour un total de 2381, tandis qu'il était, pour comparaison, en Italie de 332 pour les hémophiles et de 392 pour les transfusés, pour un total de 724. Le haut niveau de contamination des patients transfusés en France traduit une double causalité : le refus de sélectionner les donneurs de sang et la surconsommation de transfusion sanguine dans les hôpitaux français. Source : Surveillance du Sida en Europe, n°61, 1999. Cité *in* Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.149.

205 Cité *in* Morelle Aquilino, « L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé », *art.cit.*.

206 Tandis que la séroprévalence de l'ensemble des dons recueillis en 1985 était de 0,0064%, celle des seuls dons était de 4,24%, soit un degré de contamination 66 fois plus élevé. La séroprévalence du sang collecté pouvait atteindre des valeurs bien plus élevées selon les sites : 8,2% à Pontoise, 9,5% à Meaux, 10,6% à Fresnes, 11,1% à Gradignan et aux Baumettes, 13,3% à Carcassonne. Morelle Aquilino, La défaite de la santé publique, *op.cit.,* p.42.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

carcéral qui représentaient 0,3 % des dons de sang en 1985 ont été à l'origine de 25,4% de la contamination post-transfusionnel du Sida. Cet écart phénoménal du taux de séropositivité entre les collectes effectuées en prison et celles effectuées à l'extérieur, en poste fixe, s'explique par la forte prévalence de toxicomanes intraveineux en milieu carcéral. Ce phénomène était amplifié du fait que 139 des 183 établissements pénitentiaires français sont des maisons d'arrêt où la population est composée de petits délinquants dont les délits sont liés à la consommation de stupéfiants.

Le non-respect des mesures de prévention en milieu carcéral fut responsable de nombreuses contaminations. C'est en 1992 qu'éclate le scandale du sang contaminé et que le problème des collectes de sang en prison est évoqué pour la première fois par une enquête publiée par *Le Monde* [207] . Le journal met en avant la responsabilité de l'ancienne directrice de l'Administration pénitentiaire, Myriam Ezratty. L'incapacité de l'administration pénitentiaire à gérer cette crise sanitaire est soulevée quelques mois après par un rapport conjoint Santé (IGAS), Justice (IGSJ), rendu public par Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, le 6 novembre 1992 [208] . Pourtant, cette mauvaise gestion d'un problème de santé publique est restée sans suite. Au cours du procès du sang contaminé, Myriam Ezratty, qui avait été nommée depuis première présidente de la cour d'appel de Paris n'a pas été appelée à comparaître [209] . C'est pourtant sous sa direction que les collectes ont été intensifiées en prison en 1984. Un proche collaborateur de Myriam Ezratty, Jean-Pierre Dintilhac a fait l'objet d'une plainte devant le procureur de la République de Paris par une jeune femme contaminée par le VIH et par l'hépatite C le 8 juin 1984 lors d'une transfusion sanguine où les lots étaient contaminés probablement par des collectes en milieu pénitentiaire. Celle-ci demeura cependant sans conséquence suite à la relaxe générale. D'autres responsabilités enfin semblent lever des doutes notamment

[207] Les journalistes déclarent notamment que « des documents jusqu'alors inédits permettent d'affirmer que l'épicentre du scandale du sang contaminé se situe dans les prisons françaises. C'est pour l'essentiel parce que les services de plusieurs ministères (santé, affaires sociales et justice) ont laissé pratiquer, puis encouragé à partir de 1984, les transfuseurs qui réalisaient des collectes massives de sang en prison, que la France compte aujourd'hui autant de cas de Sida post-transfusionnels [1 021 au 31 décembre 1991] ». Nouchi Franck, Nau Jean-yves, « Contamination : le sang des prisons », Le Monde, 11 avril 1992. C'est également à la même époque qu'une journaliste d'investigation, A-M.Casteret, déclenche un scandale avec la publication de son ouvrage l'« affaire du sang ». Patrick Champagne et D.Marchetti ont montré en quoi ces publications correspondent à des enjeux propres au champ médiatique : les médias rivalisent pour porter des documents secrets à la connaissance du public par lesquels ils mettent en cause la corruption au sommet de l'Etat. Cf. Champagne P., Marchetti D., « L'information médiatique sous contrainte. A propos du « scandale du sang contaminé » », Actes de la recherche en sciences sociales, n°101-102, 1994, pp.40-62.

[208] Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, IGAS, IGSJ, novembre 1992. Cf. , « Les suites de l'affaire du sang contaminé. Le drame des collectes en prison », Le Monde, 5 novembre 1992.

[209] Lors de la troisième journée du procès de l'affaire du sang contaminé, le mercredi 24 juin 1992, un des avocats de la partie civile, Me Kaman, critiqua l'absence d'une enquête à l'encontre de Mme Ezratty: « Le juge d'instruction a interrogé le docteur Wetter sur les collectes de sang [directeur général du laboratoire national de la santé en 1984 et 1985] mais sa curiosité s'est arrêtée aux portes du ministère de la Justice... C'est ainsi dans notre système : le premier président de la cour d'appel note tous les magistrats du siège. Je ne sais pas s'il existe des possibilités d'inculpation. Je constate que Mme Ezratty n'a pas été entendue ». Greilsamer L., Le procès du sang contaminé, *op.cit.,* pp.97-98.

au sein de l'IGAS [210] .

L'incapacité de l'administration pénitentiaire française à gérer les collectes de sang en milieu carcéral semble liée à un déficit de santé publique. Une comparaison internationale permet de s'en rendre compte [211] . On peut remarquer que les pays scandinaves (Finlande, Suède, Norvège) ont cessé très tôt les collectes en prison de même que les pays de tradition anglo-saxonne (Afrique du Sud, Australie, Canada, États-Unis). Le Royaume-Uni et l'Allemagne ont mis fin à ces collectes plus tardivement, en 1982. La principale raison qui a été à l'origine et qui a motivé ces décisions était le risque de transmission de l'hépatite que n'a pas su prendre en compte le dispositif politico-sanitaire français. Aquilino Morelle en déduit que «ce sont précisément les pays ayant la culture d'hygiène publique la plus ancienne et la plus développée qui enregistre les meilleurs résultats ». Le manque de lien entre la médecine pénitentiaire et le reste du système de santé est probablement en partie à l'origine de la non-application des mesures de précaution recommandées par la DGS. Il semblerait toutefois que le principal facteur explicatif de l'immobilisme de l'administration soit son mode de gouvernance.

L'institution carcérale est durement remise en cause depuis le début des années soixante-dix sous le poids de mouvements sociaux d'un ordre nouveau [212] . La tendance est alors à gérer les problèmes pénitentiaires sans passer par le politique. Comme le remarque Pierre Favre, « l'administration, confrontée à un problème, tente généralement de le résoudre seule, hors de l'intervention du champ politique. Les gestionnaires ou les experts dans l'administration se défient des interventions changeantes des cabinets ministériels et cultivent une vision de l'administration comme le lieu d'une compétence technique qui doit être à l'écart des initiatives inopportunes et souvent suspectes des hommes politiques. Loin d'être cet organe de transmission automatique au champ politique, qu'on a pu voir en elle, l'administration serait spontanément une instance de captation des problèmes »[213]. Face à l'aggravation de l'état de santé des détenus et à l'insuffisance des moyens sanitaires au cours des années quatre-vingts, l'administration

[210] C'est le cas de Michel Lucas, ancien responsable de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui a réalisé un rapport en 1991 sur la contamination des hémophiles, dans lequel il avait omis de traiter le problème des collectes en milieu carcéral, alors qu'il était lui-même membre dès octobre 1984 des « comités santé-justice » chargés de contrôler la médecine pénitentiaire et qu'il ne pouvait ignorer cette question délicate.

[211] Cette comparaison est établie par Aquilino Morelle à partir de trois études : celle réalisée par le docteur Habbibi en juillet 1985, l'enquête effectuée par la mission IGAS-IGSJ et celle réalisée par le conseil de l'Europe.Morelle Aquilino, « L'institution médicale en question. Retour sur l'affaire du sang contaminé », *art.cit.*

[212] Après mai 68, plus d'une centaine de militants gauchistes sont arrêtés. Cette nouvelle catégorie de détenus attire l'attention sur les prisons, dont on dénonce de nouveau la fonction politique. Mais ce mouvement n'aurait pas été suffisant si un certain nombre d'intellectuels n'avaient étendu la protestation à la question des détenus de droit commun. Le Groupe d'information sur les prisons (GIP) est créé le 8 février 1971, autour de Michel Foucault. Son objectif est d'informer, de faire sortir les prisons du silence. Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, *op.cit.,* p.254.

[213] Favre Pierre, « La gestion administrative du Sida ou l'impossible captation d'un problème de santé par la Haute administration », *in* Favre Pierre (dir.), Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987), Paris, L'Harmattan, 1992*,* pp.75-92.

pénitentiaire adopte une stratégie d'« évitement » du conflit afin de prévenir la « politisation » du problème. C'est ainsi qu'à son arrivée à la direction de l'administration pénitentiaire Myriam Ezratty décide en 1984 de confier une mission de contrôle sanitaire des prisons à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui venait d'être chargée de cette compétence. La gestion de la crise du sang contaminé en milieu carcéral témoigne de ce mode de gouvernance des problèmes [214] . C'est par directive téléphonique, puis par voie de circulaire, que l'administration pénitentiaire cherche à faire stopper les collectes sans que cela ne soit connu du public. Le scandale du sang contaminé constitue une crise de gouvernance de l'institution carcérale qui a mis en évidence l'incompatibilité entre l'ancienne structuration de l'organisation des soins et les principes prévalant au sein du système sanitaire. Elle a ouvert une « fenêtre politique »[215] à la mobilisation des différents acteurs en vue d'une réforme globale de la médecine pénitentiaire à partir de l'exemple des prisons « 13 000 ».

3.2 L'expérience « 13 000 » : un premier décloisonnement de la médecine pénitentiaire

La réforme de 1994 qui transfère l'organisation des soins au système public hospitalier a connu une première expérimentation au cours des années quatre-vingt-dix dans le cadre du programme « 13 000 »[216]. Les activités sanitaires sont déléguées à des groupes privés et sortent du contrôle de l'administration pénitentiaire pour la première fois [217] . Le cahier des charges des marchés de fonctionnement attribue à l'opérateur privé l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de soin nécessaires à la préservation de la santé des détenus, à l'exception des hospitalisations, dans le cadre de la réglementation en vigueur. Il définit la composition de l'équipe médicale et paramédicale pour chaque type d'établissement. La mise en place de ces conventions Etat-privé ont constitué un premier pas dans le décloisonnement de la médecine pénitentiaire. Les services médicaux des

214 De façon plus générale, Michel Setbon relève l'existence de ce problème de captation d'un problème par l'administration au sujet de la crise du sang contaminé. Le retard d'une action publique en matière de Sida alors même que l'agent infectieux avait été identifié par le professeur Luc Montagnier au sein de l'institut Pasteur en mars 1983 s'explique par une dissociation entre les acteurs administratifs et politiques. « Le divorce est ainsi de plus en plus manifeste entre l'acteur administratif soutenu par le groupe d'alerte qui produit de l'information scientifiquement crédible et l'acteur politique conseillé par des acteurs prestigieux qui lui recommandent l'immobilité ». Les acteurs administratifs cherchent à agir dans la limite de leurs fonctions et de leur pouvoir, c'est-à-dire de façon technique. C'est ainsi que deux mesures sont adoptées en 1983. D'une part, une première circulaire de la DGS qui vise à réduire les risques de contamination par les produits sanguins par la mise à l'écart des donneurs de sang à risque, évoquée auparavant. D'autre part, une seconde circulaire qui a pour but de mettre en place un réseau national d'information et de surveillance de la maladie. (Circulaire DGS/PGE/1 C n°547 du 26 août 1983, non parue au journal officiel). L'intervention des pouvoirs publics n'interviendra qu'après la redécouverte aux États-Unis du virus par l'équipe de Gallo aux États-Unis en avril 1984 et découvert au préalable par l'équipe de l'institut Pasteur. Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* pp.60-63.

215 Kingdom propose la notion de « fenêtre politique » pour désigner un changement d'opinion brusque qui suspend le fonctionnement ordinaire des institutions et rend possible la réorientation d'une politique sectorielle par une plus grande réceptivité des pouvoirs publics aux intérêts de certains acteurs. Cf., Muller, P., Surel, Y., L'analyse des politiques publiques, *op.cit.,* p.74.

217 Thibault Philippe-Michel, Le défi des prisons « privées », *op.cit.,* p.174-175.

établissements « 13 000 » ont par exemple mis fin aux distributions de médicaments dans la fiole et ont insisté sur le respect du secret médical. Bien que la réforme de 1994 s'inspire de l'expérience 13 000, elle s'en distingue considérablement dans ses modalités à la suite de la remise du rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP) publié en 1993 qui a effectué un bilan du fonctionnement de ces services [218] . Celui-ci visait notamment à mettre en comparaison les établissements pénitentiaires déjà conventionnés avec le fonctionnement des établissements 13 000 [219] . Le rapport note dans ces derniers un progrès sensible vis-à-vis des effectifs soignants et de l'équipement médical au regard des établissements du parc pénitentiaire classique et estime que leur service sanitaire fonctionne « globalement de manière satisfaisante ». Il relève cependant un certain nombre de dysfonctionnements : la continuité des soins n'est pas toujours assurée ; les hospitalisations extérieures restent trop nombreuses ; le relais de la prise en charge sanitaire des sortants n'est pas nécessairement assuré, aucun lien institutionnel n'existant entre les soignants en prison et le réseau de soin extérieur ; la dimension de la réinsertion ne paraît enfin pas avoir été intégrée. Le manque de coordination entre les services sanitaires des établissements 13 000 et le reste du système sanitaire apparaît plus grave dans le dépistage et la prise en charge du Sida, pour laquelle, faute de ressources internes, le recours aux structures extérieures est d'autant plus important. Le professeur Luc Montagnier remarque dans son rapport sur « Le Sida et la société française », remis au gouvernement en 1993, que la coordination des établissements 13 000 avec les Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) est très insuffisante [220] .

Un second problème est fréquemment soulevé : la coordination entre le personnel soignant et le personnel de l'établissement pénitentiaire semblait insuffisante à deux

[216] Pour faire face à la modernisation du parc pénitentiaire, avec la fermeture des prisons les plus vétustes, et dans une optique d'accroissement du nombre de places de détention (la surpopulation carcérale atteint un niveau record en 1986 avec 50 000 personnes pour 32 500, soit cinq détenus pour une cellule de neuf mètres carrés), le garde des Sceaux, Albin Chalandon entreprend entre 1985 et 1988 un vaste programme de privatisation des prisons : 15 000 nouvelles places devaient être construites. Après le retour de la gauche au pouvoir en 1988, ce programme est réduit à 13 000 places mais la logique de privatisation n'est pas remise en cause. Il s'agissait dans un premier temps de confier à des grandes entreprises privées du bâtiment la construction de 25 nouvelles prisons qui ont été remises, clé en main, à l'Etat. Cet ensemble est intitulé "Programme 13 000". Dans un second temps, l'Etat a concédé, pour une période de dix ans renouvelable, la gestion de l'entretien des détenus à une entreprise privée. Le cahier des charges précisait que chaque entreprise concessionnaire était responsable de l'entretien général des bâtiments, du chauffage, de la nourriture des détenus, des soins médicaux et du travail des détenus. En échange, le concessionnaire privé reçoit une certaine somme d'argent par jour et par détenu (environ 130 F en 1998). Combessie Philippe, "Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ?", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, pp.90-91.

[218] Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.*

[219] Trois établissements pénitentiaires (Laon, Châteauroux et Saint-Quentin-Fallavier) ont servi d'expérimentation à la réforme de 1994 en signant dès 1992 des conventions avec des centres hospitaliers de proximité. C'est à partir de la comparaison entre ces établissements et ceux du programme « 13 000 » que la réforme de la médecine pénitentiaire fut élaborée.

[220] Ainsi, pour la région Est, seul un établissement pénitentiaire avait signé une convention avec le CDAG local pour le dépistage du Sida. Montagnier Luc, Le Sida et la société Française, *op.cit.*p.196.

niveaux. En premier lieu, Luc Montagnier remarque le manque de lien entre l'administration pénitentiaire et l'infirmerie. Ainsi, « c'est dans les prisons du programme 13 000 que la séparation et la plus nette entre les surveillants et le personnel médical puisqu'ils n'appartiennent pas à la même administration »[221]. Une responsable pénitentiaire qui a travaillé cinq ans dans un établissement « 13 000 » (la maison d'arrêt de Douai) confirme l'absence de relation entre la direction et le personnel médical. La délégation au secteur privé avait, semble t-il, aboutit à une séparation nette entre les deux services sans que s'établisse un rapport de coopération : « Nous on avait l'habitude de leur répondre "c'est le 13 000 et le médecin, c'est du privé" […] On avait quasiment aucun rapport avec eux. C'est essentiellement le privé qui gérait la santé. Ça n'était pas nous. Ça représentait vraiment une difficulté, ça c'est sûr »[222]. Une seconde coupure existait dans les prisons 13 000 entre le service sanitaire et les services sociaux, titulaires de l'administration pénitentiaire. Le rapport du HCNSP a mis en évidence l'absence de coordination entre les deux services [223], ce que souligna également le rapport du professeur Montagnier [224]. Ce constat doit pourtant être relativisé par l'expérience de la prison de Villefranche, établissement du « programme 13000 » où le directeur de l'établissement et l'opérateur privé entretenaient un rapport de collusion qui a probablement contribué à rejeter le modèle des « prisons 13 000 »[225].

Le fonctionnement des services de santé des prisons « 13 000 » présentait certains dysfonctionnements qui ont amené le Haut comité de la santé publique à privilégier comme modèle pour la réforme de 1994 le système de convention entre les établissements pénitentiaires et les hôpitaux publics [226]. Les prisons « 13 000 » furent exclues de la réforme de 1994 et conservèrent leur ancien mode de fonctionnement. En

221 Montagnier Luc, Le Sida et la société Française, *op.cit.*p.197.

222 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

223 Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.*

224 Montagnier Luc, Le Sida et la société Française, *op.cit.,* p.197.

225 Le médecin-inspecteur à la DDASS du Rhône chargée de la santé en milieu carcéral constate ainsi que l'infirmerie de Villefranche présentait deux problèmes. D'une part, elle fonctionnait sur un modèle économique visant la rentabilité et réalisait des économies en restreignant le nombre d'extractions médicales ou les prescriptions de médicaments, notamment les antidépresseurs. D'autre part, la logique de fonctionnement du directeur de la maison d'arrêt de Villefranche et celle du responsable de l'infirmerie étaient, selon Claire Cellier, très similaires de sorte que le transfert des soins au système public hospitalier fut perçu comme une perte de contrôle. Il s'engagea un conflit entre les deux hommes qui ne prit fin que lors du transfert du directeur d'établissement : « Le responsable médical était conseiller de la boîte privée et était forcément sensible aux arguments de son patron, son patron étant le groupement privé. S'il lui disait « vous ne faites pas trop de dépenses comme ceci ou comme cela », il se rangeait aux avis de son patron qui était le groupement privé […] […] L'ancien directeur [de Villefranche], il avait vécu aussi avec la santé gérée par G3S [groupement privé] et il s'était habitué aussi à des pratiques très restrictives et quand s'est passé au service public hospitalier, il n'a pas du tout, du tout supporté et il était en conflit permanent avec le médecin responsable et donc je crois que c'était vraiment une très bonne chose qu'il y ait un nouveau directeur à Villefranche ». Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

1997, le professeur Marc Gentilini publia un rapport sur la prise en charge sanitaire des détenus dans lequel il critiqua la gestion des infirmeries « 13 000 », dont notamment la mauvaise coordination avec le secteur hospitalier et les réticences à mettre en place des programmes de substitution auprès des toxicomanes [227] . Le Conseil national du Sida divulgua un rapport en 1998 dans lequel il constatait des difficultés de prescription des traitements de substitution et où il demandait le rattachement de ces établissements au système hospitalier [228] . Pour répondre à ces critiques, un rapport d'évaluation de la « gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 » a été réalisé en 1999 qui, en contradiction avec les études précédentes, ne remit pas en cause les contrats de délégation [229] . Pourtant, les pouvoirs publics décidèrent en 2001 d'étendre la loi de 1994 aux services de santé à gestion privée, homogénéisant ainsi les services sanitaires en prison. L'expérience d'une gestion privée de la santé en milieu pénitentiaire n'a duré que dix ans. Elle constitua une parenthèse entre l'ancien système et le nouveau. L'expérience « 13000 » a néanmoins permis un premier décloisonnement de la médecine en milieu carcéral vers des personnels non pénitentiaires et constitue une anticipation de la réforme du 18 janvier 1994. Jean-Louis Pérol, magistrat et sous-directeur des affaires administratives, responsable du suivi du programme 13 000, va même jusqu'affirmer que « la loi de janvier 1994 est la fille directe du programme 13 000 »[230]. Bien qu'il s'agisse de deux modèles de fonctionnement distincts, le projet « 13000 » a sans nul doute ouvert la voie à une réforme de l'organisation des soins en milieu carcéral.

La réforme de l'organisation des soins résulte d'une conjonction causale multiple : la médecine pénitentiaire apparaissait comme une discipline très cloisonnée et peu valorisée, incapable de prendre en charge les besoins sanitaires croissant d'une population carcérale de plus en plus nombreuse et marginale. Outre ces raisons

226 Le rapport conclut au terme de la comparaison entre les deux systèmes que « le recours au partenaire public paraît donc plus souhaitable que le recours à des partenaires privés ». Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.*

227 Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, *op.cit.,* 214p.

228 « D'une manière générale, le Conseil national du Sida estime que la loi de 1994 devrait s'appliquer à l'ensemble des établissements pénitentiaires ; rien ne légitime que l'accès aux soins ne soit pas homogène dans toutes les prisons de la République, et ce, au moment où interviennent les renouvellements des contrats ». Conseil national du Sida**,** Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation. Le Suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention **,** *op.cit.,* p.28-29.

229 Le rapport Pradier constate que même si le fonctionnement des établissements de la loi de 1994 est satisfaisant cela ne justifie pas la remise en cause des contrats de délégation de la gestion de la santé auprès des groupements privés : « Malgré les réticences qu'a fait naître la décision de confier la santé des prisonniers à des praticiens liés à des entreprises privées, il faut bien convenir du fait que ceux-ci méritent de poursuivre la tâche qui leur a été dévolue […] Aujourd'hui, il ne paraît pas certain que le retour de toutes les structures pénitentiaires sous un régime unique de gestion soit de nature à transformer la situation sanitaire de l'institution pénitentiaire ». Pradier Pierre, La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions, ministère de la Justice, 1999, 109p.

230 Thibault Philippe-Michel, Le défi des prisons « privées », *op.cit.,* p.189.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

structurelles, le scandale du sang contaminé a mis en crise la gestion de la santé en milieu carcéral, en soulignant les conséquences qui en découlaient pour l'ensemble de la société. Le risque de contamination encouru par la population libre a permis de mettre fin à la représentation de la prison comme institution située en dehors du corps social. La réorientation des politiques sanitaires en prison est dès lors apparue comme une nécessité de santé publique.

CHAPITRE 2 : LA REORIENTATION DES POLITIQUES SANITAIRES EN PRISON

Le dispositif sanitaire présent en milieu carcéral apparaît au début des années quatre-vingt-dix totalement inadéquat à la prise en charge de la population détenue. Celui-ci est remis en cause par plusieurs médecins pénitentiaires ainsi que par la publication de nombreux rapports. La réforme de la médecine pénitentiaire est volontiers présentée par ses défenseurs comme une exigence de santé publique. Pourtant, l'idée est loin de réaliser un consensus chez tous les acteurs concernés. En effet, l'élaboration et la mise en œuvre de la réforme ne supposent pas uniquement l'accord du personnel soignant travaillant en milieu carcéral mais aussi, et surtout, celui de l'administration pénitentiaire et du système public hospitalier, auquel est déléguée la gestion des soins. C'est uniquement par la prise en compte de ces positions, qu'il est possible de comprendre le retard du vote de la loi du 18 janvier 1994 ainsi que les difficultés de mise en œuvre qu'elle va devoir affronter.

1 Réformer la médecine pénitentiaire : une confrontation France-Italie

Les dispositifs sanitaires carcéraux français et italiens affrontent des difficultés similaires au début des années quatre-vingts (manque de considération, surpopulation carcérale, proportion entre les besoins et les moyens mis en œuvre) qui vont les amener à engager une réforme de la médecine pénitentiaire. Ces deux réformes méritent d'être comparées. Il s'agit de rendre compte, d'une part, de l'écart de cinq ans qui les a séparé, en s'attardant sur les processus politique propres à chaque pays, et de comprendre, d'autre part, les spécificités du nouveau dispositif sanitaire qui a été mis en place.

1.1 Les dynamiques politiques de la loi du 18 janvier 1994

Bien que les éléments d'une réforme de la médecine pénitentiaire semblent réunis depuis la fin des années quatre-vingts, ce n'est que la crise du sang contaminé qui suscite en 1992 l'intérêt de la société civile pour la santé en milieu carcéral. L'intervention des pouvoirs publics est dès lors rendue indispensable [231] . Il est nécessaire de décrire les principales mobilisations qui ont rendu possible la loi du 18 janvier 1994 afin de comprendre quels sont les acteurs en présence et les processus par lesquels s'effectue l'inscription de la réforme de la médecine pénitentiaire sur l'agenda politique [232] .

1.1.a La mise sur agenda de la réforme de la médecine pénitentiaire française

Les pouvoirs publics vont reconnaître progressivement au début des années quatre-vingt-dix, la nécessité de réformer la médecine pénitentiaire. Celle-ci est pourtant traversée depuis le début des années quatre-vingts par une profonde crise de légitimité et de nombreux médecins ont déjà réclamé sa réforme. L'expérience lyonnaise apporte un bon exemple de cette mobilisation des professionnels. Le professeur Barlet et certains médecins pénitentiaires se mobilisent dès le début des années-quatre vingt pour réformer la médecine pénitentiaire [233] . Ils proposent ainsi en 1982 un projet de réorganisation des soins au garde des Sceaux, dont seule une proposition sera retenue : la création d'unités d'hospitalisation spécifiques pour détenus. L'idée du transfert de la médecine pénitentiaire vers le système sanitaire national est cependant proposée pour la première fois et sera reprise à diverses occasions [234] :

« En 1982, on avait fait remonter au Garde des sceaux de l'époque un projet dans lequel on disait qu'il fallait transférer la mission de soin aux hôpitaux publics et créer des unités d'hospitalisation, à l'intérieur des hôpitaux, réservées aux personnes détenues. Alors seule la deuxième partie de la proposition a été

[231] Padioleau considère qu'afin que les pouvoirs publics interviennent dans la résolution d'un problème, il est nécessaire que « des élites (syndicales, administratives, politiques, des citoyens) qui peuvent être plus ou moins organisées définissent une situation comme problématique parce qu'ils perçoivent des écarts entre ce qui est, ce qui pourrait être ou ce qui devrait être. Cette découverte d'un problème s'accompagne de procédures d'étiquetage qui le qualifient comme relevant de la sphère de compétence des autorités publiques. L'intervention de la société politiques est attendue, y compris l'option de ne rien faire ». Padioleau J., L'Etat au concret, Presses universitaires de France, 1982.

[232] Jean Padioleau définit l'agenda politique comme « l'ensemble des problèmes perçus comme appelant un débat public, voire l'intervention des autorités politiques légitimes ». La mise sur agenda correspond donc à « l'entrée [d'un problème] dans le système formel de décision politique ». *Ibid.,* p.31.

[233] On peut relever l'importance pour un médecin pénitentiaire, comme le rappelle le professeur Barlet, de travailler à cette époque en lien avec l'université ce qui a offert la possibilité d'avoir un recul sur l'activité de soin et d'anticiper une réforme du système. L'Association lyonnaise de criminologie et d'anthropologie sociale, à laquelle appartiennent plusieurs médecins pénitentiaires des prisons de Lyon, a constitué également un lieu d'étude et de proposition, permettant d'exercer une influence sur les pouvoirs publics. C'est par exemple dans ce cadre que le docteur Gonin effectue en juin 1991 une recherche, intitulée « Conditions de vie en détention et pathologies somatiques » pour le ministère de la Justice. Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[234] Ce phénomène redouble l'interrogation initiale, à savoir : comment expliquer la mise sur agenda tardive alors même que toutes les conditions d'une réforme semblent réunies ? En effet, le projet de réorganisation des soins est présent dès 1982 mais restera inappliqué par manque de volonté politique. Cette situation s'apparente au processus que décrit Jacques Lagroye lorsqu'une solution est offerte avant même la formulation du problème et où l'offre de solution est première. « Le processus d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique publique se déclenche lorsque surgit une opportunité politique de soulever le problème pour lequel des solutions ont été étudiées, en d'autres termes lorsque s'ouvre une « fenêtre » pour engager l'action ». Lagroye Jacques, Sociologie Politique, Paris, Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques, 1991, « Les politiques publiques », p.447.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

retenue.» [235]

Malgré la mobilisation de plusieurs professionnels depuis le début des années quatre-vingts, ce n'est qu'en 1992 que les pouvoirs publics s'intéressent à la réforme de la médecine pénitentiaire. Un premier rapprochement entre l'administration carcérale et le ministère de la Santé annonce cette réforme. Un colloque est organisé le 4 avril 1992, quelques jours avant la publication de l'enquête du journal *Le Monde* sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, sur l'initiative des deux ministères et dont l'intitulé est sans ambiguïté (« Soigner absolument: Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville ») et au cours de laquelle l'idée d'une réforme de la médecine pénitentiaire est envisagée publiquement pour la première fois [236] .

Cette conférence semble être le point de départ d'un processus politique de réforme de la médecine pénitentiaire. Le garde des Sceaux, Michel Vauzelle, et le ministre de la Santé, Bernard Kouchner, demandent alors, par la lettre de mission du 15 juillet 1992, au Haut comité national de la santé publique de proposer une réforme de l'organisation des soins en milieu carcéral. Cette commission, sous l'égide de Gilbert Chodorge, directeur de l'hôpital d'Orsay, remet en février 1993 les conclusions de son étude [237] . Après avoir fait un état des lieux des besoins sanitaires des détenus, le rapport établit les insuffisances de la prise en charge. Il définit alors les objectifs prioritaires puis propose un schéma national d'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Le rapport préconise la généralisation des conventions de proximité avec les établissements publics de santé, à l'image de la médecine psychiatrique avec les SMPR, ainsi que la généralisation de la couverture sociale du risque maladie-maternité à la totalité de la population pénale. Le principe du couplage prison-hôpital est jugé positivement au regard d'expérimentations qui avaient eu lieu en 1992 dans trois établissements pénitentiaires où des conventions avaient été signées entre chaque établissement pénitentiaire et le centre hospitalier le plus proche [238] . Au rapport du HCNSP vient s'ajouter, en mars 1993, l'étude réalisée par le Conseil national du Sida qui dénonce les fréquentes violations du secret médical en prison et

[235] Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[236] A cette occasion, le directeur de l'administration pénitentiaire, Jean-Claude Karsenty, déclare : « Notre objectif est de construire une véritable médecine en milieu pénitentiaire. […] L'administration pénitentiaire a connu, depuis une douzaine d'années, une évolution importante. On peut dire que l'humanisation des prisons est désormais en route. On peut constater un changement d'ambiance, une transformation du rapport de forces entre la population des détenus et le personnel. On s'achemine vers l'idée que la privation de liberté est la seule sanction qui doit réellement s'appliquer au détenu. […] L'idée du droit à la santé en découle. Il faut maintenant réussir à changer l'idée que les détenus eux-mêmes se font de la médecine en prison. […] La déontologie médicale et la déontologie de ceux qui sont chargés de la sécurité doivent s'harmoniser, se compléter. […] *L'administration pénitentiaire ne revendique pas d'assumer la fonction santé. Il est temps de construire quelque chose de nouveau* ». Souligné par nous. Cité *in* Conseil national du Sida, Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, *op.cit., p*.7. Jean-Claude Karsenty qualifie quelques jours après la tenue du congrès de « solution d'avenir » le système des conventions. Le Monde, 7 avril 1992.

[237] Le Monde, 10/02/1993.

[238] Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.51-52.

estime « urgent et nécessaire » que la médecine pénitentiaire passe « sous le contrôle exclusif du ministère de la Santé »[239].

Suite à la remise de ce rapport, Bernard Kouchner prend l'initiative de porter la réforme du transfert de la médecine pénitentiaire vers le ministère de la Santé. L'imminence des élections législatives de mars 1993 ne permettait cependant pas de procéder par voie législative. Le 27 mars 1993, dernier jour du gouvernement Bérégovoy, le gouvernement publia un décret, après avis du Conseil d'état, qui transférait les activités de soin en milieu carcéral du ministère de la Justice au ministère de la Santé. Ce choix politique résultait d'une interprétation extensive de la compétence du domaine réglementaire. Il est apparu que certaines dispositions, telle l'application des caisses d'assurance maladie, justifiaient l'intervention du législateur en application de l'article 34 de la constitution de 1958 et le décret du 27 mars 1993 fut abrogé [240] . Après cette tentative avortée de lancer la réforme par décret, le projet ne disparaît cependant pas puisque le gouvernement de centre-droite poursuit la réforme inachevée. Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé, annonce ainsi en août 1993 un projet de loi reprenant les principales dispositions du décret de mars 1993 [241] . Simone Veil, ministres des affaires sociales, de la santé et de la ville, présente le mercredi 6 octobre un projet de loi relatif à « la santé publique et à la protection sociale ». Ce projet de loi, un DMOSS, est un texte « fourre-tout » qui comporte diverses mesures d'ordre sanitaire et social dont le transfert de la médecine pénitentiaire, dans son article 2, mais également une réforme visant à organiser la lutte contre la recrudescence de la tuberculose dont on recense plus de 8.000 cas en 1993 [242] .

L'examen du texte par les Chambres peut sembler assez paradoxal. L'article 2 concernant la médecine pénitentiaire ne fut pas l'objet de débat [243] . De nombreux auteurs notent l'absence de polémiques. C'est ainsi que Michèle Colin, coauteur du rapport du HCNSP, et Jean-Paul Jean remarquent que le texte fut voté « presque sans débat et en tout cas sans opposition », avant d'ajouter que cette réforme « résulte d'une volonté commune de la gauche comme de la droite, ce qui constitue la meilleure garantie de sa pérennité »[244]. Si l'article 2 ne semble pas avoir été contesté, la loi a fait l'objet d'une forte polémique parlementaire entre les deux Assemblées. Lors de l'examen du projet au

239 Le Monde, 13 mars 1993.

240 Michèle Colin, Jean-Paul Jean, « Droit aux soins et amélioration de la conduite des détenus : deux objectifs indissociables », Revue française des affaires sociales, *art.cit.,* p.26.

241 Folléa Laurence, « Un projet de loi à l'automne sur la pris en charge médicale des détenus », Le Monde, 16 Août 1993.

242 Nouchi Franck, « Un projet de loi présenté au conseil des ministres. Des mesures devraient permettre d'améliorer la protection sanitaire des détenus », Le Monde, 7 octobre 1993.

243 Seul l'accès aux débats des archives parlementaires permettrait de répondre véritablement à cette question.

244 Michèle Colin, Jean-Paul Jean, « Droit aux soins et amélioration de la conduite des détenus : deux objectifs indissociables », Revue française des affaires sociales, *art.cit.,* p.26.

Sénat, un amendement a été adopté le 26 octobre 1993, instituant le dépistage obligatoire du virus du Sida pour les malades atteints de tuberculose. Cet amendement sénatorial a alors déclenché l'opposition du gouvernement, des partis politiques et des milieux médicaux [245] . Lors de son passage à l'Assemblée nationale, le 29 novembre, des députés appartenant en majorité au milieu médical, contestent vivement cette disposition au nom de la « relation de » confiance entre le malade et le médecin »[246]. Le même aller-retour se poursuit peu de temps après entre le Palais-Bourbon et le Palais du Luxembourg. Le vendredi 17 décembre, l'Assemblée nationale rétablit les dispositions supprimées par le Sénat quelques jours auparavant, le lundi 13 décembre, et supprime celles qui avaient été ajoutées [247] . La polémique prit fin par la convocation d'une commission mixte paritaire Assemblée-Sénat et le projet fut adopté et devint la loi n°94-43 du 18 janvier 1994, publiée au Journal Officiel du 19 janvier 1994. La médecine pénitentiaire cède dorénavant la place à une médecine en milieu pénitentiaire.

Le vote de la réforme de la médecine pénitentiaire suscite une faible contestation politique. Aucun pouvoir ne semble s'être opposé à ce passage. Ni l'administration pénitentiaire, pour qui la délégation des prérogatives sanitaires impliquait une perte de contrôle sur le personnel médical, ni le ministère de la Santé, pour lequel cette réforme engageait une hausse des dépenses, n'ont fait obstruction à la loi du 18 janvier 1994. La réforme de la médecine pénitentiaire a été adoptée en moins de deux ans, essentiellement à cause de difficultés constitutionnelles ou électorales, alors même que ce projet était réclamé par certains soignants depuis plus de dix ans et que la situation sanitaire avait franchit depuis longtemps les limites du tolérable. Comment expliquer que cette réforme, impliquant pourtant de nombreuses conséquences, ait été aussi rapide et discrète [248] ? Il faut, pour pouvoir répondre à ces interrogations, rendre compte des processus qui ont été à l'œuvre d'une mobilisation politique.

1.1.b L'établissement d'un nouveau référentiel des politiques sanitaires en prison

245 Le Monde, 28 octobre 1993.

246 Blandin Claire, « L'examen du projet de loi sur la santé publique à l'Assemblée nationale. Les députés renoncent au dépistage obligatoire du Sida pour les tuberculeux », Le Monde, 1 décembre 1993.

247 Les députés annulent à l'unanimité l'article introduit par le Sénat qui accordait au gouvernement le pouvoir de définir, par décret en Conseil d'Etat, les cas où le médecin devait proposer systématiquement à son patient un test de dépistage de l'infection du virus du Sida. Ils rétablissent en revanche les dispositions concernant l'Agence du médicament en donnant au ministre de la Santé le pouvoir de se substituer au directeur général de l'Agence, pour les autorisations de mise sur le marché, « en cas de menace grave pour la santé publique ». D'autres dispositions sont contestées notamment vis-à-vis de la direction des conseils d'administration des hôpitaux ou l'allocation compensatrice pour les personnes âgées. Blandin Claire, « Le projet de loi sur la santé publique. Les divergences persistent entre députés et sénateurs », Le Monde, 20 décembre 1993.

248 Bien que n'ayant pas réalisé une revue de presse exhaustive des articles parus à ce sujet en 1994, Le Monde, journal qui a servi de référence dans cette recherche, a publié extrêmement peu d'articles sur le projet de réforme lui-même, la polémique parlementaire sur le dépistage obligatoire du Sida ayant occupé le devant de la scène.

Dans leur théorie du « référentiel », Pierre Muller et Bruno Jobert inscrivent parmi les conditions de réalisation d'une politique publique la mobilisation d'acteurs nommés « médiateurs »[249]. Ceux-ci sont des agents qui occupent une fonction sociale spécifique (haute fonction publique, syndicats dominants, etc.) et qui imposent leur représentation d'une politique sectorielle vis-à-vis d'autres agents avec lesquels ils sont en concurrence. Ainsi ils « réalisent la construction du référentiel d'une politique, c'est-à-dire la création des images cognitives déterminant la perception du problème par les groupes en présence et la définition des solutions appropriées »[250]. L'émergence d'une politique publique requiert une configuration spécifique des rapports de force à un moment précis. L'élaboration et la mise en place d'une politique publique relève ainsi de trois conditions générales décrites par Bruno Jobert et Pierre Muller [251] . Il faut que se dégage une relation de *leadership* professionnel qui fait qu'une catégorie sociale prend la direction d'un secteur spécifique, en cherchant à le modeler en fonction de ses intérêts. Il est nécessaire que se dégage une forme de *leadership* dans le domaine de l'expertise scientifique, c'est-à-dire qu'un acteur administratif revendique avec succès l'exclusivité du domaine concerné, et donc qu'il détienne l'expertise légitime. Il faut, enfin, que les deux formes de *leadership* se superposent suffisamment pour produire un processus d'interférence positif entre l'administration et le milieu concerné.

Ces considérations permettent de mieux comprendre l'absence d'une véritable politique de santé publique en milieu carcéral jusqu'aux années quatre-vingt-dix. Une transformation radicale de l'organisation des soins, comme celle qui a eu lieu en 1994, supposait qu'un groupe social puisse servir de médiateur afin de promouvoir l'idée d'une réforme de la médecine pénitentiaire à partir d'un discours de santé publique pouvant justifier et légitimer cette transformation [252] . Certains médecins pénitentiaires, on l'a vu, se sont engagés dès le début des années quatre-vingts en faveur d'un projet de réforme. L'échec de leur mobilisation s'explique probablement par l'émiettement de la médecine pénitentiaire. Les personnels travaillant en milieu carcéral ne bénéficiaient pas d'une capacité à s'organiser qui soit suffisante. L'impossibilité pour les personnes concernées par cette réforme, les détenus, à s'organiser et à faire écho à cette préoccupation explique également en partie l'absence de mobilisation [253] .

L'existence d'un groupe porteur d'un référentiel ne suffit pas pour qu'il y ait politique publique. Il faut également qu'un acteur administratif soit solidaire de ce groupe

[249] Cf., Muller Pierre, Les politiques publiques, Que sais je ?, Paris, 1990, p.26 ; Jobert Bruno, Muller Pierre, L'Etat en action, Presses Universitaires de France, Paris, 1987, p.242.

[250] Pierre Muller, Les politiques publiques, *op.cit*, p.50..

[251] Jobert B., Muller P., L'Etat en action, politiques publiques et corporatisme, *op.cit.*

[252] On peut de façon plus générale faire la même remarque, comme le remarque Monika Steffen, en ce qui concerne les politiques de lutte contre le Sida : « La conception et la mise en œuvre d'une politique aussi transversale dépendaient étroitement de la capacité de coordination entre les acteurs gouvernementaux, administratifs et professionnels, au-delà des frontières sectorielles et des compétences juridiques et professionnelles. Elles dépendaient aussi de l'existence d'un groupe porteur d'un référentiel de santé publique capable de l'imposer à ses interlocuteurs». Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.32.

professionnel. Les réticences de l'administration pénitentiaire constituent sans doute la principale raison explicative du retard de la réforme de 1994. La gestion de la santé en milieu carcéral a été longtemps l'objet d'une gestion administrative, comme cela a été évoqué auparavant, sans qu'elle ne soit confiée à l'acteur politique. La réforme de la médecine pénitentiaire supposait donc l'émergence du problème dans le champ politique. L'incapacité de l'administration pénitentiaire à répondre de façon adéquate à la situation de crise sanitaire qui s'amplifie au début des années quatre-vingt-dix contraint l'acteur politique à s'emparer du problème. L'administration perd le contrôle de l'agenda décisionnel. Elle est alors dessaisit de son droit de gestion et doit désormais composer avec les pouvoirs publics [254].

Il est difficile, faute de renseignements plus précis, de rendre compte du processus d'activation du champ politique qui a eu lieu au début des années quatre-vingt-dix. Il est néanmoins possible de distinguer au moins quatre causes. La mobilisation de l'opinion publique, tout d'abord, liée à la publication de plusieurs ouvrages sur l'état de santé des prisons, où un constat accablant est dressé de l'épidémie de VIH et de la recrudescence de la tuberculose, a rendu nécessaire l'engagement des dirigeants sur ce dossier. Le procès du sang en 1992, à l'occasion duquel la responsabilité de l'administration pénitentiaire dans les collectes de 1984-1985 a pu être soulevé, a également contraint les pouvoirs publics à réagir. Le volontarisme politique de Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, a constitué le premier engagement politique vers la réforme. Celui-ci a fait de la politique de santé publique son cheval de bataille en tant que ministre entre 1992 et 1993 [255]. Enfin, ce passage d'une gestion administrative à une gestion politique a probablement été rendu possible par le nouveau directeur de l'administration pénitentiaire, Jean-Claude Karsenty, favorable à un transfert de l'organisation des soins vers le ministère de la Santé.

La saisine de l'acteur politique apparaît comme le résultat d'un double processus. Une mobilisation externe, tout d'abord, par le biais de médecins pénitentiaires qui ont trouvé un écho favorable au sein de l'opinion publique, désormais « concernée » par l'état de santé des détenus du fait de l'épidémie de Sida et du scandale du sang contaminé. L'administration pénitentiaire semble, ensuite, elle-même avoir fait recours à l'acteur politique pour prendre en charge un dossier qui devenait désormais ingérable et qui

253 Comme l'explique Pierre Favre concernant les mobilisations dans la lutte contre le Sida, le nombre de personnes concernées ne suffit pas à rendre compte de la (non) participation d'un groupe aux processus d'action collectif. La capacité à se mobiliser est en effet fonction des spécificités de la population. Celle des détenus apparaît très réduite comme ce fut le cas pour les malades du Sida : « Les malades du Sida apparaissent peu comme acteurs dans le processus d'émergence dont on propose ici l'analyse : la gravité de leur mal et les représentations qui s'y attachent sont des obstacles presque insurmontables à leur participation à l'action collective ». Favre Pierre (dir.), Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987), *op.cit.*, p.22

254 « Dès lors que les conditions de la captation d'un problème par l'Administration ne sont pas ou plus remplies et que le champ politique est activé à son propos, la gestion administrative du problème change de nature et interfère avec ce mode de traitement tout différent qu'est le mode politique […] Lorsque ce transfert s'effectue, l'Administration qui demeure en charge de la gestion quotidienne et de la mise en œuvre, ne peut plus appliquer ses principes ordinaires de traitement du problème et entre dans une phase anomique ». Favre Pierre, « La gestion administrative du Sida ou l'impossible captation d'un problème de santé par la Haute administration », *art.cit.,* p.77.

risquait de discréditer durablement tous ses services [256] . Le recours à l'acteur politique est également lié à l'ampleur du problème qui ne peut désormais plus être résolu par voie de circulaire comme cela avait été le cas pour le sang contaminé. Le remodelage complet de l'organisation des soins en prison exigeait l'intervention du législateur qui dispose d'une capacité d'initiative supérieure à l'administration. En effet, « seul le pouvoir politique, au sens large, peut modifier la loi, changer les affectations budgétaires, bouleverser la réglementation »[257]. La réticence des pouvoirs publics à recourir à la voie législative est, d'ailleurs, manifeste à travers la tentative avortée de lancer la réforme par décret en 1993. Celle-ci témoigne, en outre, du caractère polémique du sujet qui risque de faire l'objet d'un traitement réactif, comme cela avait été le cas pour le Sida [258] . Le projet de réforme n'a pourtant pas été contesté politiquement lors de son examen parlementaire. Cette absence de polémique s'explique par au moins trois phénomènes. En premier lieu, le gouvernement a choisi d'intégrer la réorganisation des soins en milieu pénitentiaire au sein d'un texte très général sur la santé publique où l'article 2 n'occupait qu'une place relative [259] . En second lieu, la sensibilité polémique du sujet, évoquée auparavant, a contraint l'ensemble de la classe politique à se positionner en faveur du texte. Des

[255] Cette mobilisation de Bernard Kouchner est par ailleurs comparable en certains points à celle de Michèle Barzach en 1986 en faveur de la lutte contre le Sida. Michèle Barzach inaugure, comme l'analyse Frank le Floch, un nouveau mode de gestion du problème. Elle fait du Sida une « grande cause nationale », sujet sur lequel elle garde le contrôle en promouvant une « politisation technicienne ». « En s'« emparant » de l'épidémie de VIH, Michèle Barzach s'est constitué une sphère d'intervention, sur laquelle elle règne en état de quasi-monopole. Sans grand-passé politique avant son passage au ministère de la Santé, inconnue du grand public, Michèle Barzach va, grâce à son action contre le Sida, accéder à la notoriété et à la reconnaissance ». La principale distinction avec Bernard Kouchner est que celui ci dispose déjà en 1992 d'un grand prestige, non pas en tant que ministre mais en raison de son passé dans l'humanitaire. L'engagement en faveur de la santé publique lui a en revanche permis de s'investir sur un dossier qui va profondément garder sa trace. Le Floch Frank, « Michèle Barzach, Ministre « du Sida » : les modalités d'une politisation technicienne », *in* Favre Pierre (dir.), Sida et politique, *op.cit.,* pp.175-187.

[256] Comme le constate Pierre Favre, « cette émergence pourra survenir, sans surprise, d'un événement extérieur, étranger à l'administration : l'action bruyante d'un groupe, un accident spectaculaire, une polémique intensément relayée par la presse y parviendront à certaines conditions. Plus intéressante est la situation où l'Administration, aussi hostile qu'elle soit à l'intervention du champ politique, est contrainte d'en appeler à lui, le développement même de son action la mettant dans l'obligation d'en référer à l'autorité supérieure pour obtenir des décision qui échappent à sa compétence ». Favre Pierre, « La gestion administrative du Sida ou l'impossible captation d'un problème de santé par la Haute administration », *op.cit.,* p.92.

[257] *Ibid.,* p.89.

[258] Le Front national publia à la moitié des années quatre-vingts son propre programme de mesures, centrées sur le dépistage obligatoire, l'isolation des porteurs de virus dans des « sidatoriums » et le contrôle sanitaire aux frontières. La croisade anti-Sida d'un parti d'extrême droite provoqua, comme le rappelle Monika Steffen, une importante mobilisation politique. Les grands partis, les médias et les intellectuels se mobilisèrent contre le Front national fondant ainsi un consensus pour la lutte contre le Sida qui marquera les compagnes publiques jusqu'en 1993. Steffen M., Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.55.

[259] On peut remarquer que le fait d'inscrire la réforme de la médecine pénitentiaire comme une mesure de santé publique a probablement contribué à légitimer cette réforme en la présentant comme de première nécessité et liée à l'ensemble de la collectivité. Le fait que la réforme concerne spécifiquement le milieu carcéral n'a ainsi pas été discriminé.

divergences d'opinion auraient ouvert la voie à l'apparition d'opinons extrêmes comme ce fut le cas pour le Sida. Enfin, la multiplication des controverses sur le dépistage obligatoire du Sida pour les tuberculeux a produit un effet d'évitement qui a mis à l'écart l'article 2 des débats.

La loi italienne de réforme de la médecine pénitentiaire a eu lieu dans un contexte assez distinct. Contrairement à leurs homologues français, les médecins travaillant en prison étaient globalement réfractaires à leur rattachement au ministère de la Santé [260]. La mobilisation en faveur de la réforme n'est ainsi pas venue de l'intérieur du milieu carcéral mais du reste de la société. Une pluralité d'associations et de syndicats se sont engagés tout d'abord en faveur d'une réorganisation du dispositif sanitaire [261]. Certains médecins travaillant au sein des Serts, qui intervenaient depuis quelques années au sein des prisons italiennes, se sont également mobilisés en faveur de ce transfert [262]. Il semblerait que ceux-ci aient rencontré un écho favorable de la part de quelques rares personnalités politiques et notamment la ministre de la Santé, Rosy Bindi [263]. La réforme n'a cependant pas constitué un texte législatif propre mais fut inclus dans une loi plus large, comme ce fut le cas en France [264]. Malgré l'engagement de quelques personnalités de gauche, cette réforme n'a pas été l'objet de vives discussions en raison de l'indifférence de la plupart des partis politiques à cette question [265] : « Le problème c'est qu'il n'y a pas de véritable mobilisation politique sur cette chose car il n'y a pas une coupure politique qui permettrait que des personnes descendent dans la rue pour demander l'application de la loi. Il y a une indifférence au niveau du centre-gauche ou du centre-droit qui équivalente »[266]. L'absence de volonté des acteurs politiques de

260 Les raisons de ces réticences seront détaillées par la suite.

261 C'est ce qu'affirme un enquêté : « La loi du renouveau de la médecine pénitentiaire de 1999 […] a été sollicitée par l'ensemble du tiers secteur qui voulait que la médecine pénitentiaire soit rattachée au système sanitaire national ». C'est par exemple le cas de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome ou encore de la *Lega delle autonomie locali*, une structure qui rassemble les communes, *provincie* et les régions italiennes, qui s'intéresse à tous les problèmes des institutions locales dont le problème de la médecine pénitentiaire. Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

262 C'est tout particulièrement le cas de Sandro Libianchi qui travaillait depuis 1995 à Rebbibia et qui a participé à l'élaboration de la loi de réforme de la médecine pénitentiaire. Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

263 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

264 « Le ministère ne voulait pas élaborer une loi en tant que tel et nous l'avons donc fait passer à travers une autre loi. La réforme de la médecine pénitentiaire fut contenue dans les vingt lignes de l'article 5 de la loi 419 L 98 ». Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

265 D'une façon plus générale, il semblerait que les partis politiques italiens soient peu enclins à s'engager en faveur de la politique sanitaire qui serait perçue en Italie comme une « patate chaude ». Ce désinvestissement se traduirait par une délégation du parlement en faveur de l'exécutif. Maino Franca, La politica sanitaria, *op.cit.,* p.85.

266 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

s'emparer de ce sujet est commun entre la France et l'Italie. En revanche aucun acteur administratif italien ne semble vouloir se saisir de ce dossier : ni l'Administration pénitentiaire, ni le ministère de la Santé. Si leur absence d'implication n'a pas entravé la loi de 1999, elle a, comme on le montrera par la suite, constitué un obstacle important à sa mise en œuvre.

La difficulté à inscrire la réorganisation des soins en milieu carcéral sur l'agenda public s'expliquerait, aussi bien en France qu'en Italie, par la réticence de l'administration pénitentiaire à se dessaisir de ce monopole qu'elle exerçait, d'une part, et par le manque de volonté des acteurs politiques à s'emparer de ce dossier peu électoral, d'autre part. La conjonction causale décrite auparavant a néanmoins permis la mise en place d'un nouveau dispositif sanitaire en milieu carcéral, organisé selon un référentiel de santé publique.

1.2 Les dispositifs de la réforme de la médecine pénitentiaire: limites et enjeux

La réforme de la médecine pénitentiaire a été reconnue comme une nécessité de santé publique qui a contraint les législateurs français et italiens à adopter une loi de transfert de la gestion des soins en milieu carcéral auprès du système de santé de droit commun. Les modalités de cette prise en charge sont cependant très diverses d'un pays à l'autre. Ces choix ne sont cependant pas anodins puisqu'ils traduisent des conceptions distinctes du soin des détenus. L'analyse de ces dispositifs est dès lors nécessaire afin d'en mettre en évidence les principes mais aussi les limites qui constituent les enjeux de réussite de la réforme.

1.2.a La loi du 18 janvier 1994 ou les défis d'une délégation au service public hospitalier

Le dispositif de soin en milieu carcéral est organisé selon la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (titre 1, chapitre II : soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus) et mis en application par le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire (JO du 28 octobre 1994). Le nouveau dispositif de prise en charge sanitaire des détenus repose sur quatre principes fondamentaux.

Il consiste tout d'abord en une mission étendue confiée aux hôpitaux. L'objectif de la réforme étant d'assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins semblables à celles offertes à la population générale, l'organisation et la mise en oeuvre de la prise en charge des détenus sont transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Chaque institut pénitentiaire est jumelé avec un établissement public de santé qui s'engage à mettre en place une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) [267] dans l'institut concerné. Les établissements de santé sont

[267] Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Chtistophe, Le droit en prison , *op.cit.,* p.110.

désignés par le préfet de région après avis du préfet de département et du conseil d'administration de l'établissement concerné, en concertation avec la direction régionale des services pénitentiaires. Ces jumelages sont le plus souvent le fruit d'une négociation entre la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en concertation avec la Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les jumelages sont formalisés par des protocoles qui formalisent l'engagement réciproque de l'établissement hospitalier et de l'établissement pénitentiaire. Dans chaque protocole est consigné avec une grande précision la façon dont est assuré l'ensemble des prestations ambulatoires relevant de la médecine générale, les soins dentaires, les consultations spécialisées ainsi que l'organisation d'une permanence de soins [268] .

Le second principe de la réforme est d'accorder le bénéfice d'une protection sociale à tous les détenus [269] . Le troisième principe est une redéfinition des modalités de prise en charge [270] . Enfin, la continuité des soins et de la prise en charge à l'issue de l'incarcération, quatrième principe, par la responsabilisation médicale des détenus et la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé, constitue un enjeu majeur de la loi du 18 janvier 1994. Le nouveau dispositif sanitaire de prise en charge des détenus accorde une place cruciale à l'hôpital. La bonne mise en œuvre de la réforme de 1994 dépend du degré de coordination qui s'établit entre les acteurs en présence : coordination entre l'hôpital et l'administration pénitentiaire, coordination entre l'UCSA et son service hospitalier de rattachement, coordination entre le personnel de l'UCSA et le personnel pénitentiaire. La première de ces relations, hôpital/prison, a toujours été fragile historiquement et apparaît comme un enjeu crucial de la réforme.

Les relations entre l'hôpital et la prison ont toujours été conflictuelles comme en témoignent les précédentes tentatives de collaboration. Une première expérience d'« hôpital dans la prison » a eu lieu dans la centrale de Fresnes, au lendemain de la seconde guerre mondiale, qui n'avait cependant pas le statut d'établissement hospitalier : le personnel soignant y est vacataire de l'administration pénitentiaire et les normes d'hospitalisation paraissent éloignées de celles de l'hôpital public [271] . Le décret du 21

[268] Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Chtistophe, Le droit en prison , *op.cit.,* p.112.

[269] La loi du 18 janvier 1994 modifie le Code de la sécurité sociale (article L.381-30) en inscrivant l'affiliation des détenus en tant qu'assurés sociaux au régime général de la sécurité sociale. Leur filiation est obligatoire et ouvre droit pour les intéressés et leurs ayants droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité servie par le régime général. Tous les détenus sont affiliés au régime général quelle que soit leur situation au regard de la législation relative au séjour des étrangers en France, et quel que soit leur statut au sein de leur situation pénitentiaire. Le ticket modérateur, et en cas d'hospitalisation le forfait journalier, sont pris en charge par l'administration pénitentiaire. À compter de la date délibération, le détenu bénéficie d'un maintien des droits pendant une période d'un an.

[270] La prise en charge sanitaire a désormais lieu dans les locaux de l'établissement pénitentiaire au sein d'une Unité de consultation et de son ambulatoire (UCSA). Les hospitalisations sont assurées par l'établissement de santé signataire du protocole et les hospitalisations psychiatriques sont réalisées dans les SMPR. Le financement des établissements de santé se faire enfin par l'assurance-maladie. Le projet sanitaire en prison constitue un volet du projet médical de l'établissement de santé. L'établissement hospitalier créé une UCSA animée par une équipe composée de personnel hospitalier.

décembre 1987 transforme Fresnes en établissement d'hospitalisation publique nationale spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées et son personnel soignant est mis sous l'autorité du ministère de la Santé [272] . Fresnes constitue un pôle médical doté d'importantes ressources et qui effectue de nombreuses missions [273] . Plusieurs problèmes de fonctionnement sont cependant relevés par un rapport établi par l'IGAS en 1989 [274] : l'hôpital est dirigé par un directeur d'établissement pénitentiaire sans qu'il soit secondé par un cadre hospitalier ; les équipements ne sont pas conformes à ceux d'un établissement hospitalier, les normes hospitalières sont rarement respectées ; les secrétaires médicales absentes sont remplacées par du personnel de surveillance. De nombreuses incompatibilités de fonctionnement entre la structure hospitalière et l'institution carcérale sont ainsi soulevées. L'hôpital pénitentiaire de Fresnes reste au sein de la profession soignante le symbole de la soumission du corps médical intervenant en prison à l'administration pénitentiaire [275] .

La seconde tentative visant à permettre l'intervention de l'hôpital dans la prison fut le décloisonnement de la médecine psychiatrique pénitentiaire qui a servi, en partie, de modèle pour la réforme de 1994. La création des Centres médico-psychologique régionaux (CMPR) en 1977, unités de soin situées en milieu carcéral et rattachées aux hôpitaux psychiatriques, donna lieu à d'importantes résistances des structures hospitalières, comme en témoigne l'intégration difficile du CMPR de Lyon au sein de l'établissement du Vinatier. Outre la réticence à mettre en place un dispositif spécialisé pour détenus alors même que la logique était alors à la sectorisation géographique [276] , il semblerait que les problèmes de coopération, encore présents aujourd'hui, s'expliquent par la position d'extériorité du service, situé en dehors de l'établissement hospitalier psychiatrique. La logique de territorialisation professionnelle laisse percevoir les intervenants du CMPR comme une menace pour le personnel hospitalier, comme en témoigne l'intrusion sur les dossiers médicaux entre confrères :

« C'est très ambigu par exemple par rapport aux gardes, est-ce qu'on est dedans ou dehors? […] Quand on débarque dans un autre service, on peut aller voir le

[271] Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, *op.cit.,*p.181.

[272] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.89.

[273] Haut comité de la santé publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.,* p.21.

[274] IGAS, Fonctionnement médical de l'Établissement national d'hospitalisation des prisons de Fresnes, ministère de la Santé, novembre 1989..

[275] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.91.

[276] Une réforme du dispositif psychiatrique eu lieu en 1964 qui a institué dans chaque département des secteurs géo-démographiques pour la psychiatrie générale afin d'assurer l'unicité de la prise en charge. La création des CMPR se situait au cours des années soixante-dix à contre-courant de cette politique de sectorisation, comme le rappelle un psychiatre : « Les secteurs du troisième type que représentaient les CMPR étaient au contraire l'antithèse de cela ». Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

dossier de n'importe quel patient parce qu'on est en garde et le médecin de garde, lui, sait très bien que jamais il ne pourra faire autant chez moi. On n'est pas en relation de symétrie. C'est un exemple qui leur permet de voir qu'on n'est pas vraiment dans la maison… » [277]

Une seconde expérience remarquable est celle du professeur Barlet à Lyon qui constitue la première tentative d'instaurer la « prison dans l'hôpital ». Face aux problèmes d'hospitalisation des détenus, deux solutions s'offraient à la médecine pénitentiaire : soit transformer les hôpitaux en prison, ce qui fut tenté à Fresnes mais ne pouvait être reproduit dans tous les instituts, soit intégrer une unité pour détenus au sein d'un hôpital. Cette seconde solution fut mise en place dans plusieurs centres hospitaliers de France comme ce fut le cas à l'Antiquaille à Lyon. Le désintérêt porté par les praticiens hospitaliers pour ces unités les condamnait cependant à disparaître rapidement : « Ce sont des unités qui ont très vite trouvé un discrédit. Pourquoi ? Eh bien parce que quand on les ouvrait, on les rattachait à un chef de service volontaire. Ce chef de service volontaire partait en retraite et était remplacé par quelqu'un que ça n'intéressait pas. Il filait ça à l'assistant. Il y en a que ça intéressait et d'autres que ça intéressait moins. Il donnait ça à l'interne et puis ça devenait pratiquement des lieux qui n'avaient aucune crédibilité de soin »[278]. C'est pour reconquérir cette crédibilité perdue qu'une Unité sécurisée de seize lits, dirigée par le professeur Barlet, fut implantée en mars 1985 au sein du Centre hospitalier Lyon sud. Il s'agissait d'un service jouissant d'une autonomie de fonctionnement. Le service fut néanmoins très mal accueilli initialement par le personnel hospitalier, qui voyait d'un mauvais œil l'introduction d'un service spécifique pour détenus, comme en témoigne la comparaison avec le fléau de la tuberculose:

« Ici nous sommes dans l'ancien Perron. Cet hôpital s'appelait le Perron à Lyon et il avait très mauvaise réputation puisque c'était l'hôpital des tuberculeux […] Les confrères de la génération précédant la mienne avaient ramé très dur pour restructurer une meilleure image de cet hôpital et le démarquer de la tuberculose, tant et si bien que quand je suis venu me présenter en 1985 à l'un d'entre eux, il m'a dit presque avec émotion "Monsieur Barlet, on nous en veut ! On a hérité la tâche du bacille de Koch et maintenant on nous met les tôlards…» [279]

La crainte de soigner des personnes considérées comme dangereuses mais aussi le manque de considération apportée à la médecine pénitentiaire rendaient problématique l'intégration de l'unité pour détenus au sein de la structure hospitalière [280]. Comprenant l'importance d'intégrer son service au sein du tissu hospitalier, le professeur Barlet sut qu'il ne pouvait être accepté par le reste de l'établissement que s'il ne se présentait pas uniquement comme « consommateur » de soin, ce qui aurait pu assimiler son équipe à « des prédateurs à l'intérieur de l'hôpital », mais s'il était également en mesure de répondre à certaines attentes. Le service de l'unité pour détenu mobilisa ainsi deux

[277] ***Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.***

[278] Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[279] ***Ibid.***

[280] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

ressources qui lui ont permis de faire reconnaître son importance. La première fut la médecine légale, domaine de compétence du professeur Barlet, qui est devenue au cours des quinze dernières années une discipline utile au sein du monde soignant. La seconde fut le Sida. Très concernée par l'épidémie, l'unité sécurisée de Lyon Sud est devenue le seul service « Sida » de l'hôpital Lyon Sud, qui n'est pas doté de service spécifique contrairement aux autres hôpitaux lyonnais, ainsi que le centre référent en cas d'accident d'exposition au sang. Ces deux facteurs expliqueraient le succès de l'unité pour détenus qui serait perçue par les personnels hospitaliers comme un service à part entière [281] et qui serait désormais intégrée au sein de l'établissement hospitalier, malgré la persistance de certaines difficultés [282] :

« Pour implanter le service ici, il a fallu faire tout un travail préparatoire car les gens disaient qu'avec les détenus il allait y avoir des gros problèmes d'agression, des choses comme ça. Et puis les patrons, ils savaient qu'ils allaient recevoir des détenus et devant la clientèle ça fait mauvais effet. C'était très négatif […] Il y a encore pleins de consultation où les médecins n'osent pas dire aux flics de sortir car ils ont peur d'être agressé par le détenu. Ils voulaient se protéger alors que c'est inadmissible !» [283]

Les réticences de la médecine hospitalière à accepter le soin des détenus s'expliquent probablement autant par une méfiance vis-à-vis des détenus que par un refus de la médecine pénitentiaire, amalgamée très souvent à l'institution carcérale qui possède une connotation répressive forte. En choisissant la structure hospitalière pour prendre en charge l'organisation des soins en milieu carcéral, la réforme de 1994 s'exposait au risque d'aboutir à un échec. En effet, les résistances du personnel hospitalier à travailler *en* milieu carcéral mais surtout à travailler *avec* le personnel pénitentiaire pouvaient provoquer des blocages pouvant paralyser le bon déroulement des soins. A cette première limite, ou ce premier défi, s'ajoute l'incapacité pour l'hôpital de prendre en charge une population spécifique. En effet, comme le rappelle la responsable du bureau de l'action sanitaire de la Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) Rhône-Alpes, le soin à un détenu ne peut pas être envisagé comme à n'importe quel patient car il doit comporter des éléments spécifiques, propres au fonctionnement carcéral [284] . Le second défi pour le personnel hospitalier est par conséquent de comprendre les spécificités d'un soin en milieu carcéral et de ne pas reproduire des comportements

[281] « Le service est un service qui est perçu comme consommateur, certes, mais aussi sur lequel on peut s'appuyer dans certains domaines. Donc ce n'est pas à sens unique et c'est ça qui est important. ». Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[282] L'intégration du service pour détenus à l'hôpital Lyon Sud a été conquise après plus de quinze ans de fonctionnement. Même si l'Unité sécurisée semble intégrée d'un point de vue fonctionnel, elle dispose en revanche de peu de visibilité au sein du Centre hospitalier Lyon Sud. Son emplacement, légèrement à l'écart, témoigne de la place marginale qui lui a été accordée. Lors du premier numéro de la revue des Hospices civils de Lyon consacré à la médecine pénitentiaire, publié en 2001, le professeur Barlet s'étonnait ainsi que beaucoup de personnels des hôpitaux lyonnais entendent « parler pour la première fois de médecine en milieu carcéral, alors que les H.C.L s'y sont investis depuis plus de quinze ans ». Barlet P., « Historique de la médecine pénitentiaire », Tonic, Lyon, n°96, 2001.

[283] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

propres au système hospitalier dans un environnement où ceux-ci perdent leur signification et leur portée. En effet, l'exercice de la médecine en milieu hospitalier se caractérise avant tout par son ultra-spécialisation qui semble peu adaptée à la prise en charge d'une population affectée de troubles bénins relevant de la médecine générale. Ce phénomène traduit de façon plus générale le décalage entre l'institution hospitalière et la « nouvelle pauvreté »[285]. L'incompatibilité apparente entre l'hôpital et la prison laisse penser que la réforme de 1994 porte en elle ses faiblesses. Reconnue pour sa technicité, son haut niveau de prestation, la médecine hospitalière n'est peut-être pas la plus adéquate pour organiser le soin en milieu carcéral. Elle doit en tout cas relever plusieurs défis pour pouvoir être effective.

1.2.b La réforme de la médecine pénitentiaire italienne : un dispositif trop spécialisé ?

Bien que loi sur la « réorganisation des soins en milieu carcéral » parte du même principe que la loi française en affirmant un droit au soin égal pour les détenus comme pour n'importe quel citoyen [286], le cadre de cette réforme est profondément différent. Le décret législatif n°230 du 22 juin 1999 prévoit que soient « transférées au *Servizio Sanitario Nazionale* les fonctions sanitaires remplies par l'administration pénitentiaire avec pour seul référence les secteurs de la prévention et de l'assistance aux détenus et aux toxicomanes incarcérés » (art.8) à compter du 1er janvier 2000 [287]. La réforme italienne prévoit deux phases dans ce transfert. Dans un premier temps, seules les activités de prévention et de soin aux toxicomanes sont déléguées aux structures du ministère de la Santé chargées de prendre en charge les addictions. Les anciens services de soin pour toxicomane en prison passent, leurs locaux et leurs personnels, sous la responsabilité

[284] « Avec la loi de 1994, les hôpitaux ont pris ça comme […] un ressort de population supplémentaire à prendre qui venait s'ajouter au ressort de population générale. Mais si vous voulez, ils n'ont pas perçu le fait que c'était une population qui avait quand même des dimensions d'insertion et de prise en compte de la politique judiciaire, avec tout ce qui est politique d'aménagement peine, la préparation de l'aspect sanitaire à la sortie... […] Ça n'est quand même pas la même chose entre la santé d'une personne qui est incarcérée et la santé d'une personne en milieu hospitalier. Ça n'a rien avoir. Et je pense qu'ils n'ont pas perçu ça ». Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[285] Isabelle Parizot remarque dans son étude sur la prise en charge des personnes défavorisées l'inadéquation entre la logique de fonctionnement des services hospitaliers et les troubles dont souffre généralement la population exclue (problèmes dermatologiques, souffrances psychiques, conduites addictives ou les maladies rares telle que la tuberculose) : « La mission de soin de l'hôpital universitaire, conjointe à ses missions d'enseignement et de recherche, s'est polarisée autour des pathologies qui suscitent un intérêt scientifique, donnant lieu à une spécialisation toujours plus importante. Les « maladies ordinaires » […] se trouvent reléguées notamment à la médecine de ville. Cette répartition informelle au sein du système sanitaire entrave la prise en charge des « pauvres » et des « exclus » pour qui l'hôpital reste un lieu important de recours aux soins ». Parizot I., Soigner les exclus, PUF, Paris, 2003, p.49.

[286] Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, *op.cit.,* pp.109-121.

[287] Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *art.cit*., p.109.

des *Servizi d'assistenza ai tossicodipendenti* (Sert), les centres publics de soin à la toxicomanie [288] . Dans un second temps, c'est l'ensemble de l'organisation des soins en milieu carcéral qui doit être transférée au *Sistema Sanitario Nazionale* par l'intermédiaire des Serts. Le passage de la santé pénitentiaire au SSN devait cependant avoir lieu pour les autres fonctions de façon expérimentale dans trois régions (la Toscane, le Latium et les Pouilles). La phase d'expérimentation mise en place dans les trois régions était considérée par le ministère comme cruciale du fait qu'elle déterminerait la suite du projet en cours. Le décret 230 insiste, enfin, sur la mission de prévention et d'éducation à la santé qui incombe aux Serts et énonce les principes qui doivent guider la prise en charge [289] .

La réforme italienne de la médecine pénitentiaire de 1999 repose sur un cadre très différent de la loi du 18 janvier 1994. Tandis que le transfert de l'organisation des soins en prison est attribué en France au système hospitalier, médecine de pointe mais pluridisciplinaire, la loi italienne prévoit le recours aux services publics de soin en toxicomanie, les Serts, pour assurer ce transfert. Ce choix n'est bien sûr pas anodin et risque d'avoir de fortes répercussions sur la réussite ou l'échec de cette réforme. Les Serts constituent un service de soin très spécifique. Initialement hostiles aux traitements de substitution, ils ont été reconvertis en 1990 par les pouvoirs publics italiens vers la prise en charge médicalisée des héroïnomanes. Les Serts sont souvent assimilés en Italie à l'utilisation de la méthadone, dont ils sont les quasi-seuls prescripteurs. Cette conception de la prise en charge est fortement critiquée [290] . Riccardo Gatti regrette que la méthadone puisse être perçue comme un traitement en soi de la toxicomanie. La

[288] Le dispositif de soin de la toxicomanie est particulièrement développé en Italie. Il se caractérise avant tout par une grande diversité d'acteurs. On distingue principalement les communautés thérapeutiques et les services publics spécialisés (Sert). Les Sert, les *Servizi d'assistenza ai tossicodipendenti*, sont institués officiellement par la loi 162 de 1990. Ces services publics spécialisés sont rattachés aux *Unità sanitarie locale* (USL), appelées aussi *Aziende sanitarie locale* (ASL), ou plus rarement à des services hospitaliers. Le réseau est réparti sur le territoire de façon relativement homogène. On dénombrait en 1997, 552 Serts en activité. Le nombre de toxicomanes en traitement auprès des Serts est resté faible jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, période à laquelle il a connu une forte augmentation au détriment des communautés thérapeutiques. Le nombre de toxicomanes pris en charge au sein des structures publiques est ainsi passé de 20 747 en 1984 (soit 82% de l'ensemble national, chiffre qui est descendu à 50% à la fin des années quatre-vingt) à 116 131 patients en 1997 (soit 81,7%). Cf., Piccone Stella Simonetta, Droghe e tossicodipendenza, 1999, Il Mulino, Bologne ; Orsenigo Marco, Tra clinica e controllo sociale. Il lavoro psicologico nei servizi per tossicodipendenti, FrancoAngeli, 1996, Milan, 158.p

[289] Le décret présente comme objectif prioritaire la réalisation de programmes de prévention primaire dans le domaine alimentaire et nutritionnel, l'hygiène de des milieux de vie, de travail et des structures sanitaires. À cette fin, les ASL doivent mettre en place des programmes ciblés d'*educazione alla salute* avec une attention particulière portée aux maladies infectieuses, la prévention de la toxicomanie, la souffrance mentale, l'abus de psychotropes, de cannabis et de l'alcoolisme. Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *art.cit.*, p.111

[290] Les représentants des communautés thérapeutiques critiquent le recours à la méthadone comme une solution de facilité et appellent à la fermeture des « bar metadonici » (littéralement les « bars à méthadone »). Cette critique se fonde en partie sur l'exemple réel de certains Serts qui privilégient les traitements de substitution au détriment de l'accompagnement psychosocial du toxicomane, à l'image des programmes thérapeutiques américains. Piccone Stella S., Droghe e tossicodipendenza, *op.cit.*, p.89.

substitution ne représente qu'un moyen de désintoxiquer l'usager de drogues, un processus qui n'est qu'une étape parmi tant d'autres dans le processus thérapeutique [291]. Plusieurs dysfonctionnements résultent de ce modèle thérapeutique. Tout d'abord, les Sert sont accusés de limiter leur intervention à une médicalisation du toxicomane au détriment de la prise en charge psychosociale. Le responsable du bureau de l'action sanitaire en milieu carcéral à la *Regione Lazio*, regrette que les Serts soient rarement en mesure de proposer des outils thérapeutiques adéquats à la situation des toxicomanes, comme les groupes de discussion qui sont d'autant plus importants en prison [292]. Le second problème directement lié au premier est la très forte orientation du dispositif public vers les héroïnomanes au détriment des autres formes de toxicomanie. Le fait les consommateurs d'héroïne représentent près de 90% des patients suivis par les Sert atteste que les services de prise en charge des toxicomanes sont avant tout destinés aux héroïnomanes, la substance la plus pathologique [293]. Cette spécialisation s'effectue, comme le remarque Ricardo Gatti, au détriment des autres substances (cocaïne, THC, LSD, amphétamines, ecstasy, benzodiazépines, alcool). Les phénomènes des drogues synthétiques, de même que les polyconsommations, restent souvent hors de portée des intervenants spécialisés en toxicomanie [294]. Cette spécialisation s'explique, en partie, par l'absence de traitements de substitution pour traiter les autres addictions que l'héroïnomanie [295]. L'incapacité de certains Sert à développer d'autres outils thérapeutiques les a confiné dans la seule prise en charge du manque de la substance, les apparentant ainsi à des structures de contrôle social [296].

Ce dispositif de prise en charge semble assez inadéquat au sein du milieu carcéral. Même s'il est vrai que la part des toxicomanes est particulièrement élevée au sein des prisons italiennes, on sait que la prise en charge de la santé des détenus requiert une intervention beaucoup plus globale qui n'est pas forcément compatible avec l'activité des Serts. Il semblerait que le choix des structures de soin pour toxicomanes traduise avant

[291] Gatti R.C., Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico, Franco Angeli, Milan, 1996.

[292] Entretien n°28, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.

[293] Ce chiffre de l'année est resté presque inchangé en 2000. ministère de la Santé, A. De Rose, N. Magliocchetti, « Relazione sulle attività dei servizi pubblici per le tossicodipendenze nell'anno 1994 », *in* Bolletino delle farmacodipendenze e dell'alcolismo, XVIII, n.3, 1995.

[294] Ricard Gatti souligne qu'une personne qui n'est pas un héroïnomane chronique peut se sentir éloignée d'un Sert qui s'occupe principalement de personnes avec des problèmes divers des siens. Il affirme, à l'encontre de cet état de fait : « Un Sert s'occupe des toxicomanes et pas uniquement d'héroïnomanes ». Gatti R.C., Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico, *op.cit.,* p.46.

[295] Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

[296] Fazzi note une forte ambiguïté des Serts qui se trouvent engagés dans une démarche double située entre une exigence de soin et une logique de contrôle social. Fazzi L., Scaglia A., Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, Luca Fazzi, Antonio Scaglia, FrancoAngeli, Milan, 2001, p.12.

tout une représentation du détenu en tant que personne déviante, dont la marginalité l'assimile à la population toxicomane. Ce constat amène à s'interroger sur l'adéquation des Serts à la prise en charge des détenus :

« Les Serts sont les structures qui sont les plus porteuses de cette logique de malaise, ce qui est très important dans le cadre de la médecine pénitentiaire […] Le problème, c'est que ceux qui s'occupent de toxicomanie […] ne sont pas, selon moi, représentatifs de tous ceux qui s'occupent de médecine et ils ne sont donc pas forcément en mesure de porter un discours complet sur la santé.» [297]

Un second problème posé par les services spécialisés de soin à la toxicomanie est leur très grande hétérogénéité. Les Serts disposent par rapport à l'ensemble du système sanitaire italien d'une très forte autonomie ce qui n'est pas sans poser des problèmes d'homogénéisation des procédures [298] . Ricardo Gatti remarque ainsi que chaque Sert diffère d'un autre au regard de son mode de fonctionnement ou de la composition de son équipe thérapeutique [299] . Il en résulte un émiettement entre les différents services et une difficulté pour les intervenants des centres spécialisés italiens à travailler en équipe [300] . Cette incapacité est à mettre en relation avec l'absence d'une culture professionnelle et d'intervention qui soit commune aux opérateurs publics de la toxicomanie.

Le dernier point faible des Serts est leur fragilité au sein du *Sistema Sanitario Nazionale*. Les Serts n'ont pas réussi à obtenir une reconnaissance suffisante au niveau national et leur dotation budgétaire reste faible [301] . Les services spécialisés italiens ont fait l'objet d'une forte préférence au cours des années quatre-vingt-dix de la part des pouvoirs publics, notamment sous le gouvernement de centre-gauche mais le système italien n'est pas doté d'une stratégie à long terme. L'arrivée du gouvernement de la coalition de centre-droit, dirigée par Berlusconi, en 2001 a marqué à un renversement de tendance qui se traduit par un affaiblissement de la dotation des Serts [302] . Le projet de la

[297] Entretien n°28, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.

[298] Cf. G. Abbatecola, « La lettura della tossicodipendenza e i sui problemi », *in* Marginalità e società, n.21, 1993

[299] Chaque Sert a ses principes et les applique au moment de l'acceptation et durant les premiers entretiens. Ces règles sont présentées au toxicomane comme la « procédure » de prise en charge. Cette diversification reflète parfois la différence de composition des équipes qui est également inégale en fonction des Serts. Elles sont ainsi diversement composées de psychologues, d'éducateurs, d'assistants sociaux et de médecins. Gatti R.C., Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico, *op.cit.,* p.25.

[300] *Ibid.,* p.14.

[301] *Ibid.,* p.175

[302] C'est ce constate un médecin travaillant auprès d'un Sert et d'une communauté thérapeutique : « Ce qui se déroule à l'intérieur des Serts en milieu carcéral et le reflet de ce qui se déroule à l'extérieur depuis une dizaine d'années. Le gouvernement actuel de droite est en train de détruire le réseau du système sanitaire national en faveur des toxicomanes. Nous sommes actuellement au niveau national, en termes de postes, en dessous des 50% du plan de planification nationale ». Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

loi italienne sur les stupéfiants, actuellement en préparation, risque d'ailleurs de démanteler le dispositif public de soin en matière de toxicomanie condamnant ainsi la réforme de la médecine pénitentiaire [303] . Le choix du législateur italien de transférer la médecine pénitentiaire au système sanitaire national par l'intermédiaire des services spécialisés en toxicomanie s'avère dangereux. En effet, les Serts sont des structures orientées avant tout vers la prise en charge médicale des héroïnomanes, très fragmentées et faiblement reconnues au sein par les autres structures sanitaires. Elles risquent par conséquent de rencontrer des difficultés à prendre en charge une population où la polyconsommation est fréquente et qui souffre de pathologies très variées.

Les réformes françaises et italiennes de la médecine pénitentiaires établissent deux cadres très distincts du transfert des activités sanitaires du ministère de la Justice au système sanitaire national. Tandis que les pouvoirs publics français ont privilégié la prise en charge globale proposée par le système hospitalier, soulignant ainsi les enjeux de santé publique qui y sont rattachées, le législateur italien a délégué cette responsabilité aux services de soin pour toxicomanes, mettant ainsi en avant le problème des addictions au sein de la population carcérale. Il découle de ces choix respectifs de nombreuses implications et des défis nécessaires à relever dans la mise en oeuvre de la réforme dont le premier constitue la participation des acteurs sanitaires.

2 L'implication et les réticences des acteurs sanitaires

Bien que n'étant pas le seul impliqué, le principal acteur de la réforme de la médecine pénitentiaire demeure le personnel soignant, à double titre. La perception de la réforme par les anciens médecins pénitentiaires constitue, d'une part, un facteur explicatif important de la mise en œuvre du transfert comme en témoigne l'échec italien. La revalorisation de la médecine pénitentiaire dépend, d'autre part, du positionnement des soignants exerçant en milieu libre. Le succès ou l'échec de la réforme dépend cependant, avant tout, de la coopération des structures sanitaires notamment à l'occasion de la signature des protocoles mais aussi, de façon plus générale, à travers la plus ou moins bonne intégration de l'équipe sanitaire intervenant en prison au sein de l'établissement hospitalier.

2.1 L'attitude des personnels soignants face à la réforme

La première conséquence de la mise en œuvre de la réforme de la médecine pénitentiaire fut le transfert du personnel sanitaire intervenant auparavant en détention auprès du ministère de la Santé ainsi que l'arrivée d'un nouveau type de soignant. Ce changement est cependant loin d'être anodin. Il comporte de nombreuses conséquences statutaires et fonctionnelles qui rendent comptent des divergences d'appréciation de la réforme.

2.2.1.a Des positionnement professionnels divergents

La mobilisation de plusieurs médecins pénitentiaires français, dès les années

[303] Mastandrea Angelo, « ***Droghe, stoppato Fini », Il Manifesto, 26/06/2003.***

quatre-vingts, en faveur de la loi du 18 janvier 1994 a constitué un facteur explicatif important du processus d'émergence de la réforme. Peu de soignants sont apparus hostiles au décloisonnement de la médecine carcérale. Une petite minorité semblait cependant défendre depuis les années soixante-dix la spécificité de leur discipline. Se considérant comme « auxiliaires de justice », ils refusaient le rattachement de la médecine pénitentiaire au système hospitalier [304] . Outre des considérations d'ordre professionnel [305] , le transfert de compétence auprès du ministère de la Santé implique pour les anciens médecins pénitentiaires la mise en place d'un contrôle sur leurs pratiques dont ils étaient auparavant juges et parties. L'hôpital a pu apparaître pour certains soignants comme une instance de contrôle extérieure. C'est par exemple le cas en matière des prescriptions médicales qui étaient auparavant laissées à la seule appréciation du médecin et qui font désormais l'objet de contrôles de la part des pharmaciens hospitaliers, tel qu'en témoigne un psychiatre des prisons de Lyon :

« Actuellement les pharmaciens hospitaliers sont toujours prêts à être vigilants par rapport à ce qu'on prescrit et donc il y a un certain contrôle. Et pas simplement un contrôle de volume mais aussi un contrôle nominal des ordonnances. Avant vous aviez un pharmacien gérant qui visait l'ordonnance mais il n'avait pas de moyens de véritablement discuter avec les médecins et il ne remettait pas en cause ce qui était prescrit. Ce n'était pas son rôle et il ne le faisait pas.» [306]

Tandis que les médecins pénitentiaires semblent globalement favorables à la réforme, les positions des soignants pénitentiaires italiens sont en revanche très partagées entre, d'une part, les partisans et, d'autre part, les opposants à la réforme du dispositif sanitaire. Cette scission permet, en partie, de rendre compte de l'échec de loi de 1999. On peut distinguer au sein des personnels soignants intervenant des prisons italiennes une première ligne de fracture en fonction de la profession exercée. Comme le rappelle Claudio Sarzotti [307] , les médecins pénitentiaires ont été dès le début très résistants à cette réforme à travers leur principale association, l'AMAPI [308] . Il est intéressant de s'arrêter un instant sur l'argumentaire de ce syndicat. Les médecins de l'AMAPI défendent, tout d'abord, la spécificité de la profession de médecin pénitentiaire, qui doit

304 Solange Troisier, ex-inspecteur général des prisons, en fut l'une des porte-paroles, comme en témoigne cette allocution : « Je me devais de rappeler devant vous qu'il faut [...] toujours penser que nous servons à la fois Thémis et Hippocrate ». Cité *in* Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.96.

305 La loi du 18 janvier 1994 offrait la possibilité aux soignants travaillant auparavant en prison d'être intégré au système hospitalier et beaucoup ont fait ce choix. La possibilité d'intégrer le service public hospitalier sans passer de concours offrait à l'ancien personnel pénitentiaire une réelle opportunité, ce qui n'a pas été sans créer des jalousies chez certains praticiens hospitaliers comme cela a été remarqué au cours d'un entretien.

306 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

307 Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *art.cit*., p.113.

308 L'AMAPI a été constituée à Regina Coeli en 1961, elle a son siège sociale à Pise (Toscane). L'association dispose d'une revue semestrielle et intervient fréquemment lors de colloques.

concilier la connaissance d'une population spécifique et le respect des règles carcérales, et refusent à ce titre le transfert au *Sistema Sanitario nazionale*, qu'ils estiment incapable d'assurer les soins auprès de la population carcérale [309]. La position des opposants à la réforme de 1999 se fonde également sur une critique du système sanitaire italien qui, d'une part, ne disposerait pas des moyens suffisants pour prendre en charge cette nouvelle mission [310] et qui, d'autre part, reléguerait la santé des détenus en dernière position [311]. Enfin, l'AMAPI considère que le rattachement au système de santé signifierait une forme de tutelle de la médecine pénitentiaire envers les intérêts des ASL et impliquerait la perte d'une autonomie obtenu face à l'administration pénitentiaire [312].

Cette position n'est cependant pas le fait de tous les médecins pénitentiaires mais est plus spécifique aux médecins titulaires [313]. Ces derniers disposent d'un statut très spécifique en Italie puisque leur charge de médecin titulaire de l'administration

[309] Voici un extrait d'un article de Gianni Raspa, président honoraire de l'AMAPI, qui défend cette position : « On ne comprend pas comment les ASL pourraient être chargées de gérer notre activité sans qu'apparaissent des conflits de compétence et de pouvoir dangereux avec l'Autorité pénitentiaire […] Il est nécessaire que la protection de la santé de ceux qui sont détenus continue à être confiée à des professionnels qui non seulement connaissent bien l'art médical, mais qui ont aussi développé des compétences suffisantes sur la problématique complexe de la prison ». Raspa Gianni, "In difesa dell'Autonomia della Medicina Penitenziaria", n°30, année XVI.

[310] C'est encore ce que soutient Gianni Raspa : « On alimente, enfin, l'illusion que les détenus obtiendraient une sorte de promotion sociale avec le rattachement du système qui prend en charge la santé de tous les citoyens, c'est à dire le *Servizio Sanitario Nazionale* […] Qui peut ne pas tenir compte aujourd'hui des gaves dysfonctionnements de nombreuses ASL qui se sont démontrées jusqu'à présent incapables de réaliser les devoirs qui leur ont été confiés ? […] Qui ne connaît pas les exténuantes files d'attente qui amènent de nombreux citoyens à avoir recours au système privé ? Il est facile de prévoir que selon la liste graduelle des attentes et des besoins, les prisons seraient les dernières à bénéficier de tels services ». *Ibid.*

[311] C'est ce que nous a confirmé un médecin vacataire : « Si la médecine pénitentiaire tombe sous la dépendance de l'ASL, c'est-à-dire du système sanitaire national, alors elle risque de devenir une médecine de moindre importance. Toutes les demandes de consultation risquent de passer à la trappe et les délais d'attentes d'augmenter ». Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

[312] C'est dans ce sens que Vincenzo De Donatis, l'un des responsables de l'AMAPI, écrit : « Nous sommes des hommes habitués à lutter pour affirmer l'autonomie d'un secteur où le rapport de dépendance peut être un facteur très limitant en raison de chantages évidents…. et où l'appartenance à une autre administration peut constituer le motif d'une indifférence dangereuse envers les problèmes de sécurité. L'autonomie de jugement des médecins est la clef pour garantir la santé des patients détenus contre n'importe quelle tentative d'atteinte ou préjugé qui peut être exercé à leur encontre ». Vincenzo De Donatis, "Il Medico Penitenziario tra Passato, Presente e Futuro", n°30, année XVI.

[313] Il faut distinguer dans l'organisation de la médecine pénitentiaire italienne deux types de statuts. Les médecins titulaires (*incaricati*), d'une part, qui bénéficient d'un contrat à durée indéterminée au sein de l'administration pénitentiaire après avoir réussi un concours. Ces médecins assument avant tout des fonctions administratives et gestionnaires. Les médecins vacataires (*di guarda*), d'autre part, disposent d'un contrat d'une durée de deux ans auprès de l'AP et exercent le soin en permanence au sein de la détention. Cette seconde fonction est bien sûr beaucoup plus précaire puisqu'elle est soumise à l'arbitraire du directeur de l'établissement pénitentiaire.

pénitentiaire n'est pas incompatible avec d'autres fonctions sanitaires, ce qui leur offre la possibilité de cumuler plusieurs emplois [314], et donc plusieurs revenus, en même temps [315]. Le rattachement au *Sistema sanitario nazionale* impliquerait la perte de cet avantage pour les médecins titulaires, comme l'explique un médecin vacataire à Rebbibia, qui seraient alors contraints d'effectuer un choix entre l'exercice de la médecine en milieu carcéral et la pratique en milieu libre : « Souvent d'ailleurs le travail en milieu pénitentiaire est considéré comme un troisième, voir un quatrième travail. C'est sûr qu'avec ces avantages, les médecins pénitentiaires titulaires n'ont pas d'intérêt au transfert au système sanitaire national »[316]. La seconde conséquence liée au changement de statut des médecins pénitentiaires serait, tel que le constate le responsable du bureau de l'action sanitaire en milieu carcéral à la *Regione Lazio*, la modification de leur rétribution qui serait désormais indexée sur les tarifs du système public, beaucoup plus bas que les rémunérations actuelles:

« Les médecins ou les psychologues payés par l'ASL sont très peu payés, quelque chose comme 30 000 lires [environ 15 euros] de l'heure […] Et c'est pour ça qu'il y a cette grosse résistance des médecins à passer au système sanitaire national. Parce qu'ils savent qu'ils vont être beaucoup moins payés […] Tous les salaires vont être contrôlés par l'ASL et c'est pour ça qu'il y a autant de résistances.» [317]

Les indemnités des médecins pénitentiaires sont pour l'instant souvent astronomiques en raison de l'absence de contrôle. L'administration pénitentiaire gère encore le budget consacré à l'organisation des soins en prison en toute liberté. L'opacité de ce système a favorisé l'émergence de relations clientélistes entre les médecins pénitentiaires et l'administration que condamnent plusieurs enquêtés [318]. L'opposition des médecins pénitentiaires titulaires au transfert au *Sistema sanitario nazionale* s'explique par des motifs professionnels et économiques. Elle doit cependant être comprise dans un cadre

[314] Jusqu'en 1993, il était possible pour in médecin –situation unique dans la fonction publique italienne- de cumuler la charge de titulaire de l'administration sanitaire et de médecin libéral. Cette « double loyauté » a été résolue par une loi d'incompatibilité votée en 1993. Mapelli Vittorio, Il sistema sanitario italiano, *op.cit.,* p. 70.

[315] Un médecin titulaire de l'administration pénitentiaire peut par exemple travailler, comme c'est souvent le cas, auprès du ministère de la Justice et du ministère de la Santé. On peut remarquer que cette possibilité offerte par le législateur italien était légitimée, comme l'explique un médecin vacataire, par la nécessité pour un médecin pénitentiaire d'exercer en milieu libre afin de conserver sa réputation : « Car du fait qu'il travaille en prison, le médecin perd sa qualité et sa réputation peut être entachée. Donc, la possibilité de cumuler d'autres activités à l'extérieur permet de revaloriser son travail ». Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

[316] Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

[317] ***Entretien n°28, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.***

[318] « Et avec cet argent que détient administration pénitentiaire, il se passe des scandales absolument illégaux […] Pour une visite d'un médecin qui réalise 28 visites en deux heures et qui s'est pris la modeste somme de 2500 EUR […] C'est un rapport purement clientéliste […] Cela est lié aux surfacturations, aux médicaments également car tu dois savoir qu'il n'y a pas de transparence sur ces choses ». Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

plus large qui est celui des liens de dépendance et de réciprocité qui unissent les médecins titulaires et l'administration pénitentiaire. Le recours au détenu en tant que « monnaie d'échange » permet aux médecins italiens de se situer davantage dans une relation de collaboration avec l'institution carcérale que dans un rapport de stricte subordination :

« Les médecins titulaires [...] utilisent le détenu comme une monnaie d'échange dans leurs relations avec l'administration. « Je gère le détenu en échange du renouvellement de mon poste » [...] Les médecins n'ont aucun avantage à être indépendants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire.» [319]

Une autre partie du personnel de la médecine pénitentiaire italienne est en revanche favorable à la mise en œuvre de la réforme de 1999. Il s'agit principalement des soignants, médecins, psychologues ou infirmiers, qui ne sont pas titulaires de l'administration pénitentiaire et pour qui le transfert aux ASL impliquerait une titularisation de leur poste. C'est le cas par exemple d'une psychologue vacataire de l'administration pénitentiaire qui soutient la réforme en espérant son rattachement au ministère de la Santé [320] ou encore d'un médecin vacataire à Rebbibia qui, ayant échoué le concours de médecin pénitentiaire, souhaite son rattachement au *Sistema sanitario nazionale* et qui reconnaît pouvoir tirer avantage de la réforme de 1999 [321] . Le second avantage qui découlerait du changement de statut est la possibilité pour un soignant pénitentiaire rattaché aux services sanitaires d'être transféré à un autre poste lui permettant ainsi une requalification [322] . La perception de la réforme de 1999 par les personnels sanitaires italiens diverge profondément en fonction de leur statut professionnel [323] . Tandis que les médecins pénitentiaires titularisés, et travaillant pour la plupart dans ce secteur depuis de nombreuses années, sont hostiles à un changement d'organisation, les personnels sanitaires les plus jeunes qui ne disposent pas encore d'une position avantageuse au sein de l'ancien système y sont favorables. Outre les questions économiques, les enjeux de la réforme de 1999 se situent à un niveau plus symbolique : en repositionnant tous les personnels soignants à un même statut, la réorganisation des soins menace la position privilégiée occupée par les médecins titulaires tandis qu'elle constitue une opportunité professionnelle aux jeunes arrivants :

[319] Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

[320] Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

[321] Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

[322] « Car outre la prison, [les personnels sanitaires intervenant en prison] pourraient aussi travailler dans d'autres services sanitaires […] Si je suis rattachée au ministère de la Santé alors je peux aussi me fatiguer de travailler en prison et demander à travailler dans un autre service sanitaire. Alors qu'actuellement je suis rattachée au ministère de la Justice et je n'ai donc que deux possibilités, soit je continue à travailler là où je suis, soit je pars. Les possibilités de changement sont très limitées. » Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

[323] Il ne s'agit pas de réduire les positions des opposants ou des partisans de la réforme de 1999 à un calcul professionnel mais de souligner les enjeux qui lui sont liés. Les préférences de chaque individu sont bien sûr à mettre en lien avec leur système de croyance respectif.

« Les médecins qui travaillent en prison comme troisième ou quatrième emploi sont contraires à la réforme car si elle n'est pas appliquée, ils pourront continuer à travailler comme ils le font en conciliant ces deux patrons. En revanche, ceux pour qui la médecine pénitentiaire est leur activité principale ou même qui voudraient y travailler encore plus, alors ils sont favorables à la réforme car ils voient dans la réforme une possibilité supplémentaire […] La loi intéresse surtout les personnes les plus jeunes ou alors qui voudraient s'investir davantage dans ce domaine. » [324]

Il semblerait que la considération de la loi de 1999 par les personnels sanitaires italiens soit fonction de leur statut et des avantages dont ils peuvent en attendre. On peut observer de façon plus générale, avec Pierre Bourdieu, que l'espace des prises de position recouvre le plus souvent l'espace des positions sociales occupées [325] . L'écart du niveau d'acceptation de la réforme de la médecine pénitentiaire entre les personnels sanitaires français et italiens s'explique d'ailleurs peut-être, en partie, par la position et la considération dont disposent les différents dispositifs sanitaires publics: tandis que le système hospitalier français est reconnu comme un dispositif efficace et prestigieux, l'exercice de la médecine en milieu public est largement dévalorisé en Italie [326] . Au lieu d'être perçu comme une revalorisation professionnelle, le transfert de compétence auprès du ministère de la Santé est alors considéré par les soignants intervenant en milieu carcéral comme une détérioration de leur statut. L'un des enjeux de la loi du 18 janvier 1994 était à l'inverse de revaloriser une discipline dont l'image de marque avait été considérablement amoindrie précédemment.

2.1.b Une médecine qui demeure peu attrayante

En désenclavant la médecine pénitentiaire de la prison et en l'inscrivant au sein du système hospitalier, le législateur rendait possible la professionnalisation d'une médecine qui offrait auparavant peu de perspectives de carrières aux jeunes diplômés et qui était perçue comme une « voie de garage ». Le bilan de la réforme est cependant nuancé. Le recrutement du personnel des UCSA, qui se déroule au sein du personnel hospitalier sur le principe du volontariat, semble avoir contribué à professionnaliser les services de soin pour détenus. Les infirmières de la Croix-rouge ont été substituées par du personnel hospitalier disposant d'une culture médicale solide [327] . La principale avancée s'observe

[324] Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

[325] Pierre Bourdieu et Rosine Christin remarquent dans leur analyse de la politique d'aide au logement que les positions des différents acteurs s'expliquent par les luttes et les rapports de forces spécifiques à chaque champ et sous-champ. Les logiques qui structurent un tel espace rendent compte des prises de positions individuelles et collectives. Bourdieu P., Christin R., « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la politique du logement », Actes de la recherche en sciences sociales, n°81-82, 1990, pp.65-85 ;

[326] Le système sanitaire national italien fait l'objet d'un discrédit notoire qui s'explique par la diffusion du stéréotype d'un « dispositif sanitaire en crise » mais également par ses nombreux dysfonctionnements : une bureaucratie très importante, des délais d'attente extrêmement longs et une faible information du public. Mapelli Vittorio, Il sistema sanitario italiano, *op.cit.,* p.161.

[327] Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

cependant dans le recrutement des médecins qui s'est profondément modifié. Il s'agit désormais de praticiens hospitaliers qui intègrent l'UCSA après avoir réalisé un concours de la fonction publique. La médecine en milieu carcéral semble constituer de plus en plus un débouché professionnel aux jeunes praticiens. C'est le cas, par exemple, d'un médecin aux UCSA des prisons de Lyon qui est rentré en fonction dans la médecine pénitentiaire en 1992 après avoir été diplômé et après avoir réalisé un an de remplacement dans la médecine libérale. Celui-ci pourrait témoigner de l'émergence d'un nouveau modèle de soignant intervenant en milieu carcéral directement lié à la réforme de 1994 [328] . Cette remarque demande cependant à être nuancée puisque la portée de la réforme semble limitée. L'arrivée de patriciens hospitaliers a tout d'abord contribué à dévaloriser la notion de médecine pénitentiaire en opposant les anciens et les nouveaux intervenants, comme en témoigne un psychiatre qui a vécu le passage de 1994 : « Au départ, on a vu débarquer une série de petits chefs issus du CHU qui étaient persuadés qu'ils allaient nous apprendre ce que c'était la pénicilline »[329]. La mise en place des UCSA s'est tout d'abord accompagnée de problèmes de recrutement au sein des établissements hospitaliers en raison des réticences du personnel à travailler en milieu carcéral [330] . Malgré les progrès réalisés, notamment sur les prisons de Lyon, certains postes ne sont pas attribués, faute de volontaires, ce qui entraîne de nombreuses répercussions sur le fonctionnement de l'UCSA, telle qu'une hausse des extractions médicales ou la sous-utilisation du matériel médical mis à disposition [331] :

« Il y a des problèmes parce que par exemple certains praticiens ne veulent pas aller exercer en prison mais ce n'est pas normal parce que ça appartient à la mission de l'hôpital […] Aujourd'hui encore, dix ans après la loi, j'entends encore des directeurs d'hôpitaux qui me disent "On ne trouve personne pour aller travail en prison, ils ne veulent pas y aller.» [332]

328 Pascal Sourty a occupé son premier poste de 1992 à 1995 à Saint-Quentin Fallaviers qui était un site pilote de la réforme de 1994. L'organisation des soins était déjà déléguée à une UCSA rattachée à un établissement hospitalier. Il n'a donc jamais connu le précédent dispositif de soin aux détenus. Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

329 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

330 Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon. On peut remarquer l'existence d'un problème similaire en Italie où le personnel des services de soin aux toxicomanes (Serts) sont souvent réticents à intervenir en prison : « Les Serts n'étaient pas non plus très enthousiastes à l'idée d'intervenir en milieu carcéral. Le fait de travailler en prison est encore vécu comme une punition. Par exemple, un directeur de Sert peut punir un de ses collaborateurs en l'envoyant travailler en prison pendant six mois ». Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

331 C'est ainsi que la Commission d'enquête de l'Assemblée Nationale a pu observer « que des établissements pénitentiaires disposent d'appareils de radiologie neufs qui restent inutilisés faute d'un manipulateur radio ou d'un médecin généraliste formé à leur utilisation. En conséquence de quoi, les détenus doivent se rendre à l'hôpital de rattachement pour effectuer ces examens avec toutes les difficultés qu'impliquent les « extractions ». Assemblée Nationale, La France face à ses prisons, Paris : Assemblé nationale, 2000, n°2521,28 juin 2000, p.211

332 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

La principale difficulté de recrutement concerne le personnel médical spécialisé qui est souvent en nombre insuffisant. Ces réticences s'expliquent par une trop faible rémunération (pour l'ophtalmologie ou la dermatologie par exemple), un manque de motivation ou la faible dotation en spécialiste de l'établissement hospitalier de rattachement et entraînent un important « turn over » préjudiciable à la continuité des soins [333] . Il n'est également pas toujours possible pour les UCSA de mettre en application les directives nationales faute de personnel suffisant. Le rapport du HCNSP ainsi que le rapport IGAS de 1997 incitent à recourir aux Centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) pour effectuer le dépistage des maladies infectieuses et garantir ainsi une meilleure protection du secret médical. Cela n'est cependant pas réalisable aux prisons de Lyon, où seul un médecin du CDAG de l'Hôpital Edouard Herriot (HEH) s'est porté volontaire en raison de la faible rétribution des vacations. :

« A l'automne 2001 on a contacté les médecins qui travaillaient dans les CDAG pour leur demander s'ils voulaient bien aller en prison. Il y en a trois qui ont commencé. Ça c'est plus ou moins bien passé et je suis le seul qui ait repris ça […] Autrefois, c'était le conseil général qui finançait notre travail en prison et ça été repris par les HCL qui payent beaucoup moins bien […] Ce qui explique la difficulté à trouver des volontaires. » [334]

Malgré la loi du 18 juillet 1994, la médecine en milieu carcéral demeure une discipline de « second choix », notamment pour les spécialistes dont l'exercice médical est nettement plus valorisé en milieu libre [335] . Bruno Milly remarque que les principales motivations évoquées par les praticiens intervenant en prison sont d'ordre stratégique et montrent que le milieu pénitentiaire est rarement choisi afin d'exercer auprès de personnes défavorisées [336] . La décision de travailler en prison est souvent un choix désenchanté du fait de l'image que se voient renvoyer les praticiens en prison par leurs collègues intervenant en milieu libre. Le sentiment d'être disqualifié est, d'ailleurs, l'un des rares points communs des professionnels de santé en milieu pénitentiaire. L'embauche d'un médecin CDAG auprès des maisons d'arrêt de Lyon manifeste le manque d'attrait de

[333] Le rapport d'évaluation de la réforme de 2001 de l'IGAS-IGSJ relève de nombreuses carences dans les consultations spécialisées et regrette le manque de motivation des médecins ou de l'établissement hospitalier à intervenir en milieu carcéral : « La motivation de nombreux spécialistes à venir travailler en prison est souvent limitée, ceux-ci préférant rester au sein de leur service hospitalier […] Enfin, la détermination de l'hôpital de rattachement à mettre en place de telles consultations apparaît parfois faible ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.53.

[334] Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

[335] L'exception à ce constat serait, selon Marie Héléne Lechien, les infirmières qui représenteraient la « seule catégorie 'volontaire' pour les UCSA ». Leur motivation s'expliquerait néanmoins par des raisons professionnelles : « Les infirmières quittent l'institution hospitalière en raison de son rythme usant et de ses horaires décalés […] En prison, elles éprouvent un sentiment de « plénitude » professionnelle ». Lechien Marie-Héléne, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *art.cit.,* p.23.

[336] Les raisons de ce choix peuvent être variées : choix géographique, opportunité de promotion hiérarchique, horaire hôpital... Bruno Milly indique par exemple que beaucoup de soignants choisissent de travailler en milieu pénitentiaire pour obtenir des services de jours qu'ils avaient peu de chance d'obtenir en restant dans leur ancien service. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.226.

l'exercice en prison. Médecin dans une clinique psychiatrique, il fut licencié et cherchait du travail. Il profita alors de l'opportunité, qui lui fut proposée à cette période, de travailler comme vacataire pour les prisons de Lyon [337] .

L'exercice de la médecine en milieu carcéral demeure encore en France largement dévalorisé. Outre les conditions de rémunération, cette considération renvoie à une distinction d'ordre culturel qui ravale le soin en prison au rang de pratique médiocre. Celle-ci constitue cependant un obstacle important à la mise en œuvre de la réforme de 1994 comme en témoigne les réticences du système hospitalier français.

2.2 Une coopération hospitalière difficile

Les rapports entre l'institution carcérale et le dispositif hospitalier ont été depuis les années soixante de plus en plus distants, à mesure que se creusait l'écart entre une médecine de pointe très prestigieuse et une médecine pour personnes détenues jugée dévalorisante. L'un des enjeux de la loi du 18 janvier 1994 était dès lors d'arriver à réconcilier les deux institutions, dont les dissemblances, davantage culturelles qu'organisationnelles, pouvaient conduire à un échec de la réforme. La coopération du système hospitalier apparaît en effet décisive du processus de décloisonnement de la médecine pénitentiaire.

2.2.a La signature des protocoles : des « mariages » institutionnels délicats

Le nouveau dispositif de prise en charge des détenus, représenté par la circulaire du 8 décembre 1994, fait l'objet de protocoles tripartites engageant les autorités sectorielles : préfets de région et de département, directions régionales des services pénitentiaires et directions des établissements hospitaliers. La ministre des Affaires sociales, Simone Veil, s'était engagée lors du vote de la réforme à ce que tous les établissements pénitentiaires publics aient signé un protocole avant le 1er juillet 1995. En fait, cela ne sera fait que pour 20% d'entre eux à cette date [338] . Ce retard s'explique par les réticences des structures hospitalières à s'engager dans ce processus de contractualisation avec les établissements pénitentiaires. Ces « mariages » entre l'administration pénitentiaire et les services médicaux, comme le souligne Dominique Lhulier, ont été précédés par de longs travaux d'approche et d'âpres négociations [339] . L'étape la plus difficile de l'élaboration de ces protocoles fut la désignation d'un chef de service acceptant de prendre en charge l'UCSA. Peu de praticiens hospitaliers furent volontaires, tel que le rappelle un cadre de l'administration pénitentiaire, et l'attribution de cette charge fut fréquemment imposée à un chef de service, compromettant ainsi son articulation avec le reste de l'établissement

337 Il ne s'agit pas de douter de la motivation de ce médecin, qui est par ailleurs très investi sur les projets d'éducation pour la santé, mais de montrer en quoi le soin en milieu carcéral est souvent choisi comme une second choix.

338 Monceau Madeleine, Jaeger Marcel, « Médicaments et réforme de la santé en prison », *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, p.225. Actuellement, 206 établissements de santé sont signataires (131 centres hospitaliers dont 31 Centres hospitaliers régionaux et 75 centres hospitaliers psychiatriques).

339 Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, Bayard, Paris, 2001, p.119.

hospitalier :

« La loi de 1994 a été imposée aux hôpitaux. Ça, il faut le savoir et donc les chefs de service n'étaient pas du tout volontaires pour prendre en charge cette mission […] Ça a été imposé à un chef de service. Ce qui était une très mauvaise chose puisque après il y a eu des conséquences. » [340]

En outre, comme le souligne Bruno Milly, les motivations de ceux qui ont accepté de travailler en milieu carcéral étaient parfois éloignées des préoccupations de santé publique [341] . La prise en charge d'une UCSA permit à certains patriciens hospitaliers de tenir une fonction de chef de services qu'ils avaient peu de chance d'obtenir en restant à l'hôpital. Par conséquent, le choix du rattachement entre les établissements publics hospitaliers et les prisons ne correspond pas toujours à la double condition de proximité et de niveau technique imposée par le législateur. Les politiques d'établissement et les logiques professionnelles des praticiens hospitaliers ont beaucoup conditionné la signature des protocoles. La région lyonnaise en donne un exemple. En 2001, lorsque le service de soin psychiatrique de la maison d'arrêt de Villefranche fut rattaché au service public hospitalier, deux établissements rentrèrent en concurrence pour être signataire du protocole [342] . D'une part, le SMPR de Lyon, dirigé par le professeur Lamothe, et rattaché à l'hôpital du Vinatier et, d'autre part, l'hôpital psychiatrique de Saint-Cyr, plus proche géographiquement de la maison d'arrêt. La décision final de l'attribution relevait de la compétence de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH). Le médecin-inspecteur à la DDASS du Rhône indique qu'elle était favorable au choix de Saint-Cyr et qu'elle a soutenu cette solution, par l'intermédiaire de son chef de direction, au sein de l'ARH qui l'a finalement adoptée. Outre des motifs de proximité géographique, ce choix s'explique, selon elle, en réaction à la volonté du professeur Lamothe d'étendre son champ de compétence à un nouvel établissement. L'«annexion » du service de psychiatrie de la maison d'arrêt de Villefranche représentait pour lui l'opportunité d'engranger de nouvelles responsabilités qui se seraient ajoutées à son capital social et professionnel déjà élevé. La logique qui animait le chef de service de Saint-Cyr était similaire à celle du responsable du SMPR. Il s'agissait d'obtenir l'attribution de lits d'hospitalisation nécessaire à sa reconnaissance professionnelle. Cet exemple illustre les intérêts professionnels qui peuvent parfois motiver les praticiens hospitaliers à s'intéresser à la médecine pénitentiaire. Mis à part un intérêt pour la discipline, souvent réel, les enjeux professionnels propres à l'organisation hospitalière, mais aussi les logiques politiques [343] , déterminent parfois certains choix :

« Pour un certain nombre de raisons on était plutôt favorable à ce que ce soit Saint-Cyr […] M.Lamothe -qui est chef de service du SMPR - est un personnage haut en couleurs, qu'on voit à la télé, qu'on voit dans les journaux, qui est au

[340] Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[341] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.102.

[342] En 2001, l'ensemble des établissements à gestion privé, ou « 13 000 », comme celui de la maison d'arrêt de Villefranche intégrèrent le régime prévu par la réforme de 1994. La prise en charge somatique et le soin psychiatrique furent alors confiés à des établissements hospitaliers distincts.

ministère, et il voulait que ce soit le SMPR de Lyon qui ait la compétence. Plus on étend son jardin et plus on a de pouvoir […] On ne voyait pas bien l'intérêt qu'il ait quelque chose de plus. Je pense qu'il a la plus-value de son expérience mais qu'il a la moins-value de son manque de disponibilité et c'est pour ça qu'on a préféré jouer local. Il a vraiment fait du forcing mais finalement ça n'a pas marché […] Le chef de service de ce secteur psychiatrique était demandeur [...] De même que Lamothe, c'est un peu pour agrandir son rayon d'action. Je pense que pour le médecin de Saint-Cyr […] c'était assez intéressant […] Je pense qu'il devait être en recherche d'une assise puisqu'il était un peu dans une situation particulière pour un chef de service. C'est assez particulier pour un chef de service psychiatrique de ne pas avoir de lits d'hospitalisation et maintenant il a des lits d'hospitalisation. Peut-être que la médecine pénitentiaire l'intéressait aussi mais en tout cas il voyait bien ce que ça pouvait apporter à son secteur.» [344]

Le choix du service hospitalier de rattachement de l'UCSA n'est pourtant pas insignifiant car il peut avoir des répercussions sur le fonctionnement de l'unité. Chaque service hospitalier dispose en effet d'un mode de fonctionnement propre et d'une conception particulière du soin. De nombreuses UCSA de la Région Rhône-Alpes ont par exemple été intégrées, suite aux recommandations formulées dans le guide méthodologique de la loi du 18 janvier 1994, à des services d'urgence [345] . Ce choix qui pouvait sembler logique traduit néanmoins une perception du soin très spécifique, probablement différente d'une UCSA rattachée à un service d'infectiologie : un praticien hospitalier travaillant en service d'urgence évalue par exemple moins les aspects de réinsertion du soin et considère davantage la médecine pénitentiaire comme étant une « médecine d'urgence » se limitant à l'acte soignant [346] . Certains rattachements semblent parfois saugrenus [347] et d'autres présentent des incompatibilités de fonctionnement [348] . Les différences de fonctionnement

343 Le médecin-inspecteur DDASS souligne également les facteurs politiques qui ont présidé au choix de l'hôpital de rattachement: « Et puis il y a eu aussi des gens qui l'ont appuyé sur le plan politique car si j'ai bien compris… les gens qui sont au conseil d'administration sont des politiques, ce sont des maires par exemple, et eux aussi ça les intéressait que ce soit Villefranche. Je pense que de plusieurs côtés il y avait des gens intéressés, pas forcément pour les mêmes raisons, mais il y a eu convergence ». Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

344 Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

345 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

346 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

347 On pense à un établissement pénitentiaire dont l'UCSA a été rattaché au service d'ophtalmologie d'un centre hospitalier qui semble peu adéquat avec la pratique de la médecine pénitentiaire.

348 On pourrait penser que le service de médecine légale est bien adapté pour le rattachement d'une UCSA à un établissement hospitalier. Pourtant, un rapport de l'IGAS établit l'incompatibilité entre les deux fonctionnements. D'une part, la médecine légale occupe une place « à part » au sein de l'hôpital pouvant compromettre l'intégration de l'UCSA. D'autre part, « la mission expertale assignée au service de médecine légale est difficilement compatible tant sur le plan juridique que dans la pratique avec la mission de soins confiée à l'UCSA. C'est particulièrement vrai lorsque le service de médecine légale assure les autopsies des personnes décédées en prison ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.136.

entre les UCSA ne sont cependant peut-être pas tant le fait, comme le suggère un médecin-inspecteur de la DRASS Rhône-Alpes, de la discipline de rattachement que de l'implication du chef de service [349] . En effet, seul ce dernier est en mesure d'assurer l'intégration de l'unité de soin au sein du tissu hospitalier.

2.2.b L'intégration inégale des UCSA au sein du système hospitalier

L'un des objectifs de la loi du 18 janvier 1994 était de rompre l'isolement de la médecine pénitentiaire en établissant un lien avec l'ensemble du système sanitaire. L'intégration d'une « médecine pour détenus » au sein du dispositif hospitalier présente, comme cela a été établi, un certain nombre de difficultés. Le chef de service de l'UCSA a une place particulière dans ce processus. C'est lui qui assure le lien entre la direction de l'établissement et l'UCSA dont il est par exemple le porte-parole lors des différentes commissions hospitalières, contribuant ainsi à faire connaître la médecine en milieu pénitentiaire [350] . Le choix du chef de service auquel est confiée l'UCSA doit alors répondre à deux conditions. Il faut en premier lieu que ce chef de service soit volontaire et motivé à s'investir dans le fonctionnement de l'UCSA mais il faut également qu'il dispose lui-même d'une reconnaissance suffisante au sein de l'hôpital [351] . Si ces deux conditions sont réunies, le chef de service peut alors accomplir une fonction de jonction avec l'hôpital qui est cruciale pour le bon fonctionnement de l'UCSA. C'est par exemple le cas à Lyon, comme un médecin le constate, où l'implication du chef de service permet de compenser le désintérêt que manifeste la direction hospitalière à l'égard de l'UCSA :

« On a la chance que notre chef de service soit chef de services à l'hôpital et ça c'est une grande chance car ça facilite l'articulation […] Je pense que les spécialistes comme le chef de cardiologie, pour lui la prison c'est vraiment rien. Je pense qu'on ne représente rien pour l'hôpital. Cette réforme ça a été imposé à l'hôpital. » [352]

La désignation d'un chef de service qui soit motivé à promouvoir les unités de soin pour détenus (UCSA) est d'autant plus importante que les directeurs d'hôpitaux se désintéressent le plus souvent d'une médecine qu'ils n'estiment pas relever de leur champ de compétence. Plusieurs enquêtés témoignent du manque de considération dont souffre encore actuellement la médecine en milieu carcéral au sein du système hospitalier, où elle constitue la dernière priorité : « Pour beaucoup d'établissements hospitaliers c'est la dernière roue du chariot car les établissements hospitaliers n'ont pas été demandeurs et ça n'est pas un service qui fait une médecine qui est valorisée et personne ne se bat pour s'en occuper » [353]. La difficulté à trouver un chef de service

[349] Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

[350] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.32.

[351] La mission d'inspection de l'IGAS estime ainsi que « d'une manière générale, il est souhaitable de confier la responsabilité de l'UCSA à un chef de service bien intégré dans l'hôpital, dont l'autorité morale et le poids aideront cette structure à prendre toute sa dimension ». *Ibid.,* p.136.

[352] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

suffisamment motivé pour diriger les UCSA s'explique en partie par le manque de reconnaissance dont bénéficie la médecine pour détenus au sein de la « culture hospitalière », comme en témoigne le fait que plusieurs directeurs d'établissement ignorent encore la loi du 18 janvier 1994 :

«Il faut que cette position là soit reconnue, soit légitimée par la direction hospitalière. Des fois, j'ai affaire à des directeurs d'hôpitaux qui ne savent pas ce que c'est et je trouve ça un peu étonnant […] Là aussi, encore, ce n'est pas dans la culture hospitalière, si vous voulez. La loi n'est pas encore très bien connue.» [354]

Les services de soin pour détenus sont cependant très dépendants de la structure hospitalière à laquelle ils sont rattachés du fait de leur externalisation et de l'absence de liens directs. L'absence de considération de leur chef de service à l'UCSA conduit ainsi à des dysfonctionnements. Il est fréquent par exemple qu'un manque de dialogue existe entre les deux services ce qui est nuisible au bon déroulement des soins [355] . Outre les problèmes de communication, il arrive dans certains établissements que les créations de poste attribuées à l'UCSA ne se fassent pas ou que le personnel soit attribué à un autre service, comme le remarque un médecin-inspecteur DRASS sur un site de la Région Rhône-Alpes. Enfin, de façon plus générale, le manque d'implication de la structure hospitalière dans le fonctionnement de l'UCSA peut démoraliser le personnel qui y travaille. Le sentiment d'isolement qui en résulte contribue à reproduire la coupure entre la médecine pénitentiaire et le reste du système sanitaire à laquelle la loi du 18 janvier 1994 avait tenté de mettre fin :

« Il semblerait qu'il y ait des résistances très importantes à Grenoble […] Le chef de service de Grenoble ne s'implique pas […] Il peut y avoir des détournements d'attribution de financement […] Les postes, par exemple, ont été attribués initialement à l'UCSA et le poste se retrouve créé dans un autre service. Et puis il y a les personnels de l'UCSA qui ne se sentent pas écoutés, qui ne se sentent pas soutenus car si le chef de service ne vient jamais à l'UCSA… » [356]

La position des personnels sanitaires face à la réforme de la médecine pénitentiaire semble constituer un facteur explicatif important. En effet, les réticences d'une partie des soignants italiens intervenant en prison à être transférés au ministère de la Santé ont

353 Ce médecin-inspecteur établit également une comparaison entre la place occupée au sein de l'organisation hospitalière par l'UCSA et le service d'interruption volontaire de grossesse (IVG), dossier dont elle a également la charge au sein de la DRASS Rhône-Alpes. Cette remarque rend bien compte de la dévalorisation de la médecine pénitentiaire et des enjeux moraux qui lui sont rattachés. Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

354 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

355 « [Les personnels de l'UCSA] ont du mal à se faire reconnaître par leur propre direction hospitalière. Ils me le disent et puis je m'en rends compte si vous voulez lors des réunions, on voit bien que les directions hospitalières sont très loin de l'UCSA. Il y a des choses qui se disent en réunion annuelle des comités de coordination et qui pour moi devraient être dites avant, directement entre l'UCSA et la direction hospitalière et donc ça démontre bien qu' il n'y a pas de dialogue » Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

356 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

probablement limité l'impact de la réforme. En France, bien que le personnel soignant pénitentiaire semblait favorable, la portée du décloisonnement de l'organisation des soins semble restreinte par la faible intégration du nouveau dispositif pour détenus au sein de l'organisation hospitalière. C'est en considération de ces positions qu'il est maintenant possible de dresser un premier bilan de la mise en œuvre de la réforme.

3 La mise en œuvre de la réforme

La position des personnels sanitaires est très inégale selon les pays, comme cela a été établi. Tandis que les soignants français sont globalement favorables à la réforme de 1994, les médecins pénitentiaires italiens sont beaucoup plus divisés. Cette dissemblance va permettre de rendre compte, en partie, des écarts de mise en œuvre du décloisonnement du dispositif sanitaire carcéral. Mais c'est surtout l'organisation du dispositif sanitaire français et italien, notamment à travers l'existence ou non de procédures de suivi et d'inspection, qui explique le succès ou l'échec de la réforme.

3.1 Un bilan très contrasté

Le bilan de la réforme apparaît très contrasté entre la France et l'Italie. Cette distinction globale doit cependant être réévaluée au prisme des singularités locales qui permettent de rendre compte des configurations particulières des prisons de Lyon et de Rome.

3.1.a Une « révolution sanitaire » française face à la paralysie de la réforme italienne

La réforme de 1994 a profondément modifié la place des services sanitaires au sein des prisons françaises. L'enveloppe consacrée aux dépenses de personnel, c'est-à-dire concrètement à la mise en place des UCSA, traduit la rupture avec le système précédent. Alors qu'en 1993, l'administration pénitentiaire dépensait un peu plus de 79 MF pour rémunérer les personnels médicaux et paramédicaux, la circulaire du 8 décembre 1994 prévoit l'attribution d'une enveloppe globale de 188 MF [357] . La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), qui a en charge la répartition des budgets au niveau national entre les différentes Agences régionales d'hospitalisation (ARH), a mis en place en 1994 une enveloppe de 393 MF pour financer l'intégralité de la prise en charge somatique et psychiatrique venant s'ajouter aux 60 MF préexistants au titre de la psychiatrie. Ce montant s'est trouvé renforcé par des mesures ponctuelles pour aboutir à près de 636 MF en 2000 [358] . La médecine en milieu pénitentiaire bénéficie désormais de crédits fléchés malgré certaines réticences des ARH à relayer ces

[357] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.28

[358] Les crédits accordés par la DHOS (en MF) sont passés de 453 en 1994 à 635,96 en 2000, soit une augmentation de 40% alors même que le nombre d'entrants diminuait pour la même période de 24% et le nombre de détenus total de 9%. Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Cité *in* IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.*28.*

affectations de crédit [359] . Cette nouvelle dotation budgétaire accordée à la médecine en milieu pénitentiaire a permis selon un rapport IGAS-IGSJ d'évaluation de la loi un véritable « changement d'échelle » dans l'organisation des soins qui s'est traduit par de nombreuses créations de postes. Les personnels ont considérablement augmenté dans toutes les UCSA. Des créations de poste ont lieu régulièrement, ce qui contraste avec les autres services hospitaliers où les personnels tendent à diminuer. Cette reconnaissance budgétaire contraste avec le manque de valorisation de la médecine en milieu carcéral comme en témoigne les réticences de certains chefs de service n'osant pas demander des moyens supplémentaires auprès de la direction hospitalière par peur d'être mal considéré :

« Le service de médecine pénitentiaire va devenir en 2004 le plus gros service des hospices civils de Lyon avec plus de quatre-vingts agents […] J'essaie plutôt de persuader mes confrères qui n'osent pas ou qui ne pensent pas demander […] C'est parce qu'ils sont complexés et qu'ils n'osent pas dire qu'ils font de la médecine pénitentiaire, ils pensent que ça ne passera pas a priori.» [360]

La réforme de 1994 a également contribué à doter le personnel sanitaire d'une meilleure reconnaissance au sein de l'établissement pénitentiaire. Les UCSA sont dotées de nouveaux locaux rénovés et spacieux qui contrastent avec les anciennes infirmeries pénitentiaires. Ce changement symbolique confère un espace spécifique à la mission sanitaire et permet d'opérer une distinction nette entre les personnels soignant et pénitentiaire en « identifiant bien l'existence d'une zone de soins autonome qui relève d'une logique hospitalière »[361]. La nouvelle dotation des UCSA de Lyon permet par exemple de prendre acte de ce changement d'échelle : « Je pense vraiment qu'au niveau des moyens ça a été un énorme progrès. [...] On a des locaux qui ont été refaits. Les locaux ont changé. On a tout le matériel de l'hôpital, on dispose de la pharmacie des hôpitaux »[362]. Plus qu'un simple confort, le nouvel équipement mis à disposition des soignants a favorisé l'émergence d'une nouvelle conception du soin désormais plus proche de la prise en charge hospitalière : « Le nouveau dispositif a donc eu un effet très sensible sur la professionnalisation de la médecine en prison qui évolue progressivement d'une médecine humanitaire, de l'urgence, à un mode de prise en charge hospitalier »[363]. Cette nouvelle gestion hospitalière ne fait cependant pas l'unanimité parmi les soignants. Bien que la réforme ait permis une meilleure gestion des dépenses liées aux médicaments [364] , il semblerait que certains défauts du mode de fonctionnement hospitalier soient apparus. C'est notamment la position d'un ancien psychiatre des prisons

359 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

360 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

361 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.29 ;

362 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

363 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.36.

364 *Ibid.,* p.33.

de Lyon : « [Les médecins pénitentiaires] utilisaient au mieux des moyens qui étaient disponibles et parfois de façon très efficace alors qu'actuellement ce n'est plus le cas. Actuellement c'est la norme hospitalière qui prévaut avec tous ces inconvénients et ces avantages. Il y a un certain nombre de choses qui sont plus chères et qui ont moins de rendement »[365]. Malgré ces dysfonctionnements, celui-ci considère néanmoins que la réforme a permis « un énorme changement » de la médecine pénitentiaire en la rapprochant des « normes hospitalières »[366]. La loi du 18 janvier 1994 peut globalement être qualifiée de révolution sanitaire de l'organisation des soins en milieu carcéral. Elle a sans aucun doute permis de réduire l'écart qui existait auparavant entre le soin offert aux détenus et la prise en charge existant en milieu libre. La rapidité avec laquelle elle a été mise en place contraste avec l'immobilisme de la réforme italienne.

Le décret législatif n°230 de 1999, suite à la loi n°419 de 1998, prévoit le transfert des compétences du secteur sanitaire du *ministero della Giustizia* au *ministero della Sanità*. Depuis le premier janvier 2000, les fonctions de prévention et d'assistance aux détenus qui étaient auparavant l'œuvre de l'administration pénitentiaire ont été transférées au *Servizio sanitario nazionale*. Le matériel médical, les locaux ainsi que le personnel devraient être transférés aux ASL qui ont la responsabilité de procéder au contrôle et à la gestion des services sanitaires présents dans les établissements pénitentiaires [367] . La réforme italienne se situe pourtant dans un état d'immobilisme presque total qui s'explique par l'inertie des pouvoirs publics. La loi L.419/98 prévoyait plusieurs décrets d'application afin de mettre en œuvre les dispositions prévues par l'article 5 [368] . Jusqu'à aujourd'hui, un seul a été publié. Le décret législatif n.230 du 22 juin 1999, intitulé "réorganisation de la médecin pénitentiaire, a mis en oeuvre certaines dispositions dont notamment le passage des services de soin en matière de toxicomanie. Le reste des dispositions est cependant resté, comme le précise le responsable d'un Sert, lettre morte faute de décret d'application [369] . Le budget qui devait selon l'article 5 de la L.419/98 être confié au *minitero della Sanità* afin d'être géré par les ASL n'a pas été transféré et demeure sous le contrôle de l'administration pénitentiaire.

Il résulte de cette non-application une série de dysfonctionnements dont la plus flagrante est la précarité du statut du personnel soignant. Les soignants des services de prise en charge de la toxicomanie ont été transférés sous la responsabilité fonctionnelle du Sert alors qu'ils continuent pour l'instant d'être rémunérés par l'administration pénitentiaire. La superposition de la précédente législation, qui n'a pas été abrogée, et des nouvelles dispositions est à l'origine d'un blocage de l'organisation sanitaire qui se

365 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

366 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

367 Bresciani Luca, Ferradini Francesca, "Mutamenti Normativi", *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, *op.cit.,* p.106.

368 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

369 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

situe dans un entre-deux ou plus exactement « une phase de transition qui dure depuis quatre ans »[370]. Le transfert du personnel a, en outre, été effectué uniquement pour les soins en matière de toxicomanie et de nombreux soignants demeurent sous le contrôle de l'administration pénitentiaire [371] . Un second dysfonctionnement risque de paralyser l'activité des services sanitaires situés en prison : n'étant pas rémunérées, les ASL refusent d'assurer les prestations soignantes tandis que l'administration pénitentiaire, qui a conservé le budget de fonctionnement des activités sanitaires, refuse de rémunérer les soins en matière de toxicomanie qui ont été fonctionnellement délégués au *Sistema sanitario nazionale* [372] . La non-application de la loi engendre un immobilisme presque total des services sanitaires qui se répercutent sur le suivi médical des détenus [373] .

La non-effectivité de la loi italienne de 1999 s'explique par plusieurs raisons. La plupart des enquêtés accusent tout d'abord plusieurs lobbies d'avoir freiné sa mise en application [374] . C'est le cas par exemple des médecins pénitentiaires réunis au sein de l'association l'AMAPI. D'autres responsabilités sont néanmoins en jeu. Les magistrats sembleraient hostiles à cette réforme [375] . C'est également le cas de groupes

[370] Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

[371] C'est le cas par exemple des soignants intervenant au sein des prisons pour mineurs. N'étant pas dotés de services pour toxicomanes, les Sert, ce personnel n'est pour l'instant pas concerné par la réforme de 1999 puisque celle-ci ne concerne dans un premier temps que les soins en matière de toxicomanie. C'est par exemple le cas d'une psychologue travaillant dans un centre de détention pour mineur, qui souhaite son rattachement au ministère de la Santé et qui a entrepris avec ses collègues un recours contre le ministère de la Justice devant le juge du travail : « Actuellement nous sommes en train de mener une véritable bataille avec mes collègues du *Centro di prima accoglienza* car nous voulons vraiment passer au ministère de la Santé […] Il y a deux systèmes. Il y a ceux qui ont un service de soins aux toxicomanes et qui sont passés au ministère de la Santé et nous qui en restons exclus […] Il y a cette double administration, cette double référence en fonction de la spécialité du personnel [….] Nous avant fait une procédure auprès du juge du travail. C'est un procès contre le ministère de la Justice et nous perdrons très sûrement ». Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

[372] Une enquête du quotidien « Il Sole 24 Ore » révèle que les fonds attribués par l'administration pénitentiaire à la prestation des soins auraient chuté de 11,4% par détenu entre 1999 et 2002. "Meno soldi per la salute dei detenuti", Il Sole 24 Ore, 7 octobre 2002.

[373] « Le problème c'est que l'argent reste bloqué au niveau de l'administration pénitentiaire qui n'effectue plus les interventions. Les ASL ne sont pas payées et disent "si tu ne me donnes par l'argent, je n'y vais pas". L'administration pénitentiaire dit "tu dois y aller car la loi le prévoit". Et à la fin nous sommes dans un immobilisme le plus complet. »Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

[374] De façon générale, la place prépondérante des lobbies au sein de la politique sanitaire italienne s'expliquerait, selon Franca Maino, par la forte dépendance du gouvernement à l'égard du parlement, particulièrement sensible aux intérêts des médecins et des compagnies pharmaceutiques. L'impossibilité d'établir jusqu'à récemment une loi de programmation (*Piano sanitario nazionale*) en témoigne. Maino Franca, La politica sanitaria, *op.cit.,* p.80.

[375] Il semblerait que cette position doive être mise en lien avec le « rapport privilégié » qu'avaient certains magistrats avec les médecins de l'administration pénitentiaire et qui pourraient être remis en cause par leur rattachement au *ministero della Sanità*. Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

pharmaceutiques [376] . Les deux autres principaux opposants à la réforme seraient les ministères eux-mêmes. L'administration pénitentiaire, tout d'abord, craindrait de perdre par ce transfert le contrôle qu'elle exerce, jusqu'à présent, sur le personnel soignant et qui lui garantit un contrôle indirect des détenus [377] :

« En 1999 le choix politique qui a été fait par le gouvernement de centre gauche a été celui du compromis. Le gouvernement a tenté d'établir un accord avec plusieurs lobbies afin de faire passer la loi […] Si le transfert de personnel du ministère de la Justice au ministère de la Santé ne s'est pas déroulé, c'est uniquement parce qu'il y a des lobbies importants dans les ministères. L'administration pénitentiaire fait pression auprès du ministère de la Justice car elle ne veut pas perdre le contrôle sur les médecins » [378]

Le *minisitero della Sanità* ne semble également pas favorable à cette réforme qui représente pour lui une charge supplémentaire jugée peu valorisante. Les ASL sont d'ailleurs très réticentes à élaborer des conventions avec les établissements pénitentiaires, retardant ainsi l'application de la loi [379] . Outre le peu d'intérêt qu'elles ont à s'investir sur un sujet jugé peu valorisant, il semblerait que la dépendance politique des ASL explique leur manque d'intervention [380] , comme c'est le cas sur la région du *Lazio* [381] .Enfin la dernière opposition à cette loi serait exercée par la classe politique elle-même.

376 Les achats de médicament étaient effectués auparavant par l'administration pénitentiaire dans un grand manque de transparence, engendrant des dépenses élevées, le passage au *Sistema sanitario nazionale* remettrait bien sûr en cause les relations clientélistes qui ont pu s'établir dans le passé. Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

377 La réticence de l'Administration pénitentiaire à perdre le contrôle sur les médecins pénitentiaires qui lui étaient auparavant subordonnés est telle qu'un article aurait été introduit dans le décret d'application de la loi, indiquant qu'un groupe de 250 médecins demeurerait, après la mise en œuvre du transfert, sous la responsabilité de l'Administration pénitentiaire. Une journaliste remarque qu'il s'agirait dès lors de « médecins-policiers exerçant une fonction de contrôle sur les médecins es ASL ». Elle conclut en affirmant qu'une telle mesure « annonce un conflit permanent ». Springs Alice, "La sanità entra in carcere", Il Manifesto, 28 mai 2000.

378 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

379 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

380 Franca Maino remarque ainsi que les USL/ASL ont toujours été fortement politisées. Dirigées auparavant par un comité composé d'hommes politiques de la commune, elles ont rapidement reproduit les divisions partisanes du champ politique italien, fortement divisé, contribuant ainsi à politiser des questions purement techniques. La mise sous tutelle des Usl sous le contrôle des régions, chargées d'en nommer le directeur général, a reproduit cette politisation à un autre niveau. Maino Franca, La politica sanitaria, *op.cit.,* p.82.

381 C'est ce que précise un enquêté : « Les ASL relèvent des prérogatives de la région et elles se trouvent donc placées sous la responsabilité directe de la Région qui est actuellement de droite. Les responsables des ASL sont nommés par la Région Lazio. Quand Storace est arrivé au pouvoir, le président de la région Lazio, il a démis de leurs fonctions tout les dirigeants des ASL qui avaient été installés par le précédent gouvernement régional […] La santé ne se fait pas selon des impératifs réels de santé publique mais selon des raisons électorales ». Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

La mise en œuvre de la réforme a pris un terme lors du changement de majorité en faveur du centre-droit en 2001. Cependant, certains reconnaissent que le problème n'est pas uniquement partisan mais traduit une indifférence politique générale. Le gouvernement de centre-gauche qui a fait voter la réforme n'a par exemple pas adopté les décrets d'application entre 1999 et 2001 condamnant ainsi la loi à rester inappliquée : « La question n'est pas uniquement partisane […] parce que les lobbies exercent aussi bien de l'influence d'un côté que de l'autre. »[382]

Le bilan de la mise en œuvre de la réforme est très inégal entre la France et l'Italie. Cet écart s'explique peut-être avant tout par le niveau de consensus qu'a permis de réaliser la réforme. Tandis que les positions des acteurs administratifs et sanitaires italiens sont très fragmentées ce qui a, semble t-il, contraint le gouvernement italien à élaborer un compromis entre les différentes parties afin de faire accepter la réforme de 1999, la loi du 18 juillet 1994 a fait l'objet d'un large accord entre les administrations, les ministères et les personnels concernés. C'est probablement le contexte d'élaboration de la loi qui permet de rendre compte des deux configurations. En effet, la réforme française a été adoptée au terme d'un processus de remise en cause de l'institution carcérale, dont l'ultime étape fut la crise du sang contaminé qui constitua l'élément déclencheur de la loi du 18 janvier 1994. Cette crise de gouvernance de la santé en prison a rendu nécessaire une réorganisation complète du précédent dispositif sanitaire, légitimant ainsi la reconnaissance d'un référentiel de santé publique en milieu carcéral. La loi italienne a en revanche eu lieu dans un contexte moins conflictuel qui n'a pas permis l'intrusion du problème de la santé des détenus au sein de l'opinion publique. La réorganisation des soins en Italie doit alors moins être comprise en tant qu'une rédéfinition du référentiel, comme c'est le cas en France, que l'aboutissement d'un compromis incertain entre différents acteurs professionnels et administratifs, selon un schéma pluraliste [383] .

Bien qu'on puisse globalement affirmer que la réforme de 1994 a constitué une révolution sanitaire dans l'organisation du dispositif soignant des détenus, tandis que la loi italienne de 1999 semble constituer un échec, ce constat doit être relativisé par la prise en compte des spécificités locales. En effet, celles-ci ont dans certains établissements accentué les obstacles à la mise en œuvre du décloisonnement de la médecine pénitentiaire, tandis que ces particularismes locaux ont parfois facilité l'effectivité de la loi, comme c'est le cas des prisons de Lyon mais aussi, à un moindre niveau, de Rome.

3.1.b De fortes inégalités territoriales et la spécificité des situations lyonnaise et romaine

L'un des objectifs de la réforme du 18 janvier 1994 était d'homogénéiser la dotation des

[382] Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

[383] La perspective pluraliste classique permet de penser une politique publique comme la résultante instable de conflits et de négociation entre de multiples groupes d'intérêts qui forment autant d'acteurs autonomes. Cette approche met en évidence que la décision est davantage le résultat d'un marchandage entre des groupes de pression plutôt que la solution rationnelle apportée par les pouvoirs publics à un problème particulier. Cf., Pollet Gilles, « Analyse des politiques publiques et perspectives théoriques », *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, *op.cit.,* p.35.

différents services sanitaires qui, laissés à l'arbitraire du directeur d'établissement, différaient considérablement d'une prison à une autre. L'idée était de confier l'ensemble des ressources disponibles aux différentes ARH chargées d'en assurer la répartition de façon équitable. Le bilan de la réforme est mitigé car même si la réforme s'est appliquée sur l'ensemble des établissements, elle semble avoir profité davantage à certains. Les UCSA n'ont, tout d'abord, pas toutes bénéficié de l'attribution de nouveaux locaux adéquats par l'administration pénitentiaires, comme le constate un médecin-inspecteur de la DRASS au sujet des établissements de la région Rhône-Alpes : « Privas, par exemple, c'est une bonbonnière et il n'y a pas de place pour la secrétaire. Il ne peut pas y avoir une secrétaire ou une infirmière en même temps par exemple. A Bonneville, par exemple, il n'y a pas de salle d'examen close »[384]. Les différents services sont en outre inégalement dotés en personnel et plus particulièrement pour les consultations spécialisées qui sont à mettre en lien avec les différences de moyens financiers dégagés par les hôpitaux pour les soins en détention [385] , les comparaisons entre les différents établissements tendant à montrer des situations différentes [386] . Ces écarts de dotation traduisent, avant tout, la place inégale occupée par les UCSA au sein du fonctionnement hospitalier. Les UCSA sont souvent d'autant mieux dotées que leur coordination avec le chef de service hospitalier est importante. La relation privilégiée qui peut exister entre l'unité de soin pour détenus et la structure hospitalière, comme c'est le cas à Lyon, doit être comprise au regard du passé de chaque établissement :

« Donc on a une vingtaine d'établissements avec 20 hôpitaux différents et il n'y avait pas déjà cette imprégnation de l'hôpital dans la prison avant la loi de 1994 […] Donc il ne faut pas vous baser sur l'exemple lyonnais […] Il y a des chefs de services qui sont responsables de l'unité fonctionnelle à laquelle est rattachée l'UCSA qui ne connaissent pas l'UCSA et qui n'ont jamais mis les pieds dans la prison.» [387]

Bien que la portée de la réforme de la médecine pénitentiaire semble inégale selon les sites, la loi du 18 janvier 1994 a, en revanche, permis d'homogénéiser les règles de fonctionnement de chaque UCSA à partir des protocoles nationaux selon le modèle de la

384 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

385 C'est ainsi que l'enquête de la Direction des hôpitaux réalisée en 1997 relevait d'importantes disparités selon les régions en terme d'effectifs : de 1 à 5 pour la présence de médecins généralistes et pour les chirurgiens dentistes, de 1 à 30 pour les médecins spécialistes (hors psychiatres) et de 1 à 2 pour les infirmiers et préparateurs en pharmacie. S'agissant de l'activité définie par le nombre de consultations, on enregistrait aussi des écarts conséquents (de 1 à 2 pour les consultations de généralistes, de 1 à 8 pour les consultations de spécialistes, de 1 à 3 pour les consultations de dentistes). Cité *in* IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.40.

386 C'est ainsi que le rapport établi par l'IGAS-IGSJ en 2001 constate que le coût annuel par place occupée, qui ne prend en compte que le budget de l'UCSA et non pas l'ensemble des coûts effectivement supportés par l'hôpital, (notamment les consultations réalisées à l'hôpital et les hospitalisations) varie selon les établissements. Il était en 1999 d'environ 16 000 francs dans les prisons de Lyon contre 9400 francs à la Maison d'arrêt de Bordeaux et 8400 francs pour celle de Caen. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.40.

387 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

culture soignante hospitalière. Les différences qui étaient auparavant valables entre petits et gros établissements pénitentiaires ne semblent désormais plus vérifiées, tel que le remarque un cadre de l'administration pénitentiaire au sujet des établissements de la région Rhône-Alpes [388] .

La réforme italienne de 1999 n'avait pas une fonction de péréquation entre les établissements contrairement à la loi française. La dotation de chaque service de médecine pénitentiaire était décidée par l'administration pénitentiaire de façon centralisée et était plus ou moins répartie de façon équitable. Le transfert de compétence a cependant profondément modifié cet équilibre. La mise en oeuvre du transfert de la médecine pénitentiaire a été confiée aux *Regioni* en raison de la régionalisation de la politique sanitaire italienne [389] . Ce schéma d'organisation a toujours été à l'origine d'importants écarts [390] . La loi prévoyait également le passage de l'ensemble des compétences sanitaires en milieu carcéral au SSN de façon expérimentale dans trois *Regioni* (la Toscane, le Latium et les Pouilles) contribuant ainsi à accroître les inégalités géographiques entre l'ancien et le nouveau système. Il en résulte de grandes inégalités d'application selon les localités. Les services de soin aux toxicomanes (Sert) n'interviennent par exemple pas dans de nombreux établissements de plusieurs *Regioni* comme c'est le cas notamment à Naples et dans de nombreuses localités du Sud de l'Italie [391] :

« Ici, tu es à Rome mais si tu vas dans une prison du sud de l'Italie, on n'en parle même pas de cette affaire, tu es dans un autre pays là bas. Dans le Nord c'est le même problème. En dehors des grandes villes, il y a de nombreux problèmes. » [392]
« Il y a encore beaucoup de villes en Italie, je pense à Palerme, à Naples par exemple où les Serts n'interviennent pas encore. En fait, ils n'ont pas un personnel spécifique qui intervient en prison, leurs relations se limitent à une simple collaboration. » [393]

388 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

389 Cf article 3, decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria", a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n.419.

390 C'est ainsi que Franca Maino remarque que la régionalisation de la santé à été à l'origine de déséquilibres territoriaux liés aux différents comportements politiques dans l'utilisation des ressources disponibles. Maino Franca, La politica sanitaria, *op.cit.,* p.82.

391 Une recherche effectuée par la L.I.L.A. (*Lega Italiana Lotta A.I.D.S.*) et la F.I.VOL. (*Federazione Italiana Volontariato*) en 2000 établit un bilan des difficultés rencontrées par la réforme de 1999. La prison de Secondigliano à Naples fournit un bon exemple des difficultés de la transition entre le *Sistema penitenziario* et le *Sistema Sanitario Nazionale* où il n'existe pas de convention entre l'établissement et l'ASL territoriale ou le Sert local et les toxicomanes incarcérés ne disposent, par conséquent, d'aucune possibilité d'accéder à des programmes de substitution. L.I.L.A. (*Lega Italiana Lotta A.I.D.S.*), F.I.VOL. (*Federazione Italiana Volontariato*), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", 2000, disponible sur le site internet <http://www.ristretti.it>.

392 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

393 Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

Certaines *Regioni* se sont démarquées par leur volonté à mettre en œuvre ce transfert [394] . La région Toscane est celle qui, semble t-il, a opéré le plus de progrès dans la réalisation de la réforme [395] . Le service sanitaire toscan avait déjà, avant même le décret 230, expérimenté des formes de coopération entre le système sanitaire et la médecine pénitentiaire. La région a constitué depuis décembre 1999 un groupe de travail paritaire entre l'administration pénitentiaire et les services sanitaires régionaux avec l'objectif de coordonner les interventions des deux administrations [396] . La commission a constitué des groupes de travail pour chacun des établissements pénitentiaires présents dans la région, composés de représentants des médecins pénitentiaires, des directions d'établissement et des ASL de référence. Mais surtout, la *Regione* Toscane a fait voter une loi, utilisant ainsi ses prérogatives en matière sanitaire, qui assure le transfert définitif des personnel sanitaires intervenant en prison auprès des ASL qui assument désormais leur rétribution. Le *Lazio*, pourtant région expérimentale, n'a rien entrepris pour activer l'application de la réforme en raison, comme l'attestent plusieurs enquêtés, de son orientation politique de centre-droite :

« La région Toscane a élaboré une loi qui lui a permis d'ordonner aux ASL, puisqu'elles dépendent de la région, d'intervenir en prison. Elle a imposé aux hôpitaux de constituer des secteurs spécifiques pour l'hospitalisation des détenus. Mais cette situation est très grave selon moi car c'est l'administration pénitentiaire qui absorbe tous les fonds disponibles pour l'instant de la médecine pénitentiaire et c'est la région qui doit suppléer […] Les deux autres régions expérimentales initiales, le Lazio et la Puglia n'ont absolument rien fait contrairement à la Toscane. Dans le Lazio c'est un fait politique car nous avons une direction de région qui est de centre-droite. » [397]

La mise en oeuvre de la réforme de la médecine pénitentiaire est très inégale géographiquement. Ces écarts s'expliquent par les différentes politiques d'établissements hospitaliers et pénitentiaires, notamment en France. Elles semblent en Italie davantage liée au manque de coordination de la réforme. Le cas de Rome et de Lyon constituent des cas très spécifiques en raison leur histoire. La médecine pénitentiaire occupe depuis longtemps une place spécifique au sein des prisons de Lyon. L'intérêt de quelques praticiens hospitaliers comme le professeur Barlet ou le docteur Lamothe pour cette discipline dès les années soixante-dix explique les quelques particularités du dispositif lyonnais de soin pour détenus : la mise en place d'un Centre médico-psychologique

394 C'est le cas de l'Emilie-Romagne bien qu'elle ne figure pas parmi les régions expérimentales. Elle a mis en place une commission technique composée conjointement de représentants de l'administration pénitentiaire, de l'*Assessorato regionale alla Sanità e alle Politiche sociali*, qui a en charge l'action sanitaire au niveau régional, à laquelle étaient également présents des membres du personnel sanitaire opérant en milieu carcéral. Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *art.cit*., p.119.

395 Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *art.cit*., p.116.

396 Un important travail de conciliation a été nécessaire au sein de la Toscane où les résistances de l'association l'AMAPI, qui possède dans en Toscane ses racines historiques, ont été très vives.

397 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

régional (CMPR) transformé en SMPR en 1986, la création de l'Unité sécurisée pour détenus au sein de l'hôpital Lyon Sud en 1985, la participation de l'équipe du professeur Barlet à la création du premier CISIH. Ces transformations ont permis un décloisonnement de la médecine pénitentiaire et ont favorisé son intégration au sein des Hospices Civils de Lyon (H.C.L). Alors que de nombreuses UCSA peinent à entretenir des relations avec leur service hospitalier de rattachement, les prisons de Lyon semblent constituer un « contre-exemple » :

« A Lyon, traditionnellement au niveau de la santé carcérale, il y a toujours eu une équipe qui s'est beaucoup engagée pour le développement de la santé en milieu carcéral parce que, que ce soit le docteur Barlet ou le docteur Lamothe, ce sont des gens qui sont dans la médecine pénitentiaire depuis longtemps, qui sont bien ancrés aussi dans le milieu hospitalier. Je dirais que Lyon, c'est un contre-exemple […] Pour eux, par rapport à d'autres sites, il n'y a pas eu une grande modification. Alors que si je pense à d'autres sites, il y a eu un revirement beaucoup plus important..» [398]

Les services de médecine pénitentiaire de Lyon ont même exercé un rôle pionner vis-à-vis de la réforme de 1994 qu'ils ont contribué à promouvoir. Le transfert de la médecine pénitentiaire vers le service public hospitalier a constitué pour eux le prolongement d'une collaboration antérieure plutôt qu'une rupture, contrairement à la majorité des autres établissements pénitentiaires. La loi du 18 janvier 1994 a cependant permis de renforcer les équipes médicales en place ainsi que le matériel disponible. Il semblerait que de ce point de vue, les services de santé en milieu carcéral de Lyon soient également privilégiés puisque la dotation en personnel de l'Unité pour détenus et des UCSA de Lyon est particulièrement favorable. Le service de médecine pénitentiaire deviendra ainsi en 2004 le plus gros service des Hospices civils de Lyon avec plus de quatre-vingts agents [399] .

Bien que n'ayant pas un passé aussi atypique que les prisons de Lyon, la médecine pénitentiaire romaine dispose d'une certaine spécificité. En premier lieu, la prison de Rebbibia possède plusieurs caractéristiques propres. Elle fut, tout d'abord, l'une des premières d'Italie à bénéficier de l'intervention d'un service de soin pour toxicomanes. En 1995, le personnel soignant prenant en charge les problèmes d'addiction fut transféré à un Sert de Rome, préfigurant ainsi la réforme de 1999 [400] . La seconde spécificité de l'établissement est que le Sert dirigé par Sandro Libianchi n'est pas, contrairement aux autres prisons italiennes, une unité déconcentrée d'un service externe à l'établissement mais qu'il dispose d'une autonomie de fonctionnement [401] . Enfin, cet institut dispose d'un service spécifique pour les détenus toxicomanes, la *terza casa*, qui sera détaillé par la suite. De façon plus général, la ville de Rome bénéficie d'une organisation pénitentiaire

398 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

399 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

400 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

401 Cette différence de statut semble plusieurs répercussions dans l'organisation du soin, comme cela sera établi ultérieurement.

spécifique. Elle dispose, tout d'abord, d'organismes qui semblent particulièrement actif sur les problèmes sanitaires des détenus, telle de l'Organe consultatif pénitentiaire municipal [402] ou encore l'Agence des toxicomanies [403] . La municipalité a, en outre, mis en place plusieurs outils tels que la figure du « garant », censé assurer le respect des droits des détenus, ou le *Piano cittadino*, qui prévoit la constitution d'un réseau social destiné à faciliter la réinsertion des détenus. Rome, décrite comme étant une des « villes les plus innovantes en matière pénitentiaire », aurait mis en place par ces éléments un « contre modèle face à la politique du ministre actuel de la Justice Bertelli »[404]. Il est certain que les prisons romaines, qui ne sont pas exemptes de dysfonctionnements, ne sont pas représentatives de l'ensemble des établissements italiens. Cet écart peut s'expliquer, en partie, par la tradition politique de la ville, fortement ancrée à gauche, d'une part, et par la moindre influence qu'exercerait le syndicat de l'AMAPI auprès des médecins pénitentiaires, d'autre part [405] .

La mise en œuvre de la loi de réforme de la médecine pénitentiaire apparaît très inégale entre la France et l'Italie. Tandis qu'elle a permis en France un véritable « changement d'échelle » des moyens dont dispose l'organisation sanitaire en milieu carcéral, elle fait l'objet en Italie d'une vive contestation qui l'a rendue, jusqu'à aujourd'hui, ineffective. La réforme de 1999 semble même avoir pour l'instant un effet contre-productif puisqu'elle a contribué à désarticuler les services sanitaires pour détenus et à accroître les inégalités entre les établissements. Elle a en revanche permis en France d'initier une première homogénéisation, non seulement de la dotation de chaque service mais, surtout, des pratiques médicales. Comment rendre compte d'un tel écart ? Outre le degré d'acceptation de la réforme par les personnels et les administrations sanitaires et pénitentiaires, le suivi de la mise en œuvre de la loi constitue un facteur explicatif important. C'est la structuration du dispositif sanitaire qui rendrait compte du succès ou de l'échec de la réforme.

3.2 Les facteurs explicatifs d'une mise en œuvre réussie

Les dispositifs sanitaires français et italiens sont très divergents. Le système de santé français bénéficie d'une large reconnaissance qui a facilité un premier décloisonnement de la médecine pénitentiaire au cours des années quatre-vingts. Il dispose, en outre, d'autorités sanitaires déconcentrées qui facilitent la coordination et le suivi de la mise en œuvre d'une politique nationale. Le *Sistema sanitario nazionale* italien est en revanche beaucoup plus récent. Ses carences ont pendant longtemps justifié l'autonomie de la médecine pénitentiaire qui est demeurée fortement cloisonnée [406] . La régionalisation des politiques sanitaires rend difficile, enfin, la coordination et le contrôle d'une transformation à l'échelle nationale. Ces caractéristiques des dispositifs sanitaires français et italiens

[402] Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

[403] Entretien n° 19, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome

[404] Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

[405] Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

rendent compte, en partie, de l'échec de la réforme italienne de 1999 et du succès de loi française du 18 janvier 1994.

3.2.a Le dispositif de coordination et le suivi de la réforme

Bien que la collaboration entre les ministères de la Justice et de la Santé précède la loi du 18 janvier 1994, la réforme de la médecine pénitentiaire a considérablement renforcé les relations entre les deux structures administratives [407] . Des relations entre les ministères ont permis durant les premières années de la réforme de s'assurer le bon déroulement du transfert de compétence de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Le directeur du bureau « Stratégie » des Hospices civils de Lyon confirme que le principal interlocuteur des HCL demeure le ministère de la Santé et que toutes les réunions de mise en œuvre de la réforme étaient interministérielles [408] . Ce processus de concertation entre les différentes administrations a permis de réduire les points de conflictualité et d'assurer ainsi une bonne acceptation de la réforme [409] . Plusieurs dispositifs de coordination existent au niveau local. Le premier est constitué de la direction hospitalière des HCL qui s'est personnellement investie dans le projet lors de l'élaboration des protocoles. C'est, dans un second temps, l'établissement hospitalier de Lyon Sud, signataire de la convention, qui a pris en charge la gestion du dossier tandis que le Département stratégie, proche de la direction des HCL, conserve une fonction d'intermédiaire notamment lors des réunions ministérielles :

« La préparation du protocole qui a été signé en 1995 avait été préparé par la direction centrale [...] Mais c'est un dossier qui est géré, une fois que le protocole a été signé, par le CHLS [Centre Hospitalier de Lyon Sud] [...] Nous participons au

406 Les Régions occupent une place primordiale dans la mise en œuvre de la politique sanitaire italienne. Déjà reconnues lors du texte fondateur de 1978, leur capacité d'initiative a été considérablement accrue au cours des années quatre-vingt-dix à tel point que certains auteurs parlent du passage d'un système sanitaire national à un modèle régional. Auparavant confiées au communes, les services soignants (ASL ou USL) ont été mis sous l'autorité directe des régions. Cette évolution de la politique sanitaire italienne ne serait, de manière plus générale que le reflet d'un processus de *region building*, c'est à dire le « renforcement institutionnel de l'échelon régional ». Maino Franca, La politica sanitaria, *op.cit.,* p. 166.

407 Le décret du 6 août 1985 a créé le Comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, placé depuis 1998 sous la présidence conjointe des deux ministres chargés de la Justice et de la Santé. Ce comité ne se réunit plus, tout au moins formellement. Le rapport de l'IGAS-IGSJ de 2001 souligne néanmoins qu'il existe des rencontres des directeurs respectifs de l'administration pénitentiaire, de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.88.

408 Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

409 C'est également le procédé qui est utilisé par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé au sujet de l'implantation des Unités d'Hospitalisation Sécurisées Inter-régionales (UHSIR), actuellement en projet. Un médecin-inspecteur de la DDASS du Rhône y participe : « C'est un groupe de travail dans lequel il y a chaque administration, pénitentiaire, ministère de l'intérieur et santé, et nous élaborons un cahier des charges qui va déterminer le fonctionnement de cette unité [...] Il y a deux responsables de la DHOS, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé.». Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

projet peut-être parce que nous sommes plus près de la direction générale que le CHLS ou que la direction des affaires techniques. » [410]

Un second dispositif est composé des autorités de tutelle sanitaires, à savoir les DDASS et les DRASS [411] . Ces dernières ont été chargées d'importantes missions dans la réforme de 1994. Elles sont, tout d'abord, associées directement à l'élaboration, à la conclusion ainsi qu'au suivi des protocoles hôpital-prison. La DRASS a, en outre, un rôle de péréquation des ressources entre les différentes UCSA [412] . La personne chargée du dossier de l'action sanitaire en milieu carcéral facilite le financement du dispositif soignant de la population détenue, en représentant le dossier de la médecine pénitentiaire auprès de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) par l'intermédiaire du directeur de la DRASS. Un second processus de coordination est effectué au niveau régional par le biais des Directions régionales des services pénitentiaires (DRSP). Celles-ci ont intégré dans leur nouvel organigramme de 1994 un poste d'action sanitaire pour assurer le suivi de la réforme de la médecine pénitentiaire qui, bien qu'il n'ait pas toujours été attribué [413] , permettrait d'assurer un rôle d'interface entre les personnels sanitaires et pénitentiaires au sein des établissements de la région. Cette fonction semble particulièrement importante sur la Région Rhône-alpes. La responsable de l'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes se rend tout d'abord fréquemment au sein des différents établissements pénitentiaires afin d'assister aux réunions de coordination et afin de rencontrer les équipes médicales. Elle exerce ainsi une double fonction de rappel à l'ordre, en rappelant à chacun son statut et ses devoirs, et de communication entre les services [414] :

« On a un rôle de relais des politiques de santé publique vis-à-vis des chefs d'établissement pénitentiaire. On a un rôle vis-à-vis des sanitaires, de leur faire intégrer aussi le fonctionnement de l'institution pénitentiaire avec ses contraintes, de faire en sorte si vous voulez que ces deux mondes travaillent de

[410] ***Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.***

[411] La création des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale en 1964 s'inscrit dans un processus de restauration de l'autorité préfectorale par un processus de déconcentration. On trouve parmi leurs larges compétences, la tutelle des établissements sanitaires et des actions de prophylaxie. Les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales naissent en 1977 à partir d'une fusion d'institutions préexistantes. Tandis que les DDASS ont conservé une fonction de tutelle, DRASS ont reçu en revanche pour mission principale de planifier les équipements sanitaires et sociaux avec l'objectif d'une maîtrise des coûts. Vanderberghe M., Les médecins inspecteurs de santé publique, Paris, L'Harmattan, 2002, 358p.

[412] Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

[413] Des chargés de mission ont été nommés « ponctuellement » à l'occasion de la signature des protocoles en 1994 après quoi cette fonction est cependant demeurée vacante pendant plusieurs années dans l'ensemble des directions régionales. La Région Bourgogne a été la première à réattribuer son poste en septembre 1996 suivie par Rhône-alpes en mars 1997. Certains postes n'ont encore été attribués que récemment. Cette évolution traduit en partie l'adaptation progressive de l'administration pénitentiaire à la loi du 18 janvier 1994. Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[414] La responsable de l'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes appartient par exemple à un groupe de travail sur la santé publique en milieu carcéral qui a été constitué sur les prisons de Lyon et qui facilite la transmission d'informations. Elle est le seul membre de l'administration pénitentiaire à y participer.

manière la plus harmonieuse possible. […] Donc on a un rôle d'interface au niveau institutionnel.» [415]

Il semblerait que l'importance de cette fonction dans l'articulation des services et la mise en œuvre de la réforme soit liée à la « marginalité » de ce poste qui lui confère une autonomie très forte. Le bureau d'action sanitaire est intégré au sein d'un petit département de la DRSP, « Insertion et probation », et ne dispose lui-même que d'un seul poste. La fonction de gestion est ainsi réduite au minimum laissant davantage de liberté [416] . La mise en œuvre de la réforme de 1994 semble avoir été facilitée par la présence d'une forte coordination ministérielle, d'une part, et la présence de services sanitaires et pénitentiaires déconcentrés qui aurait permis un ajustement entre les personnels, d'autre part.

Les relations entre les ministères de la Santé et de la Justice italiens semblent beaucoup plus ténues qu'en France, notamment au niveau central. Quelques réunions ont suivi le vote de la loi en 1999 mais ont rapidement pris fin, alors que la loi n'était pourtant pas mise en œuvre. Les seules autorités ayant une compétence sanitaire et chargées de la coordination de la réforme de la médecine pénitentiaire sont les *Regione*. Dans le *Lazio*, un psychologue est responsable de la mise en œuvre de la réforme bien qu'il semble assez peu impliqué sur ce dossier [417] . Une commission de coordination régionale a été constituée afin de rassembler les représentants du personnel sanitaire et pénitentiaire et faciliter le déroulement du transfert [418] . Le manque de participation à cette commission, notamment de la part du ministère de la Justice et des directeurs d'établissement pénitentiaire, la rend cependant peu efficace [419] . Ces réunions ont

[415] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[416] La responsable de l'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes compare son poste actuelle avec les fonctions qu'elle a occupé auparavant au sein de l'administration pénitentiaire, dans laquelle elle travaille depuis 1980 : « Et nous, au niveau de notre unité, on a plus un rôle de mission si vous voulez. On a peu de gestion [...] C'est un poste qui m'intéresse car vous n'avez pas d'équipe à gérer [...] On est dans un rôle de conseil, d'accompagnement, car *vous n'avez pas vraiment de décision à prendre* [...] En plus, on a davantage d'autonomie ». Souligné par nous. Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[417] Celui-ci ne s'occupe par ailleurs pas uniquement de la médecine pénitentiaire puisqu'il a également en charge le dossier du *mobbing*, c'est-à-dire la violence sur les lieux de travail. Il semble davantage accorder de temps à ce second dossier qu'à la médecine pénitentiaire. Entretien n°29, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.

[418] On peut s'étonner que cette commission a été constitué uniquement le 23 octobre 2000 pour organiser le transfert qui aurait dû avoir lieu le 1er janvier 2000.

[419] Il semble en outre que les logiques bureaucratique et hiérarchique constituent un obstacle à la mise en place de ces réunions où par exemple les personnes présentes ne sont pas toujours les plus compétentes en matière de médecine pénitentiaire mais celles qui disposent d'un grade élevé : « Parfois il y en a certain qui ont travaillé là-dessus mais souvent par choix politique, on n'envoyait pas les opérateurs qui suivent ce projet mais on envoie des personnes qui ont un niveau hiérarchique supérieur mais qui ne comprennent rien au sujet ». Entretien n°29, Antonio Loiacono, responsable du bureau de l'action sanitaire en milieu carcéral de la Région Lazio.

cependant pris fin malgré les difficultés de mise en œuvre de la réforme :

« Il y a une commission régionale composée de 120 membres et mixtes entre certains directeurs de Sert, certains directeurs de prison ou des personnes déléguées pour la médecine pénitentiaire avec par exemple quelques responsables sanitaires de prison comme pour Regina Coeli […] Au début, il y avait un représentant du secteur pour mineurs de la prison de Casa del Marmo, et après et je ne sais pas pour quelle raison, le ministère n'a plus voulu envoyer cet opérateur. » [420]

Le dispositif institutionnel de coordination et de suivi de la réforme est très faible en Italie. En réponse à ces dysfonctionnements, un mouvement associatif et syndical s'est constitué en faveur de la réforme. Celui-ci exerce une pression politique auprès des pouvoirs publics pour exiger la mise en œuvre de la réforme. Sandro Libianchi, directeur du Sert de Rebbibia, a constitué une association en 1996 (Co.N.O.S.C.I., C*oordinamento Nazionale degli Operatori per la salute negli Carceri Italiane*) afin de fédérer les personnels soignants favorables à la réforme et de se libérer de son de voir de réserve lié à son statut de soignant : « J'ai créé cette association car le problème c'était qu'en tant qu'employé de l'administration, je ne pouvais pas m'opposer et m'exprimer comme je le voulais »[421]. Cette association a organisé, ensemble à d'autres organisations, plusieurs colloques destinés à promouvoir l'application de la réforme [422] . Un congrès national a eu lieu à Rome le 19 mars 2002 afin d'opérer un bilan de la réforme et d'en dresser les dysfonctionnements [423] . Le recours à l'espace public semble désormais constituer le principal recours des organisations en faveur de l'application de la loi, comme le constate le président de l'Organe consultatif pénitentiaire de la ville de Rome : « Nous ne pouvons rien faire d'autres que d'essayer d'activer la chose au niveau politique en portant plainte ou en essayant de mobiliser les médias »[424].

La présence, ou l'absence, de structures chargées de coordonner la mise en œuvre de la réforme de la médecine pénitentiaire semble constituer un facteur explicatif important de la réussite de la loi française du 18 janvier 1994 et de l'échec de la réforme italienne. C'est avant tout la capacité à faire dialoguer les différents personnels et administrations entre eux qui rend possible les ajustements nécessaires à l'application de la loi. Cette capacité à produire de la concertation fait en revanche défaut au système italien qui demeure fortement fragmenté, conduisant ainsi à un immobilisme presque total. C'est par conséquent le cloisonnement trop important entre les services pénitentiaires et sanitaires qui est à l'origine du manque de suivi de la réforme. En France, à l'inverse, le

[420] ***Entretien n°29, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.***

[421] Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

[422] C'est le cas par exemple de la conférence qui a eu lieu à Rome le 9/11/1999 intitulée « Le Servizio sanitario nazionale pour les détenus : une loi à appliquer ».

[423] Un appel a été lancé au terme de ce congrès afin d'exiger « l'application de la réforme de la médecine pénitentiaire ».

[424] Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

rapprochement initié en 1984, lorsque la mission d'inspection sanitaire a été confiée au ministère de la Santé, a permis d'assurer l'effectivité du transfert de compétence.

3.2.b Une mission d'inspection sanitaire décisive

Les contrôles sanitaires effectués en milieu carcéral relevaient déjà de la mission d'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) avant la loi du 18 janvier 1994 [425] . On assiste en revanche depuis la réforme de la médecine pénitentiaire à la publication de nombreux rapports émanant d'institutions très variées. On peut citer en particulier le rapport établi par Marc Gentilini suite à la mission confiée en 1995 par le garde des Sceaux, Jacques Toubon, et le ministre chargé de la Santé publique et de l'Assurance-maladie, Élisabeth Hupert, relatif à la «prise en charge du VIH et de la toxicomanie en milieu pénitentiaire, en vue d'une meilleure application de la loi du 18 janvier 1994 »[426] ou le rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral [427] . Un rapport conjoint IGAS-IGSJ dresse enfin en 2001 une évaluation complète de la mise en œuvre de la loi de 1994 [428] . Ces rapports ont sans nul doute considérablement facilité l'application de la réforme de la médecine pénitentiaire en soulignant les principaux dysfonctionnements rencontrés.

Une procédure d'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires existe au niveau local par l'intermédiaire des médecins-inspecteurs DDASS. Des rapports sont élaborés annuellement et remis à leur administration centrale [429] . Le médecin-inspecteur qui occupe cette fonction au sein de la DDASS du Rhône remarque toutefois que la mission d'inspection correspond moins à un contrôle dans le sens strict du terme qu'à une évaluation des difficultés rencontrées par le personnel sanitaire. Outre les rencontres annuelles, il entretient des contacts avec les responsables des UCSA et du SMPR, pour

425 Les contrôles sanitaires des établissements pénitentiaires ont été délégués en France dés 1984 à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et aux services du ministre chargé de la santé (Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 et décret n° 84-77 du 30 janvier 1984). La réforme visait à étendre aux prisons la mission générale de contrôle dévolue aux services déconcentrés du ministère de la Santé et notamment aux médecins inspecteurs.

426 Marc Gentilini, Jean Tcheriatchoukine , Rapport au Garde des Sceaux et au Secrétaire d'Etat à la santé intitulé « Infections à VIH, hépatite, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de l'application de la loi du 18 janvier 1994 », ministère de la Justice ; Secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, 1996, 174 pages.

427 Stankoff Sylvie, Dherot Jean, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, Paris, Direction générale de la santé, direction générale de l'administration pénitentiaire, 2000, 88 pages

428 L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation, Inspection générale des affaires sociales ; Inspection générale des services judiciaires, Paris, 2001, 196 p.

429 Le rapport IGAS-IGSJ de 2001 établit pourtant que « la périodicité des inspections n'est pas toujours annuelle et bien des DDASS omettent de transmettre à l'administration centrale les rapports des inspections qu'elles ont réalisées. Ainsi, les rapports remontés des DDASS étaient au nombre de 26 en 1998 et 15 en 1999. En outre, les rapports transmis ne sont pas exploités de manière systématique ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.*

lesquels il constitue une ressource importante. La DRASS ou la DRASS peuvent également intervenir, comme cela a déjà été le cas sur Lyon, par l'intermédiaire de leur dirceteur, auprès de la direction de l'établissement hospitalier ou de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) à la demande d'un chef de service pour intercéder en sa faveur, notamment à l'occasion des arbitrages budgétaires [430] :

« Quand on parle d'inspection, on ne va pas inspecter les pratiques médicales. Moi je le vois plutôt dans le sens où on voit comment ça marche et comment on pourrait les aider à résoudre leurs difficultés […] En fait, ils font appel à nous aussi quand ils ont des difficultés propres. M.Barlet avait des difficultés au niveau de l'organisation dans les Hospices civils de Lyon et il nous a demandé notre concours […] On a essayé d'intervenir auprès du directeur des Hospices civils.» [431]

Les nombreuses procédures de contrôle sanitaire qui existent en France sont en revanche quasiment absentes en Italie [432] . Les seuls contrôles auxquels les prisons sont soumises sont celles des *Provveditore regionale*, autorité de l'administration pénitentiaire, qui n'effectuent plus d'inspection des services sanitaires depuis que cette mission a été transférée au *Sistema sanitario nazionale* en 1999. Une sous-directrice de l'établissement de Rebbibia confirme qu'il n'y a actuellement « aucun contrôle extérieur » en matière sanitaire [433] . Les *Regioni* sont désormais les autorités chargées d'assurer des contrôles réguliers qui ne sont cependant pas effectués par manque de personnel. Un bilan de l'application du transfert de la médecine pénitentiaire était effectué au sein de la *Regione Lazio*, pour la première fois, en juin 2003 par le biais d'un questionnaire envoyé aux ASL. Ne disposant pas d'une administration déléguée, aucune visite ne peut être effectuée directement auprès des services sanitaires en milieu carcéral [434] . Une mission d'évaluation de la réforme de 1998 a été effectuée par Sandro Libianchi à la demande du

[430] Enfin une procédure de saisine des services d'inspection sanitaires, soit directement par les médecins-inspecteurs DDASS, soit par l'intermédiaire de l'IGAS, permet aux détenus de bénéficier d'un recours en cas de non-respect des normes. Même si le médecin-inspecteur de la DDASS du Rhône remarque que la plupart des plaintes ne sont pas médicalement justifiées mais traduisent un malaise et un manque d'écoute au sein de la prison, il semblerait que la procédure d'enquête ne soit pas satisfaisante. Un militant de l'association Act-Up remarque, en effet, que « l'IGAS, n'a aucune obligation de rencontrer le détenu ou la personne qui l'a saisie. Elle rencontre des médecins, le personnel de l'administration pénitentiaire, mais quasiment jamais le détenu […] En tous cas, le détenu n'est jamais informé de la décision prise. La seule obligation de l'IGAS est de délivrer au détenu un récépissé de prise en compte de sa demande. » Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Emmanuelle Cosse, Présidente de Act Up-Paris, de M. Nicolas Kerszenbaum, Trésorier et membre de la commission prison, de M. Serge Lastennet, Responsable de la commission prison, et de Melle Jeanne Revel, Membre de la commission prison d'Act Up-Paris», 4 mai 2000, source : Assemblée nationale, <http://www.assemblee-nationale.fr>.

[431] ***Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.***

[432] L'absence de contrôle ne semble pas spécifique au dispositif sanitaire situé en milieu carcéral mais serait général, comme le rappelle Vittorio Mapelli, à l'ensemble du système de santé italien : « Le *Sistema sanitario nazionale* apparaît parfois comme une grande « société à irresponsabilité illimitée » : personne ne rend de comptes à personne et à propos de rien. Ni l'Usl à la collectivité locale, ni la région à l'Etat, ni le ministre au parlement ». Mapelli Vittorio, Il sistema sanitario italiano, *op.cit.,* p.164.

[433] Entretien n°25, Mme Covelli, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire Nuovo complesso (Rebbibia).

ministère de la Santé. Son rapport final a cependant été censuré et n'avait toujours pas été débattu devant le Parlement italien en juin 2003 :

« Le ministère de la Santé devrait effectuer une fonction de contrôle notamment sur l'application de la loi de 1999 […] Le premier rapport parlementaire d'évaluation a été réalisé cette année [mais] nous sommes actuellement en juin il n'a toujours pas été publié tandis qu'il aurait dû être discuté en janvier 2003.» [435]

Les dispositifs italiens et français de la réforme de la médecine pénitentiaire sont très hétérogènes en matière de suivi et de contrôle sanitaire. Le double système de contrôle des DDASS et des missions d'inspection nationales a, semble t-il, contribué à homogénéiser la mise en œuvre de la réforme entre les différents établissements tandis qu'à l'inverse l'absence de contrôle au niveau national et régional entretient en Italie la non-application des textes et creuse les écarts entre les établissements, car comme le souligne un enquêté « sans ce contrôle chacun fait comme bon lui semble »[436].

La mise en place d'un nouveau dispositif sanitaire en milieu carcéral constitue l'aboutissement d'un long processus. La remise en cause de la médecine pénitentiaire, incapable d'assurer de façon satisfaisante la prise en charge des détenus et de répondre à l'épidémie de Sida, et la crise du sang contaminé ont légitimé la réforme globale de l'organisation des soins. Celle-ci a permis d'opérer une véritable révolution sanitaire au sein des prisons françaises. La loi italienne de 1999 a aboutit, en revanche, à un échec. Cette différence peut s'expliquer par au moins trois raisons. Le positionnement du personnel sanitaire intervenant en milieu carcéral constitue un premier facteur explicatif : tandis que les médecins pénitentiaires français se sont fortement mobilisés dès les années quatre-vingts en faveur de leur transfert auprès du ministère de la Santé, la réorganisation des soins ne forme pas un consensus parmi les personnels soignants italiens qui demeurent fortement divisés. Il semblerait, en second lieu, que la médecine pénitentiaire italienne n'ait pas fait l'objet d'une remise en cause aussi brutale qu'en France. C'est, en effet, le scandale du sang contaminé qui a contraint l'administration pénitentiaire française à se dessaisir du monopole dont elle bénéficiait sur l'organisation des soins et qui a incité les pouvoirs publics à mettre en œuvre la loi du 18 janvier 1994. En Italie, l'administration pénitentiaire demeure, en revanche, réticente à un transfert de compétence tandis que l'opinion publique italienne est restée largement indifférente à ce sujet, n'entraînant pas, *de facto*, une saisine des autorités politiques. Enfin, l'échec ou le succès de la réforme doivent être rapportés au dispositif sanitaire de chaque pays. Tandis que le système sanitaire français est suffisamment consolidé pour permettre l'implantation et le suivi d'une politique de santé publique en milieu carcéral, l'état du système sanitaire, fortement critiqué, n'apparaît pas en mesure d'assurer la mise en œuvre de la réforme.

434 « Et donc pour me rendre compte de la mise en oeuvre de la loi, j'envoie un questionnaire auprès de chaque ASL en posant des questions précises sur par exemple la gestion des médicaments pour comprendre ce qu'il est vraiment en train de se dérouler dans les différentes zones». Entretien n°28, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.

435 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

436 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

La réforme de la médecine pénitentiaire a été perçue comme le moyen de mettre fin à l'ambiguïté du personnel sanitaire qui répondait à une double logique, très ambivalente, soignante, du fait de leur profession, d'une part, et sécuritaire, du fait de leur subordination à la direction de l'établissement, d'autre part. Tandis que l'arbitrage entre les deux principes s'opérait le plus souvent au détriment du soin, le nouveau dispositif soignant rétablit les exigences sanitaires au premier plan. L'arrivée de nouveaux intervenants extérieurs à l'institution carcérale, les personnels hospitaliers, est censée faciliter cette réconciliation du soin et de la prison. En effet, ceux-ci, fortement empreints d'une culture soignante d'excellence, seraient en mesure de réhabiliter l'image de marque d'une discipline mal considérée. L'hôpital n'a pourtant pas toujours été en adéquation avec la prison, comme cela a été évoqué. Un gouffre culturel semble séparer les deux institutions. La mise en place d'une véritable politique de santé publique en milieu carcéral nécessite une adaptation des pratiques soignantes aux contraintes pénitentiaires, inconnues des praticiens hospitaliers. L'inadéquation entre les deux cultures peut être à l'origine de nombreuses contradictions.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

Partie 2. Les contradictions d'une politique de santé publique en prison

CHAPITRE 3 : UN RENOUVEAU DU CONFLIT ENTRE SOIN ET DETENTION

« Le détenu est sous l'œil du gardien, le gardien sous l'œil du directeur, la prison sous l'œil du peuple. » Jeremy Bentham, « Le Panoptique »

La loi du 18 janvier 1994 ne semble pas avoir bouleversé le dispositif institutionnel sanitaire en milieu carcéral. Elle a principalement opéré un changement statutaire du personnel soignant qui est désormais rattaché au ministère de la Santé. La réforme a ainsi permis d'affranchir le service sanitaire du rapport de subordination qui le rattachait à l'administration pénitentiaire, lui garantissant ainsi une marge de liberté accrue. Cette transformation a cependant considérablement affecté les relations entre les différents acteurs. La réforme de 1994, apparemment symbolique, est à l'origine d'une recomposition du « système d'action concret » c'est à dire de l'assemblage formé par les rapports de pouvoir qui s'établissent au sein de l'institution pénitentiaire, dont il s'agit de souligner les implications.

1 La recomposition du système d'action concret

Les acteurs sanitaires se distinguent désormais nettement des personnels pénitentiaires, rattachés au ministère de la Justice. La loi du 18 janvier 1994 présente dès lors le risque de désarticuler une organisation établie depuis de nombreuses années en bouleversant les relations de pouvoir qu'entretiennent entre eux les différents personnels. La réforme de la médecine pénitentiaire peut, d'une part, être à l'origine d'une trop forte démarcation entre les services sanitaires et pénitentiaires pouvant être néfaste à la mise en place d'une collaboration pourtant nécessaire et elle peut, d'autre part, réactiver les oppositions entre surveillants et soignants et accentuer ainsi le cloisonnement de l'institution carcérale.

1.1 Les effets pervers d'une trop forte démarcation entre les services

Les soignants étaient auparavant sous l'autorité directe du chef d'établissement. Ceux-ci entretenaient donc nécessairement des liens directs, inévitablement satisfaisants, faute de quoi le contrat du personnel médical pouvait ne pas être reconduit. La réforme de 1994 a permis aux soignants d'acquérir une autonomie statutaire. La prise en charge des détenus requiert cependant une coopération fonctionnelle forte entre les services médicaux et pénitentiaires. Une démarcation trop nette peut ainsi s'avérer préjudiciable.

1.1.a Un modèle de régulation indirecte

L'histoire de la médecine pénitentiaire se résume fondamentalement à celle d'une lutte pour l'autonomie vis-à-vis de la tutelle de l'administration pénitentiaire. Les personnels sanitaires rencontrés semblent très attentifs à cette indépendance qui est considérée comme une condition nécessaire au soin, tel qu'en témoigne un médecin qui avait animé un groupe de parole en détention : ***« Cette confidentialité, c'était d'ailleurs un peu la condition de ces réunions. On avait promis aux détenus de ne rien transmettre à l'extérieur de ce qui nous avait été dit au sein du groupe de parole »*** [437] . En identifiant clairement les différents intervenants, la réforme de 1994 a permis au personnel soignant de disposer d'un statut spécifique au sein de la détention et mettre ainsi fin à une confusion des rôles [438] . L'indépendance est un progrès indéniable mais celle-ci présente

[437] ***Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.***

[438] Le respect des positions respectives semble occuper une préoccupation chez chacun des acteurs sanitaire et pénitentiaire. La responsable de l'action sanitaire au sein de l'administration pénitentiaire régionale établit ainsi une limite nette dans son rapport avec les équipes médicales : « Moi, je n'interviens pas sur le contenu des soins. Ce n'est pas notre rôle. Ça c'est le rôle des autorités sanitaires [...] Et je leur rappelle aussi aux chefs d'établissement, la loi de 1994 a eu justement pour objectif de bien séparer et il faut veiller à ce que ce soit respecté, y compris de notre côté ». Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes. Un médecin inspecteur de la DDASS témoigne la même préoccupation à l'occasion des visites d'inspection sanitaires qu'elle effectue lieu de façon annuelle : « Je ne peux pas me permettre d'inspecter ce qui se passe dans la prison au niveau des surveillants par exemple, comment ils travaillent. Mon champ de compétences c'est le service médical ». Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

le risque d'aboutir à un cloisonnement entre les différents services, comme l'a souligné un rapport IGAS-IGSJ : ***« L'institution judiciaire, l'administration pénitentiaire, les équipes médicales des UCSA et des SMPR, l'hôpital de rattachement […] sont des interlocuteurs bien distincts, dont les logiques divergent mais dont la mission est commune. Améliorer le dialogue entre les différents acteurs est donc une nécessité qui est d'ailleurs clairement ressentie sur le terrain »*** [439] . La démarche de distinction des soignants hospitaliers peut les conduire à refuser tout contact direct avec le personnel pénitentiaire par peur d'être assimilé à une institution jugée trop répressive [440] . Une trop grande autonomie peut également aboutir à une « marginalisation d'une optique sanitaire » de la part de l'administration pénitentiaire de sorte que ***« tout se passe en fait comme si le service médical ne faisait déjà plus partie de la prison »*** [441] . Un premier effet pervers de la loi du 18 janvier 1994 semble être le manque d'implication des directions d'établissements qui étaient chargés auparavant de la gestion de la médecine pénitentiaire et qui auraient vu dans la réforme l'opportunité de se décharger d'un dossier parfois lourd à gérer:

« Et du côté des chefs d'établissement pénitentiaire […] ils ont dit "Nous maintenant on ne s'occupe plus de rien". Alors que ça n'est pas du tout ça. Autant le rôle de la loi, c'est effectivement de confier le soin aux services hospitaliers mais nous on doit s'occuper de tout ce qui peut permettre aux détenus d'accéder aux soins et ça renvoi à l'organisation de la prison.» [442]

La première réaction de l'administration pénitentiaire à la réforme du dispositif de santé semble être une ***« déresponsabilisation complète […] en ce qui concerne les questions sanitaires »*** [443] . Cette réaction s'inscrirait peut-être, comme le suggère un psychiatre du SMPR de Lyon, dans un processus de redéfinition des missions de l'administration pénitentiaire. Tandis que celle-ci avait auparavant la responsabilité de la prise en charge globale du détenu, son action se limiterait de plus en plus à l'exercice de la fonction de contrôle, négligeant ainsi les autres dimensions : ***« On est passé d'une conception datant du 19ème siècle où l'administration pénitentiaire était responsable de la santé des détenus et de l'hygiène, où elle avait un certain***

[439] ***IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , op.cit., p.134.***

[440] C'est ce dont témoigne un directeur d'établissement : « J'ai été atterré par les gens que l'hôpital nous a envoyés : […] des comportements de défiance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire […] Les médecins me disaient : « Nous, on n'a rien n'a voir avec vous, on se salue, bonjour-bonsoir, mais on veut même pas vous voir » […] En gros, il y avait d'un côté, selon eux, un courant progressiste, humaniste, pour ne pas dire humanitaire, incarné par les gens du ministère de la Santé. Nous, on était les gardiens-chefs […] Nous, on était les abrutis du milieu pénitentiaire et eux arrivaient avec la toute-puissance de la connaissance de la personne humaine ». Entretien cité *in* Lechien Marie-Héléne, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *art.cit.,* p.23.

[441] ***Ce constat est celui qui est dressé par Marc Bessin suite à l'évaluation de la maison d'arrêt de Rouen qui figurait parmi les établissements pionniers où les protocoles avaient été signés dès 1992. Bessin M., L'hôpital incarcéré ? Modalité de cohabitation des logiques hospitalière et pénitentiaire, GRASS/IRESCO, juin 1994, 32p.***

[442] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[443] ***Bessin M., L'hôpital incarcéré ? Modalité de cohabitation des logiques hospitalière et pénitentiaire, op.cit., p.117.***

nombres de devoirs, [à] la logique du service public des années 80 où ont fait notre prestation et le reste, on s'en fout, ça ne nous regarde pas » [444] .

L'administration pénitentiaire occupe pourtant une place importante dans la mise en place d'actions sanitaires au sein de l'institution. Une éducatrice estime que la direction de l'établissement est en mesure de « favoriser l'accès aux soins » de deux façons : ***« d'une part, de façon matérielle et, d'autre part, en mobilisant et en formant les agents pour les sensibiliser à ces questions et à ce type de problématique qui leur permettra de comprendre un petit peu mieux ce qui se joue et d'être peut-être plus parties prenantes. Et si ce n'est pas parties prenantes, au moins d'être moins hostiles »*** [445] . Elle remarque d'ailleurs que la coopération de la direction actuelle facilite considérablement la mise en place de projet : ***« Ça dépend beaucoup des personnes. Ça fonctionne très bien pour le moment car ces personnes là sont très sensibles à toutes les questions liées à la santé. Si demain, il y a une autre direction et qu'elle n'est pas du tout intéressée par ça, ça va être plus compliqué »***. La mise en œuvre de la réforme implique une coopération de l'administration pénitentiaire qui, si elle fait défaut, peut rendre difficile l'application de la réforme de 1994. Certains chefs d'établissements peuvent, par exemple, changer l'affectation d'un surveillant travaillant à l'infirmerie en faveur d'un poste de sécurité jugé plus important, perturbant ainsi le déroulement du soin : ***« Il ont tendance à piquer le poste de l'UCSA pour faire autre chose »*** [446] . Outre ces problèmes d'organisation, qui ne semblent pas propres au fonctionnement du dispositif sanitaire mais qui concernent également le travail ou l'éducation, les services pénitentiaires présenteraient des ***« résistances culturelles par rapport à la loi de 1994 »*** [447] . Le rôle de l'administration pénitentiaire est d'autant plus important que la coordination entre les différents acteurs a été confiée par la réforme de 1994 au directeur de l'établissement pénitentiaire, bien que celle-ci soit souvent déléguée au sous-directeur comme c'est le cas pour les prisons de Lyon [448] . Une réunion institutionnelle mensuelle y a été mise en place afin de rassembler la plupart des acteurs intervenant en détention [449] . Elle remplirait une fonction d'interface entre les services pénitentiaires et médicaux et constituerait une occasion pour faire circuler l'information entre les différentes structures et permettre éventuellement la résolution d'un conflit :

444 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

445 Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

446 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

447 L'interviewé se réfère au refus de certains agents de l'administration pénitentiaire de prendre en charge la part non remboursée par la sécurité sociale des actes médicaux (tels que les prothèses dentaires) pour les détenus indigents, procédure pourtant obligatoire depuis la circulaire de 1999 qui indique que la prise en charge du ticket modérateur s'effectue directement par l'administration pénitentiaire pour les personnes aux ressources faibles dont le traitement et les soins sont justifiés médicalement. Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

448 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

« Et dans ce cadre-là sont évoquées toutes les questions que les services peuvent avoir à poser sur le fonctionnement des uns et des autres et si on veut régler quelque chose on le fait tout de suite sur place et on n'a pas attendre des semaines et des semaines pour que cela se règle [...] La parole est assez libre, on laisse les gens s'exprimer. On fait circuler beaucoup d'information.» [450]

Cette réunion de coordination semble faciliter les relations notamment entre l'administration pénitentiaire et le personnel médical, avec qui la sous-directrice déclare avoir de très bons rapports : « Je pense qu'ici on a un très bon fonctionnement avec les médecins. On a une très bonne collaboration car il suffit de décrocher le téléphone pour pouvoir discuter d'un problème avec un médecin. Il nous arrive de très nombreuses fois que les médecins, s'ils ont un souci de détention ou de comportement d'un détenu ou une difficulté, ils décrochent le téléphone» [451] . Un deuxième outil d'interface entre l'administration pénitentiaire et le service médical existe. Il s'agit du poste d'action sanitaire auprès de la Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) dont il a été question auparavant. La responsable de l'action sanitaire de cette structure semble constituer un lien très important entre l'UCSA et la sous-directrice des prisons de Lyon [452] , à qui elle communique notamment les dysfonctionnements rencontrés dans l'organisation de soins: ***« Elle est une intermédiaire par rapport à des dysfonctionnements dont quelqu'un a pu lui faire part et elle nous en informe pour qu'on voit ce qu'on peut faire. On a eu une discussion hier par exemple sur l'hygiène et sur les mesures qui ne sont pas faites. Elle me demande d'être plus attentive par rapport à ça »*** [453] . Il semblerait que le passage de l'information s'effectue en milieu carcéral selon des voies de transmission extérieures à l'établissement [454] . La

449 Cette réunion s'inspire de la de la commission de surveillance qui est prévue par l'article D184 du code de procédure pénale. Elle fut recommandée par le rapport IGAS-IGSJ en tant que rendez-vous institutionnel intéressant pour les différents acteurs. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.135.

450 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

451 Les rapports entretenus entre la direction de l'établissement et les services médicaux semblent cependant inégaux puisque la sous-directrice reconnaît avoir avec le SMPR « un rapport beaucoup plus direct qu'avec les UCSA ». Cette différence est liée en partie au fait que le SMPR dispose d'un service d'hospitalisation interne fréquemment utilisé pour les détenus en crise. Elle s'explique peut-être aussi par la meilleure implantation du SMPR dans l'établissement que de l'UCSA qui est arrivée plus récemment.

452 Celle-ci semble cependant occuper un rôle beaucoup plus important sur d'autres établissements de la région Rhône-Alpes où les relations entre la direction de l'établissement et les services médicaux sont moins entretenus qu'aux prisons de Lyon qui constitueraient une « exception ». Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

453 Ibid.

454 Ce constat est valable pour le fonctionnement des services pénitentiaires mais aussi pour les services de santé qui communiquent parfois davantage avec la direction de l'établissement par le biais du médecin- inspecteur DDASS que de façon directe.

communication directe entre la direction de l'établissement et les services sanitaires semble très réduite. Ceux-ci communiqueraient davantage, bien que cela semble moins vrai pour les prisons de Lyon, par le biais de leur administration respective que par relations directes. La régulation s'effectuerait non pas selon un schéma horizontal, mais selon un modèle hiérarchique vertical [455] . On peut supposer qu'il s'agisse là d'une conséquence de la réforme de 1994 qui, en rendant autonome chaque service, aurait contribué à accroître la distance entre les différents intervenants. Cette remarque semble également pertinente pour comprendre les relations qu'entretiennent les personnels soignants avec les services de réinsertion pénitentiaires.

1.1.b Le cloisonnement des Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Les prisons françaises ont été dotées de services socio-éducatifs depuis la réforme Amor de 1945 et les travailleurs sociaux ont désormais investi le milieu carcéral. La réforme de 1999 a renforcé la politique d'insertion en confiant cette charge aux Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) [456] . Ceux-ci occupent deux fonctions principales : ils opèrent, d'une part, un suivi de la peine du détenu et sont indispensables en cas de demande d'aménagement de peine et ils constituent, d'autre part, le seul lien extérieur entre la prison et son environnement (familles, associations, juges d'application des peines, etc.). L'une des spécificités des services sociaux est qu'ils occupent un rôle d'intermédiaire avec les magistrats. Ces derniers sont nettement dissociés de l'établissement carcéral bien que leurs décisions aient de fortes répercussions sur le travail des autres intervenants. Les magistrats n'entretiennent pourtant que peu de relations avec l'administration pénitentiaire et sont encore plus distants des services médicaux [457] . Les personnels soignants regrettent fréquemment de devoir subir les décisions, jugées arbitraires, du magistrat sans pouvoir être consultés. C'est le cas à l'occasion des visites médicales immédiates qui sont parfois exigées par certains magistrats lors de l'incarcération d'un détenu et qui imposent au médecin de se rendre d'urgence à l'établissement pénitentiaire [458] . Les médecins considèrent que les demandes des magistrats sont trop fréquentes et souvent abusives, car celles-ci ne

[455] Ce schéma renvoie de façon directe à l'analyse développée par Michel Crozier et Jean-Claude Thoenig au sujet du système politico-administratif départemental français. Ce système plus ou moins organisé est formé d'un très grand nombre d'acteurs qui restent très cloisonnés et très isolés les uns des autres. Le système est fondé sur une interdépendance d'ordre verticale plutôt qu'horizontale. La contrepartie en est un cloisonnement très rigide entre les différentes filières. Crozier Michel, Thoenig Jean-Claude, « La régulation des systèmes organisés complexes», Revue française de sociologie, 1975, pp.3-32.

[456] Il existait avant la réforme de 1999 une séparation totale entre le millier ouvert et le milieu fermé en ce qui concerne les services sociaux. En milieu fermé, les travailleurs sociaux des services socio-éducatifs à des établissements pénitentiaires étaient chargés de mener l'insertion des détenus (immatriculation sur la sécurité sociale, repérage de l'illettrisme, etc.), en milieu ouvert l'insertion était sous la responsabilité des Comités de probation et d'assistance liberté (CPAL) qui assistaient le juge de l'application des peines dans la mise en oeuvre de ses décisions. Le décret du 13 avril 1999 modifie le Code de procédure pénale en opérant la fusion des travailleurs sociaux des services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires et des CPAL en Services pénitentiaires insertion de probation (SPIP). Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Chtistophe, Le droit en prison, *op.cit.,* p.268-269.

semblent pas toujours justifiées médicalement, comme le rappelle un médecin-inspecteur de la DRASS : ***« C'est plus ou moins motivé car en fait ils se couvrent. Ils exigent un certificat médical par un médecin [...] Et s'il y avait un peu plus d'esprit critique de la part des magistrats vis-à-vis de leur demandes, je pense que les choses seraient meilleures»*** [459] . Outre un problème d'organisation des soins préjudiciable à la prise en charge des détenus, il semblerait que ce conflit traduise un sentiment de malaise du personnel soignant face à une perte d'autonomie professionnelle [460] . Les médecins, souverains dans l'exercice de leur profession, sont contraints d'intervenir à la demande d'une autorité non-médicale dont la décision leur semble arbitraire : ***« C'est laissé à la libre appréciation du magistrat. C'est un terme qui revient souvent en justice. Le magistrat "apprécie"... »*** [461] . La réforme de 1994 semble avoir accentué l'opposition entre les soignants intervenant en prison et le corps des magistrats, rendant plus que jamais nécessaire une coopération entre les deux.

Les SPIP sont les seuls à assurer le lien entre les magistrats et le personnel médical. Cette position leur confère un rôle important bien qu'elle puisse interférer dans leurs rapports quotidiens avec les soignants [462] . La collaboration quotidienne entre les SPIP et les services médicaux est néanmoins indispensable à plusieurs titres : elle peut par exemple faciliter la préparation de la sortie (notamment pour les détenus dont l'état de santé mentale justifie un suivi adapté à l'extérieur) ou améliorer la coordination de la prise en charge de la toxicomanie. Il apparaît toutefois que la coopération entre les services

457 Les directeurs d'établissement sont par exemple totalement exclus de la gestion de la population carcérale issue directement de la politique pénale des magistrats dont ils doivent pourtant gérer les conséquences comme le souligne la présidente de l'OIP : « L'administration pénitentiaire et les magistrats […] travaillent séparément et s'ignorent superbement. Actuellement, un magistrat affecte un détenu dans un établissement pénitentiaire dont il ignore institutionnellement ce qui s'y déroule ». Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Catherine Erhel, et de M. Patrick Marest, respectivement présidente et délégué national de l'Observatoire International des Prisons (OIP)», source : Assemblée nationale.

458 La visite médicale d'entrée a normalement lieu dans une limite de quarante-huit heures pour la médecine somatique (UCSA) et dans une limite d'une semaine pour la médecine psychiatrique après l'incarcération. Le Code de procédure pénal peut cependant permettre au magistrat d'exiger une visite médicale immédiate en cas de risque pour la vie du détenu, notamment contre les risques de suicide.

459 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

460 L'absence de lien entre les services sanitaires et les magistrats est également très prégnante en Italie où certains médecins se plaignent de l'impossibilité d'avoir accès au dossier judiciaire du détenu afin d'envisager les mesures de libération conditionnelles (Entretien n°17, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia). D'autres, à l'inverse, se satisfont de cette coupure qui leur permet de faire reconnaître leur statut de soignant (Entretien n°20, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli ; Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome).

461 Cette remarque semble d'autant plus vrai que les médecins les plus opposés à ces décision du magistrat sont les médecins libéraux qui effectuent des nuits de garde dans des établissements pénitentiaires. Ceux-ci sont peu habitués aux contraintes du milieu carcéral et sont très attachés à leur liberté professionnelle.

sociaux et le personnel soignant est généralement très insuffisante, comme le constate un rapport IGAS-IGSJ : ***« Pourtant, rares sont les établissements pénitentiaires où ce travail en réseau s'effectue véritablement, les logiques de territoire jouant souvent à leur maximum.»*** [463] . Il semblerait que la réforme de 1994 n'ait pas favorisé le rapprochement entre les deux services contrairement à l'objectif souhaité mais ait à l'inverse accentué le repli de chaque personnel sur ses compétences respectives.

Les relations entre les SPIP et les services médicaux sur les prisons de Lyon constituent une illustration de la distance qui peut exister entre les deux services. Malgré la présence de rapports entre les personnels depuis longtemps [464] , il semblerait que les contacts entre les agents d'insertion et les soignants soient cependant plutôt rares, notamment avec l'UCSA [465] . Des réunions communes ont lieu entre les deux services, telle que la commission mensuelle évoquée auparavant, mais celles-ci constituent davantage des réunions institutionnelles, où se retrouvent les cadres de chaque service, que des rencontres entre personnels afin d'améliorer la prise en charge des détenus [466] . Certaines réunions ont cependant été mises en place sur des thèmes spécifiques comme la prévention du suicide ou la prise en charge des toxicomanes. Les relations entre les deux services apparaissent globalement assez faibles et la mise en rapport entre le personnel soignant et les agents des services sociaux relève davantage de cas ponctuels

462 La position d'intermédiaire entre le magistrat et les soignants peut parfois faire obstacle à la relation qu'entretiennent les SPIP avec le personnel médical comme c'est le cas pour les procédures d'« injonction thérapeutique » qui contribuent à renforcer la distance entre les deux services. Un agent des SPIP des prisons de Lyon raconte la relation conflictuelle qu'elle entretenait avec les psychologues d'un établissement où elle travaillait précédemment: « Avec les psychologues c'était très conflictuel [...] Les détenus étaient suivis en détention par une psychologue et on essayait d'avoir un dialogue avec elles quand la personne était dans une démarche d'aménagement de peine [...] En fait il n'y avait aucune communication possible car elles étaient campées sur le secret de leurs interventions et du lien qu'elles avaient avec leurs patients. Nous quand on les appelait au cas par cas, il y avait vraiment un mur [...] Mais il faut dire aussi que c'était faussé par le système, entre guillemets, car en fait le juge octroyait quelque chose comme une permission ou autre à un délinquant sexuel à condition que la personne soit engagée dans une démarche de soins. Et donc les détenus le savaient et ils s'inscrivaient tous plus ou moins dans cette démarche. Ils allaient voir la psy car ils savaient qu'à la clé il y avait la carotte de l'aménagement de peine. Mais après le problème qu'il y avait derrière, c'est que la psy ne voulait pas rentrer là-dedans et refusait de communiquer quoi que ce soit ». Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

463 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , op.cit., p.42.

464 Un agent d'insertion et de probation remarque que les relations entre SPIP et UCSA étaient à son arrivée à Lyon davantage développées que là où elle travaillait précédemment : « C'est vrai que quand moi je suis arrivé ici, je pense qu'il y avait des liens depuis longtemps car c'était très différent ». Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

465 On retrouve ici une distance plus importante entre le personnel pénitentiaire et les soignants de l'UCSA qu'avec ceux du SMPR avec lesquels une conseillère d'insertion reconnaît entretenir davantage de relations. Le responsable du SMPR contredit cependant cette affirmation. Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

466 Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

que d'une procédure systématique de prise en charge des détenus :

« Si le détenu les sollicite pour une question d'hébergement alors j'imagine que le médecin va leur répondre que ce n'est pas son rôle et il va leur dire de s'adresser à nous. […] Mais si le détenu fait les demandes adaptées et ne pose pas des questions relatives à l'hébergement ou à la famille, s'il adresse uniquement une demande médicale aux médecins alors il n'y aura pas forcément de suivi.» [467]

La sous-directrice des prisons de Lyon reconnaît que les services n'entretiennent que des « rapports assez ponctuels sur certains détenus ». Elle explique ce manque de liens par la configuration des prisons des maisons d'arrêt St Paul et Saint Joseph qui ne facilite pas le rapprochement entre les personnels contrairement à la maison d'arrêt de Montluc où la taille de la structure met en contact les services de façon directe: ***« Ici les services sont coupés entre les deux quartiers et c'est beaucoup plus compliqué dans le fonctionnement […] Les rapports sont beaucoup plus éloignés et beaucoup plus lointains »*** [468] . Un second problème semble être l'absence de chef de service propre au SPIP qui aboutit à un émiettement de l'action sociale et qui rend difficile la coordination avec les autres intervenants. C'est par exemple le cas au sujet des réunions du groupe d'éducation pour la santé dans lequel les SPIP demeurent peu investis faute de personnel dirigeant : ***« Il faudrait aussi plus de cadre pour assurer une cohérence au niveau du service [...] Notre service a participé à beaucoup de réunions mais les difficultés c'est la cohérence entre celles-ci.»*** [469] . La faible coordination entre le personnel sanitaire et social est globalement assez faible sur les prisons de Lyon s'explique de façon plus générale par le faible rôle qu'attribuent les soignants aux SPIP dans la réinsertion des détenus [470] . Ce phénomène traduit peut-être avant tout la distinction statutaire qui existe entre les soignants et les services sociaux, rattachés à l'administration pénitentiaire [471] . La gestion des SPIP des demandes de libération

[467] ***Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.***

[468] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

[469] ***Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.***

[470] Les personnels soignants reconnaissent l'importance du rôle des SPIP mais sont très sceptiques sur leur capacité à mettre en œuvre une démarche de réinsertion du détenu, notamment en raison de leur manque de moyens. C'est par exemple la position d'une psychologue (« Les SPIP ont un rôle à jouer mais quand vous les entendez...», Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.) ou d'un médecin des prisons de Lyon (« La réinsertion c'est zéro. C'est zéro de chez zéro. Il n'y a rien à dire. Il n'y a pas de réinsertion car il n'y a pas d'ouverture vers l'extérieur. C'est le travail des SPIP normalement mais eux ils n'ont pas les moyens de faire ça. Ils n'ont absolument aucun moyen », Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA à la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995) ou d'un psychiatre du SMPR (« Les SPIP, c'est une catastrophe. Tout le monde le sait et tout le monde le dit [...] Ce sont à la limite des organisateurs de spectacles » ; Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon).

[471] Ce constat est particulièrement vrai en Italie où l'opposition entre le personnel sanitaire et les services sociaux pénitentiaires est manifeste. Ceux-ci sont souvent assimilés à des services de contrôle qui exerceraient une fonction purement bureaucratique. Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome ; Entretien n°31, Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia.

conditionnelle, qui constitue leur principale prérogative, s'effectuerait selon une logique de monopolisation, comme en témoigne un psychiatre du SMPR : ***« Dans 70 % des cas ils ne veulent pas avoir de rapports avec nous. Ils veulent garder le monopole des dossiers pour les mesures conditionnelles »*** [472] . Il semblerait que la réforme de 1994 n'ait pas permis le rapprochement escompté mais ait peut-être au contraire accentué la distance entre les deux services.

La loi du 18 janvier 1994 a affirmé l'autonomie du personnel sanitaire au sein de l'institution carcérale afin de faciliter ainsi ses relations avec les autres acteurs pénitentiaires. Il apparaît que la frontière qui sépare désormais les deux administrations constitue un obstacle à la communication. En ouvrant la gestion de la santé au milieu extérieur, la réforme de 1994 aurait accentué le cloisonnement entre les différents services. Chaque acteur serait désormais restreint aux prérogatives qui lui sont propres, qui deviennent des ressources pouvant être mises à profit dans une relation de pouvoir. Ce phénomène est manifeste à travers les rapports qu'entretiennent les personnels de surveillance avec les soignants et les détenus, entre lesquels s'établit une relation triangulaire, dont l'objet est la santé et dont l'enjeu est le pouvoir.

1.2 Surveillants, soignants, détenus : une relation de pouvoir triangulaire

« Il n'est pas possible de faire progresser la condition carcérale si on ne fait pas progresser simultanément la condition des personnels de celle des détenus. Les personnels vivent durement leurs conditions et c'est un travail dont la société ne reconnaît pas les mérites. Lorsque l'on veut faire progresser la condition de prison, il faut simultanément améliorer la condition des uns et des autres. Pas une des mesures que j'ai prises avec forte concertation et moult difficultés et des résistances considérables, ne le fut sans que, conjointement, ne soit améliorée la condition des personnels et celle des détenus. Il s'agit d'une réalité profonde. Le sort du personnel de surveillance est indissociable de celui des détenus».
Robert BADINTER

C'est selon une approche stratégique qu'il s'agit de comprendre les relations entre les surveillants, les soignants et les détenus. Ces derniers constituent souvent l'objet du conflit qui oppose les personnels sanitaires et pénitentiaires [473] . Ce rapport d'opposition a bien sûr toujours existé. La réforme de 1994 semble avoir néanmoins profondément modifié l'équilibre des rapports de force en affirmant l'autonomie des soignants, auparavant soumis aux exigences pénitentiaires. Le décloisonnement de la médecine pénitentiaire a d'autant plus affecté le métier de surveillant de prison que cette profession traverse depuis la fin des années quatre-vingts une crise identitaire profonde.

1.2.a Une profession contradictoire en perte d'identité

[472] ***Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon***

[473] Cette approche est néanmoins volontairement simplifiée. En effet, les détenus n'occupent pas un rôle purement passif dans cette relation, comme cela a été mis en évidence dans plusieurs recherches. La relation qui nous intéresse ici est cependant davantage le conflit qui oppose les soignants aux surveillants.

Les surveillants sont soumis à plusieurs contradictions dont la principale consiste en une double mission de garde et de réinsertion qui définit leur profession [474] . La plupart des études sociologiques réalisées sur ce métier relèvent la difficulté à concilier une « double injonction contradictoire » qui rend le positionnement du personnel très délicat [475] . Le contexte dans lequel ces fonctions doivent être exercées rend celles-ci d'autant plus difficiles. Les surveillants constituent, tout d'abord, un corps professionnel socialement dévalorisé. Emploi rarement exercé par vocation [476] , il constitue un second choix pour des personnes qui sont paradoxalement de plus en plus diplômées [477] . Ces évolutions ont d'importantes répercussions sur le métier de surveillant. L'élévation du niveau de formation a permis l'arrivée de personnels qui ne veulent pas remplir ***« une mission simplement formelle »*** [478] . Certains soignants y voient une opportunité pour revaloriser le rôle de réinsertion des surveillants : ***« Alors on avait une chance, c'est la crise économique qu'on vient de traverser et qui a mené un certain nombre […] de gens avec un bac plus un, bac plus deux voire bac plus trois […] qui très souvent nous ont dit "Nous, on n'a pas envie de porter des clés pendant trente ans". Donc, il y avait là une opportunité »*** [479] . Cette élévation des aspirations du personnel pénitentiaire se heurte cependant à l'évolution du fonctionnement de l'institution carcérale qui s'est fortement bureaucratisée au cours des vingt dernières années sous le poids, comme le

474 Le décret du 31 décembre 1977 précise que « les surveillants et surveillants principaux assurent la garde les détenus, maintiennent l'ordre et la discipline » et d'autre part qu'ils doivent participer à « préparer la réinsertion de la population pénale dans la société ».

475 Une enquête réalisée par Antoinette Chauvenet souligne les difficultés pour le personnel de surveillance de réaliser la mission de réinsertion qui leur est confiée. La priorité accordée à la sécurité a installé une culture de l'autorité, de la contrainte et de la force, dans le cadre de laquelle il ne convient pas de s'approcher des détenus de la façon dont on entrerait en relation avec lui dans le cadre d'un accompagnement social. Les surveillants trop humains, trop amicaux avec les détenus sont ainsi vite stigmatisés par leur hiérarchie et leurs collègues. Chauvenet Antoinette, Orlic Françoise, Benguigui Georges, Le monde des surveillants de prison, Paris, PUF, 1994. Cf Vacheret Marion, « L'univers des surveillants de prison : de la dévalorisation à l'atomisation », pp.532-559.

476 Lhuilier D., Aymard N., L'Univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison., Desclée de Brouwer, Paris, 1997, p.205.

477 La sociologie du personnel pénitentiaire a considérablement évolué au cours des quinze dernières anées durant lesquelles le nombre de postes a été renouvelé de moitié. Le rajeunissement du personnel de surveillance et la crise économique ont favorisé une forte élévation du niveau de diplôme : la proportion des personnes disposant au moins du baccalauréat parmi les reçus au concours de surveillants est passé de 3,6 % en 1980 à 18,8 % en 1991 puis 88,1 % en 1997. Les surveillants sont en revanche principalement originaires des régions anciennement industrialisées du Nord et de l'Est de la France et des départements ruraux. Cette évolution contribue à confronter dans ces établissements une forte proportion de surveillants stagiaires et de jeunes fonctionnaires à des jeunes issus des milieux de la délinquance urbaine qu'ils connaissent peu. Combessie Philippe, Sociologie de la prison, *op.cit.,* p.48.

478 Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, «Audition de M. Philippe Maître, Chef de l'inspection des services pénitentiaires», 16 mars 2000, source : Assemblée nationale, http://www.assemblee-nationale.fr.

479 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

rappelle Marion Vacheret, d'une rationalisation des procédures [480] . La séparation des lieux de décision et d'exécution a accentué l'« infantilisation » des gardiens [481] face à une administration considérée comme étant ***« beaucoup plus archaïque que celle de l'armée »*** [482] . Une psychologue estime que le personnel de surveillance souffre avant tout d'un manque de considération de la part de leur hiérarchie : ***« Il y a aussi un problème qui apparaît beaucoup, c'est le problème de l'institution, de l'administration. L'administration nous oppresse [...] Ce sont toujours les mêmes griefs qui ressortent : "On n'est pas écouté", "On est considéré comme des pions", "On ne compte pas et on n'est pas valorisé" »*** [483] . Cette souffrance se manifeste par les problèmes d'alcoolisme, d'une part, qui sont assez présents, bien qu'en diminution, auprès du personnel de surveillance des prisons de Lyon selon des enquêtés. Les difficultés du métier de surveillant engendrent, d'autre part, un très fort absentéisme qui se répercute sur le fonctionnement de la détention [484] . Le personnel se situe ainsi constamment en sous-effectifs, rendant difficile la gestion de la vie en détention, et reléguant ainsi la mission de réinsertion au second plan. Les surveillants sont de moins en moins nombreux pour assumer un nombre croissant de tâches en raison de la surpopulation carcérale, accentuant ainsi leur sentiment de malaise [485] .

Bien que faiblement valorisé, le rôle des surveillants est fondamental dans le fonctionnement de la vie en détention. Un peu infirmiers, un peu éducateurs, un peu formateurs, ils occupaient auparavant une fonction polyvalente en raison de leur position d'interlocuteur unique des détenus [486] . Le décloisonnement de l'institution carcérale et l'intervention croissante d'autres professionnels a accentué la dévalorisation de la profession de surveillant en les reléguant dans leur mission première de garde : ***« Mais***

480 Vacheret Marion, « L'univers des surveillants de prison : de la dévalorisation à l'atomisation », *art.cit.,* p.541..

481 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

482 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

483 Ce sentiment d'oppression et de dévalorisation serait accentué par la structure hiérarchique de la prison qui, en cas d'incident, cherche parfois à trouver des responsables au sein du personnel de surveillance dans une logique de déresponsabilisation de l'institution carcérale. Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

484 Le nombre de surveillants nécessaires est calculé en fonction d'un taux d'absentéisme qui est calculé à 19 % qui correspond aux nombreuses des personnels, comme l'explique Mme Marié : « Il y a beaucoup de congés maladies. On a beaucoup, enfin un certain nombre de personnels qui sont habitués à prendre des congés maladie. Donc ce taux c'est un peu pour pallier aux congés maladie. [...] Par exemple, pour l'année 2001 les congés maladie pour le personnel de surveillance ça faisait 8153 jours ». Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

485 C'est pour répondre aux souffrances du personnel, que l'administration pénitentiaire a adopté depuis quelques années une politique de soutien psychologique auprès des surveillants en instituant dans certains établissements un poste de psychologue comme c'est le cas des prisons de Lyon.

486 Marchetti A-M., Combessie P., La prison dans la Cité, *op.cit.,* p.118.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

l'entrée en prison de ces intervenants spécialisés dans différents domaines [...] entraîne aussi des modifications des tâches de surveillance, dans le sens d'un appauvrissement […] Réduits à n'être que de simples porte-clés (comme ils le dénoncent volontiers), les surveillants sont les laissés-pour-compte de l'ouverture des prisons» [487] . Cette réduction des tâches des personnels de garde a lieu alors même que leur aspiration à exercer un rôle de prévention est croissante, en raison de l'élévation du niveau de diplôme, soumettant ainsi leur profession à une double injonction antinomique : ***« L'histoire de la prison est marquée depuis deux décennies par une double évolution contradictoire […] La double pression qui en résulte pour les surveillants réduit leurs échanges avec les détenus et les renvoie aux tâches de garde et de surveillance. Dans le même temps, la formation des surveillants s'est allongée et le message qu'elle véhicule met de plus en plus l'accent sur la réinsertion, creusant ainsi l'écart entre les attentes professionnelles des surveillants et leurs conditions de travail réelles »*** [488] . Face à ces contradictions, Marion Vacheret remarque que les personnels de surveillance adoptent des stratégies différentes qui aboutissent à une mise en avant du rôle de garde ou, à l'inverse, pour certains d'entre eux, à une valorisation de leur mission de réinsertion sociale. Ces différences traduisent cependant l'éclatement des surveillants en tant que corps professionnel homogène qui est marquée par une crise identitaire profonde [489] . On peut dès lors tenter de comprendre quelles sont les conséquences de la réforme de 1994 sur la profession de surveillant. Celle-ci visait, en effet, à clarifier les missions soignantes et pénitentiaires tout en favorisant leur implication dans la prise en charge du détenu. Ces deux objectifs sont-ils conciliables ?

1.2.b Une relation d'interdépendance entre soignants et surveillants qui demeure pourtant conflictuelle

L'autonomie de la profession médicale a été initialement perçue par le personnel de surveillance comme une dévalorisation et une perte de pouvoir de leur fonction au sein de la prison. Il semblerait néanmoins qu'elle ait également permis, comme l'estime le rapport IGAS-IGSJ d'évaluation de la réforme, une « clarification des rôles » facilitant le recentrage des activités sur la mission de garde [490] . Le personnel aurait désormais tendance à établir une séparation entre les deux fonctions afin d'éviter toute

487 ***Combessie Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », art.cit., p.83.***

488 ***Chauvenet Antoinette, Orlic Françoise, Benguigui Georges, Le monde des surveillants de prison, op.cit., p.47.***

489 « Les gardiens à l'heure actuelle n'existent plus réellement en tant que corps professionnel. La dévalorisation qu'ils ressentent les conduit à se questionner sur leur utilité sociale et ne permet pas la constitution d'un regroupement autour de cette notion. Ils ne se reconnaissant plus dans leurs tâches, ni dans leur utilité sociale, ni en tant que groupe spécifique, et ce d'autant plus que ces impressions de perte d'identité et de solitude, nées de l'éclatement du groupe, accentuent par elle-même la fracture interne. Nous nous trouvons ainsi face à un ensemble morcelé, atomisé, fragmenté en petites unités sans liens les unes avec les autres ». Vacheret Marion, « L'univers des surveillants de prison : de la dévalorisation à l'atomisation », *art.cit.,* p.556.

490 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.37.

responsabilité, et à recourir ainsi d'autant plus facilement au service médical: ***« Ce sont eux qui sont demandeurs quand ils ont repéré qu'un détenu ne sortait pas de sa cellule ou ne se levait pas ou un problème particulier [...] Les surveillants essayent de se décharger un maximum sur le service médical […] Maintenant, à chaque fois qu'il y a des problèmes en détention ils n'ont pas intérêt à ce qu'il se passe quelque chose sur leur étage et donc ils en réfèrent tout de suite à leur chef ou à l'administration ou au service médical »*** [491] . Cette attitude peut est-elle toutefois être qualifiée de coopération ? Même s'il n'existe désormais aucune relation de dépendance entre le personnel pénitentiaire et soignant, cette position demeure insuffisante, comme le souligne un médecin: ***« Ceci dit, on ne peut pas s'en tenir à ce raisonnement là, nous sommes dans une interdépendance quotidienne »*** [492] . La loi du 18 janvier 1994 n'attribue pourtant aucun rôle au personnel de surveillance qui demeure, selon Dominique Lhuilier, le grand absent de cette réforme. La loi du 18 janvier 1994 aurait même contribué à l'inverse à accroître le conflit entre le personnel médical et le personnel de surveillance en amplifiant davantage l'écart matériel et symbolique qui sépare les deux fonctions :

« La création des UCSA a introduit dans les prisons un îlot de richesse dans un océan de pauvreté […] On a créé deux missions parallèles, une mission noble, habituellement reconnue comme telle, qui est la mission de soins, et une mission mercenaire qui est celle de sécurité. Cela ne peut que conduire à un affrontement » [493] **.**

La loi du 18 janvier 1994 aurait accentué les oppositions entre les personnels pénitentiaire et sanitaires. Dans une recherche sur la mise en place de la réforme de la médecine pénitentiaire, Marie-Hélène Lechien constate en effet que l'arrivée du personnel hospitalier ***« réactive des systèmes d'opposition durables […] Système d'oppositions entre des missions sécuritaires et répressives -ici celles des personnels pénitentiaires- et des missions plus « humaines » celles des soignants qui portent secours à des personnes incarcérées »*** [494] . Ce phénomène est visible à travers les mécontentements des différents personnels. Les soignants reprochent fréquemment aux surveillants de faire obstruction aux soins notamment à travers les retards durant les consultations [495] tandis que le personnel de garde dénonce l'existence d'un « pouvoir médical ». Le soin implique de nombreux enjeux au sein de la détention. La suppression de la distribution des médicaments par les surveillants, qui leur permettaient de « gérer un certain type de relations», a été vécue, selon un formateur associatif, comme une perte de contrôle [496] . Le pouvoir médical est d'autant plus mal perçu que le personnel sanitaire oppose des arguments qui sont souvent mal compris de

[491] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[492] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[493] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[494] ***Lechien Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », Actes de la recherche en sciences sociales, mars 2001, n°136-137, pp.15-26.***

[495] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

la part des surveillants [497] . Les soignants sont alors suspectés de privilégier, sous couvert du secret médical, la vie du détenu plutôt que celle du surveillant, notamment lors d'un refus de révéler l'identité des personnes séropositives ou tuberculeuses [498] . Le soin est perçu comme un contre-pouvoir au sein de la détention pouvant faire obstacle au bon fonctionnement de l'établissement : ***« Quelquefois il peut y avoir des rivalités importantes, c'est-à-dire que j'ai entendu dire aussi nettement que ça : "Vous savez, ce n'est pas le directeur qui est le patron ici, c'est le médecin" »*** [499] . Le pouvoir exercé par les soignants au sein de la détention ne semble cependant pas nouveau. Les médecins pénitentiaires disposaient avant la réforme de 1994 d'une place centrale dans les relations entre détenus et surveillants par le bais des certificats médicaux, tel qu'en témoigne un psychiatre :

«Les médecins n'ont plus le pouvoir qu'ils avaient avant. Avant le médecin avait un pouvoir énorme, ne serait-ce que parce qu'il rythmait beaucoup la vie de la détention au point de vue social [...] Les médecins faisaient des certificats pour tout. [...] Le médecin avait le pouvoir de dire que l'état de santé de monsieur untel suppose qu'il bénéficie de tel privilège.» [500]

Il semblerait que ce ne soit pas tant le pouvoir effectivement exercé par les soignants qui ait changé au sein du milieu carcéral que sa nature et sa représentation. Le certificat du médecin justifiait alors certains pratiques que ne cautionne désormais plus le personnel sanitaire intervenant en prison. Auparavant perçue comme un élément de régulation de la vie en détention, la puissance médical serait maintenant considérée comme un « contre-pouvoir » devenu incontrôlable en raison de la disparition du rapport de

496 Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

497 C'est par exemple le cas lorsque le médecin refuse la mise en quartier de détention d'un détenu pour des motifs de santé comme l'explique une psychologue : « Quand un détenu les agresse […] le directeur peut décider de mettre le détenu en quartier d'isolement [...] Pour les surveillants, c'est logique car ils disent "je dois être reconnu comme agressé et ils doivent être punis". Seulement, voilà où arrive le pouvoir médical […] Le médecin dit "C'est trop dangereux car le détenu risque de se suicider". Parce que les suicides arrivent là-bas la plupart du temps. Donc, on le retire. Et là le surveillant est blessé mais vraiment blessé parce que lui peut se faire agresser. Et le risque envers le détenu est plus pris en compte que le risque d'agression du surveillant ». Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

498 Cet extrait de tract permet de rendre compte de la méfiance qui caractérise les relations entre soignants et surveillants : « Le 2 février 1998, un détenu, placé depuis quelques jours en isolement médical, pour suspicion de tuberculose suivant une radio de dépistage, a pu assister à la grande efficacité du docteur suprême affecté au D4. En effet, ce grand manitou, assuré de sa compétence et de son autonomie, a jugé nécessaire d'enlever cet isolement. Bien mal lui en a prit, puisque plusieurs heures plus tard, celui-ci s'est aperçu de son erreur et a aussitôt replacé le détenu en isolement médical, sans juger utile d'informer ou de rassurer les personnels des risques qu'il a pu faire encourir. Bravo et merci docteur, bravo pour votre haute compétence et merci surtout pour votre courage, puisque aucun personnel de surveillance n'a été averti dans cette affaire ». Syndical local UFAP Fleury-Mérogis, tract distribué dans l'établissement pénitentiaire, 13 février 1998, Cité *in* Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, *op.cit.,* p.140.

499 Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

500 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

subordination antérieur.

Ce rapport d'opposition semble cependant peu présent sur les prisons de Lyon. Le personnel sanitaire considère que les relations entretenues avec le personnel pénitentiaire sont satisfaisantes. Les soignants affirment la nécessité d'adopter un respect mutuel [501] . C'est par exemple le cas du chef de service des UCSA qui estime que les deux personnels se situent dans une situation d'interdépendance qui rend la coopération nécessaire : ***« J'ai reçu ce main la nouvelle équipe d'internes et je leur ai dit qu'ici il y avait deux équipes, une équipe en bleu et une équipe en blanc, et si on voulait que l'équipe en bleu respecte l'équipe en blanc, il faut que vous respectiez la leur. Si on met délibérément le personnel de surveillance en difficulté […] alors le pire est à craindre »*** [502] . Il ne s'agit pas, selon un médecin des maisons d'arrêt de Lyon, d'opposer les deux missions des personnels mais de travailler dans un rapport de respect et de reconnaissance mutuel :

« Si on respecte bien le travail de l'administration pénitentiaire, ils respectent notre travail [...] Nous on a de très bonnes relations avec eux parce qu'on les respecte beaucoup [...] Parce qu'on a l'impression de faire partie du camp des "pour" en opposition au camp des "contre". On oppose les surveillants qui sont les vilains et les soignants qui sont les gentils. » [503]

Bien qu'initialement l'arrivée du personnel médical en détention a pu être perçue comme une intrusion par certains surveillants, il semblerait qu'une relation de respect mutuel se soit engagée comme c'est le cas sur les prisons de Lyon. Cette attitude traduit avant tout la conscience d'une interdépendance réciproque et ne peut, par conséquent, probablement pas être qualifiée de coopération car, comme le rappelle un soignant, ***« les relations […] sont forcément bonnes car si elles n'étaient pas bonnes, elles seraient franchement mauvaises »*** [504] . L'un des enjeux de la réforme est pourtant de réhabiliter la mission du personnel de surveillance en lui accordant un rôle prépondérant dans la promotion de la santé du détenu, tentant ainsi d'aller à l'encontre du rapport conflictuel qui a toujours existé entre les surveillants et les détenus.

1.2.c Un rapport ambivalent face à la santé des détenus

La première réaction du personnel de surveillance est parfois de considérer que le soin apporté par l'équipe médicale aux détenus n'est pas justifié [505] . Cette position n'est d'ailleurs pas propre au milieu pénitentiaire mais est plus ou moins diffuse dans

[501] Cet avis se fonde bien sûr uniquement sur la position du personnel soignant

[502] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[503] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[504] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[505] La crainte des surveillants que les détenus soient mieux soignés que les autres citoyens renvoie, comme le précise Dominique Lhuilier, aux analyses de Michel Foucault : « La peine se dissocie mal d'un supplément de douleur physique. Que serait un châtiment incorporel ? ». Lhuilier Dominique, « La santé en prison : permanence et changement », *art.cit.*, p.189-190.

l'ensemble de la société : ***« Je pense qu'il y a aussi toujours cette réticence, peut-être, du personnel pénitentiaire à considérer que les soins aux détenus sont quelque chose auquel ils ont droit obligatoirement. Après tout, c'est une mentalité qui existe aussi à l'extérieur et qui est de dire "S'ils sont là, c'est de leur faute, et en plus on les soigne... Et gratuitement "»*** [506] . Cette conception est néanmoins particulièrement prégnante en milieu carcéral en raison du rapport de rivalité qui oppose les surveillants aux détenus. Le personnel de garde se situe dans une « position de victime », comme le rappelle une psychologue, au sein de la détention en considérant que la plupart des actions et des efforts des professionnels travaillant en prison sont organisés exclusivement au bénéfice des prisonniers [507] . Cette rivalité, qui sépare les surveillants des détenus, rend difficile toute démarche d'insertion, comme le constate une intervenante associative : ***« Les professionnels de surveillance sont vraiment en souffrance par rapport aux détenus en disant "On leur donne tout", "Toutes les actions sont en direction des détenus, et non, voilà, qu'est-ce qu'on est dans tout ça ?"... Voilà... "On a aussi droit à de l'attention, etc." C'est vrai qu'ils sont un peu focalisés sur "C'est toujours pour les détenus, et nous dans l'histoire qu'est-ce qu'on est ?" »*** [508] . Ce manque de légitimité du soin accordé aux détenus est, par exemple, manifeste chez un commandant de la police pénitentiaire de Rebbibia à Rome [509] qui remet en cause le principe de gratuité des soins ou encore le « traitement de faveur » dont disposent les détenus auprès des hôpitaux [510] . Le personnel de surveillance considère souvent que l'aide sanitaire apportée aux détenus est illégitime. Cette position est cependant très variable selon le type de soin qui est prodigué [511] . Celui-ci est légitimé en cas de « gestion de la crise », comme le constate une éducatrice, alors qu'il est considéré comme « injustifié » s'il s'apparente à de la prévention ou une action visant à améliorer l'état de bien-être du détenu, considérée alors comme

[506] Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

[507] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[508] Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[509] N'ayant pas effectué d'entretiens avec du personnel pénitentiaire français, il n'est possible de mettre en évidence ces réactions que chez des surveillants italiens, ce qui en l'occurrence ne constitue pas un problème du fait d'une similitude des rapports entre surveillants et détenus qui n'est pas propre à un pays mais constitue une constante en milieu carcéral.

[510] « Tous les médicaments qui sont distribués aux détenus sont à la charge de l'administration pénitentiaire et que donc tout est gratuit pour les détenus. Alors que moi par exemple si je vais faire une visite médicale, je paye le ticket modérateur [...] Les détenus ont même une préférence au sein des hôpitaux […] Et donc ils sont privilégiés par rapport à nous par exemple […] Les détenus sont sûrs d'être beaucoup mieux protégés que les citoyens ordinaires". Entretien n°30, Ivano Carbonaro, commandant de la police pénitentiaire à la Terza casa.

[511] C'est dans ce sens que même si « un droit aux soins » est reconnu de façon quasi-unanime par le personnel pénitentiaire contrairement aux activités éducatives ou professionnelles, comme le souligne Bruno Milly, il semblerait que l'opposition entre soignants et surveillants se cristallise davantage sur la définition plus ou moins extensive de la santé. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.113.

incompatible avec la détention qui conserve une valeur punitive :

« En travail en détention, on doit se dire que 50 % de notre énergie passe dans ce travail de négociation et de tractation pour faire accepter le soin. Si le soin est directement médical, il est compris. S'il est une gestion de la crise, il est compris et même demandé […] S'il n'apparaît pas comme ça et qu'il relève d'une prise en charge de type psychosocial avec une médiation ludique, alors ça n'est pas compris. » [512]

Cette perception du soin rend tout d'abord difficile tout travail commun entre les personnels soignants et de surveillance sur le long terme afin d'améliorer la prise en charge des détenus [513] . Cette non-reconnaissance du soin en tant qu'amélioration de l'état de santé, entendue au sens large, rend d'autre part difficile la mise en place de programmes socio-sanitaires au bénéfice des détenus, comme en témoigne l'expérience de l'Unité pour sortants (UPS) [514] . La création de l'UPS a en effet été à l'origine de résistances de la part des surveillants, tel que le souligne l'éducatrice qui a dirigé le projet, en raison d'un mode de fonctionnement « atypique » qui allait à l'encontre des règles de détention habituelles mais, surtout, de la conception du soin : ***« Ça n'a pas été facile au départ car on a fait du sport, de la peinture, de l'informatique et pour les surveillants, c'est une récompense et ils ne comprenaient pas trop. On peut soigner quelqu'un en prison et par le soin on peut même lui procurer du plaisir »*** [515] . La sous-directrice des prisons de Lyon remarque, d'ailleurs, que malgré certains progrès, le service n'est toujours pas intégré dans le fonctionnement de la maison d'arrêt après plusieurs années d'existence. Elle constate également que ce service est cependant très spécifique en comparaison au reste de l'établissement : ***« C'est un lieu où il y a beaucoup d'intervenants, c'est un type de détention assez différent car les portes restent de temps en temps ouvertes. Ils ont un accès à des activités comme du théâtre ou de l'informatique et c'est donc un petit lieu privilégié quelque part par rapport à la détention. Cela amène à se poser des questions au personnel »*** [516] .

[512] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

[513] Une psychologue constate les difficultés qu'elle a rencontrées avec les surveillants du bâtiment des mineurs des prisons de Lyon afin d'améliorer la prise en charge : « La problématique psychologique des détenus est très importante mais ils n'ont pas vraiment envie de la connaître. Je peux leur apporter des éléments, qu'ils n'ont pas envie d'avoir sauf quand c'est dans l'urgence. Dans l'urgence, il m'est arrivé une fois d'arriver à midi alors qu'à onze heures et demie, il y avait eu un incident. Et là, je leur ai expliqué les choses et ils avaient les yeux exorbités. Ça les passionne car enfin ils avaient une explication. Et le lendemain... Si encore le lendemain ça les intéressait mais après c'était fini ». Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

[514] L'Unité pour sortants dont il sera question de façon plus détaillée par la suite est une unité destinée principalement aux détenus toxicomanes afin de leur permettre d'effectuer un stage de réinsertion qui précède la sortie et durant lequel plusieurs activités ludiques sont réalisées dans le cadre d'un régime de détention atténuée.

[515] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

[516] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

Ce manque de légitimité du soin accordé aux détenus interroge le rôle que peuvent avoir les surveillants dans l'accès au soin en détention. Les surveillants occupent une fonction cruciale en raison de leur position d'intermédiaire entre le détenu et l'ensemble des autres professionnels intervenant en prison. C'est par exemple par le personnel de surveillance que doivent passer nécessairement toutes les demandes de consultation. Il s'agit là d'une opportunité dont le gardien peut profiter pour faire reconnaître son autorité, en exerçant une liberté d'appréciation sur la pertinence de la demande formulée par le détenu [517] . Les surveillants peuvent ainsi constituer un obstacle dans l'accès aux soins. Les personnels soignants se plaignent souvent des retards prolongés des surveillants lors de déplacements dans l'institution [518] . Certains « oublient » parfois d'aller chercher un détenu pour l'emmener faire une activité [519] . D'une façon plus générale, le personnel de surveillance dispose du monopole des « moyens de contrôle » au sein de la détention qu'il peut éventuellement utiliser pour faire obstacle au soin :

« S'ils ont l'impression qu'on ne tient pas assez compte d'eux, alors […] ils peuvent utiliser les moyens qu'ils ont, qui sont les moyens de la sécurité, les moyens de contrôle [...] Ils peuvent utiliser des dimensions un petit peu de contrôle ou de sécurité, en jouant sur le fait que pour rentrer il faut avoir passé certaines portes. » [520]

La possibilité pour le personnel de garde de gêner l'accès au soin du détenu est récurrente dans le discours des personnels médicaux. Cette ressource que les surveillants ont à disposition est perçue comme une menace par les soignants. Ceci explique pourquoi la considération et la valorisation du surveillant sont présentées comme des étapes nécessaires et préalables à l'acte soignant. Une psychologue rappelle, par exemple, qu'elle a consacré les premiers mois de son travail à l'Antenne toxicomanie à « arpenter les prisons de Lyon […] afin de voir les surveillants et de leur expliquer ce qu'était cette ***« Antenne-toxicomanie » » [521]*** . Elle ajoute que cette première étape a par la suite considérablement facilité son travail. Beaucoup de soignants expriment également leur volonté de revaloriser le métier de surveillant afin d'apaiser le rapport d'opposition qui

[517] Cette liberté d'appréciation est cependant nécessaire lorsque par exemple la permanence des soins n'est pas assurée pendant la nuit, en l'absence d'un médecin de garde, ce qui est le cas dans de nombreuses maisons d'arrêt. Ce dysfonctionnement a donné lieu à plusieurs cas de détenus morts en cellule faute d'une intervention des surveillants suffisamment rapide. Cf., Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Catherine Erhel, et de M. Patrick Marest, respectivement présidente et délégué national de l'Observatoire International des Prisons (OIP)», source : Assemblée nationale.

[518] C'est ce que constate Marie-Hélène Lechien suite à la mise en œuvre de la réforme : « Déstabilisés, les surveillants multiplient les petites brimades. Ils ralentissent l'ouverture des portes ou tardent parfois à aider les infirmières montées en détention ». Lechien Marie-Héléne, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *art.cit.,* p.19.

[519] Ceci semble être en particulier le cas pour les activités « ludiques » telle que la sophrologie comme en témoigne une éducatrice de l'Antenne toxicomanie. Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

[520] Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[521] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

existe parfois entre gardiens et détenus (en organisant des formations à leur attention, en mobilisant un psychologue qui leur est destiné, voire en voyant arriver un détenu particulièrement important qui puisse reconsidérer leur rôle de garde) [522] . L'implication des surveillants est perçue par les personnels sanitaires non seulement comme le moyen de ne pas entraver le soin apporté aux détenus mais aussi comme la possibilité de le favoriser. Un médecin constate ainsi que la participation des surveillants avait été indispensable au projet de prévention qu'elle avait contribué à mettre en place et qu'un travail de collaboration était, à ce titre, nécessaire. Elle insiste à plusieurs reprises sur le fait que « les surveillants n'étaient pas une pièce rapportée au projet » mais étaient « inclus dès le départ comme un élément à part entière du projet ». Au-delà de l'absence d'obstacle, l'implication d'un chef de détention apparaît comme un atout dans le déroulement de la formation :

« On a organisé des réunions en petits groupes avec les surveillants pour leur expliquer notre démarche et pour leur demander leur avis et des conseils […] Ca a vraiment été réussi grâce à l'implication d'un chef de détention […] Je crois que sans lui rien n'aurait été possible. Parce que sans les surveillants, rien n'aurait été possible […] Ils auraient très bien pu ne pas vouloir participer et dans ce cas rien n'aurait été possible.» [523]

De façon plus générale, les personnels médicaux semblent conscients que si les surveillants peuvent limiter l'accès au soin, ils peuvent également le favoriser. On peut, tout d'abord, constater que l'intérêt des surveillants est souvent convergent de celui des détenus en raison de l'interdépendance de la vie en détention, comme le constate un cadre de l'établissement, ***« la santé du détenu, c'est leur santé aussi quelque part » [524]*** . Les surveillants ont ainsi une perception ambivalente de la santé des détenus qui renvoie à leur double mission de garde et de veille [525] . Plusieurs soignants reconnaissent l'importance du rôle des gardiens qui entretiennent des rapports constants avec les détenus, dont ils sont souvent une bien meilleure connaissance que les intervenants médicaux [526] : ***« Ce sont les surveillants qui sont au contact permanent des détenus et ce ne sont pas les médecins ou les infirmières mais ce sont les surveillants » [527]*** .

522 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud ; Entretien n°6, M.Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud ; Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA à la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995 ; Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la direction régionale pénitentiaire ; Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

523 Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.

524 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

525 La difficulté à se positionner clairement vis-à-vis de la santé des détenus est manifeste à travers la considération de leur traitement médical : « C'est très, très ambivalent chez eux. C'est-à-dire que d'une part, s'ils ont leur dose, ça va car c'est plus calme dans la détention. Donc, ils aimeraient qu'ils soient tous médicamentés et qu'on soit tranquille. Mais pour une part, ça ne veut pas dire que c'est une partie des surveillants mais que c'est dans chaque surveillant, il y a cette envie. Et pour une autre part, à l'intérieur de chaque surveillant, c'est une source de conflit permanent ». Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

Les surveillants constitueraient, selon un psychiatre, ***« un élément fondamental pour recueillir l'information qui est utile […] dans les diagnostics et dans la prise en charge du patient »*** [528] . Un médecin des UCSA de Lyon considère également que les personnels de garde peuvent jouer un rôle important dans la prise en charge et le suivi sanitaire du détenu en raison de la proximité dont il bénéficie :

« Les seules personnes qui sont en contact 24 heures sur 24 auprès des détenus ce sont les surveillants et dans les étages il se passe des tas de choses que nous on ne voit pas... Des discussions, des échanges de matériel. Des choses que les surveillants connaissent bien et sur lesquels ils peuvent avoir un impact, en disant par exemple "Tu as vu comme tu utilises ta Javel", "Tu ne veux pas aller à la douche mais tu sais..." […] Ils doivent absolument être le relais de ça.» [529]

Les personnels de surveillance sont en mesure de contribuer utilement aux soins du fait de leur position au sein de la détention. Ils peuvent par exemple faciliter la mise en relation du détenu avec le service médical ou encore participer au repérage des « sujets à risques » et permettre ainsi une meilleure prévention du suicide [530] . L'affectation des surveillants à des postes fixes semble par ailleurs fortement favoriser leur implication et leur rôle d'***« auxiliaire médical »*** [531] . La coopération entre soignants et surveillants s'établirait à partir d'un échange implicite que résume Marie-Hélène Lechien : ***« La qualité du signalement des troubles physiques ou psychologiques des détenus par les surveillants qui alertent les services médicaux contre un apaisement des tensions au sein des unités »*** [532] . Bien que les missions des personnels médicaux et de surveillance semblent s'opposer, la garde et le soin ne seraient dès lors pas incompatibles. L'enjeu d'une véritable politique de soin serait de permettre aux personnels de garde de dépasser leur rôle initial afin de les réconcilier avec leur seconde mission : la réinsertion. Une éducatrice considère par exemple que l'Unité pour sortants (UPS) « a permis de renouveler la conception qu'ont les surveillants de la prise en charge et du soin » en contribuant à légitimer l'idée d'une prise en charge globale du détenu qui ne se résume pas à la gestion de l'urgence [533] . Le soin constituerait dès lors le *starter* d'une réforme de la culture pénitentiaire :

526 Il semblerait que cette bonne connaissance du détenu soit fréquemment revendiquée par le personnel de surveillance probablement afin de valoriser leur rôle professionnel au sein de la détention.

527 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

528 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

529 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

530 Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

531 C'est par exemple le cas des personnels qui sont affectés auprès des services médicaux, UCSA et SMPR. Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon ; Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

532 Lechien Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », art.cit., p.25.

« Il serait essentiel de donner au personnel de surveillance, à côté de la mission de sécurité qu'il ne s'agit pas de supprimer, cette mission là de réinsertion. Et c'est cela l'enjeu de la loi de 1994. Que le développement des moyens médicaux entraîne le développement d'une institution soignante, répressive mais soignante. » [534]

Au lieu de faciliter la relation entre les personnels, la loi du 18 janvier 1994 a accentué dans un premier temps les systèmes d'oppositions séculaires qui dissocient les missions de soin et de garde. Conscient de l'interdépendance qui unie les personnels, l'un des enjeux de la réforme de la médecine pénitentiaire semble dès lors être la redéfinition de la fonction de surveillance en faveur d'une prise en charge globale (au sens de « prendre soin ») du détenu. Les missions de soin et de garde sont, malgré leur opposition apparente, profondément liées et la réforme de 1994 peut constituer le ressort de leur réconciliation. Celle-ci suppose cependant de parvenir à redéfinir l'éthique soignante afin qu'elle soit compatible avec les contraintes du milieu carcéral.

2 Une nouvelle éthique du soin en milieu carcéral ?

« Le médecin, consulté dans le cadre de la prison, ne peut exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soin dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé requise précisément par les règles du système carcéral. Le choix pour le médecin individuel est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate au risque d'être éliminé du milieu carcéral et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect d'autrui et celui de la règle. Il n'y a plus de règles pour trancher entre les règles, mais, une fois encore, le recours à la sagesse pratique proche de celle qu'Aristote désignait du terme de phronesis (que l'on traduit par prudence), dont l'Éthique à Nicomaque dit qu'elle est dans l'ordre pratique ce qu'est la sensation singulière dans l'ordre théorique. C'est exactement le cas avec le jugement moral en situation.» Paul RICOEUR, « Éthique et morale »

L'institution pénitentiaire a pendant longtemps été considéré comme le lieu au sein duquel les principes de la déontologie médicale n'étaient pas respectés, provoquant ainsi le rejet de la médecine pénitentiaire du reste du champ médical. La subordination du personnel soignant à l'administration pénitentiaire justifiait la soumission du principe éthique à celui de la sécurité en toutes circonstances. La loi du 18 janvier 1994 visait à rééquilibrer cet ordre des priorités, en transférant le personnel sanitaire au ministère de la Santé, et à placer ainsi sur un pied d'égalité le soin et la surveillance. La conciliation des deux principes est-elle cependant toujours possible ? Les normes déontologiques médicales ne sont-elles pas parfois contradictoires avec la logique du milieu carcéral ? L'enjeu est dès lors de réconcilier les principes de l'éthique soignante avec les contraintes propres à l'institution pénitentiaire.

2.1 Une réconciliation difficile de l'éthique médicale et des contraintes

533 Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

534 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

carcérales

Le respect des principes de la déontologie médicale est depuis toujours apparu inconciliable avec les règles de fonctionnement du milieu carcéral. Le nouveau statut du personnel sanitaire était censé réhabiliter l'éthique médicale, facilitant ainsi la relation thérapeutique qui s'établit entre le soignant et le patient-détenu. La réforme de 1994 implique t-elle pour autant une autonomie fonctionnelle ? L'autonomie statutaire libère t-elle le personnel sanitaire de toutes contraintes ?

2.1.a L'émergence d'une nouvelle relation thérapeutique ?

La relation thérapeutique entre le détenu et le médecin en milieu carcéral s'apparente souvent, comme le rappelle Dominique Lhuilier, à un double rapport de méfiance [535] . Les détenus témoignent souvent d'un certain scepticisme sur l'efficacité des pratiques soignantes, comme si l'infirmerie était le lieu de mise en scène d'un rituel soignant. La pratique de l'exercice médical en milieu carcéral est d'ailleurs perçue par les détenus comme la conséquence d'un échec professionnel dans l'exercice de la médecine libre [536] . L'image des soignants paraît généralement comme « contaminée » par leur lieu d'exercice. La méfiance des personnes incarcérées à l'encontre des différentes catégories de personnel fait écho à la suspicion de simulation des détenus. La méfiance des professionnels de santé pour les personnes détenues apparaît au travers de la perception qu'ils ont de leurs discours : les détenus sont souvent présentés comme des personnes qui ne disent pas la vérité [537] . La parole du détenu est généralement pensée comme potentiellement mensongère. Il est assez fréquent de voir rappeler par les personnels soignants les excès des détenus. Bruno Milly remarque que la relation asymétrique entre le soignant et le détenu prive ce dernier d'un véritable statut de patient [538] . Celui-ci n'est souvent pas considéré comme étant en mesure de participer à la démarche de soin, dont il est alors exclu [539] . Outre cette relation de défiance, certains médecins pénitentiaires adoptaient auparavant une attitude paternaliste à l'égard des détenus devant être

[535] Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.310.

[536] Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,*p.124.

[537] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.167.

[538] Bruno Milly note que le praticien est en situation de refuser ou de limiter les prescriptions parce qu'il est en situation de monopole. Si les médecins et les infirmiers intervenant en prison peuvent imposer leur propre définition de la maladie, c'est d'abord parce que le malade en prison n'est pas en position de contester ce choix. Les médecins et les infirmiers se trouvent ainsi en position de monopole, ils décident du contenu de la consultation et de la prescription, ce qui les différencie de beaucoup de leurs collègues intervenant milieu libre. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.187.

[539] « Ici, l'absence ou le peu d'informations que les détenus obtiennent sur les résultats des examens réalisés, sur leur signification, sur le traitement prescrit et ses effets, sur la composition des médicaments distribués et sur les raisons d'un refus à certaines demandes place le "patient" dans une position qui ne manque pas de lui rappeler celle de détenus ». Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.128.

rééduqués par l'institution carcérale à laquelle ils appartenaient :

«Il y avait beaucoup de médecins qui avant conditionnaient leur traitement à des prescriptions presque morales, chose qu'il n'aurait jamais osé faire à l'extérieur. Ce n'était souvent pas par méchanceté ou par sadisme, mais plutôt sur un ton paternaliste: "Mon petit gars, c'est mauvais pour toi et tu devrais arrêter". Par exemple, j'avais rencontré des médecins qui refusaient de prescrire des hormones à un transsexuel.» [540]

L'un des objectifs de la réforme du 18 janvier 1994 était de réhabiliter la notion de soin en milieu carcéral en effectuant une démarcation nette entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire [541] . Il s'agissait également d'introduire en détention une nouvelle figure professionnelle soignante issue du milieu hospitalier et davantage attachée au respect du patient. Les praticiens hospitaliers sont pourtant généralement suspicieux à l'égard des détenus, comme en témoigne l'implantation de l'unité d'hospitalisation pour détenus à Lyon Sud. Il semble, néanmoins, que le recrutement au sein des UCSA, établies depuis 1994, ait permis l'émergence d'une nouvelle figure médicale en milieu carcéral [542] . Un des médecins des prisons de Lyon semble en constituer un bon exemple. N'ayant jamais connu l'ancienne médecine pénitentiaire, ce praticien hospitalier se caractérise par des conceptions relativement spécifiques. Il décrit tout d'abord sa relation au détenu comme étant similaire à celle qu'il entretient avec n'importe quel patient et n'est pas préoccupé par les accusations de « mauvais traitements » qu'il peut parfois recevoir :

« Nous d'abord on fait tout pour être au service des détenus comme on serait au service de n'importe qui dehors […] Moi je compare avec mon activité à l'extérieur et on fait la même chose. C'est pareil. Je prends les gens exactement de la même façon […] On les soigne vraiment comme l'extérieur. Nous on s'en fiche qu'ils soient détenus. » [543]

Ce médecin déclare également ne pas être intéressé par le motif d'incarcération, mis à part pour des raisons professionnelles lorsque la durée de détention peut influer sur la programmation des soins [544] . Il considère également que la responsabilisation médicale du détenu est une étape importante, notamment par l'usage d'un pilulier : « Ça change parce que ça responsabilise les gens […] Je pense qu'on tout à y gagner et le détenu

[540] Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

[541] Le degré de suspicion à l'égard du soignant est fortement lié, comme le rappelle Dominique Lhuilier, à la présence ou non d'une démarcation nette entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire : « L'évaluation de la qualité de l'offre sanitaire, de l'accueil, des soins, de la relation médecin-malade, de l'efficacité des thérapies, de la compétence professionnelle des soignants et du respect des principes déontologiques est inversement proportionnelle au degré perçu de proximité-collusion avec les services pénitentiaires. On peut schématiquement opérer une gradation des représentations attachées aux liens entre système de santé et système pénitentiaire, qui va de la collaboration à l'indépendance en passant par la "contamination". L'alliance soignant-pénitentiaire justifie la méfiance, la suspicion, les projections hostiles ». Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.126.

[542] N'ayant pas réalisé un nombre d'entretien suffisant, il ne s'agit bien sûr que de poser ici une hypothèse qui demande à être confirmée par de plus amples investigations.

[543] Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

aussi ». Enfin bien qu'il admette que de nombreuses demandes de prise en charge soient parfois excessives, il reconnaît avoir la même démarche dans sa pratique médicale non carcérale : « Il y a une grosse demande de soins immédiats et de maux qui sont souvent injustifiés […] Nous, on fait comme si on était à l'extérieur et que la personne n'était pas en prison. »

La relation thérapeutique qui unit le détenu-patient au médecin s'est longtemps éloignée de l'idéal prescrit par le Code de déontologie fondé sur un rapport de confiance réciproque. Elle s'apparentait au contraire à un ***« équilibre des méfiances »*** [545] . La réforme de 1994 semble néanmoins avoir permis l'émergence d'une nouvelle catégorie de médecins en milieu pénitentiaire qui n'avaient auparavant connu que l'exercice en milieu libre, hospitalier ou non. Ceux-ci favoriseraient un renouveau des conceptions soignantes dans le sens des standards classiques de la pratique médicale, rapprochant ainsi la médecine en milieu carcéral de la médecine de droit commun. Ce constat optimiste demande cependant à être nuancé. Les médecins hospitaliers ne semblent pas toujours adaptés aux spécificités de la population carcérale. Ceux-ci n'auraient pas toujours acquis le savoir médical nécessaire à la compréhension du monde carcéral et de ses pathologies [546] . Les médecins hospitaliers arrivés après 1994 s'apparentent souvent à des spécialistes qui concentreraient l'essentiel de leur activité autour de l'acte technique du soin. Ces « organicistes » entendraient se limiter volontairement au traitement technique du corps, négligeant tout ce qui a trait à la personne dans sa globalité [547] . Le soin en prison ne peut cependant pas être réduit à un acte mécanique car il requiert de prendre en compte l'état de détresse psychologique dans lequel se situent les personnes détenues. Cet écart traduit avant tout l'inadaptation de l'hôpital à prendre en charge des individus marginalisés. L'institution hospitalière a en effet toujours « privilégié la maladie au malade » d'où en découle un morcellement de l'individu par spécialités médicales, rendant difficile une attention au patient et à son environnement : ***« L'hôpital aux plateaux techniques performants butte en réalité sur les besoins de prise en charge globale, qui intégrerait au soin médical une dimension humaine, sociale et psychologique »*** [548] . Les réponses du système hospitalier, ***malade « parce qu'il est, paradoxalement, plus qu'il ne l'a jamais été, performant »*** [549] , s'avèrent inadaptées à

[544] Cette caractéristique ne semble cependant pas propre à une nouvelle catégorie de médecin mais elle caractériserait de façon générale les professionnels de santé intervenant en prison qui cherchent souvent à éviter les questions relatives à la connaissance des motifs d'incarcération de leur patient. Il s'agirait ainsi pour eux d'établir une différence nette entre l'infirmerie et la prison, le patient et le détenu. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.178.

[545] Milly Bruno, Soigner en prison, op.cit., p.172.

[546] Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, Bayard, Paris, 2001, p.129.

[547] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.195.

[548] Parizot Isabelle, Soigner les exclus, op.cit., p.52.

[549] Emmanuelli Xavier, Dernier avis avant la fin du monde, Paris, Albin Michel, 1994, p.186.

une population marginale dont le recours au soin peut traduire ***« davantage une demande sociale qu'une demande médicale »*** [550] . Le paternalisme et l'infantilisation qui caractérisent la relation médecin-patient au sein du système hospitalier aboutissent souvent à reléguer le malade au rang d'objet [551] . Cette asymétrie s'accentue en milieu carcéral où l'association des statuts de malade et de détenu contribue à disqualifier davantage la participation de l'individu. La médecine hospitalière est alors peu propice à une reconnaissance du malade en tant que patient [552] . Celle-ci est présentée par un ancien psychiatre comme beaucoup plus inhumaine que l'ancienne médecine pénitentiaire. La considération du détenu en tant que patient, similaire à n'importe quel autre citoyen, serait inadaptée au milieu carcéral :

« L'éthique pénitentiaire antérieure n'était pas aussi dégueulasse qu'on pouvait l'imaginer et en revanche actuellement, il existe des quantités de situation infectes, absolument infectes, où des médecins se foutent éperdument de ce qui arrive car ils ont fait leurs prestations en tant que praticiens hospitaliers […] Si quelqu'un dit qu'il a du matériel orthopédique comme une plaque qui peut le gêner alors le médecin lui répond […] "Vous la gardez votre plaque ! On ne va pas immobiliser le bloc et opérer pour ça. Terminé". La logique du milieu civil est quelquefois plus dure que la logique d'un milieu spécialisé pénitentiaire.» [553]

On peut cependant relever une nette amélioration dans la considération de l'exercice médical en milieu carcéral qui se rapproche progressivement, au moins en terme de représentation, de la pratique médicale classique. C'est le cas du médecin cité auparavant sur les prisons de Lyon qui témoigne d'une évolution des mentalités liée à la réforme de 1994. Ce praticien hospitalier présente la prison comme un lieu d'exercice comme un autre même s'il en reconnaît les contraintes. C'est par exemple le cas pour les consultations dont il reconnaît les limites notamment en matière de d'organisation mais qu'il estime néanmoins similaires à ses consultations extérieures : ***« Donc ça se passe dans un cabinet médical en tête-à-tête comme dans un cabinet privé en fait. On réalise un examen clinique, on écoute les gens […] C'est un peu comme en milieu libéral vous savez.»*** [554] .

Il semblerait que la réforme de 1994 ait permis une mise en équivalence, ou tout au moins, un rapprochement entre la médecine exercée en prison et celle en milieu libre. Bruno Milly note toutefois qu'il est possible d'interpréter le discours des personnels

[550] ***Parizot Isabelle, Soigner les exclus, op.cit., p.54.***

[551] Cf. Herzlich C., Pierret J., Malades d'hier, malades d'aujourd'hui- de la mort collective au devoir de guérir, Paris, Payot, 1990.

[552] « Chaque fois que la personne incarcérée se sent traitée comme un corps à soigner ou examiner, comme un objet à traiter, elle se trouve renvoyée à une relation asymétrique où le supposé savoir-pouvoir de l'autre la réduit au rôle d'objet et non de partenaire dans une démarche de soins [...] Le patient incarcéré reste détenu et sera traité comme détenu ». Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.128.

[553] ***Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.***

[554] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

soignants dans un autre sens [555] . Il observe la propension des soignants travaillant en prison, aussi bien des plus anciens que des plus nouveaux, à nuancer le clivage qui pourrait les opposer aux autres professionnels de santé. La majorité des personnels médicaux intervenant en milieu carcéral déclarent appartenir à *la* grande profession de la santé, à *la* profession de médecins, à *la* profession des infirmiers, à *la* profession des hospitaliers, et nie la particularité du milieu d'exercice pénitentiaire. Cette attitude est à mettre en lien avec la dévalorisation du milieu pénitentiaire : « "Les" professionnels de santé, "les" médecins, "les" infirmiers détiennent des serments nominaux identitaires qui, par-delà la diversité des actions et des représentations, permettent d'oublier la réalité dévalorisante du milieu pénitentiaire ». Cette mise en scène, visant à afficher la continuité entre l'exercice en prison et l'exercice en milieu libre, conduit alors à insister sur les facteurs d'homogénéité du groupe des professionnels de santé en prison.

Le bilan de la réforme de 1994 apparaît incertain. Si elle a permis de rapprocher la médecine en milieu carcéral des standards classiques de la démarche thérapeutique à travers l'émergence d'une nouvelle catégorie de médecins, d'une part, elle semble avoir accentué le décalage entre les pratiques médicales et les spécificités du milieu carcéral, d'autre part. On peut dès lors s'interroger sur la compatibilité entre les médecins hospitaliers intégrés après 1994 et leur nouveau milieu d'exercice. L'institution pénitentiaire implique de nombreuses contraintes qui se répercutent sur la profession de soignant, dont l'exercice n'est alors plus envisageable de façon similaire à la pratique médicale courante.

2.1.b Une pratique médicale sous contraintes

La prison constitue une « institution totale » dotée de ses propres règles de fonctionnement. Celles-ci sont à l'origine d'un ensemble de contraintes, présentées par l'administration pénitentiaire comme ***« inévitables »*** [556] , qui se répercutent sur la pratique médicale des soignants. Il existe, tout d'abord, plusieurs procédures spécifiques du milieu carcéral qui ne relèvent pas des actes médicaux standards, définis en référence à la médecine libérale, qui ont toujours contribué à disqualifier la médecine en milieu pénitentiaire. C'est par exemple le cas des certificats médicaux [557] , et notamment des certificats de coups et blessures, que sont contraints de fournir les médecins à la demande de l'administration pénitentiaire [558] ou encore l'obligation faite aux médecins par le Code de procédure pénale de visiter le quartier disciplinaire [559] . Le positionnement des

[555] Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.213.

[556] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

[557] Le médecin peut établir des attestations ou des certificats médicaux lorsqu'un aménagement du régime de détention pour raison de santé est nécessaire en vertu de l'article D.378 du Code de procédure pénale. Cette procédure peut être mise en oeuvre en cas d'inaptitude temporaire ou permanente à exercer un travail, d'un régime alimentaire particulier, d'une admission à l'hôpital, d'une surveillance médicale particulière en cas de grève de la faim prolongée, de la suspension d'une mesure d'isolement et de la prolongation d'une mesure d'isolement au-delà de trois mois. Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Chtistophe, Le droit en prison , *op.cit.,* p.131.

médecins intervenant en prison est très distinct face à ces procédures. On peut schématiquement distinguer deux attitudes. Le personnel soignant travaillant en milieu carcéral avant la réforme de 1994 semble reconnaître la nécessité de telles pratiques, qu'il considère comme inhérentes au fonctionnement de l'institution pénitentiaire [560] . Ces professionnels du milieu carcéral visent le plus souvent à faire reconnaître la spécificité de leur pratique médicale. Il semblerait en revanche que le personnel médical apparu après la réforme de 1994 soit beaucoup plus hostile à des procédures qu'ils estiment incompatibles avec leur statut de soignant, comme le relève un rapport d'évaluation IGAS-IGSJ établi en 2001. Les personnels de l'UCSA estiment souvent par exemple qu'ils n'ont aucune information à transmettre à l'administration pénitentiaire et que celle-ci doit faire appel à des experts médicaux si elle souhaite transmettre des éléments aux autorités judiciaires. La visite en quartier de détention semble également jugée par certains soignants comme contraire à la déontologie médicale, en ce qu'elle implique de donner un avis d'expert sur la compatibilité d'un état de santé avec des conditions de détention [561] . Les médecins supportent souvent mal ce rôle, qu'ils trouvent contraire aux principes du Code de leur profession [562] . Ces procédures d'expertise médicale sont considérées par les personnels soignants comme incompatibles avec leur mission de soin en raison de l'ambiguïté qui en résulter et être néfaste à la relation thérapeutique entretenue avec le détenu [563] .

[558] Lorsqu'un incident éclatant entre personnes détenues, les médecins sont habilités à délivrer des certificats coups et blessures à ceux qui le demandent.

[559] L'article D 251-4 du code de procédure pénale impose de faire examiner par un médecin le détenu placé au quartier disciplinaire (QD) aussi souvent que le praticien l'estime nécessaire et au moins deux fois par semaine. «La sanction est suspendue si le médecin constate que son exécution est de nature à compromettre la santé du détenu ». Article D 251-4 du Code de procédure pénale.

[560] Ce constat n'implique pas pour autant que ces pratiques soient toujours bien vécues par ces anciens médecins pénitentiaires. Bruno Milly distingue dans une classification des professionnels de santé travaillant en prison d'une part les « spécialistes pénitentiaires » qui restent attachés à leur statut de médecin et aux obligations éthiques qui lui sont liés, et d'autres part les médecins « consensuels » qui n'accordent pour la plupart aucune importance au respect de l'éthique et qui ne ressentent aucune tension entre le modèle normatif officiel et leurs actions réelles. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.199-210.

[561] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.42.

[562] Article 10 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale : « 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 ». Ce principe semble difficile à concilier en raison des risques qui sont liés à la présence en quartier de détention. En effet, un groupe de travail constitué en mars 1995 au sein de l'administration pénitentiaire a aboutit à la réalisation d'un rapport sur la "sursuicidité" carcérale dont elle met en évidence comme facteur de risque la présence au QD où le taux de suicide est au moins sept fois supérieur à celui du reste de la détention. Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, *op.cit.,* p.91.

[563] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.107.

Outre ces procédures, le fonctionnement de l'institution pénitentiaire implique de nombreuses répercussions sur l'organisation des soins. La question des retards et des temps d'attente est par exemple souvent présentée par les personnels de santé comme l'une des astreintes majeures du milieu carcéral [564] . Cette attente est plus généralement liée au temps pénitentiaire présenté comme un temps spécifique caractérisé par la lenteur [565] . Cette lenteur, comme le remarque Bruno Milly, est peut-être moins le fait d'une personnalité routinière et bureaucratique que le produit d'une organisation hiérarchique au sein de laquelle les surveillants ne sont souvent que de simples rouages [566] . Même si le grief des retards n'est pas une critique nouvelle parmi les personnels soignants, il semblerait qu'il soit encore plus présent chez les médecins hospitaliers nouvellement arrivés qui sont peu habitués aux contraintes du milieu carcéral. Cette critique est très présente chez les intervenants extérieurs comme c'est le cas d'un médecin qui effectue des consultations de dépistage au sein des prisons de Lyon et qui regrette que la procédure pour accéder à un détenu soit aussi contraignante [567] .

Une autre critique semble en revanche être apparue suite à la réforme de 1994. Il s'agit des procédures de contrôle propres au milieu pénitentiaire (document d'identité, détection des métaux, fouille) qui sont imposées à chaque entrant en détention. Le personnel médical nouvellement arrivé semble assez réticent à ces contraintes. Un cadre hospitalier remarque ainsi qu'il est difficile de trouver suffisamment de médecins pour effectuer des vacations en raison des réticences à subir les mesures de contrôle classiques :

« Il a fallu convaincre les soignants à aller travailler en prison [...] J'ai rencontré des médecins qui me disaient qu'il n'était pas question qu'ils passent sous un portique de détection des métaux, qu'ils fassent l'objet d'une fouille pour aller visiter un détenu […] Ils voudraient échapper à la loi commune d'accès dans les prisons alors même que le directeur de la prison se fait fouiller à son arrivée tous les matins. » [568]

564 *Ibid.,* p.114.

565 Daniel Gonin écrit à ce sujet : « En prison, comme à l'hôpital psychiatrique, rien de presse, même le temps devient visqueux. En ce lieu où l'on ne parle que du temps de la détention qui règle la peine, "on a toujours tout le temps de voir venir", "il n'y a pas le feu" [...] À l'infirmerie, chacun pourrait très bien passer tout son temps à attendre. La prison, c'est l'attente dans la confusion d'une impatience désespérée. "Je suis fatigué d'attendre et de ne rien faire", disait un interne pour justifier sa démission » Daniel Gonin, La santé incarcérée, Paris, L'Archipel, 1991, p.233-234.

566 Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.117.

567 « Vous savez en prison pour pouvoir voir quelqu'un, c'est tout un... Il faut les appeler, il faut qu'ils soient emmenés et c'est donc assez lourd [...]Si j'arrive à deux heures il faut faire une liste et les papiers et quelquefois on attend jusqu'à trois heures et demie pour avoir tous les gens qui viennent en même temps. Donc après il faut se dépêcher pour rendre les résultats. En plus les déplacements sont compliqués ». Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

568 Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

Cette observation soulève le problème de la difficulté à faire intervenir en prison de façon ponctuelle (vacations, gardes) des médecins peu habitués au mode de fonctionnement carcéral. La difficulté à assurer la permanence des soins durant la nuit en est d'ailleurs une conséquence. Les médecins libéraux sont souvent très réticents à intervenir en tant que médecin de garde : ***« Nous avons rencontré un certain nombre de médecins acceptant de signer une convention avec les hospices civils de Lyon. Et ça avait été assez héroïque car beaucoup nous ont dit "Comment, on est fouillé ?", etc. il y avait eu beaucoup de réticences »*** [569] . La non-connaissance du milieu carcéral a d'ailleurs déjà été à l'origine de refus d'intervenir de la part des urgences [570] .

La loi du 18 janvier 1994 visait à affirmer la similitude des soins entre le dedans et le dehors. Le milieu carcéral comporte cependant des règles et des contraintes spécifiques qui rendent parfois difficile la mise en place d'une démarche thérapeutique équivalente à celle qui existe en milieu libre. L'arrivée des médecins hospitaliers en 1994 a permis un renouveau de la pratique médicale en prison, aboutissant parfois à certaines oppositions avec les règles de fonctionnement de l'institution pénitentiaire. La disparition de la « fiole » et la distribution des médicaments sous forme de cachet a par exemple été à l'origine d'un trafic en détention qui s'inscrit parfois dans une stratégie suicidaire [571] . Ces dérives sont accentuées par la remise au détenu d'un pilulier, lui permettant de gérer sa consommation, selon une logique de responsabilisation. On perçoit l'opposition qui sépare la logique soignante des règles de fonctionnement de l'institution carcérale : ***« Les phénomènes d'accumulation et de trafic des médicaments [...] sont favorisés par cette autonomie conférée au patient-détenu »*** [572] .

La réforme de la médecine pénitentiaire devait permettre la mise en équivalence du dispositif sanitaire du milieu carcéral avec celui du reste de la société, facilitant ainsi le renouveau des pratiques thérapeutiques et mettant fin à la position ambiguë du personnel soignant qui était soumis a l'administration pénitentiaire. Il apparaît toutefois que l'exercice de la médecine en milieu carcéral suppose de reconnaître certaines contraintes indissociables de la prison. L'absence de subordination des personnels soignant ne leur permet pas de s'affranchir du respect de certaines règles fondamentales. La réforme de 1994 semble avoir accentué le rejet de ces règles qui sont étrangères à la pratique médicale courante. La démarcation aujourd'hui plus nette des rôles entre les missions de soin et de garde aurait accentué l'ambiguïté de la position du soignant vis-à-vis de pratiques qu'il considère comme ne relevant pas de sa profession. La démarche thérapeutique valorisée d'ordinaire semble même incompatible avec les spécificités du milieu carcéral. Ces observations amènent à s'interroger sur la position du personnel soignant face à l'institution pénitentiaire. Les personnels sanitaires appartenaient

569 Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

570 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.56.

571 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.35.

572 La santé en prison. Objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants, Rapport de séminaire, Ecole Nationale de Santé publique, 2001, p.20.

auparavant fonctionnellement et statutairement à l'établissement dans lequel ils intervenaient. Ils devaient par conséquent se plier aux règles de fonctionnement du milieu carcéral, sans qui leur soit possible de s'y soustraire ou de les critiquer. De façon plus générale, les médecins étaient soumis à un devoir de réserve sur leur activité comme n'importe quel membre de l'administration pénitentiaire. La loi du 18 janvier 1994 a cependant remis en cause ce rapport de subordination en conférant une autonomie statutaire aux soignants. Quel est désormais leur attitude face à l'institution pénitentiaire ?

2.1.c La figure médicale face à l'institution carcérale. Témoigner en prison : un devoir éthique?

Liés auparavant à leur employeur, les médecins ne pouvaient auparavant pas témoigner, au risque de perdre leur emploi. Ils ont désormais acquis une autonomie qui les rend libre de prendre position pour dénoncer les dysfonctionnements ou les atteintes aux libertés dont ils sont témoins [573] . Le livre du docteur Vasseur publié en 2000, *Médecin-chef à la prison de la Santé,* fut à l'origine d'un renouveau du questionnement sur la position du personnel sanitaire au sein de la prison [574] . Le personnel médical, en tant que témoin privilégié de la vie carcérale, ne doit-il pas témoigner, voire dénoncer, au nom des principes éthiques qui fondent la déontologie médicale [575] ? Les positions des soignants sont généralement très tranchées sur cette question : tandis que certains présentent le témoignage comme un « devoir éthique », d'autres sont défavorables à cette attitude, au nom d'une solidarité du médecin avec l'institution dans laquelle il travaille [576] . L'opinion des enquêtés sur le livre de Véronique Vasseur, mais surtout sur l'attitude du personnel médical intervenant en milieu carcéral, peut permettre de comprendre comment chacun résout la contradiction apparente entre les principes éthiques liés à la profession médicale et le fonctionnement de l'institution carcérale. On peut remarquer, avant tout, que les

[573] C'est ainsi que Véronique Vasseur écrit : « Depuis la loi de 1994 rattachant le service médical d'une prison à l'hôpital le plus proche, le médecin est libre et ne dépend plus de l'administration pénitentiaire. Il est indépendant et donc n'est plus considéré comme complice de l'administration. Actuellement, le service médical est le seul intervenant extérieur à l'intérieur. Il constitue une deuxième force qui dérange car nous avons la totale liberté de nous opposer et de dire non […] Que peut faire le médecin devant cet immense gâchis humain ? : témoigner ? dénoncer ? Être ni compatissant, ni répressif. N'être ni un médecin de l'extérieur à l'intérieur, ni un médecin de l'intérieur coupé de l'extérieur». Véronique Vasseur, « Editorial : Engagement éthique d'un médecin en prison », *in* La lettre de l'Espace éthique, n° 12-13-14, été-automne 2000.

[574] En 2000, Véronique Vasseur, médecin de garde en 1992 puis médecin-chef depuis 1993 à la prison de la Santé, publie un témoignage sur son expérience professionnelle : "*Médecin-chef à la prison de la Santé*". Elle y décrit les conditions de vie des détenus de façon dramatique. La sortie du livre fut très médiatisée, notamment par de larges extraits que le journal *Le Monde* a publié deux jours avant la sortie de l'ouvrage. Deux commissions d'enquête, l'une sénatoriale et l'autre parlementaire, ont été constituées et ont donné lieux à deux rapports d'enquête**.** Véronique Vasseur , Médecin-chef à la prison de la Santé, Le cherche midi, Paris, 2000, p.217.

[575] On peut citer en particulier le serment d'Hippocrate (« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes. (…) J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité ») ainsi que le Code de déontologie médicale, dont les articles 5, 7 et 10 revêtent une importance particulière en prison.

soignants intervenant en milieu carcéral ont généralement une très mauvaise perception de l'ouvrage bien qu'aucun médecin ne semble se situer dans une position de rejet total. Ainsi, même si certains estiment, comme c'est le cas du responsable du SMPR de Lyon, que ce livre à sensation, rempli d'incohérences et d'erreurs, ne « ne vaut rien […] au niveau de l'éthique pénitentiaire», ils reconnaissant néanmoins que ce pamphlet a permis de soulever l'attention du public sur les conditions d'incarcération : ***« En revanche, ce qu'elle a écrit au plan des conditions carcérales est important et c'est pour ça qu'on s'est bien gardé de descendre son bouquin. Tout ce qui est utile à la cause de l'amélioration de l'administration pénitentiaire est à respecter »*** [577] . Tous les médecins interrogés estiment que le livre de Véronique Vasseur a fait « beaucoup de mal » au personnel soignant intervenant en prison. C'est par exemple la position du chef de service de l'Unité d'hospitalisation pour détenus qui oppose à l'attitude de dénonciation, symbolisée par le docteur Vasseur, une « position de défense institutionnelle », soulignant ainsi la double responsabilité du personnel médical et pénitentiaire :

« Je pense qu'il n'y a pas à critiquer l'administration pénitentiaire. Il n'y a rien à attendre de l'élection d'un coupable qui peut d'ailleurs être bilatéral […] Ces visions-là ne mènent à rien [...] Avant de tirer à boulets rouges sur l'administration pénitentiaire et les surveillants, il faut réfléchir. On ne peut s'en tirer qu'en ayant une position de défense institutionnelle.» [578]

Il est légitime de s'interroger pour savoir si cette position « critique » est propre aux soignants de l'ancienne médecine pénitentiaire, qui pourraient s'estimer plus impliqués ou compromis dans les critiques faites au fonctionnement carcéral, ou si elle est partagée par l'ensemble de soignants. Les médecins arrivés après la réforme de 1994 pourraient adopter une posture de démarcation en apportant leur soutien à l'ouvrage de Véronique Vasseur. Cela ne semble pourtant pas le cas, comme en témoigne un médecin des prisons de Lyon qui estime que la publication de ce témoignage a contribué à accentuer l'opposition entre surveillants et soignants, amplifiant ainsi les tensions qui existent de façon quotidienne entre les personnels [579]

« Moi je suis assez mal à l'aise par rapport à ça parce que les surveillants sont en permanence humiliés à l'intérieur de la prison [...] Et je trouve que la sortie du livre de Vasseur nous a pénalisé là-dessus. Parce qu'on a l'impression de faire partie du camp des "pour" en opposition au camp des "contre". En opposant les surveillants qui sont les vilains et les soignants qui sont les gentils.» [580]

[576] « Témoigner constitue un devoir éthique […] Témoigner auprès des médias ou dans des manifestations, dont les journalistes se feront l'écho, soulève aussitôt des levées de boucliers : le médecin a-t-il le droit de parler, de témoigner lorsqu'il travaille en prison ? Certains avancent l'obligation de réserve voire l'interdiction de parler au dehors […] Le médecin n'a pas le droit d'observer toutes les atteintes à la santé et à la dignité des personnes sans rien dire. Il a le devoir d'en témoigner pour qu'elles cessent ». Faucher Dominique, « Médecin en détention : soignant et témoin », *in* La lettre de l'Espace éthique, n° 12-13-14, Eté automne 2000, p.39-40.

[577] ***Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.***

[578] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

La principale ligne de démarcation entre les partisans et les opposants à l'ouvrage du docteur Vasseur ne semble pas être celle qui sépare le personnel soignant de l'administration pénitentiaire mais celle qui délimite le dedans du dehors. La plupart des personnes interrogées qui se situent à l'extérieur de la prison ont une opinion favorable du livre *Médecin-chef à la prison de la Santé*. C'est par exemple le cas d'un médecin-inspecteur de la DDASS du Rhône qui estime que ce témoignage a permis de faire connaître au reste de la société française la réalité du milieu carcéral et de faire évoluer ainsi la condition des prisons : ***« Je pense que ça a donné une image à pas mal de gens de ce qui pouvait se passer en prison. Ça a fait bouger des choses »*** [581] . D'autres ont même, semble t-il, été interpellés directement par la publication de cet ouvrage qui aurait motivé leur engagement en faveur de la santé en milieu carcéral, comme en témoigne un médecin de la DRASS Rhône-Alpes qui a pris en charge ce dossier peu de temps après : ***« Moi je pense que c'est très important et qu'elle a eu tout à fait raison de le faire et pour moi ça a constitué un appel pour que les choses changent »*** [582] . La grande majorité des personnels interrogés travaillant en milieu carcéral, soignants ou pénitentiaires, ont, en revanche, une opinion défavorable du livre de Véronique Vasseur. Ils considèrent pour la plupart qu'il s'agit d'un constat injuste qui ne cherchait à mettre en avant que les dysfonctionnements du milieu carcéral sans en souligner les progrès. Certains établissent, d'ailleurs, une comparaison entre cet ouvrage et le traitement médiatique dont souffrent fréquemment les prisons de Lyon [583] . Celui-ci est souvent très polémique, répondant ainsi aux critères de production journalistique, et plus particulièrement télévisuelle, laissant un sentiment d'insatisfaction chez les personnels, sanitaires et pénitentiaires qui se placent dans une position de victime :

« Lorsque c'est uniquement une dénonciation et une vision apocalyptique des choses et qu'il n'y a pas un rendu équilibré en disant également ce qui

[579] Il semblerait en effet que la publication de l'ouvrage du docteur Vasseur ait eu une incidence très importante sur le moral des fonctionnaires pénitentiaires comme le constate la commission d'enquête de l'Assemblée nationale : « Ils vivent mal les campagnes de presse en cours sur les prisons, non pas parce qu'ils cautionnent les dysfonctionnements qui peuvent exister dans l'institution pénitentiaire, mais parce qu'ils dénoncent ces dysfonctionnements depuis longtemps sans avoir l'impression d'avoir été écoutés. L'ouvrage de Mme Véronique Vasseur a ainsi été mal perçu par une profession qui a désormais le sentiment que la parole d'un médecin, aussi approximative soit-elle, vaut davantage que celle d'un surveillant ». Assemblée Nationale, Rapport sur la situation dans les prisons françaises, *op.cit.,* p.85.

[580] Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

[581] Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

[582] Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

[583] Les prisons de Lyon présentent la particularité d'être parmi les plus anciennes et les plus vétustes de France. Les conditions d'incarcération difficiles, souvent contraires aux normes d'hygiène, attirent les journalistes des principales chaînes télévisées ainsi que des principaux quotidiens nationaux. Il arrive fréquemment qu'à l'occasion de la publication d'un rapport sur l'état des prisons françaises, des journalistes viennent enquêter sur l'« état de délabrement » des prisons de Lyon qui sont érigées en symbole des carences de l'ensemble du système pénitentiaire.

fonctionne, je trouve ça très désagréable car ça n'est pas la réalité [...] C'est comme le fameux reportage de la « Marmite du diable » qui a été fait par France 2, il y a deux ou trois ans […] Ils ont pris soin d'interviewer beaucoup de monde mais à la fin ils n'ont sorti que quelque chose de sensationnel et ça a énormément déçu les personnels. Car ce qu'ils ont montré est vrai, c'est la réalité. Mais on n'a rien vu de toutes les choses qui se passent dans l'établissement et qui marchent bien. » [584]

La prison, en tant qu'« institution totale », constitue un monde clos. C'est l'épaisseur de ses murs dont les personnels se sentent victimes. La sous-directrice des prisons de Lyon regrette le secret qu'a pendant longtemps adopté l'administration pénitentiaire à l'égard du reste de la société et qui aurait contribué à alimenter les « fantasmes » à son égard [585] . Face à cette politique du secret, l'administration tente d'établir depuis quelques années une stratégie d'ouverture et de communication [586] . Il semblerait que le rôle du médecin vis-à-vis de l'institution carcérale doive être compris dans les mêmes termes : l'attitude de dénonciation, comme celle de Véronique Vasseur, traduirait avant tout un échec commun entre les différents personnels à établir une communication suffisante. C'est la position d'un médecin des prisons de Lyon qui affirme préférer résoudre un problème par le biais d'une relation directe avec les surveillants ou par la voie hiérarchique de l'établissement plutôt qu'en ayant recours aux médias :

« Et si un jour, moi, je me mets à dire "Tiens, tel jour et à telle heure, il y a un surveillant qui n'a pas voulu ouvrir la cellule de telle personne", j'aurai l'impression de le trahir et de l'humilier. Si j'ai un truc à lui dire, je vais lui […] et je n'ai pas besoin de mettre ça dans la presse. Ça ne se règle pas comme ça ces histoires là !» [587]

Le devoir de témoignage du personnel soignant n'est peut-être pas tant un devoir de contestation à l'égard de la prison que de communication [588] . Une position extrême comme celle de Véronique Vasseur traduirait dès lors davantage une absence de communication qu'une opposition indépassable entre les deux administrations. La sous-directrice des prisons de Lyon remarque d'ailleurs qu'aucun médecin n'a jamais adopté une réaction de dénonciation virulente dans son établissement car aucun n'en a ressenti le besoin. Les efforts de communication entre la direction de l'établissement et l'ensemble du personnel soignant ont permis, selon elle, de résoudre les problèmes de

[584] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

[585] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[586] Déjà en 1989, le rapport établi par Gilbert Bonnemaison sur la modernisation du service public pénitentiaire incitait à une politique de transparence : « L'opacité de l'administration pénitentiaire vis-à-vis de l'extérieur est une des causes de la difficulté pour cette institution d'être reconnue à sa juste place par la société […] Tant qu'une institution ne fait que réagir à la demande, le plus souvent à la suite d'incidents, elle ne peut évidemment faire passer aucun message valorisant pour elle-même et ses personnels. Une institution comme l'administration pénitentiaire se doit de produire une communication positive régulière. Ce sera la seule façon de changer progressivement son image ». Bonnemaison G., La modernisation du service pénitentiaire. Rapport au premier ministre et au garde des Sceaux, ministre de la justice, Paris, ministère de la Justice, 1989.

[587] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

façon interne : ***« Sur Lyon, on n'a jamais eu de problèmes avec des médecins qui ont eu besoin de dénoncer quelque chose car je pense qu'on a une relation qui est suffisamment bonne pour que ce soit à nous qu'ils les disent […] Ce genre de problèmes on le règle nous avec les médecins »*** [589] . La loi du 18 janvier 1994 a reformulé le questionnement sur la place du médecin en milieu carcéral dans de nouveaux termes. Elle ne semble cependant pas avoir accentué l'opposition entre les deux administrations comme en témoigne la position du personnel des prisons de Lyon au sujet de l'ouvrage de Véronique Vasseur [590] .

La réforme de la médecine pénitentiaire aurait permis un rapprochement de l'éthique soignante en milieu pénitentiaire avec règles de la déontologie médicale. Le rattachement au ministère de la Santé du personnel soignant, libéré du rapport de subordination vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, a facilité la reconnaissance d'une logique sanitaire, distincte des règles de fonctionnement de l'établissement, sans pour autant que cela se traduise par un strict rapport d'opposition à l'institution pénitentiaire. L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire n'en est pas moins soumis à certaines contraintes propres à la prison qui sont beaucoup plus mal vécus par certains médecins hospitaliers. La réussite de la réforme requiert dès lors l'adaptation de l'éthique soignante aux spécificités pénitentiaires.

2.2 Une éthique soignante spécifique en milieu carcéral ?

La déontologie médicale constitue l'un des ferments identitaires commun à l'ensemble des professionnels de santé. Ceux-ci marquent généralement un attachement très marqué au respect de ces principes. L'éthique soignante correspond à une pratique de la médecine dans des conditions précises (choix du médecin, consentement du patient). La prison constitue, toutefois, un lieu d'exercice spécifique où certaines règles peuvent perdre leur sens initial. Les pratiques professionnelles sanitaires doivent dès lors être réévaluées à l'aune des contraintes du milieu carcéral.

2.2.a Le respect du secret médical en détention : une exigence éthique illusoire ?

La loi du 18 janvier 1994 constitua une réponse au problème du secret médical qui était difficilement préservé dans l'ancienne organisation de la médecine pénitentiaire. La

588 C'est dans ce sens que Dominique Faucher, médecin à l'U.C.S.A. du centre pénitentiaire de Fresnes, écrit : « Témoigner au sein de la prison : cela passe par les discussions avec le personnel pénitentiaire à tous les niveaux, de la base à la direction. Ces échanges aboutissent à quelques améliorations ponctuelles, à une meilleure compréhension des contraintes respectives de l'administration et du service médical […] Témoigner, c'est aussi, avec les différents intervenants impliqués dans la vie en milieu carcéral, participer à des groupes de réflexion sur les soins, l'éthique ainsi que sur les modalités d'exécution des peines ». **Faucher Dominique, « Médecin en détention : soignant et témoin », art.cit.**

589 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

590 Cette constatation demande à être nuancée puisqu'il est probable qu'elle corresponde davantage aux prisons de Lyon qu'à l'ensemble du dispositif sanitaire en milieu carcéral.

réforme de la médecine pénitentiaire consacre l'autonomie du personnel médical, seul détenteur des informations relatives à la santé des détenus. L'amélioration très nette de la place du secret médical en prison est visible à deux niveaux. Le respect du colloque singulier (absence de tierce personne durant la consultation) est tout d'abord exemplaire des effets de ce changement de statut [591] . Celui-ci semble être devenu la règle générale dans tous les établissements : ***« Les discours des professionnels sont unanimes sur ce point. Si les surveillants sont encore parfois présents pendant des soins, ce n'est qu'avec le consentement ou à la demande des professionnels de santé eux-mêmes »*** [592] . Plusieurs soignants des prisons de Lyon ont confirmé ce changement au cours des entretiens [593] . Cette amélioration témoigne de la territorialisation de l'espace de santé et de l'autonomisation du personnel soignant à l'égard du personnel pénitentiaire. Le dossier médical constitue un second indice de l'évolution des pratiques. Relevant précédemment du dossier pénitentiaire, il s'agit désormais d'un dossier médical hospitalier à part entière. Placé sous la seule responsabilité de l'établissement de santé et conservé dans les locaux de l'UCSA, ce dossier n'est accessible qu'au personnel soignant, garantissant ainsi la confidentialité des données médicales enregistrées sur les détenus et facilitant la relation de confiance entre le détenu et le soignant [594] .

Les progrès réalisés en France dans la protection du secret médical peuvent être comparés à l'organisation des soins en Italie où la dépendance du personnel médical vis-à-vis du personnel pénitentiaire est manifeste. Les conditions du colloque singulier ne sont pas toujours respectées, car même si c'est le cas la plupart du temps, la situation est toujours laissée à la libre appréciation du surveillant dont le soignant peut difficilement refuser la présence :

« Il y a eu une circulaire du ministère de la Justice pour demander au surveillant d'évaluer la situation. Parce que c'est vrai que ça dépend beaucoup des conditions. Par exemple si manifestement le détenu semble très en colère ou semble dangereux alors c'est difficile de dire au surveillant de s'en aller. » [595]

591 Au cours des années 1980, les professionnels de santé très mobilisés, appuyés par le Conseil de l'ordre, avaient déjà obtenu que les surveillants n'assistent plus aux consultations, car leur présence était contradictoire avec le principe du colloque singulier. Néanmoins, localement, il restait encore des établissements -notamment les plus petites maisons d'arrêt -où des médecins et des infirmiers se voyaient imposer la présence d'un surveillant par un directeur d'établissement. Lorsque les professionnels faisaient valoir qu'ils étaient des médecins et des infirmiers, tenus au respect de principes déontologiques, ils se voyaient souvent rétorqués qu'ils agissaient dans un milieu particulier - comme en attestait leur statut- et qu'ils devaient en conséquence accepter les contraintes de ce milieu. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.109

592 Milly Bruno, Soigner en prison, op.cit., p.109.

593 Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) aux prisons de Lyon ; Entretien n°6, M.Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud ; Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

594 Bruno Milly remarque que les regards des personnels pénitentiaires sur les dossiers médicaux et les demandes d'informations sur la contagiosité des pathologies de certains patients sont devenus très rares ce qui a été confirmé par certains soignants interrogés. Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.109.

L'opposition entre les personnel soignant et pénitentiaire est manifeste en cas d'hospitalisation du détenu [596] . La présence des surveillants pendant les soins est alors laissée à la « discrétion » du chef de l'escorte qui demeure entièrement responsable de la sécurité du détenu et des personnels et s'estime en mesure d'imposer aux soignants leur présence pendant les soins, comme le souligne un commandant de la police pénitentiaire de Rebbibia : ***« Ça peut donc nous arriver d'avoir un mauvais rapport avec les infirmières et parfois même avec les médecins […] et dans ce genre de cas, je les rappelle à l'ordre […] Je leur dis qu'elles sont infirmières et qu'elles doivent faire leur métier d'infirmière et nous laisser faire le nôtre »*** [597] . Le respect du secret professionnel n'est également pas respecté au sujet du dossier médical auquel ont accès les personnels pénitentiaires. Les dossiers médicaux pénitentiaires de la prison de Rebbibia sont marqués de symboles, comme l'explique le responsable du Sert, destinés à identifier les détenus toxicomanes et séropositifs, allant ainsi à l'encontre du principe de non-discrimination [598] . Le personnel de surveillance semble considérer que l'accès au dossier médical est indispensable en cas d'intervention sur un détenu séropositif afin de ne pas exposer le personnel à des risques connus des soignants :

« C'est indispensable parce que si j'ai besoin de connaître quelque chose sur un détenu je dois pouvoir consulter des dossiers médicaux. Par exemple si un détenu s'ouvre une veine alors j'ai besoin avant d'intervenir de savoir s'il est séropositif.» [599]

Le secret médical est encore actuellement en Italie un secret de Polichinelle. Cette situation s'explique par la non-application de la récente réforme de la médecine pénitentiaire mais surtout par une culture où le personnel médical est faiblement autonome et où les règles pénitentiaires prédominent sur les principes éthiques. La loi du 18 janvier 1994 semble en revanche avoir permis un changement des pratiques, notamment par l'arrivée du personnel hospitalier doté d'une culture médicale où le respect du secret professionnel est essentiel. La conciliation des principes éthiques avec les contraintes du milieu carcéral demeure cependant problématique, comme en témoigne les difficultés à respecter le secret médical en détention. En effet, les principes éthiques du Code de déontologie, qui ont été formulés dans le cadre d'une pratique médicale en milieu libre, peuvent s'avérer inadaptés en prison et rencontrent dès lors certaines limites dans leur application. C'est par exemple le cas lorsque l'impératif de sécurité prime sur les règles éthiques. Une psychologue de l'unité d'hospitalisation pour détenus de Lyon-Sud reconnaît que le principe du colloque singulier est beaucoup plus difficile à mettre en

[595] Entretien n°31, Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia.

[596] La responsabilité de l'extraction médicale incombant au chef de l'escorte durant des consultations médicales en secteur hospitalier, il n'est pas rare que des conflits entre médecins rigoureux et les surveillants se soldent par un retour en détention sans que l'examen puisse être réalisé. Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, *op.cit.,* p.123.

[597] Entretien n°30, Ivano Carbonaro, commandant de la police pénitentiaire à la Terza casa.

[598] Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

[599] Entretien n°30, Ivano Carbonaro, commandant de la police pénitentiaire à la Terza casa.

œuvre depuis qu'une tentative d'évasion particulièrement violente a eu lieu, ce qui a remis les exigences de sécurité au premier plan : ***« Et c'est vrai que depuis, l'accès au patient est devenu très difficile. On ne peut pas ouvrir plus de deux portes à la fois. Alors qu'avant... J'ai été pendant huit années en entretien enfermé avec le détenu. Alors que maintenant il faut laisser la porte ouverte »*** [600] . Le respect du colloque singulier est également lié à la configuration des locaux qui rendent plus ou moins praticable la conciliation des principes éthiques et des règles de sécurité [601] . Les soignants sont d'ailleurs parfois les premiers à se sentir menacés et ne pas exiger le respect du secret médical, comme c'est souvent le cas à l'occasion de l'hospitalisation du détenu : ***« Il y a encore plein de consultations où les médecins n'osent pas dire aux flics de sortir car ils ont peur d'être agressés par le détenu »*** [602] .

Les règles de fonctionnement du milieu carcéral rendent, selon plusieurs soignants, irréalisable le respect du secret médical qui apparaît comme « illusoire » ou une « vaste supercherie ». Cette opinion est, tout d'abord, celle des personnels sanitaires intervenant de façon ponctuelle en prison. L'intervention des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), par exemple, ne permet pas de respecter la confidentialité de l'état sérologique des détenus comme en témoigne le constat désabusé d'un médecin réalisant des vacations aux prisons de Lyon ***: « C'est un peu compliqué en prison et pour moi c'est un peu illusoire mais enfin... »*** [603] . Cette position est également partagée par des médecins hospitaliers rattachés aux UCSA après la loi de 1994. Deux difficultés rendraient impraticable l'anonymat des informations médicales au reste de la détention. La prison est d'abord un monde clos où chaque mouvement de détenu est contrôlé par le personnel pénitentiaire qui a facilement connaissance des problèmes de santé du détenu [604] :

« L'anonymat en prison c'est une vaste supercherie, c'est n'importe quoi [...] Parce que personne n'est anonyme en prison. Le surveillant, il sait exactement où va n'importe quel détenu, n'importe quoi [...] Le surveillant de l'UCSA, lui, il le sait à peu près qui a l'hépatite et le Sida puisque les médecins qui s'occupent de cela viennent à certains jours et ils appellent une liste de détenus spécialement pour

[600] ***Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[601] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[602] ***Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[603] ***Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.***

[604] Les consultations extérieures en établissement hospitalier présentent les mêmes difficultés puisque, comme le rappelle un rapport IGAS-IGSJ, « malgré les précautions qui sont prises pour assurer avec discrétion la gestion des rendez-vous extérieurs, il est très difficile de sauvegarder le secret médical lorsque le détenu doit consulter dans un service hospitalier spécialisé dans le traitement d'une forme de pathologie ou subir un examen particulier. Associée à l'organisation de l'escorte, l'administration pénitentiaire sera nécessairement informée de la destination, donc de la pathologie du détenu. On touche là à une contrainte inévitable de l'univers carcéral, dont sont conscients l'ensemble des acteurs ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.38.

ce médecin.» [605]

Les détenus, ensuite, n'ont pas cette préoccupation du secret médical et sont souvent les premiers à enfreindre la règle pour faire part à leurs codétenus, voire à des surveillants, de leurs problèmes de santé : ***« Il n'y a aucun détenu qui nous demande "Qu'est-ce que vous allez en faire de ces examens?". Le gars il s'en fout que ce soit anonyme ou pas [...] Quand cela se sait en détention, c'est que le détenu l'a dit lui-même à son co-détenu ou à un surveillant un jour de déprime »*** [606] . Ce problème concerne en particulier la sérologie à VIH puisqu'il est souvent dans l'intérêt d'un détenu révélé séronégatif au test VIH de communiquer au reste de la détention le résultat de son examen pour éviter ainsi tout acte de discrimination [607] . Bien que le personnel soignant assure la confidentialité des informations, la non-connaissance de la séropositivité des détenus est de fait rarement respectée. Cette difficulté souligne la contradiction entre les principes déontologiques et les règles du milieu carcéral où le respect du secret médical peut parfois être « contre-productif » :

« Quand un détenu se fait dépister sa séropositivité au VIH et qu'il est négatif, et bien c'est la première chose qu'il exhibe aux autres détenus et c'est très important d'être séronégatif quand on est détenu car si vous êtes séropositif, vous êtes un pédé et […] cela implique de nombreuses discriminations […] Nous, on fait en sorte que le dossier médical ne soit pas accessible […] et ça vous donne la mesure du problème. Les médecins sont formés dans le respect de certaines règles et la garantie du secret médical est presque contre-productive dans un certain nombre de cas.» [608]

Le respect du secret médical serait illusoire en détention. C'est pourquoi ce principe cardinal ne pourrait pas s'y appliquer de façon aussi intransigeante que dans la pratique médicale courante. La notion de secret médical devrait alors être redéfinie en fonction des contraintes du lieu d'exercice, tel que le constate un psychiatre du SMPR de Lyon : ***« En théorie, il n'y absolument rien qui peut être dit à l'administration concernant le diagnostic. En réalité, c'est un secret de Polichinelle et on dit beaucoup de choses […] Parce qu'en détention, tout se sait […] Les diagnostics et les traitements sont presque semi-publics »*** [609] . De façon plus générale, la coexistence de deux cultures professionnelles distinctes rend parfois inadapté le respect de règles jugées pourtant valides. Les principes éthiques auxquels répond le personnel soignant ne doivent alors t-elles pas être revues à l'aune des exigences du milieu carcéral ?

2.2.b Quelle éthique « pénitentiaire » ? Du partage de l'information à l'émergence d'une conception du soin spécifique.

[605] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[606] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[607] Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

[608] ***Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.***

[609] ***Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.***

Le principe du secret médical appartient à la culture du personnel soignant pour qui toute intrusion de la part des surveillants est perçue comme une violation inacceptable, comme en témoigne une formatrice : ***« Pour eux, le secret médical c'est un acquis, point barre. Il n'y a pas à rediscuter là-dessus […] Ils ont été éduqués dans cette culture là, formés dans cette culture là et pour eux ça ne pose aucun problème »*** [610] . Le respect strict du secret médical en milieu carcéral peut cependant être à l'origine de problèmes de prise en charge. Outre les difficultés à assurer le suivi médical du détenu en cas de non-communication de l'information entre soignants dans le cas de situations spécifiques [611] , le problème du partage de l'information entre les personnels pénitentiaires peut porter préjudice au traitement du détenu en détention. Le travail de réinsertion des assistants sociaux n'est par exemple pas possible sans une coopération avec les services médicaux. L'absence de réticences du personnel soignant des prisons de Lyon à communiquer des informations facilite le suivi des détenus notamment lors de la préparation à la sortie, comme le constate une Conseillère de probation et d'insertion : ***« Ça n'est pas, par exemple, utile de préparer un accès à l'emploi dans le monde du travail traditionnel sachant que ça n'est pas réalisable, si la personne souffre de certains troubles psychologiques »*** [612] . Le partage de l'information est également crucial dans la politique de prévention du suicide [613] . En effet, le repérage des personnes à risque rend nécessaire une bonne communication entre les services de détention, qui sont en contact permanent avec le détenu, et les services médicaux, qui détiennent souvent des informations importantes sur les problèmes de santé somatiques ou psychologiques pouvant être à l'origine d'une tentative de suicide. La participation des services médicaux, les UCSA comme pour le SMPR, aux efforts de prévention du suicide fait cependant souvent défaut [614] . L'administration pénitentiaire regrette souvent les réticences des soignants à communiquer les informations dont ils disposent, étant donné que la prévention du suicide requiert une prise en charge globale dont le médical ne peut

[610] Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[611] C'est le cas par exemple lorsque suite à un test de dépistage effectué par le CDAG, la sérologie n'est pas communiquée à l'équipe médical de l'UCSA à la demande du détenu et n'est pas classé dans son dossier médical. Cette non-communication de l'information réalisée au nom des principes éthique peut s'avérer un obstacle dans le suivi médical du détenu, notamment pour le VHC. Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

[612] Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

[613] Il existe en France, comme dans les autres pays occidentaux, une sursuicidité en milieu carcéral. Alors que le taux de suicide dans les prisons françaises a été relativement stable autour de 11 à 15 suicides annuels pour 10 000 détenus durant les décennies 1970 et 1980, on observe à partir de 1992 une augmentation sensible et persistante de la mortalité par suicide. Face à cette évolution défavorable, une réflexion a été engagée. Une circulaire du ministre de la justice relative à la prévention des suicides a été diffusée le 29 mai 1998 à l'ensemble des établissements pénitentiaires (Circulaire Justice/DAP n° JUSE9840034C du 29 mai 1998 relative à la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires) . Elle s'articule autour de trois axes principaux : un effort sur l'accueil du détenu ; une action sur le repérage des détenus à risque qui doit faire l'objet d'une prise en charge globale ; un placement en prévention au quartier disciplinaire qui doit rester exceptionnel. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.48.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

pas être exclu. Les critiques de l'administration pénitentiaire sont d'autant plus virulentes à cet égard qu'elle peut subir les conséquences d'un tel refus [615] :

« Il y a des gens qui ont une position très tranchée et c'est absurde. Si vous voulez faire une politique de prévention du suicide, vous êtes obligés de partager des informations […] On met en place une politique d'observation et si le médical n'y participe pas, ça n'a pas de sens! […] On dirait que par rapport à certaines équipes médicales […] que tout ce qu'il se passe en détention ça ne les regarde pas. Moi je trouve ça archaïque comment raisonnement. » [616]

Il semblerait que la réforme de 1994 ait accentué les difficultés de partage de l'information entre le personnel pénitentiaire et le personnel soignant désormais autonome. Les « anciens » médecins apparaissent beaucoup moins intransigeants sur le respect du secret médical, comme en témoigne un psychiatre du SMPR de Lyon : ***« Je ne suis pas au garde-à-vous devant le secret médical comme certains qui en font un élément majeur de droit public en disant que nul ne peut rompre le secret, pas même le malade. C'est une conception qui est défensive et qui conduit à ne jamais partager l'information et à paralyser la communication. Il y a des éléments qui peuvent être connus pour le bien du patient » [617]*** . Les praticiens hospitaliers, caractérisés par une culture du secret médical plus stricte, sont à l'inverse plus réticents à collaborer avec une administration dont ils cherchent à se distinguer. Interrogé au sujet de la nécessité de communiquer aux surveillants les informations utiles à la prise en charge du détenu, un cadre hospitalier estime qu'il n'est possible de transmettre certaines informations sans pour autant enfreindre le secret médical. Il souligne, en revanche, que l'administration pénitentiaire ne transmet pas toujours les informations utiles au personnel médical, qui peut pourtant participer à la prévention du suicide [618] . C'est pour faire face à ces

614 « Les services de santé, qu'il s'agisse des UCSA ou des SMPR ou des secteurs psychiatriques ne jouent pas un rôle moteur dans ce type de démarche […] Dans un autre établissement cependant, c'est l'UCSA qui se refuse à participer à une réflexion pluridisciplinaire sur le suicide. Plus généralement, les personnels médicaux sont apparus assez peu enclins à se saisir par eux même de cette problématique ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.50.

615 C'est le cas par exemple d'un chef d'établissement interpellé par une réquisition judiciaire à propos d'un détenu qui avait tenté de se suicider par absorption médicamenteuse. Le détenu s'est suicidé un an plus tard et une enquête a été ouverte pour comprendre pourquoi le détenu n'avait pas fait l'objet d'une surveillance accrue. Le chef d'établissement, tenu pour responsable, n'avait cependant pas été mis au courant par le service médical. Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

616 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

617 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

618 L'enquêté regrette les réticences de l'administration pénitentiaire à partager les informations dont elle dispose concernant les actes de la vie carcérale du détenu : «Je ne sais pas si la divulgation d'informations va jusqu'à rompre le secret médical mais il est vrai que le passage à l'acte a lieu à certains moments remarquables [...] Ce sont [des] actes de la vie pénitentiaire dont le médecin hospitalier n'a pas connaissance, naturellement... Donc si le personnel pénitentiaire partage cette information avec le médecin hospitalier […] il est possible d'agir. Encore faut-il que le médecin hospitalier soit prévenu ». Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

difficultés de communication qu'une commission de prévention du suicide associant les personnels pénitentiaires et médicaux a été mise en place en 1999 au sein des prisons de Lyon, où la sursuicidité est relativement importante. Celle-ci aurait permis un meilleur partage de l'information dans le repérage des détenus considérés à risque [619] .

Le secret médical est un principe éthique destiné à protéger le patient. Il est cependant empreint en milieu carcéral d'une dimension nouvelle. La réticence des soignants à enfreindre cette règle ne doit peut-être pas tant être considérée comme une position idéologique mais comme une attitude stratégique. Le secret médical serait alors un moyen pour les personnels soignants de se distinguer du milieu dans lequel ils interviennent en affirmant la spécificité de leur statut. Certains membres de l'administration pénitentiaire remarquent dans ce sens que la confidentialité des informations est davantage destinée à protéger les soignants que les détenus. Elle leur offre un espace réservé au sein de la détention, échappant ainsi aux règles de fonctionnement du milieu carcéral. De la même façon que la mise en avant des règles de sécurité par le personnel pénitentiaire constitue une opportunité pour affirmer leur identité professionnelle, le recours au secret médical permet de faire reconnaître la spécificité des soignants. Le secret médical en prison est dès lors davantage un principe de distinction qu'un principe éthique. Une prise en charge efficace des détenus nécessite néanmoins une évolution de la position stricte de certains hospitaliers face aux spécificités du milieu carcéral :

« De toute façon, le secret médical ou professionnel, il est par rapport à l'intérêt de la personne et pas par rapport à la protection du soignant. Et très souvent, ils le mettent en avant par rapport à la protection de leur profession.» [620]

Les préceptes de l'éthique médicale ne sont pas toujours applicables tels quels en milieu carcéral. Les soignants sont alors contraints, s'ils veulent effectuer leur mission de soin, d'adapter ces principes aux contraintes propres à la prison. D'autres refusent au nom de leur statut et du Code de déontologie de commettre la moindre entorse à ces normes, au détriment du patient. C'est le cas par exemple de certains soignants pour lesquels le respect d'une démarche éthique constituerait un moyen de se protéger face au règlement de l'administration pénitentiaire [621] . C'est également le cas de médecins qui refusent

619 La mise sous surveillance spéciale d'un détenu donne lieu à un tour de ronde supplémentaire pendant la nuit ainsi qu'à un suivi médico-social privilégié. Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

620 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

621 C'est par exemple le cas d'un médecin ayant refusé d'intervenir d'urgence dans le cadre d'une Interruption volontaire de grossesse, au nom de l'éthique médicale, afin de ne pas enfreindre le règlement de l'administration pénitentiaire, flou sur cette question : « C'est l'exemple du crétin légaliste face à une femme qui veut faire une interruption volontaire de grossesse d'urgence. Autrefois, il n'y aurait jamais eu aucun problème […] Cet aimable crétin a commencé au lieu d'appeler un de ses confrères qui avait quelques années d'expérience, à consulter le Comité national consultatif d'éthique […] Le temps que ça redescende, il était beaucoup trop tard pour que cette pauvre femme avorte et elle a été contrainte de garder son enfant. J'ai entendu cette personne pérorer après dans les congrès de médecine légale, en présentant sa "démarche", en disant "Voilà ma démarche que je voulais éthique". Il y a des choses qui nous, vieux pénitentiaires, nous ont irrité ». Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

d'assurer les soins en détention, considérant l'infirmerie comme le seul lieu adapté à la prestation des soins [622] . Cette attitude est souvent très mal perçue de la part de l'administration pénitentiaire qui regrette les réticences du personnel soignant à intervenir en cellule :

« J'étais très frappée par une réflexion d'une infirmière qui m'a dit "Moi, je ne vais pas en cellule car je pense que ça n'est pas un lieu de soins" […] Les soignants ne vont jamais en détention, ils ne vont pas voir les personnes dans leur environnement. Ça me paraît nécessaire à la prise en charge de la personne.» [623]

Le repli de certains soignants sur l'infirmerie traduirait de même la volonté de s'autonomiser du reste de la détention, affirmant ainsi un statut spécifique [624] . Le même problème apparaît de manière plus fréquente vis-à-vis du principe du consentement au soin que l'éthique médicale impose à tous les soignants. C'est au nom de cette norme que les détenus, notamment toxicomanes, sont considérés par les soignants comme libres d'entreprendre une thérapie ou de la refuser. Cette attitude est également très mal perçue de la part des surveillants qui ne comprennent pas toujours le sens de la démarche médicale qu'adopte l'équipe soignante, amplifiant ainsi l'incompréhension entre les personnels [625] . La règle du consentement au soin a des conséquences plus graves lorsqu'elle est invoquée par les personnels sanitaires pour justifier leur refus d'intervenir auprès d'un détenu qui n'en fait pas la demande. Malgré certaines procédures spécifiques précisées dans le Code de procédure pénale [626] , il revient à la libre appréciation du médecin de juger de l'opportunité des soins. Le principe du consentement, adapté pour un exercice de la médecine en milieu libre, est cependant nettement plus délicat en prison, où les personnes ne disposent pas toujours de leur libre-arbitre. Ce problème est

622 C'est ainsi que le docteur Pedech rattaché à l'UCSA du centre pénitentiaire de Lorient justifiait sa position : «Tout examen médical de qualité doit pouvoir être effectué dans les locaux de l'UCSA, seuls lieux permettant d'effectuer un examen complet respectant cette confidentialité et offrant au détenu la possibilité de s'exprimer et d'être entendu […] Pourquoi en serait-il autrement d'un acte médical comme les consultations, alors que la loi du 18 janvier 1994 prévoit que tous les détenus puissent bénéficier de soins médicaux d'une qualité équivalente à celle des personnes libres? » Pedech A., Le médecin face au régime disciplinaire en prison, décembre 1999.

623 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

624 C'est ainsi que Marie-Hélène Lechien remarque que les conflits entre les personnels sanitaires et pénitentiaires sont souvent des conflits de territoire, aux sens propres et métaphoriques du terme. Les nouveaux soignants arrivés après 1994 s'efforcent ainsi de constituer un territoire professionnel propre par la mise à l'écart des surveillants de l'infirmerie. Lechien Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », *art.cit.,* p. 17.

625 « Par exemple, surtout pour le SMPR, il y a certains détenu qui participent à des groupes concernant l'alcool ou la drogue. Le contrat passé est de dire qu'on ne les oblige pas. Les surveillants du bâtiment d'où les détenus viennent ne comprennent pas, ils disent "Mais ils doivent venir. Pourquoi ne viennent-t-ils pas?. Le SMPR ne les prend même pas en charge" [...] Ils pensent que c'est un règlement mais se soigner n'est pas un règlement ». Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

626 Si l'état de santé du détenu s'altère gravement lors d'une grève de la faim, le détenu peut alors être soigné sans son consentement sur décision et sous surveillance médicale. Article D.364, Code de procédure pénale.

d'autant plus grave en matière de troubles psychiatriques en cas de crise d'un détenu en quartier de détention [627] . Le responsable du SMPR de Lyon s'oppose à la position de ses collègues qui s'abriteraient derrière le principe du consentement au soin en évitant d'intervenir, notamment afin de limiter leur responsabilité en cas de plainte : ***« Ça permet actuellement à des médecins de dire "Moi je ne bouge pas parce que le patient ne consent pas aux soins" […] Actuellement, on voit dans beaucoup de prisons, des médecins qui sont campés là-dessus, comme la loi du 4 mars 2002 le leur demande, et qui s'intéressent exclusivement à ce que le détenu leur demande »*** [628] . A l'inverse, le mode de fonctionnement du SMPR de Lyon, qui n'hésite pas à intervenir en considérant que ***« le consentement n'a de valeur que si le détenu est capable de le donner »*** [629] , est jugé très « sécurisant » par l'administration pénitentiaire, tel que le souligne la directrice des prisons de Lyon. Les principes éthiques des soignants varient cependant fortement d'un service à un autre comme en témoigne la différence entre les prisons de Lyon et un autre établissement:

« Le docteur Lamothe prend les détenus et il gère après et pour la détention c'est très, très sécurisant quelque part […] Parfois, il les médicalise et ça nous a très souvent sauvé quelques situations très compliquées [...] Pour être admis au SMPR de Loos, à l'époque, et je pense que c'est toujours comme ça, il fallait que les détenus demandent leur a admission au SMPR..C'était uniquement comme ça. » [630]

Les réticences du personnel à intervenir dans des cas de figure spécifiques (en détention, sans le consentement du détenu) traduiraient, selon un membre de l'administration pénitentiaire, une ***« position idéologique de protection »*** [631] . Il s'agirait d'un moyen pour le personnel soignant, de même que pour le respect du secret médical, d'affirmer une identité professionnelle et de se démarquer ainsi avec le reste du milieu carcéral. Ces stratégies identitaires peuvent cependant déboucher sur l'incapacité des soignants à s'adapter au milieu carcéral, au détriment des détenus : ***« Certains psy nous disent "Nous, on ne travaille qu'avec le consentement au soin il faut donc que les gens viennent nous voir" et bien ce type-là n'a pas été vu et s'est suicidé et ça pose quand même des questions »*** [632] .

627 Le rapport IGAS-IGSJ de 2001 relève ces difficultés : « Le consentement suppose en effet que la personne ait conservé une capacité suffisante de discernement et de conscience et un minimum de rationalité. Or, par définition, les psychotiques les plus sévèrement atteints, les dépressifs les plus inhibés sont justement ceux qui sont le moins capables de prononcer une adhésion valable tout en étant ceux qui ont le plus besoin de soins. Les soins prodigués en détention reposent ainsi sur un malentendu ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.107.

628 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

629 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

630 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

631 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

632 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

La pratique médicale repose sur un certain nombre de principes éthiques et thérapeutiques qui fondent une démarche de soin. Celle-ci peut cependant s'avérer inadaptée à la prise en charge des détenus. Les consultations en matière psychologique constituent un bon exemple. Les standards classiques de la psychologie font référence à un entretien individuel et volontaire entre le patient et son thérapeute. Les détenus sont cependant souvent réticents à entreprendre une démarche qui nécessite un investissement émotionnel important et un suivi dans le temps. Face à ces difficultés, il semblerait que les positions des équipes médicales divergent considérablement. L'Antenne toxicomanie a par exemple tenté de s'adapter à ces difficultés en mettant en place un groupe de sophrologie qui est désormais proposée aux détenus réticents à initier une thérapie duelle. D'autres activités plus accessibles aux détenus souffrants, tels que des groupes d'écriture, ont été mises en place au cours des dix dernières années afin d'adapter l'offre thérapeutique aux besoins réels des détenus : ***« On travaille beaucoup sur les comportements et on s'est rendu compte des spécificités du milieu carcéral. Donc on a souhaité donner aux détenus quelque chose qui puisse leur servire à tout moment »*** [633] . D'autres équipes médicales semblent en revanche beaucoup plus réticentes à développer ces outils qui sont considérés comme ne relevant pas d'une démarche de soin classique. Il est difficile de savoir dans quel sens la réforme de 1994 fera évoluer les choses mais il semblerait que le personnel hospitalier ne soit pas familier avec ce type de démarche de soin [634] :

« L'idée de la loi c'est pour essayer de mettre en place des outils diversifiés et en matière psy, il y a des équipes qui le font car il y a une prise en charge collective avec des groupes de paroles […] J'ai une équipe psy archaïque qui ne démord pas de sa conception alors que j'ai un établissement pour peine où il y a des actions de groupe. » [635]

La loi du 18 janvier 1994 a considérablement affecté les relations entre les acteurs sanitaires et pénitentiaires. L'autonomie statutaire conférée aux soignants a renforcé, dans un premier temps en tout cas, le cloisonnement des personnels en dressant une délimitation nette entre les activités de soin et de garde. Le système d'opposition entre soignants et surveillants s'en est trouvé renforcé, chacun se recentrant sur ses compétences propres. Le renouveau de l'éthique soignante en milieu carcéral, désormais plus proche des standards classiques de la pratique médicale, doit ainsi être considérée comme un marqueur identitaire important du statut de soignant. Les personnels sanitaires, désormais reconnu en tant que tels, disposent d'une autonomie, qu'est venue renforcer l'arrivée de personnels hospitaliers. Il semblerait que ceux-ci n'échappent pas

[633] Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

[634] Le fait que l'Antenne toxicomanie aient développé de nouvelles démarches thérapeutiques n'est d'ailleurs par fortuit. Cela est à mettre en lien avec le fonctionnement spécifique de l'Antenne qui ressemble beaucoup plus à un modèle associatif qu'hospitalier : « On un mode de fonctionnement qui nous a permis d'être très créatifs et de créer par exemple à l'Antenne toxicomanie à Lyon de nombreux dispositif nouveaux. Ça vient de notre statut particulier qui fait qu'on a un fonctionnement très différent, qui est beaucoup plus proche du schéma associatif ». Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

[635] Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

pour autant aux contraintes de l'institution pénitentiaire qui s'imposent aussi bien aux personnels de surveillance que sanitaires. L'autonomie statutaire des soignants n'implique pas pour autant une autonomie fonctionnelle. La prise en charge des détenus est un acte global qui implique la participation de l'ensemble des professionnels intervenant en détention. La tentative d'établir une prise en charge strictement sanitaire, à l'image de celle qui a lieu en milieu libre va ainsi déboucher sur de nombreuses contradictions.

CHAPITRE 4 : UNE PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS INCONCILIABLE AVEC LES EXIGENCES CARCERALES

La loi du 18 janvier 1994 visait à assurer une prise en charge des détenus similaire à celle de n'importe quel autre patient, dans laquelle les critères de santé publique seraient toujours prépondérants sur les exigences de sécurité propres à la logique carcérale. La prison, « institution totale », répond cependant à des règles de fonctionnement qui peuvent se heurter à la démarche thérapeutique des soignants. Celle-ci suppose une prise en charge globale à travers laquelle le statut de patient prime constamment sur celui de détenu. La contradiction entre les réquisits soignants et les spécificités du milieu carcéral vont être particulièrement visibles à travers certains moments, tels que les transferts ou les hospitalisations, ainsi qu'à l'occasion de la lutte contre l'épidémie de Sida, face à laquelle la politique de santé publique qui a permis de mettre fin à ce fléau va révéler de nombreuses contradictions.

1 L'accentuation des rapports d'opposition et de concurrence

La médecine pénitentiaire se caractérisait auparavant par un émiettement très important : les différents soignants se juxtaposaient sans qu'aucun lien n'existe entre eux. Les personnels médicaux demeuraient en outre soumis à l'administration pénitentiaire en raison de leur subordination statutaire à l'établissement dans lequel ils intervenaient. La réforme de 1994 en France et de 1999 en Italie ont profondément bouleversé l'organisation des soins auprès des détenus en permettant la reconnaissance d'une autorité sanitaire autonome. Cette modification était censée permettre une homogénéisation et une coordination des soignants, d'une part, et le meilleur respect du principe de soin sur le principe de garde lors de la prise en charge du patient-détenu, d'autre part. L'intégration du nouveau dispositif de prise en charge au sein de l'ancien système est toutefois problématique en raison de la logique de concurrence qui s'établit parfois entre les soignants.

1.1 La fragmentation du nouveau dispositif sanitaire

La réforme de l'organisation des soins ne fait pas, en France ou en Italie, table rase de

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

l'ancien dispositif mais inaugure l'intervention de nouveaux soignants au côté du personnel qui y travaillait auparavant, aboutissant souvent à une dualité de la prise en charge. C'est ainsi qu'en France les personnels hospitaliers, qui ont la responsabilité du soin somatique, juxtaposent le personnel des équipes psychiatriques. De même en Italie, où les soignants des services de soin aux toxicomanes (Sert) coexistent désormais, en l'absence d'un transfert de l'intégralité du personnel au ministère de la Santé, avec les médecins pénitentiaires de l'ancien dispositif. L'arrivée d'une nouveaux intervenants est dès lors souvent perçue par les précédents soignants comme une intrusion sur leur territoire.

1.1.a Un rapport conflictuel entre le somatique et le psychiatrique au sein des prisons françaises

La prise en charge des détenus dépend depuis la réforme de 1994 de deux structures distinctes : les UCSA pour le somatique et les SMPR pour les problèmes de psychiatrie [636] . Bien que leur champ de compétence soit distinct, les problèmes de santé en milieu carcéral sont complexes et nécessitent souvent une double intervention du somatique et du psychiatrique [637] . L'appartenance des soignants de l'UCSA et du SMPR à la fonction publique hospitalière, qui partage une culture commune, devait faciliter la collaboration entre les deux personnels, ce qui semble être le cas comme en témoigne le responsable du SMPR : ***« Ça a provoqué un énorme changement. Tout d'abord parce que tout le monde à la culture hospitalière. Médecins et infirmières, tout le monde est passé dans le giron de l'hôpital et donc tout le monde étant hospitaliers, les personnels ont la même logique »*** [638] . Pourtant, la transmission d'informations entre les deux services est, la plupart du temps, défaillante. L'existence de véritables dossiers médicaux communs ou de réunions entre le SMPR et l'UCSA est, comme le remarque un rapport IGAS-IGSJ, très peu répandue [639] . L'absence de concertation entre les équipes somatiques et psychiatriques est préjudiciable à une prise en charge globale des patients et peut être à l'origine de nombreux problèmes tels que la non distribution des médicaments, l'absence de continuité des soins ou encore des interférences médicamenteuses [640] . Cela ne semble toutefois pas le cas des prisons de Lyon où la

636 Les SMPR sont des extensions de la médecine psychiatrique au niveau pénitentiaire. Le service de Lyon dépend de l'hôpital de Vinatier. Les établissements psychiatriques sont des établissements départementaux et non pas communaux comme pour la médecine somatique. Ils relèvent donc du conseil général mais le personnel relève de la fonction publique hospitalière.

637 Un cadre hospitalier aux Hospices civils de Lyon souligne le lien nécessaire à établir entre les deux structures : « Un détenu qui a avalé une fourchette relève d'une spécialité digestive pour l'extraction de l'objet mais il n'a pas avalé une fourchette par hasard et […] dans ce cas, il y aura une collaboration entre le SMPR, l'UCSA et l'administration pénitentiaire ». Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

638 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

639 «Il n'existe pas de véritables staffs médicaux permettant, sur des cas précis de patients, un échange d'informations entre les personnels médicaux. Les réunions communes sont rares, et rarement porteuses de projet commun ». IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.44.

collaboration entre les deux services est jugée très satisfaisante par un médecin de l'UCSA : ***« À Lyon, ça fonctionne bien. On se voit souvent. On a des réunions. Pour la distribution de médicaments, les infirmières de l'UCSA distribuent les médicaments et même des psychotropes qui sont prescrits par des psychiatres »*** [641] . Un psychiatre considère de même que les médecins somatiques et psychiatriques disposent d'une même mission et travaillent plein collaboration, n'hésitant pas à se relayer dans les traitements prescrits [642] . Il apparaît cependant que l'articulation entre les personnels s'effectue davantage par le biais de relations informelles, le plus souvent téléphoniques, que par la gestion d'un dossier médical insuffisamment utilisé ou des temps de travail communs : ***« Je pense qu'il vaut mieux avoir un système plus souple moins formel, où on se téléphone entre médecins quand il y a un problème »*** [643] . Les réunions communes entre les personnels demeurent rares [644] , et la coordination entre les deux services lyonnais, qui semble satisfaisante, s'effectue davantage par la relation entre leurs dirigeants que par un travail commun entre les équipes soignantes [645] :

« Je sais qu'ils fonctionnent tous les deux de façon autonome, il n'y a pas de dossier médical commun […] Ce qui fait que l'articulation à travers le dossier médical n'est pas terrible [….] Il n'y a pas non plus vraiment de temps commun, ce sont surtout des rencontres informelles.» [646]

Les difficultés de coordination des deux personnels sont parfois accentuées dans certains

640 C'est par exemple le cas sur plusieurs établissements de la région Rhône-Alpes comme le souligne une responsable de l'administration pénitentiaire : « Ça pose des problèmes au niveau de l'organisation du service infirmier en milieu carcéral parce qu'il y a des hôpitaux psy qui refusent que leurs infirmières participent, par exemple, à la distribution des médicaments et ils préfèrent les cantonner sur une tâche et sur un rôle uniquement d'entretien. […] J'ai un site où, du fait qu'il y a un conflit entre les deux hôpitaux sur ce point-là […] et donc l'ouverture de l'UCSA est réduite ». Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

641 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

642 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

643 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

644 La seule réunion commune entre les deux services a lieu de façon annuelle à l'occasion de la présentation des bilans d'activités des UCSA de Lyon à laquelle sont présents la plupart des représentants des personnels intervenant en prison. Cette réunion témoigne pour un cadre hospitalier de la bonne collaboration entre les deux services. Elle est en revanche présentée par un interviewé comme une « grande messe très solennelle ».

645 Il semblerait que l'entente entre l'UCSA et le SMPR soit facilitée par l'existence d'une culture médicale commune entre leurs dirigeants respectifs qui partagent une double spécialité : la médecine légale et la psychiatrie : « Il se trouve que le professeur Barlet est également psychiatre, même s'il est responsable d'un service de médecine polyvalente. Et je trouve que cela facilite énormément les choses! Donc il faut à la fois des médecins qui soient légistes, qui aient une formation légiste, qui soient habitués aux temps judiciaires et qui savent ce que c'est qu'une procédure judiciaire et d'autre part la capacité à prendre en charge la dimension psychique du détenu est un plus en termes de soins et en termes de coordination des soins ». Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

établissements en raison de la double convention qui existe entre la prison, le Centre hospitalier et le Centre hospitalier psychiatrique. Ce dispositif est souvent nuisible à la collaboration entre les deux services. Faute d'un responsable commun, les prises de position du somatique et du psychiatrique sont parfois divergentes ce qui engendre des blocages dans l'organisation des soins comme c'est le cas pour l'organisation des temps infirmiers ou la distribution des médicaments. Le fonctionnement des établissements pénitentiaires ayant signés une seule convention serait préférable selon la responsable de l'action sanitaire de la Direction régionale des services pénitentiaires :

« Et sur la majorité de nos sites, on a souvent affaire à deux hôpitaux. Et c'est quelque chose qui demande à être clarifié davantage par la loi car ça soulève des questions par exemple au niveau de la responsabilité […] Donc, c'est très gênant au niveau de la mise en place des politiques car on sent bien encore que entre le secteur psychiatrique et le secteur somatique, il y a une séparation […] On a deux ou trois sites où on n'a qu'un seul hôpital avec lequel on travaille et c'est beaucoup plus facile parce que le service de médecine pénitentiaire est rattaché à un seul chef de service. » [647]

La loi du 18 janvier 1994 devait permettre une meilleure collaboration entre les services de médecine somatique et psychiatrique intervenant en prison par la présence d'une culture commune. Il apparaît toutefois que les deux services ont parfois des réticences à travailler ensemble. Ces difficultés s'expliqueraient avant tout par une méfiance réciproque entre les personnels du SMPR et de l'UCSA comme le suggère la mission IGAS-IGSJ qui évoque une « culture du secret » au sujet du maintien de dossiers médicaux séparés [648] . L'arrivée d'un nouveau personnel hospitalier, dont la culture soignante ne coïncide pas avec celle du personnel psychiatrique, a peut-être été à l'origine d'une rivalité entre les deux services. L'absence de démarcation nette entre les troubles somatiques et les troubles psychiatriques serait à l'origine d'une lutte pour la reconnaissance entre les structures à travers laquelle chacun tente de se démarquer [649] . Cette logique de territoire, peu présente auparavant (la médecine pénitentiaire ne disposait pas des moyens en personnels et en équipement dont disposent aujourd'hui les UCSA), aurait été réactivée par la réforme de 1994. Elle demeure cependant beaucoup moins marquée qu'en Italie où la juxtaposition de l'ancienne médecine pénitentiaire et du nouveau dispositif est à l'origine de blocages.

1.1.b Une coupure radicale entre les services soignants italiens

[646] ***Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.***

[647] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[648] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.44.

[649] C'est ce que suggère le rapport IGAS-IGSJ : « Certains SMPR ont pu percevoir l'arrivée des UCSA dans les établissements pénitentiaires comme une forme d'intrusion […] Cette arrivée s'est, de plus, accompagnée d'opérations de rénovation importantes permettant l'installation des UCSA. Aujourd'hui, le contraste est parfois saisissant dans certains établissements, comme à la maison d'arrêt de la Santé ou à celle de Rennes, entre les locaux de l'UCSA et ceux du SMPR. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.44.

La réforme italienne de 1999 a permis l'émergence en milieu carcéral des premières structures sanitaires non-pénitentiaires qui sont rattachées au *Servizio sanitario nazionale* par le biais des ASL. La coopération entre les différents personnels apparaît extrêmement faible en Italie vis-à-vis de la situation française. La gestion du dossier médical pose de nombreux problèmes. Un médecin de Rebbibia remarque que le dossier est toujours double, souvent triple et parfois quadruple et que l'échange d'information avec les médecins relevant de l'administration pénitentiaire est quasi-inexistant [650] . La gestion du dossier médical est en revanche moins problématique à Regina-Coeli où le personnel du Sert remplit indifféremment les deux dossiers (pénitentiaire et Sert) afin d'assurer la continuité de la prise en charge entre les deux équipes [651] . Le principal problème demeure cependant la transmission du dossier médical en cas de transfert d'une prison à une autre : ***« Le problème c'est qu'un détenu qui est transféré de Regina Coeli à Rebbibia comme cela arrive fréquemment ne porte avec lui son dossier médical. Parce qu'il s'agit de deux personnels différents».*** [652]

Les contacts entre les personnels soignants sont en outre très peu développés. A Rebbibia, des réunions se déroulent de façon mensuelle entre les psychologues de l'administration pénitentiaire et les psychologues du Sert. Il ne s'agit toutefois pas d'un groupe de travail proprement dit mais seulement d'une réunion afin de répartir le suivi des détenus entre tous les psychologues [653] . Les relations entre médecins sont en revanche inexistantes, voire très hostiles. C'est le cas par exemple à Regina Coeli depuis de l'intervention du Sert il y a deux ans à l'occasion de laquelle un conflit s'est engagé entre médecins au sujet du contrôle des thérapies, chacun tentant de s'attribuer le monopole des prescriptions médicales :

« Nous avons reçu beaucoup de pressions de la part des médecins pénitentiaires et la bataille fut longue. Comme ce sont eux qui distribuent les traitements que nous prescrivons concernant les thérapies psychiatriques comme les antidépresseurs, ils demeurent les autorités suprêmes de chaque section pénitentiaire. Ils peuvent nous donner des indications dans les traitements à prescrire et si les traitements ne leur convenaient pas alors ils les supprimaient et mettaient fin eux-mêmes à la thérapie […] Nous sommes parvenus à faire admettre que nous étions complètement libres de choisir la thérapie qui nous semblait la plus adaptée en matière psychiatrique et que les médecins pénitentiaires de section ne peuvent prescrire que les médicaments de médecine générale. » [654]

650 « L'administration pénitentiaire gère un calendrier clinique, c'est un récapitulatif de tous les examens passés par le détenu depuis son incarcération. C'est un document qui le suit en cas de transfert d'un établissement à un autre. Mais nous avons beaucoup de difficultés pour y accéder car l'administration pénitentiaire refuse souvent au prétexte que nous avons nous aussi un dossier médical. » Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

651 Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...

652 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

653 Entretien n°31, Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia.

Enfin, il semblerait que la collaboration soit assez faible entre les Serts eux-mêmes. Ceci est le cas pour le Sert de Rebbibia qui constitue une structure autonome mais aussi pour le Sert de Regina Coeli notamment en raison de l'absence de cadres dirigeants pouvant assurer la coordination entre les deux structures, comme le souligne son responsable : ***« Le personnel est vraiment coupé entre les deux Sert et il y a assez peu d'échanges. Nous avons vraiment des problèmes à établir le lien entre le Sert situé dans Regina Coeli et le Sert situé à l'extérieur»*** [655] . Le fait que le Sert de Rebbibia soit interne à la prison semble en revanche faciliter les relations entre les soignants et les acteurs soignants extérieurs. C'est le cas par exemple pour les communautés thérapeutiques ou encore pour les services sanitaires publics extérieurs tel que le bureau d'action « Sida » de la ville de Rome. Le Sert joue alors un rôle d'interface avec l'institution carcérale qui n'existait pas auparavant.

« C'est beaucoup plus difficile de travailler avec Regina Coeli. Et on se trouve beaucoup mieux pour travailler avec Rebbibia car là bas le Sert est beaucoup plus actif.» [656] ***« Les relations sont pour nous beaucoup plus facile avec Rebbibia que Regina Coeli car le Sert de Rebbibia nous sert d'interface dans nos relations avec la prison. Nous avons pour ainsi dire des rapports privilégiés. Tandis qu'à Regina Coeli, le fait que le Sert soit externe à la prison ne facilite pas les rapports. »*** [657]

La réforme de la médecine pénitentiaire avait pour but d'apporter davantage de cohérence à la prise en charge des détenus en unifiant le dispositif sanitaire. La mise en place d'une collaboration entre les équipes somatiques et psychiatriques demeure toutefois difficile en raison de la logique de concurrence qui s'est parfois établi entre elles. Chaque groupe tend à se replier sur ses prérogatives respectives restreignant toute possibilité de discussion et de partenariat. L'externalisation de la fonction sanitaire laisse irrésolues les questions relatives aux modalités de coordination et de coopération nécessaire à établir entre les différents professionnels convoqués autour de la question de la santé de la population carcérale. Dominique Lhuilier remarque que « la mise en place de la réforme pourrait, comme l'a été en son temps l'introduction de la mission de réinsertion, donner lieu à des juxtapositions de différents services et catégories professionnels travaillant sans lien fonctionnel entre eux» [658] . L'un des défis de la réforme de 1994 est dès lors de coordonner efficacement l'ensemble de l'action sanitaire en milieu carcéral.

1.1.c Une coordination sanitaire insuffisante

[654] ***Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...***

[655] ***Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...***

[656] ***Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome.***

[657] ***Entretien n°27, Anna-Maria Pisacone, responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome.***

658 Dominique Lhuilier, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », La lettre de l'espace éthique, n°12 -13 -14, été-automne 2000, pp.34-38.

La loi du 18 janvier 1994 attribue un rôle crucial aux autorités de tutelle sanitaires, DDASS et DRASS, dans l'application des protocoles hôpital-prison et la coordination entre, d'une part, les administrations pénitentiaires et sanitaires et, d'autre part, les structures sanitaires elles-mêmes. Cette fonction est attribuée en particulier aux DRASS qui effectuent une coordination entre les UCSA. Celle-ci concerne cependant surtout la répartition des budgets au sein de l'Agence régionale d'hospitalisation et demeure marginale en matière de coopération. Une première réunion entre les personnels des UCSA a néanmoins été réalisée en 2003 au niveau régional [659] . Elle fut l'occasion pour les différents praticiens d'échanger des informations sur les problèmes rencontrés et de développer ainsi une meilleure connaissance des autres sites : ***« Je pense que ce dont souffrent les intervenants en UCSA, c'est un manque d'échange entre eux […] Et je souhaiterais qu'il y ait des questions d'organisation du service qui soient le thème de ces réunions »*** [660] . La mission de coordination attribuée aux autorités sanitaires s'avère cependant insuffisamment accomplie sur les prisons de Lyon. Elle ne constitue tout d'abord qu'une faible partie du temps de travail des médecins chargés de ce dossier. Le médecin-inspecteur de la DDASS du Rhône, qui est également en charge de la psychiatrie et chef de son service, regrette ne pouvoir y consacrer que 5 % de son temps tandis qu'elle remarque que le poste n'est souvent pas attribué au sein des autres départements : ***« Mais il faut dire que c'est un petit sujet par rapport à nos préoccupations. Il y a même des départements où il n'y a pas de médecin inspecteur qui s'en occupe. Ou alors vraiment au lance-pierre. Et c'est un peu toujours la dernière des priorités »*** [661] . C'est également le cas du médecin de la DRASS Rhône-Alpes qui reconnaît que la coordination de l'action sanitaire en prison ne représente pas sa principale tâche : ***« Cette activité n'est pas chiffrée dans ma fiche de poste et elle est donc laissée à ma libre appréciation. Or, c'est vrai que j'ai d'autres missions comme le suivi régional du programme de santé alcool, le suivi des problèmes liés à l'interruption volontaire de grossesse […] Je pense que ça doit occuper moins de 10 % de mon emploi du temps »*** [662] . La médecine en milieu pénitentiaire, confiée aux autorités sanitaires, ne semble pas constituer une priorité pour les personnels DASS et des DRASS. C'est également le sentiment d'un cadre de l'administration pénitentiaire qui déplore le manque d'implication des services sanitaires déconcentrés et l'absence d'un interlocuteur unique :

« Très souvent, il y a des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS qui ne connaissent pas la loi de 1994 […] Pour la DDASS, la santé en milieu carcéral est vraiment très souvent sur un coin de bureau […] On manque d'un interlocuteur unique avec une vision globale sur l'ensemble de la santé en milieu

659 Invité par Claire Cellier, j'ai pu assister à cette réunion qui s'est tenue dans les locaux de la DRASS Rhône-Alpes le 19 mai 2003.

660 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

661 Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

662 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

carcéral. […] Dans les DDASS où les DRASS, tout est séparé. Donc il n'y a personne qui ait une lecture globale.» [663]

Le manque d'investissement, la structuration particulière des organigrammes des autorités sanitaires déconcentrées [664] et l'absence de collaboration entre les DDASS elles-mêmes [665] rendent difficile une approche globale des problèmes de santé en milieu carcéral. Le rôle joué par l'ARH ou la direction des Hospices civils de Lyon semble également insuffisante. L'absence de coordination se traduirait par une mauvaise circulation de l'information entre les équipes médicales des UCSA. Celles-ci sont souvent tenus à l'écart des modifications de la législation rendant ainsi impossible la mise en place d'une politique de santé au niveau national. L'administration pénitentiaire serait contrainte de se substituer au rôle des autorités sanitaires ou de la direction hospitalière en transmettant l'information à leur place. Ce problème traduit avant tout l'émiettement des UCSA, insuffisamment rattachées au reste du système sanitaire, et la différence structurelle importante qui existe entre l'organisation pénitentiaire très hiérarchisée et le dispositif de santé implanté en milieu carcéral qui demeure fragmenté :

« Nous dans l'administration pénitentiaire, on est très hiérarchisé […] Donc si vous voulez, chez nous, l'information redescend et remonte assez vite. Côté direction hospitalière […] l'information circule très mal […] Il y a pourtant eu une circulaire interministérielle sur la prévention du suicide en milieu carcéral. Combien de praticiens exerçant dans les UCSA l'ont reçue par leurs propres institutions ? C'est nous qui donnons les circulaires et qui sont pourtant des circulaires Santé et Justice. » [666]

La réforme de 1994 aurait du faciliter la coordination entre les équipes médicales des

[663] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[664] L'attribution des dossiers entre médecins inspecteurs s'effectue selon un double critère géographique et de secteur d'activité qui constitue un obstacle dans la prise en charge globale de la santé en milieu carcéral. La séparation entre le somatique et le psychiatrique empêche souvent qu'il y ait un seul médecin-inspecteur qui soit responsable de la visite des UCSA et du SMPR sur un même établissement, bien que ce ne soit pas le cas dans le Rhône. En outre certains établissements, comme Saint Quentin Fallaviers qui se situe en Isère mais qui est plus proche de Lyon que de Grenoble, a signé un protocole avec les Hospices civils de Lyon mais dépend du médecin-inspecteur de l'Isère. Le découpage administration des autorités sanitaires et le schéma fonctionnel de la médecine pénitentiaire ne se recoupent donc pas. Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

[665] La coordination entre les différents médecins-inspecteurs des DDASS semble difficile à réaliser en raison des relations de concurrence qui peuvent parfois s'exercer entre eux. Ce fut le cas par exemple lors d'une réunion organisée dans la Région Rhône-Alpes entre les différents médecins-inspecteurs afin de prioriser le budget accordé aux actions sanitaires en milieu carcéral préalablement à l'arbitrage de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH). Le médecin inspecteur qui fut à l'initiative de cette idée considère cependant qu'il s'agissait d'un échec : « Et en fait ça n'a pas bien marché. Parce que d'une part il y a le jeu que chacun défend un peu son truc et a du mal à reconnaître que l'autre peut avoir une priorité qui passe avant. Donc c'était un peu quelque chose de marchand de tapis. D'autant plus que les médecins inspecteurs sont d'abord des médecins. Ils ont une vision quand même assez individuelle des choses. Je pense qu'on aurait pas été médecins inspecteurs, les choses auraient mieux fonctionnées ». Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

[666] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

UCSA, permettant ainsi aux personnels hospitaliers de promouvoir une culture médicale en milieu pénitentiaire qui leur soit spécifique. Cet objectif semble toutefois difficile à atteindre [667]. Des problèmes similaires existent en Italie où la collaboration entre les Serts reste marginale [668]. Une seconde coupure existe cependant à Rome entre les services de soin aux toxicomanes intervenant en prison, qui seront à terme responsables de l'ensemble de la prise en charge de la santé en milieu carcéral, et le reste des autres intervenants. C'est le cas par exemple avec les services territoriaux municipaux ou les communautés thérapeutiques et les associations qui ont une place essentielle en Italie. Cette seconde coupure s'explique peut-être par la difficulté persistante « à faire dialoguer un organisme public avec un organisme privé » [669]. Une expérience intéressante de coordination entre les services sanitaires a en revanche été réalisée par la ville de Rome. Pour répondre à l'absence de politique de l'*Assessorato* aux services sociaux [670], le conseil municipal a institué un organisme spécifique : la *Consulta penitenziaria*. L'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome est, comme l'explique son président, un instrument à vocation consultatif dont s'est doté la municipalité il y a trois ans et qui est composé de 80 organisations qui sont pour la plupart présentes au niveau national. La *Consulta* intervient dans plusieurs domaines, dont la santé, et permet aux différents intervenants (associatifs, publics, communautés thérapeutiques) de se rencontrer afin de mieux travailler ensemble [671] :

« On s'est rendu compte que les interventions en prison sont des interventions temporaires, parcellaires et qui souvent étaient plus basées sur la bonne volonté de quelques associations et pas d'un projet planifié […] Il s'agit de projeter des interventions à partir de cette analyse des besoins de manière à ce que les fonds des institutions locales, communes, provincie et régions, investissent sur la prison soient programmés. » [672]

La réforme de la santé en milieu carcéral devait apporter une cohérence de la prise en charge des détenus qui faisait auparavant défaut à la médecine pénitentiaire. Il semblerait

667 On peut espérer que la mise en place d'un Congrès national des UCSA facilitera peut-être la formation de cette culture commune.

668 Ce manque de collaboration s'expliquerait peut-être par l'absence d'une organisation commune entre les différents intervenants appartenant aux Serts : « Il y a une coordination entre les Sert qui existe mais ce sont des coordinations de type syndical ou scientifique. Ce ne sont pas des institutions à proprement parler. À Rome, il y a par exemple ce *FedeSert* ou *FedeSerd* car il y a eu une division. Cette fédération des Serts est quelque chose de culturel ». Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

669 Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

670 L'*Assessore* italien correspond au conseiller municipal français bien qu'il dispose d'une très grande marge d'action et de moyens importants.

671 Un second outil similaire a été développé, davantage axé sur la coordination des services sociaux. Il s'agit du *Piano regolatore sociale*.

672 Entretien n°24, Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome.

toutefois qu'elle ait accentué dans un premier temps l'émiettement du dispositif sanitaire en opposant les anciens intervenants aux nouveaux. L'arrivée de personnels soignants extérieurs au milieu carcéral aurait été perçue comme une intrusion sur le territoire des professionnels de la médecine pénitentiaire. Ce décloisonnement était néanmoins justifié par la nécessité d'améliorer la prise en charge du détenu entre l'intérieur et l'extérieur afin de faciliter la continuité des soins ou les relations avec l'établissement hospitalier. Cette ouverture du dispositif sanitaire va cependant accentuer les difficultés à concilier des exigences souvent contradictoires.

1.2 La prise en charge des détenus ou la conciliation d'exigences contradictoires

L'intervention d'un personnel sanitaire, statutairement autonome de l'administration pénitentiaire, a été perçue comme le moyen d'assurer une prise en charge des détenus équivalente à celle de n'importe quel patient. La vie d'un l'établissement carcéral est cependant soumis à de nombreuses autres exigences qui peuvent parfois aller à l'encontre du soin. Le personnel soignant est alors soumis à une double série d'exigences contradictoires dont la conciliation apparaît impossible.

1.2.a Une continuité des soins problématique

La réforme de 1994 a fait de la continuité des soins l'un de ses enjeux majeurs. Il revient aux UCSA de l'assurer en toutes circonstances : à l'entrée en détention pour les détenus déclarant suivre un traitement ou porteurs de médicaments, à l'occasion d'un transfert avec un nouvel établissement pénitentiaire et au moment de la libération. Malgré la création de véritables équipes médicales hospitalières, la continuité des soins demeure difficile. Les transferts entre établissements pénitentiaires sont souvent l'occasion de conflits ou de frustrations entre le personnel sanitaire et le personnel de surveillance. La difficulté des UCSA à communiquer des informations médicales à l'escorte fait écho aux réticences de l'administration pénitentiaire à informer le personnel soignant sur les transferts [673] . N'apprenant le départ du détenu qu'une fois le fait accompli, le personnel médical est alors contraint d'annuler les soins programmés auparavant [674] . Un rapport IGAS-IGSJ remarque que la pratique des transferts successifs de détenus entre établissements pénitentiaires est généralement dénoncée par les médecins parce qu'elle limite toute prise en charge au long cours, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique [675] . Les transferts sont également à l'origine de problèmes dans le suivi du traitement. Un avis de 1998 du Conseil national du Sida (CNS) intitulé « Traitements à

673 La transmission d'informations à caractère médical sur des patients suivis par les UCSA dans les fiches établies par l'administration pénitentiaire pour organiser le transfert de détenus entre établissements est souvent très partielle, si elle n'est pas totalement absente, comme le rapporte un rapport IGAS-IGSJ, ce qui est mal accepté par l'administration pénitentiaire. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.41.

674 Ce manque de lien entre les personnels sanitaire et pénitentiaire est à l'origine d'un problème de prise en charge aux prisons de Lyon où sur le nombre total de demandes programmées, 20% seulement de prothèses ont été réalisées du fait de la libération ou du transfert des détenus, la mise en place de prothèses ne pouvant se faire que sur un temps long.

l'épreuve de l'interpellation » attirait l'attention sur les lacunes du système judiciaire en matière de continuité des traitements antirétroviraux et de substitution. Il n'est pas rare que dans de telles circonstances, une personne se trouve dans l'impossibilité totale de poursuivre un traitement qui lui a été prescrit ce qui compromet son efficacité [676] . Ceci ne semble en revanche pas le cas pour les prisons de Lyon où la transmission du dossier médical est systématique et permet le suivi du patient [677] .

Au-delà des aspects purement médicaux, il semblerait que les critiques faites par les soignants à l'administration pénitentiaire dans de telles situations témoignent du rapport de conflictualité qui existe entre les deux personnels. Bruno Milly remarque que les transferts constituent une situation critique qui remet en cause l'autonomie les professionnels de santé intervenant en prison [678] . Ces transferts manifestent les contraintes propres au milieu carcéral et rappellent aux soignants la puissance de l'administration pénitentiaire et les limites de leur liberté d'exercice. Les oppositions qui sont révélées à ces occasions traduisent un repli identitaire de chaque personnel sur ses prérogatives respectives. Les soignants disposent d'un monopole de l'information médicale, rarement partagée, tandis que les membres de l'administration pénitentiaire exercent un contrôle sur les actes de la vie judiciaire dont est exclu le personnel sanitaire.

Le second moment critique de la vie pénale d'un détenu qui marque souvent un terme à la prestation des soins est la sortie de prison. Il s'agit pourtant également de l'un des objectifs de la loi du 18 janvier 1994. La mise en place d'une équipe hospitalière ayant des liens étroits avec les structures soignantes situées à l'extérieur devrait permettre une meilleure continuité des soins après la sortie de prison. Il semblerait que la réforme de 1994 ait en partie permis de rejoindre cet objectif. La continuité des soins en matière de traitement de substitution ou d'antrirétroviraux semble le plus souvent respectée mis à part lors de réticences du patient [679] : ***« Le problème c'est quand les gens ne veulent pas donner le nom de leur médecin traitant car ils veulent pas qu'on sache qu'ils ont été en prison […] Il n'y a pas de possibilité de suivi »*** [680] .

675 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.42.

676 Le rapport du CNS remarque qu'un « mauvais suivi des traitements peut mettre en péril leur efficacité et la santé du patient, et peut constituer d'autre part des risques en termes de santé publique en favorisant notamment l'émergence de virus mutants résistants ». Conseil national du Sida**,** Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation. Le Suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention **,** 1998, p.1.

677 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

678 Milly Bruno, Soigner en prison, *op.cit.,* p.125

679 La revue *Transversal* affirme pourtant l'inverse de manière générale en France à propose de la continuité des traitements antirétroviraux : « La plupart des détenus séropositifs connaissent des situations socio-économiques de grande précarité. Aussi, si certains ont pu bénéficier de soins en prison dont ils ne profitaient pas avant, ils se retrouvent à leur sortie aussi démunis qu'à leur arrivée ». Viaud Frédérique, « La santé entravée », Transversal, 06-07-08/2002, pp.9-11.

680 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

Toutefois, certains problèmes relationnels entre l'administration pénitentiaire, notamment les SPIP qui ont la responsabilité du suivi et de la réinsertion du détenu, et le personnel médical qui est parfois informé trop tardivement de la sortie d'un détenu compromettent le suivi thérapeutique [681] . En outre, même si le suivi des soins initiés se poursuit, la continuité d'une prise en charge globale est en revanche plus difficile à réaliser. La volonté de rompre l'expérience carcérale constitue souvent un obstacle comme c'est le cas notamment en matière de suivi psychologique : ***« Il y a des gens que je suivais très régulièrement et je me disais : 'tiens j'ai un pôle de consultation en ville et donc on va pouvoir poursuivre'. Mais non ! Le dedans, c'est le dedans. Le dehors, c'est le dehors »*** [682] . Soucieux de rompre avec leur passé carcéral, les détenus sont réticents à être suivis par les mêmes soignants. La réforme de 1994 qui prévoyait un suivi par le biais du système hospitalier semble peu approprié en raison de la méfiance qu'ont les détenus à l'égard des administrations qui rend difficile leur prise en charge par le service public hospitalier. Les associations semblent en revanche beaucoup plus adaptées pour le suivi de personnes socialement et psychologiquement fragilisées :

« Les détenus sont tellement fragilisés quand ils sortent, ils se laissent beaucoup prendre en charge par le milieu associatif et c'est là que tout se passe. Ils n'ont pas trop envie de fréquenter les administrations.» [683]

La réforme de 1994 était censée favoriser la coexistence d'une logique de soin avec les contraintes de la vie carcérale et permettre ainsi une meilleure continuité thérapeutique. Elle semble à l'inverse avoir contribué à accentuer le système d'opposition entre le soin et la garde. Celui-ci est particulièrement manifeste à l'occasion des extractions médicales qui sont l'objet d'arbitrages entre les exigences hospitalières et pénitentiaires que doit concilier le personnel sanitaire intervenant en prison.

1.2.b Les extractions médicales : un système de contraintes inconciliable

Les transferts des détenus vers l'hôpital, appelés « extractions médicales », constituent une procédure difficile à mettre en oeuvre car ils nécessitent la coordination de trois administrations différentes : celles de l'établissement pénitentiaire, de l'hôpital et du personnel soignant. Les extractions ont ainsi toujours donné lieu à des rivalités entre les personnels pénitentiaires et médicaux. En adoptant la réforme de 1994, le législateur pensait résoudre le problème des extractions médicales. L'amélioration de la qualité des soins fournis en milieu carcéral aurait permis, comme le pensait le Haut comité national en santé publique en 1993, de réduire les transferts vers les hôpitaux [684] . Le résultat de la réforme fut cependant inverse puisque le nombre d'extractions médicales n'a pas cessé

681 Olivier Obrecht, responsable de l'UCSA de la prison de Fleury, remarque que 30 % des sortants de Fleury, ne sont connus comme sortant que le jour même. Obrecht Olivier, "La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques ", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,* p.243.

682 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

683 L'enquêté évoque à cet égard une convention qui a été signée par les HCL avec une association afin d'assurer la continuité des vaccins des détenus lors de leur libération. Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

d'augmenter depuis [685] . Le recours à un plateau technique plus développé aurait engendré une augmentation prévisible des transferts vers l'hôpital, l'offre créant la demande [686] . Cette augmentation est le plus souvent mal perçue de la part de l'administration pénitentiaire qui considère que l'UCSA ne gère pas suffisamment les soins des détenus et développerait une vision « luxueuse» de leur santé en recourant de façon excessive à l'hôpital [687] :

« La loi avait au départ pour objectif de réduire les extractions médicales et de réduire les sorties de détenus […] Or ça n'est pas ce qui s'est passé puisqu'on a assisté à une explosion des extractions médicales […] L'offre créée la demande, comme à l'extérieur, donc on a beaucoup d'extractions médicales. Ce qui a des répercussions sur notre fonctionnement. » [688]

La loi de 1994 ne semble pas avoir amélioré à court terme les conditions de consultation en milieu hospitalier puisque le nombre de demandes est en augmentation constante tandis que les hôpitaux demeurent réticents à recevoir dans leurs services des patients détenus qui font souvent mauvaise impression aux autres patients, provoquant ainsi un allongement des délais d'attente [689] . Ces difficultés ont mis le problème des extractions médicales au premier plan. En cas d'impossibilité d'organiser un transfert vers l'hôpital, qui ne propose que des plages horaires réduites pour les détenus, la consultation est alors annulée, ce qui est ressenti par le service hospitalier comme une gêne supplémentaire. Les extractions médicales donnent souvent lieu à des affrontements ouverts entre personnels. A ces problèmes d'organisation, s'ajoute un problème de compétence entre l'administration pénitentiaire et les services de police ou de gendarmerie qui rend difficile l'organisation des escortes ce qui perturbe le fonctionnement des extractions : ***« Quand il n'y a pas d'escorte suffisante car il n'y a pas de personnel pénitentiaire suffisant, on accompagne la consultation en dernier lieu. Les hospitalisations de courte durée devraient se faire par l'hôpital de rattachement et là aussi il faut une escorte, il faut que le responsable de gendarmerie délègue une escorte, ce qu'il ne fait pas toujours » [690]*** . Une solution fut cependant trouvée à Lyon par la mise en place d'une escorte-hôpital spécifiquement

684 Le rapport du HCNSP prévoit parmi les avantages de la future réforme de 1994 que suite à la création des services hospitalier de soin pour détenus (UCSA), « la qualité des soins à l'intérieur et leur diversité évitent un certain nombre d'extractions pour consultations extérieures et hospitalisations ». Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, *op.cit.,* pp.44-45

685 En volume global, on observe une augmentation du nombre d'extractions de 25 % de 1997 à 2000 (passant de 46.939 à 58.452), pour plus de trois quart due à l'augmentation des consultations et hospitalisations de jour. Source : DAP. Cité *in* IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.57.

686 On peut également mettre cette augmentation en lien avec l'intervention du personnel hospitalier plus habitué que les médecins pénitentiaires à recourir à un équipement de pointe mais doté aussi d'une autre conception du soin, beaucoup plus techniciste.

687 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.58.

688 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

689 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

attribuée aux transferts médicaux bien que celle-ci ne semble pas suffisante selon un médecin des UCSA de Lyon [691] .

Le déroulement des extractions médicales s'effectue dans un cadre où les contraintes des milieux pénitentiaire et hospitalier se cumulent. Le personnel de surveillance, habitué à contrôler chaque déplacement qui a lieu en prison, est à cette occasion dessaisi de l'un des actes de la vie carcérale. Le contraste est d'ailleurs manifeste avec la situation italienne où le personnel pénitentiaire reste le « référent » des extractions médicales notamment en cas d'hospitalisation non programmée [692] . Les soignants de l'UCSA sont en revanche pris dans un double système de contraintes qui les oblige à articuler les exigences hospitalières et pénitentiaires. Ils se situent dans une position ambiguë dans laquelle ils sont tenus pour responsable des retards hospitaliers mais également des problèmes d'escorte. Les hospitalisations offrent ainsi un aperçu du système de contraintes dans lequel doivent travailler les personnels soignants :

« L'hôpital rechigne pas mal pour ces consultations parce qu'il y a la police qui est avec eux, ça entraîne des problèmes dans la salle d'attente […] et ça désorganise l'hôpital. Ils ne sont pas très contents parce qu'eux aussi ils ont une liste d'attente et puis nous on est coincé parce que […] l'escorte ne peut emmener personne d'autre. Ces difficultés de fonctionnement sont difficiles à expliquer à l'hôpital. Nous, des fois, ça nous met la pression et c'est pénible » [693]

Les extractions médicales permettent de souligner la difficulté à concilier les principes de garde de soin. La loi du 18 janvier 1994 a amplifié cette contradiction en situant le personnel soignant de l'UCSA à l'intersection d'une double série de contraintes, hospitalières et pénitentiaires. L'affrontement entre le mode de fonctionnement hospitalier et les règles du système carcéral donnent lieu à des situations inconciliables comme en témoigne le déroulement des hospitalisations.

1.2.c Une prise en charge hospitalière contradictoire avec le statut de détenu

Mis à part les hospitalisations diurnes, les problèmes de santé plus importants nécessitent fréquemment l'hospitalisation du détenu pendant plusieurs jours. Celles-ci avaient auparavant lieu à Lyon dans des chambres spécifiques répartis entre les différents services. Les praticiens hospitaliers étaient cependant réticents à soigner des malades qui ne relevaient pas de leur spécialité et le faible taux d'occupation de ces chambres constituait un manque à gagner qui fut d'autant plus important lors de la rationalisation budgétaire des établissements hospitaliers :

« Le milieu hospitalier est tout à fait défavorable à cela. C'est comme pour la

690 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

691 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999 ; Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

692 Entretien n°30, Ivano Carbonaro, commandant de la police pénitentiaire à la Terza casa.

693 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

SNCF ou de temps en temps on voit un détenu accompagné de deux gendarmes qui montent dans le train, et bien ils voyagent dans un compartiment qui leur est réservé et il y a trois personnes dans un compartiment de six personnes et ça représente donc un manque à gagner pour la SNCF. C'est à peu près la même chose pour nous. » [694]

Le milieu hospitalier classique apparaît peu propice au soin des détenus. Les patients, même gravement malades ou en fauteuil roulant, sont souvent entravés lors de leur hospitalisation alors même que le personnel de l'escorte est présent, enfreignant ainsi les principes de la déontologie médicale [695] . Ces dysfonctionnements ont conduit à mettre en place une unité d'hospitalisation spécifique pour détenus qui fut implantée à Lyon Sud en 1985 : l'Unité d'hospitalisation sécurisée inter-régionale (UHSIR). Le fonctionnement de cette unité, qui doit concilier les exigences de garde et de soin, est très spécifique. Elle répond tout d'abord à d'importantes contraintes de sécurité plus ou moins bien acceptées par le personnel [696] . Elle dispose d'un personnel important, « surdimensionné » au regard des normes hospitalières, en raison de l'impossibilité pour le personnel de se faire remplacer par des soignants extérieurs pour des raisons de sécurité [697] . En outre, l'UHSIR est contrainte de limiter considérablement la durée d'hospitalisation, qui excède rarement deux semaines, en raison des nouveaux critères budgétaires hospitaliers imposent de réduire au minimum les durées. Cette adaptation aux standards hospitaliers est cependant difficile à respecter concernant la prise en charge des détenus pour lesquels il n'existe pas d'alternatives à l'hospitalisation (maisons de repos ou de rééducation) [698] :

« La durée moyenne des séjours est entre 10 et 11 jours, ce qui est bien sûr en décalage par rapport à la durée moyenne de l'hôpital qui de cinq ou six jours. En fait c'est un exploit […] Il faut savoir par exemple que la durée moyenne des séjours à Fresnes était de deux mois et demi! Mais on ne peut pas faire ça en CHU, ça n'est pas possible. On engendrerait alors des dépenses qui ne sont pas compatibles avec les lignes de conduite d'un CHU […] et qui en plus démarqueraient ces unités du reste de fonctionnement de l'institution d'une façon inévitablement préjudiciable. » [699]

Les critères d'efficacité et de compétitivité de l'institution hospitalière s'accordent peu avec

[694] ***Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.***

[695] Viaud Frédérique, « La santé entravée », *art.cit*.

[696] Les portes sont par exemple verrouillées et ouvertes par la police lors d'un soin.

[697] L'unité est composée d'un chef de service, d'un praticien hospitalier, d'un cadre infirmier, de huit infirmières, de huit aide-soignantes, d'un psychologue, d'un kinésithérapeute et d'une diététicienne.

[698] Un personnel de l'UHSIR remarque d'ailleurs qu'une « évolution serait souhaitable pour une prise en charge correcte des détenus porteurs de lourdes pathologies, ou d'handicap réduisant leur mobilité dont le retour en prison pose des problèmes importants de prise en charge ». Jacquet, « L'Unité hospitalière sécurisée interrégionale », Tonic, Lyon, n°96, 2001, p.6.

[699] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

les besoins sanitaires de la population détenue [700] . En outre, les contraintes de sécurité obligent les soignants à adopter une attitude thérapeutique qui va à l'encontre du modèle standard de la pratique médicale hospitalière [701] . Enfin, le service doit traiter toutes sortes de pathologies et ne peut pas fonctionner de façon spécialisée, contrairement au modèle d'organisation hospitalier classique [702] . Le mode de fonctionnement de l'UHSIR de Lyon a été étendu à l'ensemble du territoire français par la loi du 18 janvier 1994, bien qu'un problème. d'arbitrage entre les forces de police et de l'administration pénitentiaire en matière de garde, qui est pour l'instant assurée par la police, ait retardé le projet qui n'a été arrêté qu'en août 2000 [703] .

Les hospitalisations sont des procédures complexes liées au double système de contraintes, hospitalières et pénitentiaires, auxquelles elles doivent correspondre. Elles nécessitent une bonne coopération des diverses administrations dont les décisions sont interdépendantes [704] . Les soignants intervenant en unité d'hospitalisation pour détenus sont également soumis à plusieurs exigences de la part du personnel de surveillance (portes fermées à clefs, anonymat, non-communication des délais au patient) et de l'établissement hospitalier (durée d'hospitalisation raccourcie, prise en compte des critères soignants hospitaliers par souci de crédibilité du service). Le respect de ces exigences, parfois contradictoires comme c'est le cas pour la démarche soignante, contraint le personnel qui y travaille à réaliser de nombreuses concessions.

Le patient demeure avant tout en prison un détenu. Cette considération statutaire

700 Isabelle Parizot dresse un constat similaire à l'égard de la population exclue en observant que la tendance à diminuer les durées d'hospitalisation rend les services hospitaliers réticents et peu adaptés à la prise en charge des personnes défavorisées. Parizot Isabelle, Soigner les exclus, *op.cit.,* p.53.

701 C'est dans ce sens qu'un personnel de l'UHSIR écrit : « Une difficulté majeure […] de l'ensemble des soignants est de ne jamais informer le patient du déroulement dans le temps de son hospitalisation. C'est une attitude qui va en contradiction avec le rôle habituel d'un soignant dans un service de soins traditionnels qui doit au contraire favoriser l'information du patient ». Jacquet, « L'Unité hospitalière sécurisée interrégionale », *art.cit.,* p.6.

702 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

703 Un délai de six ans sépare le décret du 27 octobre 1994 qui prévoyait la désignation par un arrêté interministériel des hôpitaux chargés d'accueillir les UHSI et l'arrêté du 23 août 2000 qui décrit le schéma national d'hospitalisation des détenus et qui dispose que les UHSI devront être mises en place au plus tard en 2003. Huit unités semblables à celle de Lyon seront implantées dans des CHU.

704 Cette interdépendance est par exemple manifeste au sujet du conflit entre les services de police et l'administration pénitentiaire au sujet de la garde dont les conséquences sont importantes pour le fonctionnement des services de soin. Tout d'abord parce que la présence des forces de police en unité de soin, qui adoptent un régime de contrôle des détenus plus restrictif que le régime pénitentiaire, pose des difficultés de fonctionnement (Entretien Mme Vacquier ou Mr Barlet). Mais aussi parce que l'administration pénitentiaire refuse de prendre en charge la surveillance des gardés à vue, qui relèvent normalement des services de police, et le changement d'attribution de la garde risque de contraindre les services hospitalier à accueillir les gardés à vue ce qui est « toujours impopulaire ». On voit bien ici l'interdépendance entre les administrations de la justice ou de la police et de la santé. Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

implique une subordination constante du principe soignant aux exigences de sécurité. Les contraintes qu'affronte le personnel sanitaire constituent de nombreux obstacles dans la prise en charge des détenus qui est difficilement comparable à celle de n'importe quel citoyen. La culture professionnelle soignante apparaît parfois inadéquate aux règles de fonctionnement du milieu carcéral, comme c'est le cas pour certains principes de la déontologie médicale. La mise en équivalence entre le milieu libre et la prison suppose de reconnaître la primauté du statut de malade. C'est en partie ce qu'a rendu possible le Sida qui a profondément renouvelé la représentation de la maladie en prison ainsi que de sa prise en charge tout en soulignant les difficultés à mettre en place en milieu carcéral une politique de santé publique similaire à celle qui a permis de terrasser l'épidémie.

2 Le Sida en prison : une nouvelle conception de la maladie et de sa prise en charge

Le Sida est apparu au début des années quatre-vingts comme un problème mal structuré auquel ont du réagir les systèmes sanitaires. Ceux-ci ont progressivement mis en place une politique de prise en charge de la maladie fondée principalement sur la constitution d'un système de dépistage, d'un réseau de surveillance épidémiologique ainsi que d'un dispositif médico-social de traitement de la maladie. La politique de traitement du Sida en milieu carcéral a été élaboré selon un modèle similaire à celui qui fut développé en milieu libre bien que plus tardivement. Le soin en prison est toutefois très spécifique en raison des règles de fonctionnement de l'institution pénitentiaire, d'une part, et de la considération de la maladie, d'autre part. Ces spécificités ne rendent t-elles pas difficile la mise en place d'un dispositif de prise en charge du Sida équivalent à celui qui fut développé dans le reste de la société?

2.1 Avancées et limites d'une politique de décloisonnement

L'épidémie de Sida a très rapidement permis de soulever la question de l'inadéquation de l'ancien dispositif de prise en charge des détenus. La mise en place d'un système de dépistage ou de soin de la maladie de qualité suffisante ont alors rendu nécessaire l'intervention de nouveaux acteurs sanitaires, externes à l'administration pénitentiaire, annonçant ainsi les prémices d'une politique de décloisonnement qui aboutira à la loi du 18 janvier 1994. Cette ouverture a, sans nul doute, amélioré de façon considérable la prise en charge du Sida en prison. Elle s'est toutefois heurtée à d'importantes contraintes carcérales qui ont souligné les limites d'une politique de santé publique en milieu pénitentiaire.

2.1.a Un dispositif de dépistage peu approprié au milieu carcéral ?

Instrument permettant d'établir la distinction entre le normal et le pathologique et de tracer ainsi une démarcation entre les sujets sains et les sujets infectés, le dépistage du Sida a constitué un élément clé des politiques de lutte contre Sida. Il permet avant tout de rendre objectif une réalité invisible [705] . Les conditions de réalisation du dépistage ne sont pas fortuites, elles ont été en Europe l'objet d'une forte controverse au cours des années

quatre-vingts qui reflétait les contextes politiques nationaux mais traduisait aussi des conceptions divergentes de la santé publique. Le dépistage est passé du statut d'outil médical à celui d'objet politique [706] . Les polémiques apparues en 1985 sur les conditions de réalisation du test (systématique ou non) renvoyaient à deux conceptions distinctes de la santé publique [707] . La mobilisation d'acteurs associatifs et médicaux dans un contexte politique polémique a permis à la conception la plus libérale de s'imposer sans être depuis remise en cause [708] : les principes du volontariat et de l'anonymat ainsi que sa démarche préventive font du dépistage un outil de santé publique [709] . Le dispositif de dépistage du Sida en milieu carcéral a été construit en référence au modèle élaboré en milieu libre. Les premières circulaires décrivant les conditions de réalisation du test en prison ont cependant été très tardives [710] . Le dispositif actuel est organisé par une circulaire de juin 1993 modifiée par la circulaire du 5 décembre 1996. Il prévoit l'intervention de Consultations de dépistages anonymes et gratuits (CDAG) dans tous les établissements pénitentiaires afin d'assurer aux personnes détenues l'accès à un dépistage de l'infection VIH dans les mêmes conditions qu'en milieu libre : pas de dépistage obligatoire, une démarche d'éducation à la santé, le respect de la confidentialité [711] . Ces trois principes cardinaux qui font l'objet d'un consensus dans la plupart des pays européens semblent cependant difficilement applicables en prison.

La philosophie du dispositif de dépistage du Sida en prison privilégia tout d'abord l'intervention des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) afin de garantir

705 Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.22.

706 Michel Setbon remarque ainsi que le dépistage «devient un problème public en perdant sa nature originelle d'outil technique de santé publique, par sa transformation en vecteur de valeurs conflictuelles […] La politisation du problème qui s'exprime sur le choix des modalités de dépistage finit par donner aux valeurs un poids déterminant par rapport à celui des faits ». *Ibid.,* p.194.

707 On peut distinguer, comme le fait Claude Thibaudière, deux conceptions antagonistes avec d'un côté, le dépistage obligatoire comme instrument de la lutte contre l'épidémie afin de contrôler les porteurs du virus pour préserver la « population saine ». De l'autre, le libre choix est présenté comme un moyen d'éviter l'exclusion des individus les plus à risque. Thibaudière Claude, Sociologie du Sida, La découverte, Paris, 2002, p.36.

708 On peut souligner la mobilisation des associations homosexuelles, craignant d'être l'objet de mesures discriminatoires, dès 1985 en faveur du test volontaire mais aussi des médecins qui participèrent activement aux associations de prévention et qui refusèrent le caractère systématique du test et réclamèrent sa confidentialité. Péchu Cécile, « Tenir le politique à l'écart. Jeu et enjeu du travail médical », *in* Favre Pierre (dir.), Sida et politique, *op.cit.,* p.55.

709 La controverse sur la politique de dépistage s'achève en 1987 par une loi qui institue la création des CDAG, Centres de dépistage anonymes et gratuits transformés par la suite en Consultations de dépistage anonymes et gratuits (Loi n°87-588 du 30 juillet 1987). Les CDAG, situés le plus souvent au sein de structures hospitalières, constituent l'une des principales mesure de lutte contre l'épidémie de Sida en France, notamment pour les personnes les plus exposées. La circulaire DGS/PGE/1 C n°85 du 20 janvier 1988 affirme notamment son orientation résolument préventive en termes d'information et d'éducation pour la santé. Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.210.

711 Circulaire du 5 décembre 1996.

l'anonymat. Le Haut comité national de santé publique jugeait nécessaire en 1993 que le personnel médical, à l'époque pénitentiaire, ne puisse pas avoir connaissance de la sérologie d'un détenu sans son consentement [712] . La réforme de 1994 et la présence de personnels hospitaliers autonomes en prison a cependant modifié la situation d'autant plus que les lacunes du dispositif extérieur ont été relevées à plusieurs reprises. Le rapport établi par le professeur Gentilini a constaté en 1996 que l'intervention des CDAG ne permettait pas toujours de respecter l'anonymat. Celui-ci proposait alors une adaptation du système de dépistage en prison en concluant que ***« ces structures ne sont pas adaptées au milieu pénitentiaire où la consultation au CDAG loin de protéger l'anonymat, expose le demandeur»*** [713] . Ces remarques ont été reprises en 2001 par un rapport IGAS-IGSJ qui considère qu'au regard de l'organisation de la vie carcérale, la tenue d'une CDAG à des jours et des heures bien identifiés aboutit à l'inverse du résultat recherché, c'est-à-dire au non respect de la confidentialité. Le rapport conclue par la nécessaire réforme du système afin de ***« faire de l'UCSA le véritable pilote de la politique de dépistage » et d'aboutir ainsi, pour reprendre les mots du professeur Gentilini, à « un seul et même dispositif cohérent »*** [714] . L'anonymat, difficile à respecter, pourrait dans certaines occasions être contre-productif dans la prise en charge des détenus et conviendrait peu au milieu carcéral.

Le second principe est celui du volontariat, le dépistage obligatoire étant perçu comme un instrument coercitif néfaste à la prévention. En effet, comme le note Michel

710 Une première circulaire, daté du 19 avril 1989 relative aux consultations médicales hospitalières des détenus atteints par le VIH et à la contractualisation des relations entre les prisons et les CISIH fut suivi d'une circulaire, daté du 17 mai 1989, relatives aux mesures de prévention préconisées dans l'institution pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre le Sida. Daniel Welzer-Lang déduit de ce retard une différence de traitement entre les « victimes innocentes » et « ceux qui l'ont bien cherché » qui serait liée aux modes de transmission de l'infection: « Les personnes touchées au cours d'une transfusion sanguine, les enfants de mère séropositive ou le personnel soignant contaminé dans un cadre professionnel tendent à être perçus par le sens commun comme n'ayant eu qu'un rôle passif et surtout involontaire dans le processus de leur contamination qui apparaît en conséquence comme une fatalité dont ils sont les victimes irresponsables […] On peut à l'inverse constater que les détenus représentent de ce point de vue une catégorie stigmatisée et marginalisée en ce qu'ils n'ont bénéficié que très tardivement de l'attention des pouvoirs publics. L'administration pénitentiaire semble avoir été une des administrations les plus lente à prendre en compte le problème du Sida, alors que la population qu'elle gère est l'une des plus concernées par l'épidémie ». Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, Aléas -Observatoire international des prisons, Lyon, 1996, p.212.

712 Il s'agit pour Didier Sicard, chef de service à l'hôpital Cochin, d'un droit fondamental : « Il est fondamental de permettre simultanément à un détenu de connaître sa sérologie et au médecin de l'établissement d'éventuellement l'ignorer. C'est un droit essentiel de l'individu d'avoir accès à un dépistage anonyme où l'équipe qui dépiste n'est pas celle qui soigne ». Sicard Didier, « Sida et prison », Chrétiens et Sida, n°23, p.1.

713 Souvent accompagnés d'un surveillant, les médecins CDAG ne seraient pas adaptés au milieu pénitentiaire. Le rapport Gentilini conclut que « le dépistage des infections, en particulier le VIH et virus des hépatites, devrait être en priorité confiée aux UCSA (ou aux services médicaux "13 000"), sauf pour le cas où les détenus sollicitent une consultation de dépistage dans un cadre anonyme ». Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, op.cit.,p.19.

714 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , op.cit., p.65.

Setbon, l'instauration du dépistage systématique accorderait une trop grande importance au repérage des personnes infectées au détriment d'une véritable politique de prévention [715] . Le test constituerait davantage le levier d'une prise de conscience du risque et de sa réduction qu'un outil de diagnostic de l'infection. La circulaire du 17 mai 1989 rappelle ainsi que le dépistage obligatoire à l'entrée en détention est exclu car inefficace et excessivement coûteux. Elle incite cependant le corps médical à proposer un test de dépistage « aux personnes mises sous écrous et exposées à des risques d'infection compte-tenu de leur toxicomanie ou de leur comportement sexuel ». Pourtant, comme le rappelle Daniel Welzer-Lang, l'affirmation du caractère volontaire du dépistage n'allait pas totalement de soi à l'époque notamment pour la population carcérale [716] . Il semblerait aujourd'hui que ce principe fasse l'objet d'une timide remise en cause. Certains médecins, auparavant hostiles au dépistage obligatoire considéré comme une mesure discriminatoire, y semblent désormais favorables. C'est le cas par exemple du docteur Vasseur qui considère qu'il est nécessaire de rendre le test ***« obligatoire pour les toxicomanes opérant par voie intraveineuse »*** [717] . Cette remise en cause du consensus qui existait auparavant repose sur le fait que le principe du volontariat, fondamental en milieu libre, serait peu pertinent en milieu carcéral [718] . Un médecin CDAG intervenant aux prisons de Lyon, envisage le dépistage obligatoire des entrants comme une éventualité, même s'il demeure incertain, en raison du nouveau contexte thérapeutique :

« C'est vrai que ça peut se discuter […] Ça pourrait s'envisager car maintenant ce qui est différent par rapport au début de l'épidémie, c'est qu'il y a des traitements maintenant qui peuvent être efficaces pour ralentir et même stopper l'infection […] Autrefois, on n'avait pas de possibilités et ça semblait un peu dur de faire des dépistages pour ensuite dire qu'on ne pouvait rien y faire. » [719]

715 Ainsi, « la pratique du dépistage devient une activité autonome sans lien réel avec l'objectif essentiel de réduction de la propagation de l'infection à VIH : c'est même l'inverse qui se produit, la recherche plus ou moins systématique, donc aveugle, des séropositifs réduit d'autant plus les autres formes de la lutte fondée sur l'amélioration des comportements ». Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.227.

716 Une enquête de l'observatoire régional de la santé de France réalisée en 1987 indiquait que 74,6 % des personnes interrogées se déclaraient favorables à un dépistage systématique des détenus. Dab W., Moatti J.P., Bastide S., Abenhaim L., Pollak M., « La perception sociale du Sida en Est de France », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 28/03/1988. Cité *in* Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, *op.cit.,* p.213

[717] Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Véronique Vasseur, médecin chef à la prison de La Santé », op.cit.

718 Dominique Lhuilier remarque que nombreux arrivants qui n'ont jamais voulu se soumettre au test de dépistage du VIH auparavant l'acceptent en prison. Il rend compte de ce paradoxe par l'absence de liberté de choix du détenu au sein du milieu carcéral. La proposition de test de dépistage s'intègre dans un ensemble d'examens obligatoires lorsque brusquement, à propos du Sida, une question imposée renvoie à un choix : "voulez-vous un test VIH?". Or, « l'arrivant, pour penser pouvoir refuser, doit être capable de se représenter comme un sujet de droit, ce que les rituels d'admission ne favorisent pas ». Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.35..

Enfin, l'accès au dépistage a pour finalité de favoriser l'adoption de comportements de préventions individuels afin de réduire les risques de contamination. Il s'agit d'un acte médical conçu dans une démarche d'éducation pour la santé [720] . Cet objectif est d'autant plus important en prison où, comme le remarque un médecin CDAG, les individus sont beaucoup moins bien informés sur le VIH et ses modes de transmission que le reste de la population : ***« Selon mon impression, ce sont des personnes qui n'ont jamais fait le test […] Il y en a plusieurs qui ne savent pas ce que c'est le VIH […] Il s'agit d'une population qui est très peu informée. Sur les modes de transmission par exemple »*** [721] . Le rendu du test, même négatif, constitue dès lors un moment important. Pourtant les conditions de réalisation du test en prison permettent rarement de transmettre un message de prévention comme c'est le cas à l'extérieur, les consultations dépassant rarement dix minutes :

« -Et vous essayez d'avoir un rôle de prévention vis-à-vis des pratiques notamment par rapport aux toxicomanes et aux échanges de seringues? -Oui. Bien sûr, oui... Dans la mesure du possible... Dans la mesure où on a le temps… Ça c'est le problème […] Je dois en voir quelquefois une quinzaine en deux ou trois heures. Ça va assez vite […] On attend jusqu'à trois heures et demi pour avoir tous les gens qui viennent en même temps. Donc après il faut se dépêcher pour rendre les résultats. » [722]

Les résultats des tests ne sont d'ailleurs pas transmis systématiquement dans certains établissements faute de temps. En outre, la fragilité psychologique des détenus lors de leur mise sous écrou peut les rendre peu réceptifs à l'intégration d'un message de prévention [723] . Faire du dépistage un acte de prévention constitue, selon Olivier Obrecht chef de service de l'UCSA de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis, un objectif « hors de portée » [724] . Cet état de fait peut aboutir à des conséquences inverses à l'objectif

[719] ***Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.***

[720] Cette démarche de prévention consiste en une consultation médicale préalable à la prescription du test, accompagnée d'une information et d'un conseil personnalisé de prévention, dans un climat de confiance et de confidentialité, destinée à la recherche des facteurs de risque. Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.71.

[721] ***Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.***

[722] ***Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.***

[723] Stankoff Sylvie, Dherot Jean, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Paris, Direction générale de la santé, direction générale de l'administration pénitentiaire, 2000, p.44.

[724] « Les bonnes pratiques en matière de dépistage de pathologie (Sida hépatite C notamment) supposent que le compte-rendu des résultats soit pratiqué par un médecin lors d'une consultation, avec délivrance concomitante d'un message de prévention, qui est vraisemblablement l'acte le plus important pour la majorité des personnes pour lesquelles le test se révèle heureusement négatif. Objectif totalement hors de portée, dans un site où, sans interventionnisme excessif, environ 7200 tests de dépistage annuel du Sida et de l'hépatite C sont réalisées ». Obrecht Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », *art.cit.*, p.242.

recherché. En effet, Michel Setbon souligne que si un test de dépistage réalisé dans des conditions adéquates ouvre de nouvelles perspectives en matière de prévention, un test insuffisamment approfondi peut inciter l'individu à poursuivre les mêmes comportements à risque [725] .

Le dispositif de dépistage du VIH en prison a été élaboré selon les standards classiques du test qui forment un consensus en Europe. Le dépistage constitue un outil de santé publique crucial dans les politiques de lutte contre le Sida [726] . Le triptyque, confidentialité, volontariat et démarche préventive, semblent toutefois difficilement applicable en prison. Certains principes, comme la confidentialité vis-à-vis de l'équipe médicale, seraient même contre-productifs en prison et sont remis en cause. Le milieu carcéral présente de nombreuses spécificités qui rendent difficile un dépistage adéquat des détenus ce qui restreint la mise en place d'un suivi épidémiologique similaire à celui qui a été réalisé dans le reste de la société.

2.1.b Les insuffisances du relevé épidémiologique des maladies infectieuses en prison

Dénombrer les cas prévalant et incident d'une maladie permet de la rendre visible. Tandis que les premiers cas de Sida ont été identifiés au sein des prisons d'Ile de France en 1984 et que des publications scientifiques soulignent, dès 1987, la place du VIH en milieu carcéral [727] , ce n'est qu'à partir de 1988 que l'enquête menée à un jour donné en milieu hospitalier sur l'infection par le VIH a été réalisée en milieu pénitentiaire. Depuis cette date, elle permet de suivre les évolutions des cas d'infection connus par les services médicaux au sein de la population pénale [728] . Les résultats de l'enquête « un jour donné » établissent une première augmentation de la prévalence de l'infection à VIH qui passe de 3,64% en 1988 à 5,79% en 1990, suivie d'une nette diminution de la prévalence de l'infection à VIH qui serait passée de 2,32% en 1995 à 1,2 % en 2000 [729] . En revanche, tandis que le relevé épidémiologique de la séroprévalence en prison est pris en charge en France par le système sanitaire, il relève en Italie de l'administration

[725] « Le résultat seul peut avoir des effets négatifs, quand il est évalué à la lumière de l'objectif de prévention qui passe par la réduction des risques de contamination, donc de prévention primaire ; en effet, le résultat négatif, en soulageant le sujet testé, le rassure sur la nature pourtant risquée de ces pratiques, il encourage ainsi à les poursuivre inchangés. Le résultat négatif seul devient ainsi contre-productif sur le plan de la prévention. À travers la relation qu'entraîne la demande volontaire de dépistage se dégage donc des perspectives de prévention qui sont du ressort et de la portée de celui qui pratique le dépistage ». Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.198.

[726] Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.232.

[727] Benezech M., Rager P., Beylot J., « Sida et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », Bulletin Académie National de Médecine, 1987, n°171, pp.215-218.

[728] Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.19.v

[729] Source : Enquête un jour donné - DREES., Dr. Lalande, Froment, Valdes-Boulouque, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.25.

pénitentiaire. Les prisons italiennes ont par ailleurs été beaucoup plus touchées par l'épidémie de VIH qui atteint un pic maximal en valeur relative au 31/12/1991 avec 9,73% des détenus [730] . Cette prévalence diminue progressivement au cours des années quatre-vingt-dix pour se stabiliser autour de 3% en 2000. Les données épidémiologiques révèlent aussi bien en France qu'en Italie, un lien important entre la toxicomanie par voie intraveineuse et l'épidémie de VIH. En Italie, la prévalence de la séropositivité chez les toxicomanes incarcérés a toujours été supérieure à 80% [731] . En France, le rapport IGAS-IGSJ établi en 2001 remarque qu'il ressort clairement que les usagers de drogues par voie intraveineuse représentent la grande majorité des personnes infectées parmi les personnes incarcérées [732] . L'incidence du VIH, c'est à dire le nombre de nouveaux cas, serait assez faible actuellement sur les prisons de Lyon où un seul cas séropositif a été identifié durant le second semestre 2002 [733] .

Il est important de prendre en compte les conditions dans lesquelles sont réalisées ces enquêtes épidémiologiques. Comme le signale le docteur M.Rotily, la mesure de séroprévalence de l'infection à VIH soulève un certain nombre de questions méthodologiques de recueil d'information en milieu carcéral [734] . Le test de dépistage du VIH est proposé soit de manière systématique, soit de manière ciblée sur certains facteurs de risque, au premier titre desquels la toxicomanie. Chaque établissement a ainsi une manière propre de procéder en matière de dépistage. En conséquence, les statistiques prennent comme homogène des données dont les conditions de recueil sont en fait hétérogènes : le dépistage peut être proposé dans tel établissement à tous les entrants alors qu'il ne l'est dans un autre qu'aux seuls toxicomanes. Plusieurs conséquences découlent de cette absence d'homogénéité. En premier lieu, les taux de dépistage sont très variables d'un établissement à un autre. C'est par exemple le cas en Italie où la part des détenus dépistés peut varier de 0 à 100% selon la propension des médecins pénitentiaires à proposer le test aux arrivants : ***« La moyenne nationale de dépistage est de 25 % mais ce chiffre est très variable d'une prison à une autre puisque par exemple je connais une prison située vers Turin où le taux est de 100 % tandis qu'il y a d'autres instituts où ce taux approche 0 %. Il est de 18 % à Rebbibia […] parce que certains médecins sont encore réticents à le proposer »*** [735] .

730 Marchisio Marina, "Aids e tossicodipendenza nelle statistiche sulla popolazione detenuta in Italia (anni 1990-99)", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società, *op.cit.,* pp.139-160.

731 Osmani Ibrahim, « Aids e tossicodipendenza nelle statistiche penitenziarie », *in* Faretto Anna Rosa, Sarzotti Claudio, Le carceri dell'Aids. Indagine su tre realtà italiane, Torino, L'Harmattan Italia, 1999,p.216.

732 Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.25.

733 Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

734 Rotily M., « Prévalence des pratiques risquant milieu carcéral : une enquête à la maison d'arrêt des beaux mette», Communication à la journée d'animation de l'ANRS, Sida, le système judiciaire et milieu carcéral, 30 mars 1995.

735 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

On peut supposer que les taux de séropositivité sont très certainement sous-estimés [736] . Ils le sont d'ailleurs de plus en plus, selon Welzer Lang, en raison de l'extension de l'épidémie chez les hétérosexuels non toxicomanes qui ne sont pas encore considérés comme une population ayant des pratiques à risque. Ces détenus peuvent donc échapper au dépistage lorsque celui-ci n'est proposé qu'aux seuls toxicomanes. D'autre part, Michel Rotily indique qu'il existe un second biais dans le recueil des données épidémiologiques. En effet, la plupart des études réalisées à l'échelon national sont menées par des Antennes toxicomanies pour l'INSERM. Celles-ci concluent le plus souvent que 95 % des séropositifs incarcérés sont dits toxicomanes. Ainsi, ***« les toxicomanes apparaîtront comme le groupe de quasi exclusifs concernés par le Sida dans les prisons françaises tant qu'ils seront les seules dans certains établissements à se voir proposer un dépistage. Ces biais […] constituent des indicateurs de la représentation (au sens d'image mentale) du Sida et de la sexualité dans l'univers carcéral. La toxicomanie constitue une forme de phénomène écran permettant de limiter le domaine de validité de la question du Sida en se dispensant un regard et d'une réflexion trop attentive sur la sexualité »*** [737] .

Tandis que l'épidémie de VIH semble sous contrôle au sein des prisons françaises et italiennes, un second fléau longtemps sous-estimé s'abat en milieu carcéral : les hépatites. Cette infection, très présente chez les toxicomanes par voie-intraveineuse, a longtemps été considérée comme un « incident de parcours » de la toxicomanie dont elle serait un stigmate logique [738] . Cette « maladie qui n'en est pas une » est pourtant sur-représentée en milieu carcéral depuis les années quatre-vingts [739] . Le rapport Gentilini mettait en garde les pouvoirs publics en 1996 contre l'hépatite B qui atteignait parfois 80 % des détenus toxicomanes par voie intraveineuse incarcérés [740] . Malgré les circulaires établies en 1997 et 1999, le rapport IGAS-IGSJ de 2001 relève que le dépistage des hépatites est insuffisamment développé [741] et estime qu'au regard des estimations de prévalence de l'hépatite C dans la population pénale, une stratégie plus offensive de dépistage constitue un « enjeu de santé publique majeur ».

736 C'est probablement le cas des prisons de Lyon où le nombre de tests effectués sur la maison d'arrêt Saint Paul n'était que de 90 durant le second semestre de l'année 2002.

737 ***Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, op.cit., p.204-205.***

738 Ingold F-R., « L'hépatite du toxicomane, une épidémie de seconde zone », Esprit, 01/2001, n°271, pp.114-123.

739 Déjà en 1986, des études indiquaient un taux de détenus porteurs d'un marqueur biologique du virus de l'hépatite B supérieur à 50 %. Benezech et al. « Sida hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », *art.cit*.

740 Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, op.cit.,p.10.

741 D'après une enquête réalisée en 2000 sur près de la moitié des établissements pénitentiaires (Réseaux Hépatites, Hépatite C - Prisons 2000. Une enquête nationale de pratiques, septembre 2000), le dépistage ne serait pas proposé dans 29 % des établissements, ce qui apparaît considérable et en totale contradiction avec la politique préconisée. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.66.

Les contraintes du milieu carcéral rendent la mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique du Sida très difficilement réalisable. Ce sont peut-être ces difficultés qui expliquent le retard de l'administration pénitentiaire face à l'épidémie. Celle-ci a pourtant rapidement rendu nécessaire l'établissement d'un dispositif de prise en charge médico-social équivalent à celui du milieu libre.

2.1.c Les insuffisances de la prise en charge médico-sociale des détenus séropositifs

La prise en charge des personnes séropositives a marqué le premier mouvement d'ouverture de la prison aux intervenants extérieurs [742] . En effet, huit établissements pénitentiaires particulièrement concernés par le Sida ont conclu en avril 1989 des conventions avec un Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) qui ont pour mission la prise en charge globale des patients atteints par le VIH [743] . L'instauration de ces services a permis une amélioration de la prise en charge tout en limitant le nombre d'hospitalisations pour les pathologies liées au VIH et limitant également les extractions. En Italie, des conventions ont été réalisées avec des hôpitaux tandis que le ministère de la Justice a institué quatre *Centri Clinici penitenziari* (à Milan, Naples, Rome et Gênes) destinés à accueillir les détenus sidéens ou en phase avancée de maladie [744] .

Une enquête de la Direction des hôpitaux réalisée en décembre 1997 sur les traitements antirétroviraux en milieu pénitentiaire considère que la prise en charge médicale des séropositifs est ***« satisfaisante »*** [745] . Malgré une amélioration globale de la prise en charge, des problèmes subsistent. Tout d'abord, même si toutes les molécules

[742] On peut souligner la prolifération de déclarations internationales affirmant le droit pour un détenu séropositif à une assistance médicale équivalente avec celle proposée à l'extérieur. On peut citer en particulier les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, point 9, Assemblée générale des Nations unies, résolution 45/111 du 14 mars 1990; les directives de l'OMS (article 38 et 39) ou la recommandation du Conseil de l'Europe, Comité des ministres, recommandation n°(93) 6,18 octobre 1993, article 78 , p.6. Observatoire international des prisons, Prévention et traitement du sida dans les prisons d'Europe, Lyon, décembre 1995, p.13.

[743] L'inégalité des établissements pénitentiaires à réagir face à l'épidémie s'explique probablement par le degré d'ouverture des équipes médicales pénitentiaires plus ou moins grand à l'égard du système hospitalier. La médecine pénitentiaire lyonnaise en fournit un bon exemple. Le professeur Barlet a pu, en raison de son implication dans l'enseignement médical, créer des liens avec l'équipe du professeur Trepos, alors spécialisée en infectiologie, et participer ainsi à la création du CISIH de Lyon facilitant le décloisonnement de la médecine pénitentiaire. Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[744] Recherche effectuée par la L.I.L.A. (*Lega Italiana Lotta A.I.D.S.*) et la F.I.VOL. (*Federazione Italiana Volontariato*), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", *op.cit*.

[745] Réalisée sur un échantillon de 46 établissements, cette enquête aboutissait aux conclusions suivantes : l'organisation des soins était conforme aux besoins, du fait de l'existence d'une consultation spécifique VIH dans les 32 établissements qui accueillent 97% des personnes séropositives ; l'accès aux traitements antirétroviraux apparaît relativement similaire à celui qui peut exister dans le milieu libre.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

antitérovirales sont disponibles en prison, les personnes en échappement ne peuvent pas bénéficier des essais, en raison de l'éthique médicale qui limite fortement les expérimentations sur les détenus [746] . Le suivi thérapeutique d'un patient séropositif demeure, ensuite, un processus difficile au cours duquel les contraintes du milieu carcéral peuvent avoir de nombreuses répercussions [747] . La continuité des traitements n'est enfin pas toujours respectée comme l'a mis en évidence le rapport du Conseil national du Sida en France [748] . Ces problèmes semblent davantage présents dans les prisons italiennes où, comme c'est le cas à Rebbibia, le manque de fonds suffisants et le régime de détention imposent des interruptions de traitement dans près de sept cas sur dix :

« Le principal problème c'est qu'il n'y a pas assez d'argent pour l'achat des médicaments ce qui entraîne souvent des interruptions de traitement. Et le problème c'est que lorsqu'un détenu arrive en prison avec son traitement, ses médicaments sont considérés comme des stupéfiants et lui sont donc retirés […] On a remarqué que dans sept cas sur dix on vérifie une interruption de traitement qui a une durée variable entre une et vingt heures. » [749]

Un second problème, plus spécifique aux prisons italiennes, semble être l'absence de structures sanitaires spécifiques pour la prise en charge des détenus séropositifs bien que certains établissements italiens aient mis en place des unités de soin propres aux détenus sidéens [750] . Les Serts, désormais responsables de la prise en charge des détenus toxicomanes, tendent en outre à ne pas prendre en charge les toxicomanes séropositifs, pourtant nombreux, comme c'est le cas à Rebbibia : ***« Le problème c'est que le personnel du Sert a tendance à délaisser les toxicomanes qui sont porteurs du***

746 Viaud Frédérique, « La santé entravée », *art.cit*. Ce problème a également été soulevé par un médecin des prisons de Lyon qui précise que « si on respectait la convention d'Athènes, les détenus séropositifs n'ont accès à aucun traitement ». Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

747 C'est par exemple le cas en matière d'hygiène (douches insuffisantes) mais surtout de suivi des traitements qui impliquent de nombreux effets secondaires peu compatibles avec l'incarcération comme le rappelle Emmanuelle Cosse, présidente de l'association Act-up : « Les trithérapies mettent en jeu des médicaments lourds, dont la prise doit intervenir à heures fixes […] Suivre un traitement hors des conditions prescrites rend les malades résistants à cette molécule, ce qui leur fait "griller une cartouche" dans les possibilités de traitement et pose des problèmes d'hygiène ». Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Emmanuelle Cosse, Présidente de Act Up-Paris, de M. Nicolas Kerszenbaum, Trésorier et membre de la commission prison, de M. Serge Lastennet, Responsable de la commission prison, et de Melle Jeanne Revel, Membre de la commission prison d'Act Up-Paris», 4 mai 2000, source : Assemblée nationale, <http://www.assemblee-nationale.fr>. Cf. Viaud Frédérique, « La santé entravée », *art.cit*.

748 Conseil national du Sida**,** Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation. Le Suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention **,** 18 novembre 1998.

749 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

750 C'est le cas par exemple du Nuovo Complesso (Rebbibia) à Rome qui dispose d'une section spécifique située dans l'infirmerie centrale. Cela pose un problème d'égalité des détenus face aux traitements puisque les détenus ne se situant pas dans cette section ne disposent pas de soins équivalents comme le remarque une psychologue au Sert de Rebbibia. Entretien n°31, Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia.

Sida » [751] . La responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome explique que le personnel soignant des Serts considère la toxicomanie des personnes séropositives comme étant « secondaire » et attribue au malade une étiquette de sidéen, pathologie pour laquelle ils ne s'estiment pas compétents :

« En Italie, personne ne veut s'occuper des malades du Sida. Pour ceux qui sont toxicomanes, les Serts accordent toute l'attention sur le problème du Sida et occultent leur toxicomanie. En fait, ils se déchargent sur nous. Si une personne a le Sida, sa toxicomanie va sembler presque secondaire car le fait qu'elle ait le Sida lui donne une étiquette. » [752]

Enfin, la prise en charge sociale des séropositifs apparaît insuffisante en milieu carcéral. En France, même si le nombre de détenus séropositifs reste faible, le rôle des SPIP se réduit aux demandes d'aménagement de peine sans qu'un véritable suivi soit mis en œuvre comme en témoigne un agent de probation et d'insertion des prisons de Lyon [753] . L'absence de prise en charge sociale au sein des prisons italiennes a conduit la mairie de Rome à faire intervenir le bureau municipal s'occupant des personnes sidéennes au sein des établissements pénitentiaires de Rebbibia et Regina Coeli. Les lacunes en matière de prise en charge sociale des détenus séropositifs s'expliquent principalement par la coupure relevée auparavant entre les services médicaux et les services sociaux qui relèvent de l'administration pénitentiaire [754] .

Le dépistage et la prise en charge du Sida en milieu carcéral ont dû affronter de nombreuses difficultés rendant difficilement applicable une politique sanitaire équivalente à celle du milieu libre. L'épidémie a néanmoins permis d'amorcer une première ouverture de la prison à l'intervention d'acteurs sanitaires extérieurs, préfigurant ainsi la réforme de 1994. Le Sida a renforcé l'incompatibilité entre les exigences éthiques et les contraintes pénitentiaires facilitant ainsi l'émergence d'une nouvelle considération des questions sanitaires en prison.

2.2. Un renouvellement des préoccupations sanitaires en milieu carcéral

Le Sida marque l'apparition d'un ***« nouveau régime du mal »*** [755] dans l'histoire de la médecine. Maladie encore incurable, elle fut pendant longtemps caractérisée par une très forte mortalité. L'épidémie de Sida a profondément modifié les représentations de la maladie et du malade comme en témoigne l'incertitude dans laquelle se situaient les séropositifs ou les sidéens avant l'apparition des multithérapies. Ce bouleversement a eu d'importantes répercussions en milieu carcéral où la gestion de la maladie est devenue fortement problématique comme en témoigne la prise en charge des fins de vie. Le Sida a

[751] ***Entretien n°26, Laura Passaretti, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire Nuovo complesso (Rebbibia).***

[752] ***Entretien n°27, Anna-Maria Pisacone, responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome.***

[753] Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

[754] Entretien n°27, Anna-Maria Pisacone, responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome.

[755] ***Adam P., Herzlich C., Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan, Paris, 1994, 127p.***

ainsi été l'occasion de renouveler le problème des « mourants en prison » selon des termes nouveaux.

2.2.a De l'incompatibilité du Sida à la prise en charge des fins de vie : un processus de recomposition du militantisme en faveur des détenus

Les pouvoirs publics français se sont opposés au principe mis en œuvre en Italie d'une libération systématique des détenus sidéens [756] . Ce refus était principalement justifié par l'existence d'autres mesures permettant de résoudre cette difficulté. Le droit de grâce fut l'une des principales dispositions mise en œuvre pour libérer les sidéens en fin de vie en France [757] . Le nombre de grâces accordées pour raisons médicales ont ainsi progressé au cours des années quatre-vingts avec un pic entre 1994 et 1997 qui correspondait à l'acmé de la mortalité liée au Sida [758] . En 1994 par exemple, le Sida représentait pratiquement la moitié des grâces accordées. Les détenus sidéens sont également soumis au régime ordinaire d'aménagement des peines. Ils peuvent, par conséquent, solliciter une mesure de fractionnement ou de suspension de peine. Ces dispositions souvent trop restrictives n'ont cependant pas toujours permis de résoudre un nombre significatif de problèmes de fin de vie liés aux Sida [759] . Enfin, les libérations conditionnelles pour raisons médicales, qu'il s'agisse de celles accordées par le garde des Sceaux ou par le juge d'application des peines, ont été en revanche assez peu utilisées.

Les pouvoirs publics italiens ont tenté de répondre au nombre croissant de détenus incarcérés en mettant en place des dispositions particulières permettant la libération des personnes infectées. La loi n.222 du 14 juillet 1993 et le décret-loi n°139 fixent les conditions dans lesquelles le juge peut libérer une personne atteinte du Sida et imposent ainsi le principe de l'incompatibilité absolue avec la détention pour les cas de Sida déclarés ou les séropositifs atteints d'un important déficit immunitaire (taux de

[756] Le professeur Gentilini soutenait cette position dans son rapport établi en 1997 en écrivant : « Le Sida, affection d'une importante gravité autant que plusieurs autres maladies, ne peut devenir l'objet de dispositions systématiques permettant l'obtention d'une grâce médicale ou d'un aménagement de peine. Par contre, lorsque l'état de santé d'un individu incarcéré se dégrade une mesure de libération doit être envisagée du fait de sa fin de vie potentiellement proche, il est indispensable de pouvoir saisir d'urgence l'instance judiciaire ». Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, *op.cit.,* p.10.

[757] Le droit de grâce (article 17 de la Constitution) est la mesure par laquelle le président de la République dispense une personne de l'exécution d'une peine. Les requêtes doivent être adressées au président de la République. Une expertise médicale est sollicitée, ainsi que l'avis des médecins suivant le détenu en détention. Enfin, c'est le président de la République qui prend la décision finale d'accorder ou non la grâce.

[758] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.126.

[759] La procédure de suspension de peine pour raison médicale est très restrictive : l'article 720-1 du CPP ne prévoit en effet la possibilité de libération par le juge d'application des peines en cas de « maladie totalement incompatible avec la détention » qu'en fin de peine et dans des conditions très encadrées. L'article 132-27 du CP prévoit également qu'en « matière correctionnelle, la juridiction peut, pour motif grave d'ordre médical décider que l'emprisonnement décidé pour une durée d'un an au plus sera exécuté par fractions ».

lymphocytes T/CD4+ égal ou inférieur à 100/mmc obtenu dans aux moins deux examens consécutifs effectués à 15 jours d'intervalle) [760] . La loi prévoyait par conséquent une évaluation objective de la part du médecin suite à laquelle la procédure de renvoi avait lieu de façon automatique. Il était alors assez simple pour un séropositif d'obtenir une mesure de libération. Ces modalités furent cependant remises en cause au début des années quatre-vingt-dix [761] . En octobre 1995, la Cour constitutionnelle italienne annule ces dispositions jugées anticonstitutionnelles en raison de l'inégalité qu'elles introduisent vis-à-vis d'autres détenus malades et assigne aux magistrats *di sorveglienza* le devoir d'évaluer, pour chaque cas particulier, l'incompatibilité entre l'état de santé du malade et la détention. Ce n'est qu'en 1999 que les modalités pratiques de la prise en charge du Sida sont définitivement arrêtées. La loi 231/99 et son décret d'application du 22.12.1999 introduisent la mise en équivalence du Sida et des autres maladies graves qui pourraient impliquer un état d'incompatibilité avec la détention [762] et rendent au juge son pouvoir discrétionnaire d'évaluer chaque situation [763] . Le nombre de détenus infectés à VIH est redescendu à 1 860 au 31/12/1996. Les porteurs de Sida incarcérés ont fortement diminué du fait qu'ils ont bénéficié d'une meilleure application de la L.222. Le nombre de cas de Sida déclarés est passé de 39 en 1990, à 80 en juin 1992, à 120 le 20/10/1992 puis 74 au 31/12/1996 [764] . La réforme de 1993, très innovante, n'a pas pu être appliquée tel quel et a été remise en cause par les autorités judiciaires. Elle a cependant permis l'ouverture d'un débat plus général sur le problème de l'incompatibilité entre les problèmes éventuels de santé des détenus et l'incarcération.

En France, l'absence de dispositif spécifique pour permettre aux détenus affectés du

760 Bertelli Bruno, « Le politiche penitenziarie », *art.cit.,* p.155 ; Marchisio Marina, *art.cit.,* p.125.

761 Certains vols ont été commis par des personnes séropositives ayant bénéficié de la mesure d'incompatibilité ce qui a conduit certains magistrats à parler d'impunité des séropositifs et à soulever l'inconstitutionnalité de la loi.

762 L'article 6 de la loi 231/99 établit que les détenus atteints d'autres pathologies que le Sida peuvent demander leur libération et leur admission à des mesures alternatives si ceux-ci sont "affectés d'une maladie grave, pour la quelle il n'existerait pas de thérapies disponibles qui puissent être effectuées en prison". L'association la LILA relève toutefois que plusieurs magistrats ont considéré cette disposition comme une condition supplémentaire pour l'accès au statut d'incompatibilité aux personnes malades du Sida. Recherche effectuée par la L.I.L.A. (*Lega Italiana Lotta A.I.D.S.*) et la F.I.VOL. (*Federazione Italiana Volontariato*), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", 2000, disponible sur le site internet <http://www.ristretti.it>.

763 La loi d'incompatibilité rencontre des difficultés d'application notamment de la part des magistrats qui disposent d'un pouvoir discrétionnaire important. Bien que la loi prévoit que ceux-ci ne peuvent refuser d'accorder les mesures alternatives liées à l'incompatibilité entre détention et Sida, certains magistrats adopteraient des jugements contradictoires, selon l'association la LILA, par lesquels ils reconnaîtraient la condition d'incompatibilité mais affirmeraient néanmoins que le détenu malade est apte à rester dans un *Centro Clinico*, qui « se trouve adapté à fournir l'aide sanitaire nécessaire ». La présence de structures cliniques pénitentiaires pouvant hospitaliser les détenus sidéens est donc invoquée comme un motif suffisant de non-libération. Recherche effectuée par la L.I.L.A. (*Lega Italiana Lotta A.I.D.S.*) et la F.I.VOL. (*Federazione Italiana Volontariato*), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", 2000, disponible sur le site internet <http://www.ristretti.it>.

764 Agnoletto Vittorio, « Aids, tossicodipendenza e carcere », *art.cit.*.

Sida d'être libérés a conduit à plusieurs drames sanitaires. En effet, faute de cadre formel, la libération anticipée des personnes en phase terminale de la maladie dépend largement de l'état clinique du malade incarcéré ou du magistrat auquel s'adresse le médecin chargé du patient [765] . La plupart des libérations avaient lieu très peu de temps avant le décès des malades donnant lieu à des scandales médiatiques [766] . Une psychologue travaillant alors à l'unité d'hospitalisation pour détenus évoque le souvenir de plusieurs détenus qui ***« venaient mourir à l'hôpital »*** [767] . En réponse à l'inaction des pouvoirs publics, une mobilisation associative se mît en place. L'Organisation internationale pour les prisons (OIP) déclencha plusieurs scandales médiatiques mais d'autres associations ont fait irruption dans la mobilisation ce qui permit un renouveau et un décloisonnement de l'action militante associative en faveur des prisonniers [768] . C'est notamment le cas d'Act-Up [769] qui dénonce au cours des années quatre-vingt-dix la double logique d'enfermement dont seraient victimes les détenus séropositifs et qui aboutit souvent à des actes de rejet en détention : ***« Pour les séropositifs et les sidéens, la prison est avant tout le lieu du redoublement de la discrimination qu'ils subissent dans la mesure même où ils se retrouvent exclus chez les exclus »*** [770] . L'association s'engage alors en faveur du développement des mesures de prévention (préservatifs, seringues, etc.), de la disparition de l'usage d'entraves ou d'un meilleur respect du secret médical. Le problème des fins de vie en milieu carcéral liées au Sida disparaît cependant à partir de 1996, date de l'introduction des multitraitements. Le Sida ne représente dés lors plus une cause de mortalité importante [771] . La mobilisation associative d'Act-Up demeure pourtant très intense. Mis à part la mobilisation en faveur de quelques détenus séropositifs dont l'état de santé est jugé incompatible avec la détention [772] , il semblerait qu'on assiste à l'émergence de nouvelles causes mobilisatrices. Les revendications de l'association sont ainsi progressivement passées du problème des fins de vie liées au Sida à la question

765 Verboud M., « Libération anticipée : un bricolage humanitaire », Le journal du Sida, n°51, juin 1993, p.28.

766 « Les détenus libérés en « phase terminale » le sont souvent quelques jours à peine avant de mourir, dans un état physique et mental qui ne leur permet guère une libération spirituelle… On veut bien les libérer mais on ne sait pas combien de temps avant « la date prévisible du décès », on veut que le pronostic soit fatal sans que les individus soient des « morts vivants »… Quelle macabre arithmétique ! ». Olive Agnès, « Le Sida en prison (ou le bilan de la santé publique en milieu carcéral) », *art.cit.,* p.318.

767 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

768 Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, *op.cit.,* p.218.

769 La fondation d'Act-Up Paris en 1989 s'inscrit dans un processus de radicalisation de la lutte associative contre le Sida. L'association part d'une critique du processus d'institutionnalisation de la lutte contre le Sida. Tout compromis avec les pouvoirs publics est refusé, traduisant ainsi une lutte politique et sociale plus frontale. L'association s'engage dans une démarche de visibilisation des problèmes et des identités liés au virus dans laquelle s'inscrit son engagement en faveur des détenus . Thibaudière Claude, Sociologie du Sida, *op.cit.,* p.41.

770 Act-Up, Le Sida, combine de divisions ?, Paris, Dagorno, 1994, p.256.

771 Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* p.16.

plus générale des fins de vie pour tous les détenus en situation de santé critique [773] . Cette mobilisation a contribué à faire reconnaître la place du problème des ***« mourants en prison »*** [774] . Les prises de position de l'association ont cessé de concerner spécifiquement les seuls séropositifs et portent désormais sur l'ensemble des détenus. Le champ de revendication d'Act-Up s'est élargi considérablement jusqu'à concerner l'ensemble des conditions de détention, sujet pourtant éloigné de ses revendications initiales [775] . L'association a contribué à redynamiser le mouvement associatif en faveur des détenus alors même que la principale association, l'Observatoire international des prisons, traverse une importante crise [776] . Ce phénomène a par ailleurs eu lieu alors même que la modification de la population carcérale est à l'origine de nouveaux problèmes de santé difficilement gérables qui relancent le débat sur les mesures d'incompatibilité avec la détention [777] . Mais cette mobilisation traduit surtout le redéploiement de l'association sur un nouveau problème de santé publique alors que la politique de lutte contre le Sida est désormais dans une phase de ***« normalisation »*** [778] . Elle offre à Act-Up une nouvelle scène de mobilisation et de reconnaissance [779] .

[772] Communiqué Act-Up, « La droite veut amnistier les délits politiques mais laisse mourir les détenus en attente d'une grâce médicale », 11 juillet 2002, disponible sur le site http://www.actupparis.org.

[773] C'est ainsi qu'un communiqué d'Act-Up réclamait en 2002, la libération de tous les malades souffrant de pathologies graves : « Rappelons-le : aujourd'hui, en France, la prison tue […] Il est de la responsabilité de l'Etat de faire sortir sans délai tous les malades souffrant de pathologies graves ». Communiqué Act-Up, « Prison : le ministère ne « connaît pas » les chiffres », 24 novembre 2002, disponible sur le site <http://www.actupparis.org>.

[774] C'est ainsi que le ministère de la Justice a confié le 25 avril 1996 une mission sur « la situation des personnes détenus en fin de vie ». Cette mission a débouché après plusieurs années sur le vote d'une loi relative aux droits des malades (n° 2002. 303) le 4 mars 2002 et appliquée par un décret (n° 2002.619) du 26 avril 2002, qui énonce : « Une suspension de peine peut être ordonnée, 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, pour les condamnés dont il est établi (après deux expertises médicales distinctes) 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 ». Devoto José Polo, « Les mourants en prison », in Revue française des affaires sociales, n°1, janvier-mars, 51 année, 1997, pp.225-230.

[775] Un communiqué d'Act-Up « exige » par exemple « une vraie politique de santé : moyens financiers pour les UCSA ; hausse des effectifs de médecins », ainsi que « la mise en place d'un observatoire indépendant et transparent des prisons » ou encore « la libération de tous ceux qui n'ont rien à faire en prison et que la détention met en danger : malades, étrangers sans-papiers, prostitués, usagers de drogues, mineurs... ». Communiqué Act-Up, « Droits des malades incarcérés : le ministère de la Santé inerte», 4 mars 2003, disponible sur le site <http://www.actupparis.org>.

[776] Act-Up Paris a ainsi été à l'initiative en novembre 2002 d'un pôle interassociatif de réflexion et d'action sur la suspension de peine qui réunit : Aides Ile de France, l'ANVP (Association national des volontaires en prison), l'ARAPEJ (Association réflexion action prison et justice) Ile de France, la Croix Rouge Française, la Ligue des Droits de l'Homme, le Génépi, le Groupe Multiprofessionnel des Prisons, le Secours Catholique, SOS Homophobie le Syndicat des Avocats de France, le Syndicat de la Magistrature. Communiqué Act-Up, «Article 10, loi du 4 mars 2002 : 15 mois après », 30 mai 2003, disponible sur le site <http://www.actupparis.org>.

L'épidémie de Sida a renouvelé le statut de malade en détention en soulignant l'incompatibilité des personnes en fin de vie avec la détention. La plupart des pays européens ont alors eu recours à des dispositions permettant la libération des détenus gravement malades ce qui témoigne une nouvelle considération de la maladie en prison [780] . A partir de quelques cas médiatisés de détenus mourrant en prison, c'est la question de l'incompatibilité entre l'état de santé et la détention qui a été soulevé mais de façon plus générale, c'est la place de la maladie elle-même en tant que phénomène social qui a été réactivée à partir du Sida et de ses représentations.

2.2.b Les métaphores du Sida en milieu carcéral

Chaque individu dispose de notions relatives à la santé et à la maladie indépendamment des conceptions véhiculées par le savoir médical. Celles-ci sont liées en partie aux croyances avec lesquelles chaque société interprète le rapport entre le normal et le pathologique et qui constitue une réalité sociale collectivement partagée [781] . Ces conceptions sont également liées à des notions et à des symboles intériorisés par les individus du fait de leurs appartenances sociales et culturelles. La ***« maladie comme métaphore »*** [782] est ainsi remplie de représentations qui s'imposent aux personnes

[777] On assiste depuis quelques années à un vieillissement de la population pénale, fruit d'une double évolution : l'âge des entrants en détention augmente de façon continue depuis plus d'une vingtaine d'années et l'allongement des peines touche plus fortement les condamnés déjà âgés. La conjugaison de ces deux phénomènes aboutit à l'existence d'une fraction de plus en plus importante de la population pénale qui a plus de 50 ans, particulièrement fragile au plan sanitaire. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , *op.cit.,* p.122. Ces problèmes modifient considérablement l'activité des services médicaux comme c'est le cas de l'unité pour détenus (UHSIR) de Lyon : « La population carcérale est vieillissante […] Ils ont des grosses pathologies, des cancers ou des problèmes cardiaques. Ils viennent mourir […] Pour nous, ça encombre les lits... […] Il nous arrive de demander des grâces médicales mais de toute façon c'est tellement long que les gens ont le temps de mourir avant ». Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[778] Ce repositionnement est à mettre en lien avec la phase de « normalisation » de la lutte contre le Sida amorcée à la fin des années quatre-vingt-dix. Le retour des pouvoirs publics dans la gestion de la maladie pose avec acuité, selon Michel Setbon, la question du devenir du mouvement de lutte contre le Sida. Une recomposition du mouvement de lutte contre le Sida s'amorce, certaines associations se recentrent sur l'aide aux malades et l'accompagnement social, tandis que d'autres, dont Act-Up, poursuivent leur lutte politique en s'investissant sur d'autres thèmes de santé publique comme la toxicomanie ou les hépatites. Setbon M., « La normalisation paradoxale du Sida », Revue française de sociologie, 41-1, 2000, pp.61-78.

[779] On peut penser par exemple à l'audition de l'association par la Commission d'enquête parlementaire sur les prisons en 2000.

[780] On peut remarquer que cette reconsidération de la maladie en prison demeure limitée puisque l'obtention de mesures de libération est conditionnée à un état de santé critique. L'impossibilité pour les personnes séropositives de bénéficier de telles mesures, comme c'est le cas en Allemagne, en Espagne, en France ou en Italie, traduit la primauté de la logique carcérale sur les impératifs sanitaires. Observatoire international des prisons, Prévention et traitement du sida dans les prisons d'Europe, *op.cit.,* p.19.

[781] Herzlich C., Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Editions de l'EHESS, 1992.

saines et malades et qui conditionnent leurs comportements [783] . Le Sida a ravivé certaines peurs, aussi bien au niveau individuel que collectif, pour plusieurs raisons. L'incertitude scientifique sur l'origine de la maladie, résolue en 1983 avec la définition du VIH, mais surtout l'incertitude thérapeutique ont contribué à faire du Sida un problème « mal structuré ». Cette maladie est d'autant plus difficile à analyser suivant les schèmes de compréhension classiques qui existaient alors, qu'elle brouillait la frontière entre le sain et le malsain [784] . Le Sida, enfin, était perçu comme un mal d'autant plus avilissant en raison de sa forte corrélation à des conduites difficilement acceptables au niveau social tels que des pratiques sexuelles dévalorisées (rapports homosexuels ou non liés à la sphère conjugale) ou des comportements illégaux comme la consommation de drogue par voie intraveineuse [785] . Le Sida est une maladie aux multiples représentations qui ont fortement contribué à constituer une identité du malade en tant que personne stigmatisée [786] . Celle-ci est d'autant plus problématique en prison où l'image du détenu coupable et celle du malade détenu se mêlent pour en faire un malade coupable [787] , figure ambiguë, dangereux à double titre et dotée d'une ***« identité indicible »*** [788] . Les peurs ont ainsi pris une très forte ampleur en milieu carcéral dès le début de l'épidémie provoquant des réactions d'angoisse ou de panique chez les personnels comme chez les détenus : certains détenus ne voulaient plus cohabiter avec les séropositifs, les membres du personnel de surveillance refusaient d'assurer leur service [789] . Le climat de la détention

[782] Susan Sontag utilise cette expression pour décrire ce phénomène au sujet du cancer. Sontag S., La maladie comme métaphore, Paris, Seuil, 1979.

783 « Les représentations sont des images, des sentiments ou des modèles explicatifs qui orientent les attitudes les comportements […] Elles vont influer sur les relations interpersonnelles, les pratiques professionnelles et les fonctionnements organisationnels et institutionnels ». Simonpietri Aldona, « Identité professionnelle, identité de sexe et Sida. Le cas des surveillants de prison », *art.cit.,* pp.52-54.

784 La distinction entre l'infection par le VIH et la maladie-Sida a été, comme le souligne Michel Setbon, la source de nombreuses ambiguïtés : « Le fossé qui sépare la définition classique de la maladie Sida du statut de séropositif (personnes infectées par le virus mais sans signes cliniques) rend en effet inadaptées les normes permettant de distinguer le pathologique du normal. […] Comment concilier un statut objectivement "normal" […] avec le fait d'être, dans certaines conditions, la source potentielle de contamination ? ». Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.19.

785 D'Andrea, Pini, Il caso AIDS, 1996, p.177, *in* Faccioli Franca, "La comunicazione difficile : l'AIDS tra informazione, allarme e solidarietà", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società, *op.cit.,* p.101.

786 Goffman est l'un des premiers à avoir décrit le phénomène de la stigmatisation qui traduit le fait qu'un individu porteur de traits discrédités ou discréditables accepte les valeurs sociales dominantes et ressente en conséquence de la honte. Goffman E., Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Ed. de Minuit, 175 (1er édition 1963).

787 Aldona Simonpietri, " Identité professionnelle, identité de sexe et Sida. Le cas des surveillants de prison », *art.cit.,* pp.52-54.

[788] Michel Pollak se réfère à cette expression au sujet des personnes homosexuelles contaminées. Cf. Pollak M., Schiltz M.A., "Identité sociale et gestion d'un risqué de santé: les homosexuels face au Sida », Actes de la recherche en sciences sociales, 1987, n°68, pp.77-102.

était dominé par un sentiment de panique comme le souligne une psychologue qui travaillait alors à l'Antenne toxicomanie :

« Ils étaient paniqués à l'époque […] Il n'y a pas un jour où un surveillant ne me coinçait pas et moi je leur disais "Je ne suis pas médecin". Il fallait les rassurer. Et c'est là qu'on s'est aperçu, qu'il fallait faire de l'information. » [790]

L'épidémie de Sida s'est accompagnée dans les prisons françaises, comme c'est le cas pour les maisons d'arrêt de Lyon, de phénomènes de discrimination sporadiques, de peurs du personnel de surveillance et de tentatives de mettre fin au secret médical conçu comme une protection du détenu menaçant [791] . L'ampleur des peurs rattachées au Sida contraste fortement avec les risques réels encourus par les personnels. C'est ce que constate un médecin qui animait une formation de prévention en milieu carcéral au début des années quatre-vingt-dix : ***« Bien sûr, il s'agit d'un milieu à risque car il y a de la drogue. Mais les risques ne sont pas beaucoup plus élevés qu'a l'extérieur. Ce qui est important surtout ce sont les peurs, comme à l'extérieur d'ailleurs »*** [792] . Les risques réels présents en milieu carcéral, difficiles à évaluer, demeurent faibles selon plusieurs soignants qui rappellent qu'aucune contamination de surveillant n'a jamais été relevée : ***« J'ai vraiment l'impression que toutes les peurs sont focalisées là-dessus [...] A mon sens, ça ne se justifie pas […] Il y a une focalisation sur un problème qui canalise un peu toutes les peurs et toutes les angoisses »*** [793] . Les craintes liées au Sida traduisent peut-être davantage une cristallisation des angoisses rattachées au milieu carcéral que l'existence d'une menace réelle. Aldona Simonpietri remarque d'ailleurs qu'aujourd'hui, alors qu'on assiste à une dédramatisation voire une relative banalisation du Sida en prison, de nouvelles peurs surgissent notamment pour la tuberculose [794] . Ces peurs sont, de façon plus générale, rélévatrices du sentiment de contagion (des maladies, de la violence, de la déviance) qui sépare les personnels pénitentiaires des détenus [795] . Le Sida constituerait alors un révélateur du fonctionnement institutionnel et professionnel

789 « Sida-psychose à la prison de Gradignan » ; Libération, 22 Août 1985 ; « Mutinerie anti-Sida dans une prison belge », Le Monde, 3 mai 1987 ; « Le Sida sème la panique dans les prisons espagnoles », Le Matin de Paris, 23 avril 1987.

790 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

791 Une psychologue rappelle ainsi certaines réactions du personnel de surveillance qui assimilent le secret médical à un facteur de danger : « J'ai entendu des revendications à être au courant, ils veulent absolument être informés de qui a le Sida, qui a l'hépatite et même pour la tuberculose. Qui peut leur communiquer les maladies [...] J'entends dire "On ne sait même pas de qui il faut se protéger?" […] Ça génère parfois du rejet, le plus souvent de l'angoisse, plus souvent de l'agressivité contre le milieu médical ou l'administration qui ne veut pas dire». Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon. Aldona Simon Pietri remarque que la discrétion sur le statut sérologique des détenus est perçue par les surveillants comme un refus de communiquer une information vitale et comme la manifestation d'une malveillance du corps médical : « Le Sida vient brouiller l'image du médecin qui jusqu'alors garant de la vie, fait figure de dispensateur de mort ; il est taxé du refus de partager son savoir sur la maladie, savoir secret supposé salvateur ». Aldona Simonpietri, « Identité professionnelle, identité de sexe et Sida. Le cas des surveillants de prison », *art.cit.,* pp.52-54.

792 Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.

793 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

propre au milieu carcéral.

L'épidémie de Sida a considérablement affecté les politiques de santé en milieu carcéral. Elle a tout d'abord soulevé la nécessité d'établir en prison un programme de dépistage et de prise en charge similaire à celui qui existait dans le reste de la société. Les contraintes de l'institution pénitentiaire ont cependant révélé les difficultés, voire l'impossibilité, à garantir des prestations identiques. La politique de santé publique qui a permis de mettre fin à l'épidémie de Sida s'avère difficilement conciliable en prison. L'épidémie a également souligné la place du malade en prison par le biais de l'incompatibilité entre état de santé et détention, permettant à de nouvelles associations d'investir le champ de la santé en milieu carcéral qui semblait auparavant peu mobilisateur. Ainsi, bien que l'épidémie de Sida ait permis de reconnaître au détenu un statut de malade à part entière, elle a souligné les contradictions entre le soin et la détention..

La mise en œuvre de loi du 18 janvier 1994 a été à l'origine de nombreuses contradictions. L'affirmation du statut de personnel soignant autonome a renforcé, tout d'abord, les oppositions entre le soin et la détention, en accentuant le cloisonnement entre les services sanitaires et pénitentiaires, d'une part, et en renforçant le rapport conflictuel qui oppose les surveillants aux soignants, d'autre part. Ces effets pervers de la réforme peuvent bien sûr avoir des répercussions néfastes sur la prise en charge des détenus. Des contradictions similaires sont apparues en ce qui concerne la nouvelle éthique soignante, rendue possible par la réforme de la médecine pénitentiaire. En effet, bien que celle-ci se soit sensiblement rapprochée des règles déontologiques classiques, mettant ainsi fin à l'exception carcérale, le recours à des pratiques professionnelles identiques à celles qui ont lieu en milieu libre est apparu inadéquat en certaines circonstances. L'institution pénitentiaire est, en effet, une institution totale dotée d'un fonctionnement propre au sein de laquelle la démarche thérapeutique ordinaire semble perdre une partie de son sens, comme c'est le cas du secret médical en certaines occasions. Une prise en charge sanitaire des détenus identique à celle de n'importe quel autre patient semble, de même, parfois inconciliable avec les exigences du milieu carcéral, tel qu'en témoignent la continuité des soins ou les hospitalisations. Les contradictions entre les logiques soignantes et pénitentiaires sont d'autant plus manifeste à travers la mise en œuvre de la politique de prise en charge du Sida en prison, développée selon les mêmes principes qui ont été appliqués dans le reste de la société. Ceux-ci s'avèrent toutefois incompatibles, dans certains cas, avec les règles de fonctionnement du milieu carcéral. La mise en œuvre d'une politique de santé publique, tel que l'avait prévu la loi du 18 janvier 1994, est traversée par de nombreuses contradictions. Celles-ci viennent, en partie, d'un constat simple qui a peut-être été insuffisamment pris en compte durant la réforme : bien que le transfert accorde aux soignants une autonomie statutaire au sein de l'institution carcérale,

[794] Aldona Simonpietri, " Identité professionnelle, identité de sexe et Sida. Le cas des surveillants de prison », *art.cit.,* pp.52-54. Plusieurs incidents sont survenus ces dernières années aux prisons de Lyon suite à la découverte de détenus tuberculeux qui ont provoqué des mouvements de panique du personnel de surveillance. Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[795] Lhuilier D., Aymard N., L'Univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison., *op.cit.,* p.94.

ceux-ci ne disposent pas pour autant d'une autonomie fonctionnelle. La prise en charge des détenus demeure un acte global, co-produit par l'ensemble des professionnels, sanitaires et pénitentiaires. L'interdépendance fonctionnelle est une caractéristique intrinsèque de l'organisation pénitentiaire que ne peut pas esquiver le personnel sanitaire. Le repli de chaque personnel sur ses prérogatives propres est à l'origine d'un cloisonnement, fortement préjudiciable à la prise en charge des détenus.

L'ouverture de la prison à de nouveaux intervenants a cependant eu une incidence globale très positive. Elle a, en premier lieu, marqué un changement d'échelle dans l'organisation sanitaire qui est passée du statut de médecine humanitaire à celui d'une prise en charge hospitalière. Mais outre l'amélioration des prestations soignantes, c'est la conception du soin qui est peut-être en train d'évoluer. Longtemps réduit à un acte d'urgence, le soin s'apparenterait désormais à une prise en charge globale, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives thérapeutiques, notamment en termes de prévention.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

Partie 3. L'émergence d'une politique de prévention en milieu carcéral

CHAPITRE 5 : DE LA TOXICOMANIE AU SIDA : LES PREMIERES POLITIQUES DE PREVENTION EN PRISON

Le dispositif sanitaire en milieu carcéral s'est presque toujours limité à la prestation des soins de première nécessité. La prévention, peu développée dans le reste de la société, était alors considérée comme un luxe en prison. On a cependant assisté au cours des années quatre-vingts à une revalorisation de la démarche préventive, notamment en raison d'une double épidémie fortement corrélée. Le développement soudain de la toxicomanie par voie intraveineuse à la fin des années soixante-dix a, plus que jamais remis au premier plan les exigences de prévention et de réinsertion. Ce phénomène a été accentué sous le coup de l'épidémie de Sida, face à laquelle, les politiques de prévention sont apparues nécessaires, en l'absence de thérapies adéquates. Le milieu carcéral n'est bien sûr par resté à l'écart de ces transformations qui ont eu d'importantes répercussions.

1. Du soin à la prévention de la toxicomanie

L'épidémie de Sida a souligné la fragilité sanitaire de la population carcérale et en particulier des toxicomanes qui demeurent les détenus les plus infectés. Elle a également permis de relever les carences du dispositif de prise en charge qui se limitait auparavant au sevrage dans une perspective de « guérison » de la toxicomanie. L'introduction des premiers traitements de substitution a dès lors été légitimée en même temps que la question de la réinsertion des toxicomanes apparaissait au premier plan. Le renouveau de la prise en charge de la toxicomanie a permis un mouvement général de décloisonnement de l'organisation de soins en prison, bien qu'inégal entre la France et l'Italie, et a constitué, à plus long terme, un renversement des priorités sanitaires en prison en faveur de la prévention.

1.1 Le (dé)cloisonnement des dispositifs de prise en charge des addictions

La recrudescence du nombre de toxicomanes incarcérés au cours des années quatre-vingts a permis la restructuration des dispositifs de prise en charge des addictions. L'intervention de nouveaux acteurs a accéléré le décloisonnement de l'institution carcérale vers le reste de la société. Ces changements ont cependant eu des répercussions néfastes, bien que divergentes, en France et en Italie : tandis que l'intervention de nouveaux professionnels au sein des prisons françaises a accentué le cloisonnement et la fragmentation entre les différents services sanitaires, le recours aux communautés thérapeutiques italiennes a freiné l'instauration d'un véritable dispositif de soin de la toxicomanie.

1.1.a Un dispositif de prise en charge des addictions fragmenté

Déterminer avec précision le nombre de détenus qui doivent être considérés comme consommateurs de drogues ou toxicomanes n'est pas aisé. Les détenus taisent souvent leur problème et les possibilités de dépistage sont limitées. Mis à part une comptabilisation réalisée à partir des statistiques pénales qui demeure imparfaite, plusieurs enquêtes ont été mises en oeuvre au sein des prisons françaises [796] . Le premier dispositif de surveillance épidémiologique des conduites addictives fut mis en place en 1990 par le biais des Antennes toxicomanies. Il s'agit d'un questionnaire présenté systématiquement auprès de tous les entrants en détention qui est par la suite envoyé auprès de l'INSERM où les données sont traitées [797] . La principale faiblesse de ce dispositif est qu'il ne s'applique qu'aux seuls établissements qui sont dotés d'une

[796] Une première approche consiste à recenser, à une date déterminée, le nombre de détenus incarcérés pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS). Ce relevé est cependant peu fiable puisque même si les ILS, qui demeurent parmi les premiers motifs d'incarcération, traduisent une forte prévalence des toxicomanes en détention, d'autres sont en revanche incarcérés pour d'autres motifs. En 1996, la majorité des usagers de drogues reçus dans les « Antennes-toxicomanies » étaient incarcérés pour d'autres motifs qu'une ILS (52%).

[797] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

Antenne toxicomanie, actuellement au nombre de seize. La recherche menée en 1997 auprès des entrants en détention par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) citée auparavant, constitue la première enquête exhaustive permettant d'évaluer l'ampleur des usages de drogues au sein de la population détenue et l'évolution des consommations [798].

Le dispositif de prise en charge des toxicomanies en milieu carcéral a considérablement évolué au cours des quinze dernières années. Il était jusqu'au milieu des années 1980 essentiellement expérimental sans qu'on puisse parler de réelle prise en charge. Les premières Antennes de lutte contre la toxicomanie, créées à Fresnes et à Lyon dans les années 80, ont servi de modèle d'organisation pour un certain nombre de maisons d'arrêt pourvues de SMPR. Financées par la DGS, elles sont placées sous l'autorité médicale du médecin chef du service de soin psychiatrique dont elles constituent une unité fonctionnelle. En dépit des inégalités territoriales, on peut désormais affirmer qu'un réseau de prise en charge des addictions existe au sein des prisons françaises [799]. La multiplicité des intervenants constitue cependant un obstacle à la coordination et l'homogénéité de la prise en charge. Plusieurs conflits doivent être signalés. Il semblerait en premier lieu que les relations entre les Antennes toxicomanies et les chefs de service des SMPR dont elles relèvent sont souvent conflictuelles [800]. Cette inimité s'expliquerait par le fait que lors de la création des Antennes les responsables des SMPR n'aient pas toujours respecté l'autonomie de ces structures dont elles devaient pourtant disposer. Dès

[798] L'étude met en avant la forte consommation de cannabis (24,4 %) qui demeure la principale substance consommée. La part des usagers de drogue par voie intraveineuse parmi les entrants en prison peut être estimée à un peu moins de 10% selon cette même étude traduisant ainsi un net recul. Le profil traditionnel du toxicomane-injecteur centré sur une consommation unique qui arrivait souvent en prison en état de manque aurait même, selon le rapport IGAS-IGSJ, quasiment disparu. Cette diminution traduit avant tout une modification des pratiques toxicomaniaques. En effet, la moindre disponibilité de l'héroïne et son coût élevé ont amené le développement d'autres consommations plus accessibles. Les médicaments et la cocaïne, dont le prix tend à diminuer, connaissent une extension importante. On assiste également à l'augmentation de la consommation d'autres produits dans le cadre d'une polytoxicomanie associant cannabis, alcool et produits divers (ecstasy, LSD). IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.23. P. Bouhnik, E. Jacob, I. Maillard, S. Touzé. L'Amplification des risques chez les usagers de drogues : prison - polyconsommations - substitution. RESSCOM. 1999. Cité *in* Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.27.

[799] Les Antennes ont de multiples missions accueil de tous les entrants, recueil des donnés épidémiologiques, coordination des actions mises en oeuvre en faveur des toxicomanes, préparation à la sortie des personnes dont elles assurent le suivi, notamment avec le dispositif spécialisé extérieur. Aux termes du décret du 29 juin 1992, les Antennes de lutte contre la toxicomanie ont changé de dénomination en devenant des Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST), acquérant ainsi le même statut et la même dénomination que les centres de soins extérieurs. Il existe actuellement 16 CSST (Antennes toxicomanies) situées dans les plus grandes maisons d'arrêt pourvues de SMPR représentant environ 28,5% de la population incarcérée. Par ailleurs, 57 établissements pénitentiaires regroupant 49% de la population incarcérée au 1 er janvier 99, relèvent d'un CSST en milieu libre à même d'intervenir en prison. 129 établissements ne peuvent bénéficier d'aucune prise en charge de CSST. Ces établissements font souvent appel au dispositif associatif extérieur. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.73.

[800] *Ibid.,* p.75.

lors, une lutte s'est engagée entre les chefs de service et le personnel soignant des Antennes, bien que ce ne soit pas le cas à Lyon selon une éducatrice:

« On est toujours sous l'autorité médicale du médecin-chef, pas du SMPR. Par rapport au SMPR, on a une autonomie de fonctionnement. C'est lié aussi au fait que notre médecin-chef, le docteur Lamothe, a respecté le cahier des charges et les règles qui étaient indiquées lors de la création des centres et il n'a pas phagocyté l'Antenne. Parce qu'on a des Antennes toxicomanie qui ont été complètement phagocytées par le SMPR et où il n'y avait plus de distinction entre les personnels. C'était le SMPR qui prenait en charge au sens large les malades mentaux mais aussi les toxicomanes et là il y a confusion totale entre le personnel de l'Antenne et le personnel du SMPR. Alors qu'à l'Antenne de Lyon, ce n'est pas le cas. Ce sont deux structures séparées et nous y tenons beaucoup » [801]

Bien que les relations apparaissent satisfaisantes entre le chef de service du SMPR et l'Antenne, il semblerait qu'elles soient en revanche nettement moins bonnes entre les deux équipes soignantes. Outre une logique de territoire qui rend difficile l'implantation d'une nouvelle structure dans les mêmes locaux où se situe le SMPR, ce conflit semble davantage s'expliquer par une conception distincte du soin. Les Antennes toxicomanie ont été constituées, comme le rappelle une éducatrice de l'Antenne des prisons de Lyon, à partir d'une vision de la toxicomanie qui était très proche du modèle psychanalytique et qui considérait que le soin de la toxicomanie n'appelait pas une réponse de type médical mais une démarche psychosociale [802] . Le personnel des Antennes, quasi-exclusivement psychologues et éducateurs, travaillent selon un mode de fonctionnement de « type associatif » hérité du mouvement communautaire de prise en charge des toxicomanes qui n'opèrent pas de distinction au sein de la structure : ***« Nous on a gardé quelque chose de ce mouvement à l'Antenne toxicomanie car il n'y a pas de hiérarchie. Il y a un médecin, un psychologue et deux éducatrices et une secrétaire mais il n'y a pas de pouvoir hiérarchique d'une personne sur une autre. Il n'y a pas d'intermédiaire entre le chef de service et nous »*** [803] . Ce modèle de prise en charge rentre cependant en totale contradiction avec le fonctionnement du SMPR où le personnel est organisé selon un modèle hiérarchique strict selon le schéma hospitalier à l'égard duquel les soignants de l'Antenne sont très critiques :

« Si on monte un groupe ou un atelier, on doit être là et on ne peut pas poser nos vacances au moment où le groupe se fait […]Au SMPR, c'est très différent. Alors comme il y a eu des problèmes parfois où n'il y avait personne pour les groupes, ils commencent à se remettre en cause [...] Parce que le SMPR a un fonctionnement qui est très structuré » [804] ***.***

[801] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

[802] Il semblerait qu'un autre sujet de conflit entre les deux structures soit la divergence de modèle thérapeutique en matière de soin de la toxicomanie puisque tandis que l'Antenne est hostile à toute médicalisation, le soin de la toxicomanie proposé par le SMPR est fortement médicalisé. Le personnel du SMPR de Lyon ne serait toutefois que passablement favorable à la médicalisation du soin de la toxicomanie comme cela sera abordé par la suite.

[803] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

Un second dysfonctionnement du dispositif de prise en charge de la toxicomanie semble être la coordination entre les services somatiques et psychiatriques. Il apparaît que la responsabilité du SMPR en matière d'addiction est remise en cause depuis 1994 par plusieurs UCSA [805] . Ce problème ne semble cependant pas présent au sein des prisons de Lyon où un projet commun UCSA- SMPR de prise en charge des détenus toxicomanes a été mis en place [806] . Enfin, une troisième difficulté semble assez répandue dans la prise en charge des détenus toxicomanes notamment sur les prisons de Lyon. Les services sociaux, les SPIP, occuperaient un rôle mineur dans le suivi des toxicomanes. Ainsi, leur prise en charge peut parfois se limiter à un traitement médico-psychologique sans qu'un travail de réinsertion ne soit amorcé si le détenu n'est pas signalé de façon spécifique auprès des SPIP par le personnel soignant :

« Si le SMPR établit une prise en charge médicale, il ne vous contacte pas automatiquement pour vous signaler que telle personne est prise en charge? -Pas forcément. Non. Non. Sauf si le détenu les sollicite pour une question d'hébergement alors j'imagine que le médecin va leur répondre que ce n'est pas son rôle et il va leur dire de s'adresser à nous. » [807]

Cette marginalisation des SPIP s'explique tout d'abord par le manque de relations avec les structures soignantes comme cela a été évoqué auparavant, mais surtout par un rapport de rivalité entre ce service et l'Antenne toxicomanie. Celle-ci est avant tout dû au fait que plusieurs missions, dont celle de réinsertion, se superposent entre les deux structures. Deux agents d'insertion et de probation des prisons de Lyon rappellent que mis à part certaines situations particulières, notamment en cas de demande d'aménagement de peine, qui rendent nécessaire le passage par le service de réinsertion, le choix de l'interlocuteur revient au détenu qui ne fait pas l'objet d'un suivi social automatique: ***« Les détenus sont libres de faire appel à nous ou pas [...] Si les détenus ne demandent pas à nous voir, on ne va pas les rencontrer […] Sur la recherche d'hébergement par exemple si le détenu sollicite directement l'Antenne toxicomanie et qu'elle ne nous contacte pas, et bien voilà... » [808]*** . Il semblerait que chaque service soit tenté d'effectuer une prise en charge des toxicomanes sans en référer à l'autre selon une logique de territoire. Une réunion commune entre l'Antenne et les SPIP vient d'ailleurs d'être mise en place après plusieurs tentatives afin d'améliorer la cohérence de la prise en charge. La principale difficulté semble être la collaboration de deux structures aux modes de fonctionnement très divergents et dotés pourtant de prérogatives communes qui aboutit à des problèmes de prise en charge : ***« [Il y a] un problème [de] répartition des taches. À la prison de Lyon, on n'est jamais arrivé à vraiment formaliser cela. Actuellement on reste un peu flou […] Alors, soit c'est une***

[804] Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

[805] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.76.

[806] Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

[807] Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

[808] Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

collaboration et nous profitons de l'expérience des uns et des autres, soit le fonctionnement se fait de façon séparée avec le risque d'avoir des projets contradictoires » [809] .

La principale difficulté en matière de prise en charge des toxicomanies en milieu carcéral n'est plus un manque d'offre thérapeutique comme cela était le cas auparavant. Il s'agit désormais, comme le remarque Nicole Maestracci présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), d'un problème de coopération et de cohérence des actions qui sont menées. Le dispositif nécessite, selon elle, une refonte globale : ***« Certaines situations sont même assez absurdes. Dans certains établissements, le psychiatre s'intéresse à tout ce qui concerne la " tête ", c'est-à-dire tous les médicaments psychoactifs qui agissent sur le système nerveux central. " En dessous de la tête ", c'est le médecin de l'UCSA […] On retrouve ainsi à l'intérieur de l'établissement toute une série de cloisonnements institutionnels, disciplinaires qu'on est en train de régler dans les prises en charge sanitaires et sociales à l'extérieur. Au fond, c'est comme si la prise en charge dans les établissements pénitentiaires avait pris cinq ou six ans de retard par rapport à ce qui se passe à l'extérieur »*** [810] **.** Cette difficulté a été soulevée à plusieurs reprises par d'autres rapports, telle que la mission d'évaluation IGAS-IGSJ qui encourage la mise en place d'un nouveau dispositif qui placerait sous la responsabilité d'un « chef de projet » l'ensemble des addictions dans les établissements pénitentiaires déchargeant ainsi les SMPR de ce rôle [811] .

Un second problème est récurrent dans le soin des toxicomanies en milieu carcéral. Certaines addictions semblent échapper fortement au dispositif de prise en charge actuel. C'est notamment le cas de l'alcoolisme qui ne dispose pas encore d'un réseau soignant homogène entre les différents établissements. Evry Archer regrette que le nombre d'Antennes alcool demeure trop faible malgré l'importance des problèmes de boisson au sein de la population carcérale [812] . Nicole Maestracci constate que « le dispositif est totalement indigent » : l'intervention des consultations spécialisées pour alcoolo-dépendants ne concernaient par exemple en 1997 que deux établissements. Les prisons de Lyon constitueraient un contre-exemple à cette critique puisque le SMPR dispose d'un médecin alcoologue mais également d'un groupe alcool animé par un psychologue [813] .

La prise en charge de la toxicomanie au sein des prisons françaises se caractérise

809 Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

810 Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Nicole Maestracci, Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie», source : Assemblée nationale.

811 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.151

812 Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de M. Evry Archer, Président, de M. Philippe Carrière et de M. Gérard Laurencin, au nom de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ASPMP», source : Assemblée nationale.

par un important dispositif qui a été établi par étapes successives. Celui-ci juxtapose cependant différents intervenants qui agissent suivant des logiques thérapeutiques distinctes. Cette diversité, que la loi du 18 janvier 1994 a renforcé, représente bien sûr un atout mais peut être à l'origine de dysfonctionnements en raison notamment d'une mise en concurrence entre les acteurs soignants qui rend nécessaire une amorce de coordination. L'importance de ce dispositif contraste fortement avec le système italien de prise en charge des détenus toxicomanes qui reposait jusqu'à peu de temps essentiellement sur le recours au milieu associatif.

1.1.b Le modèle italien de prise en charge de la toxicomanie par délégation

En l'absence d'un système de surveillance épidémiologique ou d'enquêtes nationales auprès des entrants, la part des toxicomanes au sein des prisons italiennes est évaluée de façon approximative à près de 30% de l'ensemble des détenus, chiffre resté stable depuis 1990 [814] . Bruno Bertelli note la part croissante des immigrés au sein de la population des toxicomanes incarcérés. Ceux-ci représentaient 14% des toxicomanes écroués en 1992, puis 23,4% en 1996 et 31,5% en 1998 [815] . Cette augmentation s'explique en partie par un durcissement de la législation sur les stupéfiants qui a eu lieu en 1993. La principale réglementation dans le soin des détenus toxicomanes est établie par le *Testo Unico* n.309 de 1990, apparu suite à la loi Jervolino-Vassali, qui confie au monde carcéral de nouvelles responsabilités en matière de traitement des toxicomanes (art.90 à 96). L'article 30 de la loi 162/90 prévoit la création de structures thérapeutiques spécifiques pour toxicomanes au sein des prisons ou encore une coopération entre l'institution pénitentiaire et les services sanitaires publics. Les Serts sont ainsi dès 1990 tenus de façon explicite par la loi à prendre en charge les toxicomanes détenus ou condamnés. Cette nouvelle réglementation demeura cependant lettre morte en raison des réticences des opérateurs sanitaires publics à travailler en milieu carcéral, souvent considéré comme répressif, et du refus de l'administration pénitentiaire de les laisser rentrer. C'est seulement la réforme de 1999 qui inaugure l'uniformisation du dispositif de soin des toxicomanies entre l'intérieur et l'extérieur.

Outre les obstacles culturels, le retard dans la mise en place d'un système de prise en charge des addictions dans les prisons italiennes s'explique avant tout par l'existence d'un système de mesures alternatives aux poursuites judiciaires original qui permet l'annulation du recours en justice à condition que le toxicomane soit intégré au sein d'un programme thérapeutique. Malgré l'introduction de ce système dès 1975, ce n'est que le *Testo unico* du 9 octobre 1990 qui donne une importance cruciale aux procédures alternatives [816] . Le législateur décrit alors le toxicomane comme un malade devant être soigné et poussé par tous les moyens (même coercitifs) afin d'entreprendre un

[813] Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

[814] Source : Ministero Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Cité dans Bertelli Bruno, « Le politiche penitenziarie », *in* Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, Luca Fazzi, Antonio Scaglia, FrancoAngeli, Milan, 2001, p.161.

[815] Bertelli Bruno, « Le politiche penitenziarie », *art.cit.,* p.151.

programme thérapeutique. Les institutions publiques (prisons, tribunaux, services sociaux) ont la possibilité d'envoyer le toxicomane, en alternative à la réclusion *in affidamento*, c'est à dire en mise sous tutelle, auprès d'une communauté thérapeutique (art.94) [817] . Bruno Bertelli affirme qu'il s'agit d'une mesure juridique ***« à travers laquelle apparaît de manière évidente la soumission du principe pénal face à l'objectif thérapeutique »*** [818] . Le *Testo unico* de 1990 permettrait de résoudre le conflit entre la logique pénale et la logique thérapeutique qui traverse l'ensemble des politiques de lutte contre les toxicomanies [819] . Le recours massif à ces mesures a constitué un moyen pour le législateur italien de désamorcer en partie le problème de la sur-représentation des toxicomanes en milieu carcéral, d'autant plus préoccupant en l'absence d'un système de prise en charge sanitaire adéquat [820] . Plusieurs questions méritent cependant d'être soulevées. Un premier problème d'ordre thérapeutique est la faible motivation des détenus qui bénéficient d'une telle mesure [821] . En effet, comme le souligne le responsable d'une communauté thérapeutique, ***« leur motivation est au début toujours la même c'est-à-dire ils ne veulent pas rester en prison. Ce qui les motive c'est avant tout cela »*** [822] . Cet opportunisme, dont sont conscients de nombreux intervenants,

816 Les premières mesures de peines alternatives à la détention carcérale sont introduites par la loi de réforme pénitentiaire L.354 de 1975. Cette mesure, qualifiée de « révolution culturelle du milieu carcéral » par Bruno Bertelli, était d'autant plus innovante que la majorité des pays européens adoptaient alors des politiques strictement répressives. Mais si le principe a été établit, l'application demeure faible en raison d'un manque de directives. La cadre d'application de la loi n'apparaît qu'en 1984, d'abord pour les incarcérations préventives puis pour les peines allant jusqu'à deux ans et demi (1985) puis jusqu'à trois ans (loi 663 de 1986 connue comme loi Gozzini). Bertelli Bruno, « Le politiche penitenziarie », *in* Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, *op.cit.,* p.144

817 Ce régime est applicable pour les peines inférieures à quatre ans et ne peut être utilisé que deux fois pour une même personne. Le toxicomane s'engage à entreprendre et à mener à terme un programme thérapeutique. Cette attribution temporaire aux services sociaux s'accompagne de la suspension provisoire de 5 ans (art.90) de l'exécution de la peine (d'une durée maximale de quatre ans). Celle-ci est classée en cas de réussite du programme thérapeutique entrepris. L'étendue de ces mesures est bien sûr décidée en considération de la gravité des faits imputés au toxicomane.

818 Ibid., p.142.

819 Luca Morici estime dans ce sens : « Le système pénal résout ainsi l'oscillation paradoxale entre une définition sociale de la toxicomanie comme déviance ou comme maladie, considérant la personne toxicomane comme déviante pour la traiter par la suite comme malade». Morici Luca, « Tossicodipendenza e carcere : tra punizione e cura », *art.cit.,* p.155.

820 Le recours aux mesures alternatives a été massif à partir de 1990. Le nombre de toxicomanes bénéficiant de telles mesures est passé de 2 386 en 1992 (soit 41,9% de l'ensemble des mesures prononcées) à 4 541 en 1994 (soit 38,4%) puis à 5 985 en 1997 (34,2%), ce chiffre est redescendu à 3 746 en 1999 (25,1). Source : Ministero della Giutizia- Dipartimento Amministrazione penitenziaria. Extrait de Bertelli Bruno, « Le politiche penintenziarie », *in* Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, *op.cit.,* p.152.

821 La toxicomanie serait désormais devenue au sein du système pénal italien une « circonstance atténuante » incitant par ailleurs certains détenus à recourir aux stupéfiants. Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

rend difficile l'élaboration d'un programme thérapeutique et laisse craindre une déstabilisation de l'ensemble de la communauté [823] :

« Il y a un problème de motivation car un toxicomane en prison qui décide d'aller en communauté a très souvent une motivation plus forte de partir de prison plutôt qu'une motivation d'interrompre sa toxicomanie […] Le comportement peu collaborateur […] peut-être communiqué aux autres éléments de la communauté qui peuvent être des personnes très motivées par le soin car ils ont des filtres de motivation avant de venir. » [824]

C'est en raison de ce risque que beaucoup de communautés choisissent de ne pas dépasser le seuil de 30% des usagers respectant ainsi un équilibre entre toxicomanes détenus et toxicomanes non détenus [825] . Cette règle informelle n'est cependant pas toujours vérifiée puisque plusieurs communautés sont constituées presque exclusivement de toxicomanes ayant bénéficiés de mesures alternatives. C'est par exemple le cas d'une communauté située à Rome qui dépasse le seuil de 90%. Son responsable regrette cette trop forte proportion qui rapproche le travail des opérateurs de celui de celui des surveillants et qui aboutit parfois à une atmosphère délétère au sein de la communauté: ***« Cela rend le travail un peu plus difficile car en réalité nous ne devons pas seulement avoir un travail de thérapie mais aussi de surveillance. Et de toute façon il faut être lucide, ce sont des personnes qui sortent de prison et qui ont un rapport biaisé. Par exemple, il y a beaucoup de gens qui ont fait plus de dix ans de prison et qui ont donc forcément au début un rapport avec nous qui est très similaire à celui qu'ils avaient en prison » [826]*** . Les missions de soin et de contrôle semblent parfois se recouper au sein des communautés thérapeutiques. Bien que le contrôle soit effectué par le *Centro dei servizi sociali per adulti* (CSSA) du ministère de la Justice, la séparation entre les fonctions judiciaires et thérapeutiques est cependant très formelle comme le rappelle Luca Morici [827] . Les discours des intervenants des communautés oscillent entre, d'une part, l'affirmation du rôle de soignant dans une logique de démarcation du milieu carcéral et, d'autre part, la conscience d'exercer une fonction de contrôle similaire à celle des prisons.

« Nous, nous sommes des thérapeutes, nous sommes ici pour soigner, nous ne sommes pas là pour réprimer. Si quelqu'un veut s'en aller, nous cherchons à le convaincre mais nous n'allons pas le retenir, il peut s'en aller [...] Nous ne voulons pas reproduire une prison. Certains de nos secteurs sont des

[822] Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome.

[823] Luca Morici évoque un sentiment d'instrumentalisation de la part des intervenants en communautés thérapeutiques. Morici Luca, « Tossicodipendenza e carcere : tra punizione e cura », *art.cit.,* p.156.

[824] Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

[825] Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

[826] Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome.

[827] Morici Luca, « Tossicodipendenza e carcere : tra punizione e cura », *art.cit.,* p.153.

reproductions de la prison dans une version "libre" [...] Les mêmes mécanismes qu'en prison, de pouvoir par exemple, se reproduisent ici. » [828]

La procédure d'*affidamento* permet de déléguer un nombre considérable de toxicomanes aux structures de soin leur permettant d'éviter ainsi la prison, facteur de précarisation accrue. Luca Morici souligne cependant l'ambiguïté de ces mesures qui s'apparentent à une volonté de « punir en soignant » par le biais d'une délégation du système pénal au système soignant [829] . Certains opérateurs critiquent cette délégation de la fonction de contrôle qui fait des communautés les sous-traitants du ministère de la Justice : ***« La police effectue des contrôles très réguliers [...] Pour eux c'est beaucoup plus pratique et c'est beaucoup plus contrôlable. Je pense qu'actuellement pour le futur en Italie, cela peut devenir une des nouvelles formes de prison. Parce qu'un détenu coûte en Italie 120 euro par mois alors qu'ici il ne coûte que 40 euro, c'est peut-être une forme de prison privée à l'américaine... »*** [830] .

Le second problème du dispositif actuel est la quasi-absence des services de soin publics aux toxicomanes, pourtant habilités par la loi à recevoir les personnes bénéficiant de mesures alternatives à la détention. Outre les réticences du personnel soignant, cette difficulté est liée au mode de fonctionnement des Serts qui ne disposent pas de programmes communautaires (diurnes ou nocturnes) mais qui réalisent uniquement des soins ambulatoires ponctuels. La prise en charge d'un toxicomane au sein d'un Sert se résume le plus souvent à la distribution d'un produit de substitution et à quelques séances de psychothérapie. Les magistrats sont très réticents à accorder l'envoi de toxicomanes auprès de structures où ils ne bénéficieront souvent pas d'une réelle prise en charge : ***« Les Serts offrent beaucoup moins de places disponibles pour ce genre de mesures [...] Les juges préfèrent très souvent les communautés thérapeutiques où le contrôle du toxicomane [et] où les toxicomanes vont tous les jours plutôt que dans un Sert où ils ne vont que deux fois par semaine »*** [831] . Malgré plusieurs expérimentations de collaboration entre les structures privées et publiques, la plupart des mesures alternatives à l'incarcération des détenus toxicomanes sont réalisées au bénéfice du secteur privé associatif [832] . Enfin, plusieurs dépendances demeurent mal prises en charge. C'est le cas des mineurs qui ne bénéficient de l'intervention d'aucun service spécialisé et qui peuvent rarement profiter des mesures alternatives faute de places qui leur sont réservées dans les communautés thérapeutiques [833] . Ce problème

828 Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

829 Ce constat est d'autant plus pertinent que les magistrats sont d'ailleurs plus favorables aux communautés thérapeutiques qui représenteraient la forme de conjugaison la plus réussie entre le principe thérapeutique et le principe de discipline. C'est ainsi qu'une communauté telle que *San Patrignano,* fortement marquée par un mode de fonctionnement coercitif, bénéficie fréquemment de la préférence des magistrats en raison des garanties de sécurité qu'elle représente. Morici Luca, « Tossicodipendenza e carcere : tra punizione e cura », *art.cit.,* p.160.

830 Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

831 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

833 Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

s'explique en partie par une sous évaluation des problèmes d'héroïnomanie chez les mineurs. L'alcoolisme et la cocaïnomanie demeurent également mal pris en charge faute d'une certification possible [834] . Les immigrés sont enfin très rarement bénéficiaires des mesures alternatives à l'incarcération, notamment par manque d'une structure sociale ou familiale qui puisse les accueillir à leur libération [835] .

Les dispositifs français et italiens de prise en charge des toxicomanies en milieu carcéral sont très distincts. Tandis que le système français se singularise par la présence de nombreux intervenants spécialisés, l'Italie a largement recourt aux associations afin de leur déléguer le soin des détenus toxicomanes. Il semblerait que l'on puisse discerner, outre les spécificités qui caractérisent chaque pays, un facteur explicatif commun : plus le dispositif soignant intervenant en milieu carcéral est fortement développé et moins il entretiendrait de liens avec le secteur associatif extérieur, à l'inverse moins le système de prise en charge des détenus est consolidé et plus il aurait tendance à recourir à des acteurs associatifs [836] . Cette hypothèse permettrait de rendre compte du retard dans la mise en place d'un dispositif de soin aux toxicomanes en Italie mais aussi du manque d'interventions des acteurs extérieurs au milieu carcéral français [837] . Les spécificités nationales des dispositifs de prise en charge des addictions en prison vont se répercuter

832 La communauté Villa Maraini située à Rome constitue un bon exemple de ce genre d'expérimentation malgré les nombreuses difficultés qu'elle a dû affronter durant ses quinze années de fonctionnement : « Villa Maraini est également une communauté assez spécifique dans le sens où une partie du personnel est rattachée au Sert et une partie fonctionne en tant que communauté. C'était une situation pilote en Italie car ils sont les premiers à avoir adopté cette intégration. [...] Cette intégration était très difficile car le public a cherché à plusieurs reprises à retirer son personnel ». Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

834 La phase la plus importante du soin de la toxicomanie en milieu carcéral, afin de bénéficier d'un soin spécifique en détention ou de l'application des mesures alternatives, constitue la certification de la toxicomanie. Celle-ci s'effectue à partir de l'observation de l'état d'abstinence du détenu et de ses manifestations physiques ou selon les traitements de substitution qu'a pu éventuellement suivre le détenu à l'extérieur auprès d'un Sert. En l'absence d'une définition valable d'un état d'abstinence pour l'alcoolisme et la cocaïnomanie ou de traitements de substitution qui leur correspondent, leur certification demeure souvent problématique. Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome.

835 Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

836 On peut tenir pour preuve de cette hypothèse le fait que les petits établissements français qui ne disposent pas d'un dispositif sanitaire très développé ont tendance à recourir plus volontiers au système associatif, comme en témoigne une assistante sociale qui souligne le contraste entre les prisons de Lyon et le précédent établissement où elle travaillait, où le service médical était quasi-inexistant : « A Meaux il n'y avait personne de spécialisé dans la prise en charge. J'étais en lien avec une association extérieure qui s'occupait des détenus pour les problèmes de toxicomanie. Après j'étais en lien avec une association qui s'occupait des gens qui avaient des problèmes d'alcool […] C'était surtout dans le but de créer des liens avec des structures extérieures dans un objectif de préparation à la sortie ». Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

837 Cette hypothèse ne serait pas seulement valable en matière de prise en charge de la toxicomanie mais également pour l'ensemble du dispositif sanitaire en prison, bien qu'elle semble davantage visible dans le soin des addictions.

sur l'émergence, plus ou moins rapide, des traitements de substitution. Ceux-ci vont profondément modifier la conception soignante de la toxicomanie en réhabilitant la notion de réinsertion.

1.2 Une nouvelle conception soignante de la toxicomanie

Le traitement de la toxicomanie se réduisait auparavant au sevrage. L'épidémie de VIH/Sida a cependant rendu nécessaire le développement de nouveaux instruments de soin tels que les traitements de substitution qui se sont développés à partir des années quatre-vingts dans toute l'Europe [838] ou les unités sans drogues. Ces transformations n'ont cependant pas eu lieu sans d'importantes résistances d'ordre culturelles. Celles-ci reflétaient des réticences qui existaient dans l'ensemble du dispositif sanitaire, auxquelles s'ajoutaient des oppositions propres à l'institution pénitentiaire.

1.2.a Les politiques de substitution en milieu carcéral

La France s'est pendant longtemps caractérisé par un important retard en matière de substitution en raison des réticences de la classe politique et du milieu professionnel de la toxicomanie [839] . L'introduction des programmes de substitution en milieu carcéral s'est déroulé entre 1995 et 1996. Elle a été à l'origine d' « énormes réticences » de la part du personnel de surveillance », comme le rappelle un psychiatre, pour qui le recours à ces substances équivalait à un échec de l'institution pénitentiaire : ***« Il y a même eu quelquefois des espèces de caricatures dans les mess où on montrait du doigt les médecins dealers. On opposait la logique antérieure en disant "Nous, on s'est efforcé de les priver de tout ce qui les rendait dépend et puis, vous, vous arrivez au contraire en leur apportant leur drogue" »*** [840] . Bien que légalisés, les traitements de substitution ne semblent cependant pas encore aujourd'hui appartenir à la culture

[838] Les programmes de substitution consistent à administrer des substances pharmacologiques aux toxicomanes par voie orale (sirop, comprimés) permettant de remédier au sentiment de manque en cas de sevrage. Ils offrent au soignant une pluralité d'avantages thérapeutique : une stabilisation comportementale, la réduction de la consommation d'héroïne, l'amélioration de l'état de santé du sujet, la réduction de la mortalité, la réduction des comportements criminels liés à la drogue et l'amélioration générale de la position sociale du toxicomane. Bien qu'il existe plusieurs substances de substitution, dont certains étaient utilisés depuis longtemps comme produit de substitution de façon illégale, la méthadone est rapidement devenue le produit de substitution le plus utilisé dans le monde. Cf., Touzeau Didier, Bouchez Jacques, La Méthadone, Revue documentaire toxibase, 1998, 12p.

[839] L'acceptation de la politique de réduction des risques par la France a rencontré de nombreux obstacles. L'introduction de la méthadone n'a pas eu lieu avant 1995. Les intervenants spécialisés, les administrations et responsables politiques étaient en effet réticents à la diffusion des traitements de substitution. La lecture de la toxicomanie demeure à l'époque essentiellement sociale ou psychologique. Le consensus anti-substitution a maintenu pendant une vingtaine d'années la méthadone dans un statut expérimental et extrêmement marginal. L'arrivée de Bernard Kouchner au ministère de la Santé au début de l'année 1992 marque néanmoins un tournant dans la politique de soin. Le soutien des autorités sanitaires locales (DDASS) rend alors possible la création de centres méthadone. Entre 1993 et 1995, la France est passée de 3 centres méthadone pour 52 places à 45 centres pour plus de 1 600 places. Le processus de diffusion de la méthadone semble alors lancé. Deux circulaires affirment en 1995 le choix de la substitution en tant que volet essentiel de la politique de santé publique. Cf., Bergeron Henri, L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française, *op.cit.*, p.292.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

soignante pénitentiaire. L'augmentation du nombre total de programmes, qui demeure faible [841], masque d'importantes disparités d'un établissement à un autre [842]. Celles-ci traduisent avant tout les différentes conceptions de chaque médecin qui délivre ou non des traitements de substitution selon ses positions strictement personnelles et sa ***« vision de la "drogue et des drogués" »*** [843]. Les conceptions soignantes oscillent fréquemment entre le refus catégorique de recourir à la substitution par peur d'un trafic en détention ou d'une consommation excessive, ou à l'inverse une distribution systématique, ***« le médecin s'interdisant même de refuser les traitements de substitution à tout consommateur d'opiacés […] allant jusqu'à ne voir dans le trafic en détention que le signe d'une insuffisance globale de prescription du produit dans la prison »*** [844]. Le refus d'un certain nombre de médecins de prescrire des traitements de substitution à des toxicomanes incarcérés reflète des résistances culturelles qui sont également présentes dans le reste de la société. Cette attitude est cependant bien plus préjudiciable au patient en milieu carcéral où, contrairement à l'extérieur, il ne dispose pas de la faculté de s'adresser à un autre médecin [845]. Ce refus a des conséquences d'autant plus importantes lorsqu'il s'agit de poursuivre un traitement initié à l'extérieur [846]. Ces interruptions de traitement contreviennent au principe de continuité des soins inscrit dans la réforme de 1994. Outre le sevrage forcé du toxicomane, cette position peut s'avérer extrêmement nuisible pour le détenu puisque les interruptions de traitements constitueraient un facteur de risque important en faveur de l'injection en détention [847]. Le

840 ***Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.***

841 Une enquête menée par la DH/DGS en 1998 et 1999 sur la base d'un questionnaire adressé à toutes les unités médicales implantées en milieu pénitentiaire relève que sur un peu plus de 50 000 personnes écrouées, 1653 détenus bénéficiaient d'un traitement de substitution Alors qu'ils représentaient 2% de la population carcérale en 1998, ce taux atteint 3,3% en 1999. IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.79.

842 Ainsi, la maison d'arrêt de Nîmes est décrite comme le « numéro un au hit-parade de la substitution » avec 300 programmes au Subutex par an sur les 400 détenus qu'abrite l'établissement. A l'inverse, à Fleury-Mérogis sur 5.000 détenus, 223 sont sous traitement de substitution. Schnall., « Les traitements de substitution et la prison »**,** Maintenant la lettre, n° 25 juin 1998.

843 ***Ibid.***

844 ***Archer E., « Les traitements de substitution en milieu carcéral : évolutions des attitudes thérapeutiques », Le journal de l'éducation pour la Santé en Picardie, n°4, décembre 2001, p.11.***

845 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.79.

846 Une enquête de l'ORS PACA souligne les nombreuses interruptions : 73 % des détenus sous méthadone et 60 % des détenus sous Subutex déclarent que leur traitement a été interrompu lors de leur incarcération. Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p. 48.

847 En effet une étude souligne que 52 % des usagers qui pratiquaient l'injection durant les quatre semaines précédant l'incarcération et qui ont eu leur traitement au Subutex interrompu au moment de leur incarcération se sont injecté en prison. *Ibid .,* p.49.

personnel médical des prisons de Lyon semble relativement favorable aux traitements de substitution. Il apparaît pourtant que le développement des programmes s'accompagne de réticences de la part de l'Antenne toxicomanie mais aussi du personnel infirmier du SMPR, comme en témoigne une éducatrice [848] :

« Que ce soient les psychiatres ou les infirmiers [...] pour eux, c'est pire que nous car ils sont des distributeurs de Subutex et pour eux c'est intolérable car ils n'ont pas été formés pour ça, pour voir défiler tous les matins des types qui viennent prendre leurs comprimés. [...] Je ne suis pas hostile à la substitution [...] Mais […] ça permet de mettre de côté le problème de la toxicomanie […] et du coup le problème de la toxicomanie est écarté. » [849]

L'absence de cadre commun entre les différentes démarches soignantes est à l'origine de pratiques thérapeutiques contre-indiquées. Cette remarque concerne en particulier le choix entre les deux traitements de substitution actuellement sur le marché, la méthadone et le Subutex, qui correspondent à des schémas thérapeutiques distincts. Les réticences du dispositif sanitaire français à recourir à la méthadone se sont répercutées dans le système carcéral où l'usage du Subutex a été initialement privilégié [850] . Le Subutex semble pourtant assez peu adéquat au profil thérapeutique des détenus. Bien qu'il soit principalement prescrit dans le cadre de poursuites de traitements antérieurs (84% des prescriptions de Subutex en 1999), le Subutex peut parfois être prescrit à des détenus de courtes peines sur certains établissements [851] . L'équipe soignante des prisons de Lyon a choisi de ne plus initier de traitement au Subutex mais uniquement à la méthadone qui est considérée comme étant ***« beaucoup mieux cadré que le Subutex »*** [852] . Le Subutex conviendrait davantage à une substitution effectuée en milieu libre en raison de son

[848] On doit rappeler que l'« école lyonnaise » de soin de la toxicomanie a été pendant très longtemps hostile à la médicalisation des traitements en raison de la prégnance du modèle psychanalytique. Celui-ci serait un héritage de la psychiatrie sociale dont l'un des fondateurs était le professeur Roche, psychologue aux universités de Lyon. Les intervenants spécialisés lyonnais sont demeurés dans leur majorité hostiles aux traitements de substitution jusqu'au rappel à l'ordre des autorités de tutelle. Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

[849] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

[850] La mise en place des programmes de substitution s'est déroulée en plusieurs étapes. Une circulaire de janvier 1995 a reconnu dans un premier temps que tout traitement de méthadone initié à l'extérieur put être poursuivi durant l'incarcération (Circulaire DGS/04/SP 3 du 11 janvier 1995.). Une seconde circulaire datée du 3 avril 1996 autorise la prescription initiale de la buprénorphine haut dosage (Subutex) mais « essentiellement dans la perspective d'une préparation à la sortie » mais réaffirme en revanche l'interdiction d'une primo prescription de méthadone. (Circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996). Enfin une dernière circulaire relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire qui fait suite au rapport Gentilini aligne en décembre 1996 le cadre réglementaire de prescription en prison sur le milieu libre en affirmant qu'« un traitement de substitution par la méthadone ou le Subutex peut être poursuivi ou initié » (Circulaire n° 739 DGS/DH/DAP du 5 décembre 1996). Cf., Schnall., « Les traitements de substitution et la prison », Maintenant la lettre, n° 25 juin 1998 ; Brahamy Betty, « Les traitements de substitution en prison », Swaps , n°6., janvier 1998.

[851] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[852] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

injection possible qui est à l'origine d'un trafic au sein de la détention et qui peut aboutir parfois à des primo-injections de personnes non toxicomanes : ***« Maintenant c'est le Subutex. On trouve toujours des gens qui sont initiés au Subutex par les co-détenus […] Il y a un marché noir »*** [853] . Les risques de trafic font parfois l'objet d'affrontement entre l'administration pénitentiaire et l'équipe médicale en raison de leurs priorités respectives : tandis que la direction de l'établissement préférerait que le Subutex soit administré cachet par cachet face au détenu afin de limiter les risques de revente, le personnel soignant privilégie parfois une prescription étalée sur plusieurs jours pour favoriser la responsabilisation médicale du toxicomane :

« L'administration pénitentiaire préférerait pour éviter des trafics que le Subutex soit donné comprimé par comprimé, alors que les médecins valorisent davantage la responsabilisation et ils veulent plutôt reproduire ce qui se passe à l'extérieur de la prison, c'est-à-dire où le patient va chercher une fois par semaine son Subutex à la pharmacie. » [854]

Les phénomènes de trafic sont perçus de façon très distincte par les différents personnels [855] mais demeurent cependant peu discutés au sein des établissements ce qui tend à renforcer le sentiment de méfiance vis-à-vis des produits de substitution et alimente les peurs, notamment du personnel de surveillance [856] . Enfin il existe de nombreuses divergences sur la place qu'occupe le produit de substitution au sein du programme thérapeutique de même qu'en milieu libre [857] . Le risque de voir la substitution se développer comme « la solution » au problème de la toxicomanie est d'autant plus grand en milieu carcéral où elle permet une pacification de la vie en détention [858] . En réponse à certaines pratiques, un rapport sur la réduction des risques en milieu carcéral rappelle la nécessité d'***« inscrire la prescription des traitements de substitution dans une prise en charge globale de la personne détenue »*** [859] . Il semblerait cependant qu'un accord existe entre les personnels soignants des prisons de Lyon puisque aussi bien ceux de

[853] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[854] ***Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.***

[855] Un rapport de l'IGAS établit que les surveillants et les directeurs d'établissement sur-évaluent l'existence de trafic de Subutex au sein de la détention que les personnels médicaux ont tendance à sous-estimer ce phénomène comme c'est le cas par exemple de ce médecin des prisons de Lyon : « Le Subutex, c'est un peu n'importe quoi. Ils se l'injectent […] Mais à l'intérieur de la prison ces pratiques-là n'ont pas tellement court en fait. C'est à l'extérieur qu'ils se les injectent. On a l'impression que la prison c'est un peu ce qui va, entre guillemets, les sauver pendant un temps ». Cette attitude traduit le refus d'assimiler la prison à un milieu à risques, idée qui sera développée par la suite. Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

[856] IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.81.

[857] La place de la méthadone dans la thérapie fait l'objet de nombreuses polémiques. De nombreux auteurs s'accordent pour dire que la méthadone ne peut constituer qu'une partie de la thérapie, le traitement de substitution ne pouvant être entendu que dans une conception globale de la thérapie.

[858] Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

l'Antenne toxicomanie que du SMPR s'accordent sur une conception de la substitution comme traitement du manque et non pas de la toxicomanie :

« Le traitement médical de la toxicomanie est un traitement à courte vue […] Si il ne s'accompagne pas d'une prise en charge psychosociale du détenu, à mon avis il est voué à l'échec [...] On ne peut pas imaginer que la substitution va traiter la toxicomanie [...] Mais au sein du SMPR, ils ont aussi conscience que la prescription est un acte thérapeutique car il est entouré par une parole et il n'y a pas de substitution seule [...] Pour les médecins psychiatres du SMPR, c'est un outil, ce n'est pas une réponse. » [860]

Même si le principe de la substitution est désormais reconnu au sein des prisons françaises, il est très inégalement appliqué entre les différents établissements pénitentiaires. L'absence de directives sur les pratiques thérapeutiques permet à chaque équipe d'adopter des démarches distinctes qui ne sont pas toujours bien comprises par les personnels pénitentiaires faute d'une communication suffisante. Les traitements de substitution ne peuvent devenir un outil de soin de la toxicomanie qu'à certaines conditions: ***« Lorsque la collaboration entre tous les partenaires concernés (pharmacie, UCSA, SMPR) est effective et que les traitements de substitution s'inscrivent dans une réflexion globale sur la prise en charge des toxicomanes incarcérés, ceux-ci nous semblent constituer un énorme progrès, tant dans le cadre de la réduction des risques que pour le travail de fond avec ces patients en milieu carcéral »*** [861] **.** La résolution de ces dysfonctionnements en milieu carcéral où les soignants demeurent fragmentés rend nécessaire une coordination nationale susceptible d'initier une véritable politique de la substitution en prison :

« J'ai interrogé la DRASS sur tout ce qui est politique de substitution car je trouvais qu'il n'y avait pas une véritable politique de substitution en milieu carcéral. Moi je m'en rends compte quand je vais sur les sites, ne serait-ce que par rapport aux modes de substitution en milieu carcéral, il y a une circulaire là-dessus et on se rend compte que les équipes font un peu ce qu'elles veulent. » [862]

L'introduction des programmes de substitution au sein des prisons italiennes fut beaucoup plus difficile qu'en France bien que la culture professionnelle des soignants de la toxicomanie ait intégré plus rapidement l'utilisation de la méthadone que les intervenants français et que les personnels des Serts présentent désormais peu de réticences à recourir à la substitution [863] . Il semblerait que ce retard s'explique avant tout par un double refus : les personnels des Serts ont été pendant longtemps peu enclins à intervenir en milieu carcéral, comme cela a été évoqué, tandis que les directeurs d'établissements étaient hostiles à l'usage des produits de substitution. Ces derniers étaient en effet entièrement libres d'accepter ou de refuser l'introduction de méthadone au sein de leur

[859] ***Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, op.cit., p.57.***

[860] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

[861] ***Brahmy B., « Les traitements de substitution en milieu carcéral », L'information psychiatrique,1999, 75-1, pp.60-62.***

[862] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

établissement. L'utilisation des produits de substitution a eu lieu ainsi au cas par cas selon les sites. Un des premiers instituts à recourir à la méthadone fut celui de Rebbibia à Rome dès 1995 suite à une altercation entre le directeur de l'établissement et le responsable du Sert [864] . Ce n'est toutefois qu'après la réforme de 1999 et la publication d'une circulaire établissant la nécessité de garantir la continuité thérapeutique des traitements de substitution avant, pendant et après l'incarcération, que l'arrivée des programmes de substitution n'a véritablement eu lieu au sein des prisons italiennes. Il semblerait que la réticence de certains chefs d'établissements constitue néanmoins un obstacle [865] . Une étude réalisée en 2000 apprenait que de nombreux instituts interdisaient encore les substances de substitution [866] . Ce problème est également présent dans la région du *Lazio* puisque plusieurs enquêtés ont confirmé que de nombreuses prisons des environs de Rome n'ont toujours pas recours à ces traitements [867] . Ces réticences s'expliquent par la représentation accordée aux substances telle que la méthadone, considérées comme des stupéfiant [868] et dont l'utilisation est conçue comme une ***« solution de dernier recours »*** [869] .

[863] Le développement de la méthadone n'a pas suivi un schéma régulier en Italie. Elle a tout d'abord a été utilisée de façon très intensive dans toute l'Italie au début des années 80. Puis les communautés furent jugées comme la seconde « solution magique » à la sortie de l'état de toxicomanie. La création des Serts a contribué à reléguer la méthadone au second plan en reléguant les médecins dans un rôle secondaire. A la fin des années 80, l'épidémie de VIH a contraint à substituer massivement l'héroïne par la méthadone. Il semblerait cependant les Sert se soient engagés depuis quelques années dans une stratégie inverse du ''tout méthadone'' qui leur vaut le surnom de « bar metadonici », « bars à méthadone ». Cf., Orsenigo Marco, Tra clinica e controllo sociale. Il lavoro psicologico nei servizi per tossicodipendenti, *op.cit.;* Gatti R.C., Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico, *op.cit.*

[864] Le responsable du Sert de Rebbibia raconte cet épisode : « Pendant longtemps le directeur de la *casa circondariale* nous disait "Il n'entrera pas de méthadone dans la prison car c'est une drogue". Et tout a changé lorsqu'en 1995, un toxicomane sidéen en grave état de santé est arrivé ici […] Le directeur est arrivé et nous a dit une phrase qui est restée célèbre : "Vous devrez me passer sur le corps pour distribuer cette drogue". Et comme nous avons distribué finalement la méthadone, nous sommes passés sur son cadavre [...] C'était la première prise en charge à partir de méthadone qui a eu lieu ici. Cela a permis de faire changer les choses puisque les autres ont été de plus en plus faciles ». Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

[865] L'utilisation de méthadone est cependant encore laissée à l'entière discrétion du chef d'établissement puisque la circulaire de 1999 établit qu'« aucun obstacle ou résistance ne doit être opposée » à l'utilisation de la méthadone, sauf « dans le cas éventuel où des raisons graves et documentées rendraient inopportun au point de vue de la sécurité l'utilisation de méthadone de la part des détenus ». Cf. Springs Alice « Per uscire dal carcere dogato", Il Manifesto, 03 juin 2002.

[866] L.I.L.A. (*Lega Italiana Lotta A.I.D.S.*), F.I.VOL. (*Federazione Italiana Volontariato*), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", 2000, disponible sur le site internet <http://www.ristretti.it>.

[867] Entretien n° 19, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome ; Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...

[869] Entretien n°23, Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome.

Contrairement à la France, la méthadone constitue le principal produit de substitution utilisé aussi bien en milieu carcéral qu'à l'extérieur. A Rebbibia, les thérapies de substitution ont lieu dans une section spécifique qui dispose de quarante places afin de faciliter l'administration des médicaments [870] . L'un des principaux problèmes semble être l'utilisation thérapeutique de la méthadone. Les programmes de substitution sont orientés essentiellement vers l'abstinence en accord avec les principales décisions judiciaires italiennes qui affirment l'impossibilité d'établir un traitement à long terme (*mantenimento*) [871] . Cette démarche thérapeutique est d'autant plus utilisée en milieu carcéral où les durées de traitement n'excèdent pas un ou deux mois comme c'est le cas à Rebbibia ou Regina Coeli à Rome [872] . Outre le fait d'infliger aux toxicomanes d'importantes douleurs [873] , cette démarche est considérée « irrationnelle » par certains médecins des Serts qui estiment que cela ne peut aboutir qu'à un ***« cycle absurde de rechute »*** [874] . Les contraintes auxquelles sont soumis les Serts ne viennent pas seulement des indications de l'administration pénitentiaire mais également des demandes des détenus eux-mêmes qui, afin de bénéficier d'une mesure alternative à la détention, telle que l'*affidamento in prova*, ou afin de pouvoir exercer un travail rémunéré en détention, sont enclins à réduire au minimum la durée des traitements. Les médecins sont contraints de mettre en œuvre ces dispositions en essayant de protéger le détenu des conséquences éventuelles, telles que les overdoses qui sont fréquentes lors de la sortie de prison [875] : ***« Tout ce que nous pouvons faire, par conséquent, est de chercher à convaincre les patients à ne pas diminuer trop rapidement»*** [876] . Bien que les traitements de substitution s'accompagnent

868 Claudio Sarzotti observe un contraste entre le consensus des personnels, surveillants et soignants, sur l'utilité et la légitimité des médicaments psychotropes et la réticence à recourir aux produits de substitution. « La légalité des médicaments psychotropes induit beaucoup à sous-évaluer les dangers de leur usage inapproprié tandis que les substances stupéfiantes sont liées à une image de produits interdits par la loi et dont l'usage thérapeutique n'est pas admissible ». Sarzotti Claudio, "Prevenzione Aids in carcere : il ruolo della cultura professionale degli operatori penitenziari", *art.cit.,* p.73.

870 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

871 Caruso R., Guelfi G-P., Lamberti E., Mollica M., "La terapia metadonica tra carcere e misure alternative alla detenzione", *in* Gatti U., Gualco B., Carcere e territorio, Milano, Giuffre Ed., 2003, pp.219-226.

872 Entretien n°17, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia ; Entretien n°26, Laura Passaretti, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire Nuovo complesso (Rebbibia).

873 Une enquête révèle le cas d'un toxicomane incarcéré à Rebbibia qui était déjà sous traitement de substitution à son arrivée et qui a été forcé de réduire sa dose de méthadone de 56 milligrammes à 18 milligrammes en vingt jours, l'exposant ainsi à un manque important. L.I.L.A. (Lega Italiana Lotta A.I.D.S.), F.I.VOL. (Federazione Italiana Volontariato), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", *op.cit*.

874 Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...

875 Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

876 Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...

le plus souvent d'interventions psychologiques [877] , il peut parfois arriver que les toxicomanes ne bénéficient que d'un soin médical, notamment si le détenu n'est pas jugé apte à être suivi psychologiquement [878] . Enfin les interruptions de traitement apparaissent assez fréquentes, non seulement lors de l'incarcération [879] , mais également pendant la détention. En effet, bien que l'administration de la méthadone soit faite par le Sert en temps normal, ce rôle est délégué aux médecins pénitentiaires durant la nuit ou les week-ends [880] et ceux-ci sont souvent réticents à y avoir recours [881] . Les horaires restreints des Serts constitueraient selon le responsable d'une communauté une limite qui témoignant l'incapacité des structures publiques à prendre en charge la toxicomanie en milieu carcéral :

« Nous avons déjà donné la méthadone à leur place en prison car ils n'y sont pas allés et du coup la prison nous a rappelés et nous avons porté la méthadone. Regina Coeli m'a demandé hier de donner la méthadone à certains détenus qui sortaient avec l'escorte pour aller en tribunal... Ils sortent trop tôt pour que le Sert puisse s'en occuper, ils rentrent trop tard du tribunal et le Sert est déjà fermé» [882]

Les différences d'utilisation des programmes de substitution en milieu carcéral renvoient en France et en Italie aux contextes nationaux dans lesquels est apparue l'idée d'une médicalisation de la substitution. Celle-ci a permis dans un premier temps de limiter les risques d'infection et d'endiguer ainsi l'épidémie de Sida au sein de la population toxicomane mais elle a également offert l'opportunité de stabiliser le comportement dans une optique de réinsertion. Le soin de la dépendance a ainsi été le moteur d'une réflexion sur la réinsertion des toxicomanes dans l'ensemble du dispositif sanitaire mais aussi en milieu carcéral.

1.2.b Les prémisses d'une démarche de réinsertion auprès des détenus toxicomanes

C'est dans le but de réorienter la politique de soin de la toxicomanie vers la réinsertion que les Unités pour sortants (UPS) ont été mises en place en 1997 sur huit sites pénitentiaires dont celui de Lyon. Ces structures, établies à partir de l'expérience du Quartier intermédiaire sortants (QIS) de Fresnes [883] , sont destinées à accueillir pendant une durée limitée les détenus toxicomanes les plus marginalisés pour un stage de préparation à la sortie. Ces projets ont été mis en place sous l'égide des Antennes

877 Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

878 Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...

879 Entretien n°19, Ludovico Parisi, médecin vacataire auprès de l'institut de Rome-Rebbibia.

880 L.I.L.A. (Lega Italiana Lotta A.I.D.S.), F.I.VOL. (Federazione Italiana Volontariato), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", *op.cit*.

881 Entretien n°21, Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli.e...

882 Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».

toxicomanie afin de décloisonner la prise en charge des toxicomanes : ***« On s'était dit qu'il fallait faire entrer un peu plus l'extérieur à l'intérieur de la prison […] Travailler avec des gens qui auraient un regard plus extérieur »*** [884] . Le principe de l'Unité est de travailler au « développement des potentialités » des détenus à travers la mise en place d'activités spécifiques (sport, ateliers) et l'intervention de nombreux intervenants extérieurs pendant une durée de cinq semaines [885] . L'idée d'une prise en charge « socio-ludique » des futurs sortants présente cependant de nombreuses difficultés. Elle apparaît tout d'abord peu compatible avec le reste de la détention dont le mode de fonctionnement est très distinct. L'UPS des prisons de Lyon a par exemple rencontré de nombreuses difficultés d'implantation avec le personnel de surveillance comme cela a été évoqué auparavant. En outre, fonctionnement de l'Unité semble fonctionner selon une logique de territoire qui opposerait l'Antenne au reste de la détention. La marginalisation des services sociaux pénitentiaires est manifeste de la logique de monopolisation avec laquelle l'Antenne gère l'Unité pour sortants, comme le remarque un agent des SPIP : ***« Dans le cadre de l'UPS, c'est un peu l'Antenne toxicomanie qui s'en occupe puisqu'il y a des éducateurs […] C'est eux qui sont porteurs du projet et il n'y a pas une co-production»*** [886] .

Ce service est également mal accepté au sein de la détention du fait que l'impact de ce stage de réinsertion n'a pas encore été mis en évidence, faute d'un suivi des détenus, et sa portée demeure hypothétique : ***« On se dit que ces gens ont pu expérimenter pendant quatre semaines un autre rapport aux autres […] Même si c'est pas signifiant sur le moment, ça laisse des traces auxquelles ils vont pouvoir se référer et qui va leur permettre dans le futur d'avoir une autre démarche »*** [887] . Le manque de résultats tangibles est d'autant plus dommageable en raison du coût de ce projet qui concerne très peu de détenus [888] . La démarche de l'Unité pour sortant est elle-même

883 Au début des années 90, constatant que beaucoup d'usagers de drogues étaient dans des situations de grande précarité (très démunis, sans domicile fixe) et n'avaient pas de lien avec le système de prise en charge, une psychologue a imaginé un dispositif d'encadrement pour la sortie. Fut mis alors en place le quartier intermédiaire sortants (QIS). Quelques semaines avant le dernier mois de détention, une psychologue sélectionne une dizaine de détenus parmi ceux qui sont dans la plus grande détresse. Le QIS a pour but, durant quatre semaines avant la sortie, de les aider à préparer de manière intensive leur intégration dans la vie : problèmes d'hébergement, de santé, de formation, etc. Tous les matins, des ateliers sont ainsi proposés. Conseil national du Sida**,** Rapport et recommandations sur les traitements à l'épreuve de l'interpellation. Le Suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention **,** *op.cit.,* p.31.

884 Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

885 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

886 Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

887 Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.

888 Une évaluation effectuée auprès de l'ensemble des unités montre que ce dispositif a touché que 265 détenus en 1998 alors qu'il est mis en place dans les maisons d'arrêt les plus importantes (la Santé, Fresnes, les prisons de Lyon, les Baumettes, entre autres). IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *, op.cit.,* p.75.

remise en cause par certains soignants qui estiment contradictoire d'engager une logique de réinsertion sur du court terme :

« La prévention de la récidive suppose de se tourner vers l'avenir. À partir de quand? Pas à partir de la veille de la sortie dans ces espèces de pansements misérables que sont les Unités de préparation à la sortie. C'est un effroyable mensonge que de croire qu'en mettant pendant 8 jours quelqu'un dans un endroit et en lui distribuant des plaquettes et des adresses de soins, de logements... C'est une honte!.» [889]

L'impact de l'Unité pour sortants est pour l'instant difficilement quantifiable. La portée de cette structure se situerait davantage au plan « symbolique », tel que le souligne le responsable du SMPR de Lyon, en permettant de réhabiliter une démarche de prévention et de réinsertion au sein de la détention : ***« C'est quelque chose qui traduit de façon précise la volonté qu'on a de garder un détenu citoyen et de l'aider à retrouver palace dans la société civile […] Ça a beaucoup plus un impact symbolique car ça permet de montrer aussi aux surveillants qu'on peut consacrer un certain temps et une certaine somme à la santé les détenus »*** [890] . L'UPS préfigurerait en ce sens les actions d'éducation pour la santé mises en place auprès des détenus.

Bien que distinctes, des expériences tentant de concilier le milieu carcéral avec une logique de prévention ont été mises en place en Italie, notamment dans la prison de Rebbibia. Le *Testo unico* de 1990 sur les stupéfiants prévoyait (art.96 et 96) la mise en place de sections spécifiques dites à « *custodia attenuata »* (garde amoindrie) désignées sous le sigle S.C.A, *Strutture a custodia attenuata*, qui accordent un traitement particulier aux toxicomanes, davantage orienté vers la réinsertion [891] . Ces unités, plus connues sous le non d'unités sans drogue (*drug free*) [892] , fonctionnent selon des règles très distinctes de la détention (portes pouvant être ouvertes ou fermées par les détenus de 8h à 22h) et disposent d'un équipement spécifique (salles de sport et de loisir, « mini-appartements » de 30 m2 pour deux détenus) comme c'est le cas de la *Terza Casa* de Rebbibia [893] . Les toxicomanes sont sélectionnés à partir de critères (peine résiduelle

889 Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

890 Entretien n°17, Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon.

891 Bianchetti R., Leggieri G., "struttura a custodia attenuata di II livello nella casa circondariale "Le Valette" di Torino: programma Arcobaleno", *in* Gatti U., Gualco B., Carcere e territorio, Milano, Giuffre Ed., 2003, pp.205-218.

892 Les objectifs des unités sans drogue sont de protéger les toxicomanes qui le désirent d'une confrontation possible à la drogue durant leur détention par l'isolement et des propositions d'activités multiples. Il y a une intention de réinsertion à plus long terme à travers l'instauration de soins spécifiques assurés par une équipe polyvalente spécialisée (acteurs de soins, travailleurs sociaux et surveillants) et la recherche d'une continuité de la prise en charge à la libération. Ces unités sont particulièrement développées en Europe du Nord tels qu'aux Pays-bas ou en Suède. Emmanuelli (Julien), Usage de drogues, sexualité transmission des virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde : état des lieux et mise en perspective. Revue de littérature, Paris, RNSP, 1997.

893 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

inférieure à 3 ans, plus de 35 ans, condamnation à une peine définitive, pas de pathologie particulière, première incarcération) par l'équipe thérapeutique du Sert qui a en charge l'essentiel du fonctionnement du service. L'objectif est d'assurer un suivi personnalisé du détenu et de favoriser sa responsabilisation.

Le fonctionnement de cette unité se heurte cependant à plusieurs difficultés. Un responsable de communauté, très hostile à cette expérience, remarque qu'elle fonctionne en sous-effectifs ce qui ne permet pas d'occuper les places disponibles [894] : ***« Cette prison qui a coûté des dizaines de milliards de lires a seulement une vingtaine de personnes et depuis toujours »*** [895] . Cette critique traduit l'hostilité de cette communauté à l'égard de cette expérience. Il semblerait de façon plus générale que les communautés soient très réticentes au principe de transposer la communauté thérapeutique au sein du milieu carcéral. Outre une différence de principe, on peut supposer que cette opposition traduise une logique de monopolisation de la part des communautés qui pourraient se sentir menacées par l'intrusion des services de soin des toxicomanies sur leur domaine d'activité.

Cette même logique de monopolisation du soin de la toxicomanie semble avoir lieu dans les rapports qui unissent les personnels du Sert aux médecins pénitentiaires. Cette opposition a été manifeste à l'occasion de la création en 1998 d'une seconde section spécifique pour toxicomanes sur l'initiative de l'administration pénitentiaire au sein du *Nuovo complesso*. Cette unité proposait à une quarantaine de détenus des activités spécifiques similaires à celles de l'UPS. Elle s'adressait à des détenus déjà sevrés mais qui n'étaient pas en fin de peine et constituait donc ***« une étape intermédiaire entre la désintoxication et la réinsertion »*** [896] . La perception du fonctionnement de cette expérience est très distincte selon les personnels. La responsable pénitentiaire qui en avait la charge estime que le fonctionnement de la section était décevant en raison de la faible implication des soignants du Sert qui « ne se sont pas suffisamment investis ». Elle ajoute que la section a été fermée en 2002 suite à un manque de moyens et par peur de ghettoïser les détenus. Les personnels du Sert considèrent en revanche que le peu d'activités proposées dans cette section ne suffisait pas à lui accorder un statut spécifique. Ils déclarent ne pas avoir été associés au projet et s'être opposés à sa création. L'opposition du Sert à ce projet peut s'expliquer par la volonté de garder le contrôle sur le soin en matière de toxicomanie, l'expérience de l'administration pénitentiaire étant perçue comme une tentative pour concurrencer l'unité de garde atténuée dirigée par le Sert.

« Il y a d'ailleurs eu des problèmes entre nous et la direction car nous étions fortement défavorables à ce projet […] Le projet est vraiment né de la direction pénitentiaire sans que nous soyons consultés […] Ils se sont rendus comptes que c'était un échec et ils ont dû fermer le service.» [897] ***« Nous n'avons jamais participé à ce projet. Je pense que c'était une chose stupide […] Nous n'avons***

[894] Cette unité accueille actuellement 88 personnes pour une capacité de 120 places selon son responsable.

[895] ***Entretien n°28, Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté « Villa Maraini ».***

[896] ***Entretien n°26, Laura Passaretti, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire Nuovo complesso (Rebbibia).***

jamais voulu reconnaître que cette section était particulière. Et d'ailleurs quand le nouveau directeur de la prison est arrivé, il s'en est rendu compte et il a fermé immédiatement cette section.» [898]

La considération de la toxicomanie en milieu carcéral a contribué à modifier la perception du soin, davantage orienté vers la réinsertion du détenu et la prévention, en mettant l'accent sur les risques encourus par la population toxicomane. De façon plus générale, la forte prévalence de toxicomanes en détention et l'importante corrélation avec l'épidémie de Sida ont légitimé la mise en place d'une politique de réduction des risques.

2. Quelle politique de réduction des risques en prison?

L'adoption d'une politique de réduction des risques par les pays européens à partir de la fin des années quatre-vingts ne s'est pas produite sans un certain nombre de résistances de la part des acteurs sanitaires, politiques et administratifs, comme en témoigne l'histoire française [899] . Outre les intérêts catégoriels de certains professionnels, il semblerait que ces mouvements d'opposition aient traduit la réticence à un changement culturel. En effet, la réduction des risques implique, au-delà des mesures sanitaires, un changement de conception du soin de la toxicomanie [900] . On comprend mieux dès lors la difficulté à mettre en place une politique de réduction des risques en milieu carcéral [901] .

2.1 Lutter contre les peurs plutôt que contre les risques

Bien que l'institution carcérale ait été confrontée très tôt à l'épidémie de Sida, l'administration pénitentiaire a adopté les premières mesures de prévention de façon très tardive. Celles-ci demeurent encore aujourd'hui très lacunaires en confrontation avec la politique de réduction des risques mise en œuvre dans le reste de la société. Il semblerait que ce retard puisse s'expliquer par la position de dénégation qu'a adopté l'administration mais aussi le personnel intervenant en milieu carcéral. Celui-ci, largement hostile à la reconnaissance de la prison en tant que milieu à risques, a favorisé le développement

897 Entretien n°31, Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia.

898 Entretien n°18, Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia.

899 Cf., Bergeron Henri, L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 370 p.

900 Simone Piccone Stella remarque que le parcours thérapeutique du toxicomane est inversé dans la réduction des risques puisque le toxicomane est accepté pour ce qu'il est, sans qu'on lui impose de changer de comportement. La réduction des risques est née comme un ensemble de mesures sanitaires et sociales pour répondre de façon pragmatique à l'épidémie de Sida mais aurait favorisé une nouvelle conception du soin de la toxicomanie. Piccone Stella S., Droghe e tossicodipendenza, *op.cit.,* p.102.

901 Nous n'entendons pas ici la réduction des risques dans son sens initial de « politique de santé publique visant à minimiser les effets néfastes que l'usage de drogues peut entraîner chez le consommateur », mais de façon plus générale en tant que politique permettant de limiter les risques d'infection à VIH en milieu carcéral. Conseil national du Sida, Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif, *op.cit*.

d'une stratégie préventive fondée sur l'information au détriment de l'introduction des outils classiques de prévention qui ont fait le succès des politiques de réduction des risques.

2.1.a Le déni d'un milieu à risques

La prison constitue une institution totale qui échappe aux regards. Il est d'autant plus difficile de connaître des pratiques qui demeurent illégales (toxicomanie, sexualité). Les prisons ne constituent pas des lieux protégés de la drogue. Plusieurs études ont mis en évidence les usages de drogues qui ont lieu en milieu carcéral [902] . Bien qu'il s'agisse le plus souvent du prolongement de certaines pratiques antérieures à l'incarcération, la détention représente pour d'autres le moment de leur primo-injection [903] . De façon plus générale, il semblerait que l'incarcération soit susceptible de favoriser chez certains détenus l'acquisition ou l'intensification de pratiques à risques ou qu'elle puisse être à l'origine d'une fragilisation des réflexes de protection. Une recherche allemande citée dans *Transcriptase* indiquait que le taux de contamination par le VIH est plus important chez toxicomanes récidivistes que chez ceux et celles pour qui il s'agit de la première incarcération (19,9 % contre 4,4 %) [904] . Il semblerait que cette différence puisse être rapportée à une plus grande fréquence des pratiques à risque chez les récidivistes : ***« une hypothèse d'interprétation de ces données pourrait laisser supposer que l'épisode préalable de l'incarcération, en provoquant une rupture dans le cours de l'existence et en contribuant par un effet de stigmatisation supplémentaire à une plus grande marginalisation après la libération, tendrait indirectement à fragiliser des toxicomanes devant le VIH. Une autre hypothèse, proposée par le Dr Rotily, pourrait lier le taux de contamination plus important chez les récidivistes à une contamination au cours de l'incarcération »*** [905] . Les substances consommées dans les prisons françaises, mis à part le cannabis, semblent avant tout être le Subutex, dont il existe un trafic en milieu carcéral, et en moindre proportion l'héroïne [906] . Il est possible à

[902] Il ressort ainsi d'une enquête ORS PACA réalisée en 1998 que parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse encore actifs à l'entrée en détention (n=97), 44 % déclarent s'être déjà injecté de la drogue au cours d'un séjour en prison (43 personnes), 28 % se sont injecté un produit au cours des quatre dernières semaines d'incarcération (27 personnes) et 7 % ont commencé à s'injecter des produits en détention (7 personnes). ORS PACA. Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral . Rapport final 1998. Cité *in* Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.31

[903] Une étude multicentrique européenne relève que « l'incarcération ne signifie pas l'arrêt de toutes consommations de drogues, en l'occurrence de produits injectables (héroïne, cocaïne). Paradoxalement la détention peut même être un temps d'initiation à certaines formes de consommation ». Rotily (M.), Weilandt (C.), Gore (S.), Kall (K.), Jandolo (E.), De Jong(W.), Van Haastrecht (H.). Prévalence des pratiques à risque de transmission du VIH et des virus des hépatites chez les usagers de drogues intraveineuses en milieu carcéral : une enquête multicentrique européenne, Epidémiologie et évaluation en toxicomanie. 25-26 septembre 1997, Lausanne, Suisse, p.441.

[904] Transcriptase, Dossier spécial prisons, n°34, avril 1995.

[905] Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, op.cit., p.223.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

partir de ces certaines études de proposer une estimation du nombre de personnes qui s'exposent en s'injectant des produits en détention sur une année. Ce nombre est évalué à environ mille personnes soit 2 % de la population pénale. Il est également possible de proposer une estimation du nombre de personnes qui prennent effectivement des risques en partageant leur seringue. Selon les différentes approches, ce nombre est évalué entre deux et trois cents personnes par an [907].

Les risques de contamination par voie sexuelle sont encore plus difficilement démontrables que ceux liés à la toxicomanie car au silence de la prison s'ajoute celui des détenus [908]. L'activité sexuelle en prison semble cependant constituer un facteur de risque moins important que l'injection en prison, même si, comparés à la population générale, les risques pris par les détenus lors des comportements sexuels avant l'incarcération apparaissent importants [909]. Selon une enquête multicentrique européenne, 1% à 2% des détenus (toutes peines confondues) déclarent avoir eu des relations homosexuelles au cours d'un séjour en prison. Les rapports hétérosexuelles semblent en revanche plus importants avec respectivement 2,2% et 8,3% pour l'Italie et la France [910].

Malgré l'existence de pratiques à risques de transmission sanguine [911] ou sexuelle, très peu de séroconversions au VIH durant l'incarcération ont pu être documentées [912]. Cette absence de visibilité des risques encourus par les détenus pendant leur incarcération explique peut-être le retard avec lequel l'administration pénitentiaire a répondu à l'épidémie de Sida. La mise en place des premières mesures de réduction des risques n'étaient pas destinées à prévenir les éventuelles contaminations en milieu

906 Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.30.

907 *Ibid.,* p.31.

908 Daniel Welzer Lang, Lilian Mathieu et Michael Faure ont établi une recherche au début des années quatre-vingt-dix sur les abus sexuels en prison. Ils retracent les réticences des anciens détenus à aborder la question : «Nous nous sommes trouvés face à un mur du silence, ou ceux et celles qui savaient ou du moins qui étaient censé savoir, en particulier ceux et celles ayant vécu l'incarcération, affichaient une attitude commune [...] Ce dispositif collectif du déni peut être comparé à ce que nous avions vécu lorsque nous avions enquêté sur l'inceste et le viol ». Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, *op.cit.,* p.22.

909 ORS PACA. Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral. Rapport final 1998.

910 M. Rotily, A. Galinier-Pujol, R. Hajjar, Epidémiologie de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Réseau Européen de Recherche sur la prévention du Sida/hépatites en milieu carcéral, Texte de la communication lors du premier congrès des médecins pénitentiaires, Nantes, Mars 1997.

911 Le tatouage constitue une autre pratique à risque susceptible de transmettre les virus du Sida ou des hépatites. Sur l'ensemble des détenus, 19 % ont déclaré à l'ORS PACA s'être tatoués en détention. Les tatouages se font avec du matériel provenant de différents objets et les mesures d'hygiène sont succinctes puisqu'elles consistent avant tout à brûler l'aiguille au briquet et quelque fois à changer l'aiguille. Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.33

carcéral mais celles qui pouvaient avoir lieu à la sortie de prison [913] . La reconnaissance officielle des risques d'infection liés au milieu carcéral par l'administration pénitentiaire peut-être attribuée à la mission santé-justice mise en place fin 1997. Celle-ci reconnaît que les risques de transmission des maladies infectieuses encourus par les détenus sont « réels » et les cas de contamination ***« probables »*** [914] . Ce constat correspond également à une recommandation d'ONUSIDA publiée en 1997 qui encourage les administrations pénitentiaires à mettre en place des mesures de prévention pour faire face aux risques de contamination [915] .

L'existence de pratiques à risque semble être l'objet d'un déni au sein du personnel travaillant en milieu carcéral. C'est tout d'abord le cas des membres de l'administration pénitentiaire. Une psychologue s'étonne du silence du personnel de surveillance au sujet des pratiques sexuelles et addictives des détenus et suppose la présence de tabous : ***« Je n'en entends même pas parler. C'est une de mes surprises […] Si je leur pose la question, ils me répondent, "Vous savez, ça ne nous regarde pas" »*** [916] . Tandis que le silence du personnel de surveillance semble compréhensible, puisqu'il est en adéquation avec la position de « façade » de l'institution dans laquelle ils travaillent [917] ,

[912] Quelques études épidémiologiques ont déjà mis en évidence l'existence de cas de transmission du VIH, du VHB et du VHC en prison. La plus importante a sans doute été réalisée dans la prison de Glenochil, (Ecosse) au décours de l'investigation d'une épidémie d'hépatites B symptomatiques. Les auteurs ont montré que 43% des UDIV incarcérés à ce moment-là s'étaient injectés de la drogue. Sur 27 de ces usagers actifs en prison qui ont accepté d'être testés avec 135 autres détenus, 12 étaient séropositifs, dont au moins 8 après contamination dans l'enceinte de la prison lors du partage du matériel d'injection (quasi-systématique à Glenochil) pendant le premier semestre 1993. Christie B, "HIV outbreak investigated in Scottish jail", 1993, British Medical Journal, 307(6897), pp.151-152. Taylor A, "Outbreak of HIV infection in a Scottish prison", 1995, British Medical Journal, 310(6975), pp.289-292. Cité *in* Emmanuelli Julien., Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHB, VHC et réduction des risques en prison à travers le monde *, op.cit.*.

[913] C'est ainsi qu'en 1989, une note prévoyait la distribution systématique aux sortants de prison de brochures d'information destinées à faire connaître l'usage du préservatif et elle indiquait également que les préservatifs devaient être mis à disposition des personnes sortant de prison et disponibles auprès du service médical de l'établissement pour les détenus qui en faisaient la demande. Le préservatif n'était pas prévu en tant que moyen de prévention en milieu carcéral mais en vue de la sortie de prison du détenu.

[914] ***Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, op.cit., p.33***

[915] ONUSIDA, Le SIDA dans les prisons, *op.cit.,*p.3.

[916] ***Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.***

[917] Daniel Welzer Lang, Lilian Mathieu et Michael Faure explicitent cette dénégation du personnel pénitentiaire: « Les représentant-e-s de l'administration pénitentiaire, lorsque est évoqué le thème de l'abus, tendent eux/elles aussi une attitude défensive et embarrassées de mutisme ou de dénégation […] L'existence de l'abus montrerait que la prison au développement de ce qu'elle est précisément chargée de réprimer, à savoir la violence et l'injustice ». Les auteurs constatent la position contradictoire de l'administration pénitentiaire qui se situe entre une volonté pragmatique de réformer la prison et le maintien d'une « façade » au sens que lui a donné Erving Goffman. Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, *op.cit.,* p.29.

les réticences du personnel médical sont plus surprenantes. Une éducatrice de l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon considère ainsi que les consommations de drogues en prison ainsi que les rapports sexuels demeurent très improbables en détention et correspondent avant tout à l'image que véhicule la prison au sein de la société :

« En milieu carcéral, il y a peu d'addictions. Je pense que ça reste une vue de l'esprit des gens qui sont à l'extérieur […] C'est pareil, je pense que la vie sexuelle des détenus est très faible » [918] ***.***

Un médecin des prisons de Lyon estime que les séroconversions en détention demeurent, faute de preuves, non connues et que les moyens mise en œuvre dans la lutte contre le Sida sont disproportionnés avec les risques encourus par les détenus : ***« Je pense qu'il y a plein de fantasmes […] Ça nous fait marrer de voir d'énormes moyens qui sont mis en place pour parler de la lutte contre la transmission de l'hépatite et du Sida en prison alors qu'il n'y en a pas... de recensé »*** [919] . Une étude est d'ailleurs actuellement en cours à l'initiative d'un médecin de santé publique du SMPR de Lyon afin de mettre en évidence le faible risque d'infection encouru par les détenus. Cette position traduit tout d'abord la position ambiguë du personnel médical en prison qui, bien qu'il dispose désormais d'un statut distinct de l'administration pénitentiaire, est fréquemment assimilé par les détenus à l'institution dans laquelle ils travaillent. Il est dès lors probable que les pratiques illicites ne leur soient pas déclarés par peur de représailles, comme en témoigne un médecin CDAG pourtant extérieur à l'institution:

« Je suis médecin et je sais que je suis indépendant de la prison mais ils ne sont pas obligés de savoir et ils ne sont pas obligés de me raconter des choses qui pourraient par ailleurs leur être reprochées […] Si une personne se débrouille pour avoir de la drogue en prison, elle ne va certainement pas me le dire.» [920]

Bien qu'il ne s'agisse pas de s'engager dans une controverse épidémiologique sur les risques réels d'infection présents en milieu carcéral, il est néanmoins possible d'observer le contraste entre l'existence de pratiques à risques et l'attitude de dénégation du personnel médical travaillant en prison, très réticent à reconnaître l'existence de ces pratiques mais surtout les risques qui en découlent. Dans une étude sur les représentations des personnels pénitentiaires et médicaux face au Sida, Claudio Sarzotti a mis en évidence que les soignants ont tendance à minimiser la dangerosité du milieu carcéral en tant que facteur de risque vis-à-vis de l'infection à VIH. Il s'agit pour eux de comprendre les cas de séropositivité comme étant liés à l'extérieur et de refuser une victimisation de l'institution pénitentiaire. Les pratiques à risques tels que l'échange de seringues ou les pratiques sexuelles sont considérées comme étant extrêmement marginales au sein de la prison. Une telle représentation de la maladie correspond, selon Claudio Sarzotti, à une culture juridique pénitentiaire stricte présente au sein du personnel de surveillance et dans une moindre mesure chez les soignants [921] .

L'institution carcérale a refusé pendant longtemps d'admettre l'existence de pratiques

[918] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

[919] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[920] ***Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.***

à risques en détention et les risques de contamination susceptibles d'en découler. Aujourd'hui encore, la menace liée au Sida ou aux hépatites est considérée davantage comme imaginaire que réelle. Ce démenti institutionnel explique en partie le retard de l'administration pénitentiaire à réagir face à l'épidémie de Sida mais aussi la préférence pour un modèle de prévention basé sur l'information jugé moins contraire aux principes de l'institution et plus approprié afin de lutter contre les représentations que véhiculent les maladies infectieuses.

2.1.b. Une stratégie de prévention destinée à vaincre les peurs

L'information est apparue comme un support privilégié de la prévention face à épidémie de Sida en milieu carcéral [922] . L'information est considérée comme étant en mesure d'apporter aussi bien aux détenus qu'aux surveillants les éléments de prévention permettant de faire face aux risques encourus. Elle permettrait ainsi de faire la part des risques réels et des risques imaginaires et de réduire les nombreuses peurs qui sont rattachées au virus et qui font obstacle à une bonne prévention. Une enquête réalisée en 1999 dans cinq pays européens sur les maladies transmissibles auprès du personnel de surveillance établit les retombées positives des campagnes de formation et d'information. Elle conclut notamment que les « différences marquées entre les surveillants des différents pays quant aux connaissances et incertitudes sur les modes de transmission du VIH, ainsi qu'à la tolérance vis-à-vis des personnes séropositives, semblent néanmoins refléter les différentes politiques de prévention et de réduction des risques sur le Sida mises en place dans les pays concernés et plus particulièrement les politiques menées dans les milieux pénitentiaires ». Pourtant le manque de lien entre le ministère de la Santé et l'administration pénitentiaire va retarder le lancement de campagnes nationales et les actions d'information vont demeurer pendant longtemps le fait d'actions ponctuelles [923] . Il s'agissait le plus souvent de formations organisées de façon bénévole par des médecins pénitentiaires volontaires aussi bien en Italie [924] , qu'en France [925] . L'information auprès

[921] « La culture juridique pénitentiaire semble se caractériser par la tendance à considérer que le seul fait que le comportement soit interdit limite fortement sa diffusion […] Le Sida est un phénomène qui arrive de l'extérieur, on ne risque pas d'être infecté en prison puisque les comportements par lesquels il est possible d'être mis en contact avec le virus sont interdits, la prévention n'est donc pas indispensable ». La prison serait en mesure d'établir des barrières infranchissables avec l'extérieur qui empêche l'entrée de toutes les réalités non voulues. Ces représentations sont le plus couramment présentes chez le personnel de surveillance bien qu'elles puissent aussi être présentes au sein du personnel médical. Sarzotti Claudio, "Prevenzione Aids in carcere : il ruolo della cultura professionale degli operatori penitenziari", *art.cit.,* pp.35-37.

[922] Buffa P., Sarzotti C., "La relazione culturale all'Aids dell'universo carcerario: dall'espulsione al controllo interno", *in* Dei Delitti e delle Penne, I, 3, p.209.

[923] Ce constat est d'autant plus valable en Italie où les collaborations entre le ministère de la Santé et l'administration pénitentiaire sont quasiment inexistantes au début des années 90 et se résument à l'organisation du dépistage de la population carcérale. Les campagnes de prévention contre le Sida, inaugurées en 1988 en Italie, n' intègrent les surveillants pénitentiaires comme cible qu'à partir de 1991 et les détenus à partir de 1996. La collaboration entre les deux institutions reste cependant quasiment nulle en terme de formation du personnel. Giordano Valeria, "AIDS in carcere tra informazione e formazione", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società, *op.cit.,* p.85.

des surveillants s'effectuait davantage sous la forme de relations informelles avec des soignants et ce n'est que plus récemment que des formations ont été proposées aux personnels [926].

Bien qu'il permette de répondre en partie aux angoisses des personnels et des détenus, la portée d'un tel modèle de prévention apparaît limitée. Le développement de stratégies informatives peut, par exemple, s'accompagner d'une élévation du niveau de connaissance des personnels sans se répercuter sur les représentations des personnels [927]. Ces campagnes peuvent même aboutir à l'effet inverse en renforçant les peurs initiales [928]. Le développement des campagnes de formation/information peut, en outre, permettre une meilleure connaissance des modes de transmission sans impliquer pour autant une amélioration des pratiques. Isabelle Stéphan, psychothérapeute, évoque ainsi une « dissonance cognitive » chez les surveillants qui adoptent un décalage entre leurs représentations et leurs pratiques professionnelles [929]. L'une des difficultés du personnel de surveillance semble être la capacité à acquérir une culture professionnelle préventive lors de leurs interventions quotidiennes :

« Un surveillant qui voit un détenu se couper a plutôt tendance à venir l'aider alors qu'il doit utiliser des moyens qui sont à sa disposition c'est-à-dire en utilisant ses gants. Beaucoup ne respectent pas véritablement ces règles […] Je pense qu'il faut que ces mesures fassent partie de leurs pratiques

924 Entretien n°26, Laura Passaretti, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire Nuovo complesso (Rebbibia).

925 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

926 Un médecin qui avait mis en place un groupe de parole spécifique auprès des détenus raconte son expérience avec le personnel de surveillance: « Oui, très souvent j'en rencontrais dans les couloirs et on commençait à discuter. Ils me posaient des questions sur leurs propres peurs [...] Ce qui ne pouvait pas se dire dans une réunion ou autour d'une table de façon plus officielle se faisait comme cela de façon informelle ». Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.

927 Dominique Lhuilier note ainsi que les campagnes d'information- formation restent souvent impuissantes à modifier le risque de contagion liée au Sida : « L'information relative aux affections opportunistes brouille les repères : le Sida n'est pas une maladie identifiable à des signes cliniques propres. D'où un double processus de dilution et d'amplification de la figure du Sida. Tout symptôme est susceptible à la fois de masquer et de révéler la maladie ». Lhuilier D., Aymard N., L'Univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison., *op.cit*., p.94.

928 Valeria Giordano souligne la nécessité de ne pas accroître le sentiment de peur et de dangerosité face à la maladie, ce qui risquerait d'être contre-productif dans un message de prévention. Ce risque est d'autant plus grand en milieu carcéral en raison de la promiscuité. Giordano Valeria, "AIDS in carcere tra informazione e formazione", *art.cit.,* p.89.

929 « Même s'ils [les surveillants] connaissent les modes de contamination, les conduites à tenir face au risque professionnel qu'est le sang, ils expriment pour la plupart une difficulté à intervenir. Cette « dissonance cognitive » fait naître chez eux un malaise dans la mesure où ils ne peuvent modifier la réalité de ce qui se joue, et entraîne par voie de conséquence une peur irrationnelle, non seulement d'être contaminé, mais plus encore d'être un vecteur de contamination pour leur entourage ». Stephan Isabelle, « Représentations et pratiques professionnelles des surveillants », Le journal du Sida, n°104, mai 1998, pp.22-23.

professionnelles […] Mais ça, c'est une culture qu'ils ont du mal à avoir » [930] .

Les campagnes d'information peuvent également avoir une portée limitée auprès des détenus. Outre l'inadéquation des supports utilisés [931] , le modèle de prévention normatif repose avant tout sur le principe de l'autorité médicale qui est parfois rejeté par les détenus [932] . En effet, les conditions de détention peuvent être hostiles à la diffusion d'un message de prévention qui nécessite un rapport de mise en équivalence entre le détenu et l'opérateur [933] . Les groupes d'entraide constituent peut-être comme le propose Ronconi un moyen utile pour développer cette information préventive. Ils permettent, en effet, de privilégier un mode de transmission de l'information basé sur un principe d'équivalence plutôt que sur la scientificité des contenus en favorisant la création d'un ***« esprit de communauté » [934]*** . Ce principe semble davantage mis en œuvre au sein des prisons italiennes que des prisons françaises où l'intervention d'associations extérieures demeure rare [935] . De façon plus générale, le succès ou l'échec des campagnes de prévention résiderait, selon Valeria Giordano, dans le passage de l'information à la communication. Celle-ci est problématique en milieu carcéral du fait de la distinction entre les surveillants et les détenus par laquelle s'établirait une barrière infranchissable entre les deux mondes. Ce « gouffre communicatif » s'explique par la distance qui sépare non seulement les personnels des détenus, mais aussi les administrations pénitentiaires et de santé, dont le rapprochement nécessite un changement culturel [936] .

930 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

931 Plusieurs enquêtés soulignent le manque de pertinence des dépliants informatifs distribués aux détenus qui sont souvent inadaptés à une population très marginalisée et fortement immigrée qui maîtrise mal l'usage écrit de la langue. Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999 ; Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

932 La légitimité du médecin apparaît comme centrale dans ce type de prévention. L'information est perçue comme une donnée quantitative pouvant agir de façon directe sur le comportement des individus. A l'inverse, Simoni décrit un second modèle de prévention information qui repose sur l'instauration d'un rapport différent entre les opérateurs et les détenus. Simoni S, "Aids e modelli di rischio", Dei Delitti e delle Pene, 1994, IV, 1, pp.127-146.

933 La mission santé justice sur la réduction des risques remarque ainsi le lien inverse entre la promiscuité et la propension des détenus à protéger leur intégrité physique ou à prendre en charge leur santé. Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.67..

934 Ronconi S., "Informazione e prevenzione in ambito penitenziario: progetti, interventi ed esperienze", in Magliona B., Sarzotti C., La prigione malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute, L'Harmattan, Italia, Torino, pp.155-174.

935 C'est le cas par exemple sur les prisons de Lyon où l'association AIDES organisait des formations auprès du personnel de surveillance et des détenus jusqu'à la moitié des années quatre-vingt-dix. Les groupes de pairs n'ont en revanche jamais été développés. A Rome, en revanche plusieurs communautés thérapeutiques organisent des formations et des groupes de discussion, notamment auprès des toxicomanes, en milieu carcéral. Le séjour en communauté semble assez propice également à la transmission de messages de prévention en raison du rapport de confiance qui s'établit entre l'opérateur et le détenu comme le souligne un directeur de communauté thérapeutique. Entretien n°21, Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome.

Les réticences de l'administration et des personnels à reconnaître la prison en tant que milieu à risque a retardé pendant longtemps la mise en place d'un dispositif de prévention similaire à celui qui existe dans le reste de la société. Le modèle préventif fondé sur l'information a été perçu comme le moyen pour mettre fin aux peurs qui parcouraient le milieu carcéral depuis le début de l'épidémie. Bien que celui-ci ait permis d'importants progrès, sa portée semble limitée en raison des contraintes du milieu carcéral qui rendent difficile la mise en place d'un climat nécessaire à une démarche de prévention. Le recours aux outils classiques de la prévention était dès lors nécessaire.

2.2 La mise en place d'un dispositif de prévention

En réponse à l'augmentation des cas de Sida recensés et à l'insuffisance des campagnes d'information- formation, plusieurs instruments de prévention ont été mis en place au cours des années quatre-vingt dix au sein des prisons européennes. Ces réformes, qui traduisent un bouleversement culturel de l'institution carcérale, ont souvent été adoptées sous la pression des organismes internationaux [937] dont les directives et les avis ont fortement incité les administrations pénitentiaires à introduire les outils nécessaires à une prévention des risques sexuels, d 'une part, et des risques liés à la toxicomanie, d'autre part.

2.2.a De la prévention des risques sexuels à l'émergence d'un débat sur la place de la sexualité en prison

Mesure emblématique des campagnes de prévention nationales contre le Sida, le préservatif symbolisa l'une des principales infractions au règlement pénitentiaire. Suite à la publication du rapport du professeur Gentilini, la circulaire du 5 décembre 1996 inaugura la mise à disposition de préservatifs en libre accès auprès des UCSA. Le préservatif a, en revanche, toujours été refusé par l'administration pénitentiaire italienne pour laquelle, «l'idée même d'un rapport sexuel » est interdite [938] . Il semblerait que cette mesure n'ait pas fait l'objet d'une forte campagne associative, peu d'associations s'étant mobilisées sur la question mis à part la Lila. Quelques distributions de préservatifs sont

936 Giordano Valeria, "AIDS in carcere tra informazione e formazione", *art.cit.,* p.95.

937 L'Organisation mondiale de la santé adopta une déclaration commune en novembre 1987 afin d'inciter les autorités carcérales à mettre en place une politique globale de prévention du VIH/Sida en légalisant notamment la distribution de préservatifs en prison. Ces mesures seront réitérées dans une directive de septembre 1992. La recommandation 1080 du Conseil de l'Europe adoptée le 30 juin 1988 préconise la mise en place de l'ensemble des mesures préventives en détention dont la distribution de préservatifs et « en dernier ressort » la mise à disposition de seringues et aiguilles à usage unique. Ces directives reposent toutes sur le principe d'équivalence comme le remarque Agnès Olive : « L'économie générale des recommandations réside en effet dans la volonté d'instaurer au sein des établissements pénitentiaires des mesures préventives et thérapeutiques identiques au dispositif sanitaire général des différents pats, afin que les prestations de santé au sein des prisons (en ce qui concerne le Sida tout particulièrement) soient de qualité comparable à celles qui existent à l'extérieur ». Olive Agnès, « Le Sida en prison (ou le bilan de la santé publique en milieu carcéral) », Revue pénitentiaire, n°2/4, 1998, p.313.

938 Entretien n° 20, Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome.

entreprises par des volontaires, de façon illégale, et donnent lieu à des saisies à l'occasion des fouilles, comme le précise une sous-directrice de Rebbibia : ***« Quelquefois on en a trouvé en cas de fouilles dans des cellules et dans ce cas on les saisit immédiatement […] Ce sont les personnes extérieures à la prison qui les apporte comme des volontaires […] pour des motifs humanitaires par exemple »*** [939] . Cette interdiction a en outre une incidence sur les stratégies de prévention puisque l'utilisation momentanée d'un préservatif pour une formation de prévention peut-être néfaste, comme le souligne un médecin:

« Le problème majeur reste le fait qu'il soit interdit de distribuer des préservatifs en prison. En fait l'administration pénitentiaire a peur qu'ils puissent servir à faire circuler de la drogue. Donc on peut en amener pour servir de démonstration mais on ne peut pas en distribuer. Ca pourrait même être contre-productif, je pense.» [940]

En France, outre la difficulté à introduire les préservatifs légalement en milieu carcéral, le mode de distribution a également constitué un objet de polémique important. Une fois acquis l'accord de l'administration pénitentiaire, une nouvelle question est alors apparue : ***« Où est ce qu'on les mettait? »*** [941] . Deux positions s'affrontaient : soit les préservatifs étaient mis à disposition des détenus par les services pénitentiaires [942] , soit par le bais du service médical [943] . Le rapport du professeur Gentilini optait pour la seconde solution en refusant la mise à disposition systématique, indication qui fut reprise dans la circulaire de décembre 1996 [944] . Ce refus fut réitéré en 1997 par la mission santé-justice sur la réduction des risques en milieu carcéral au nom d'une possible « incitation » du détenu à avoir des relations sexuelles, le service médical étant considéré comme le lieu le plus adéquat [945] . Pourtant malgré la mise à disposition de préservatifs au sein des UCSA, l'accès semble insuffisant. C'est ce que conclue un rapport réalisé en 1998 qui constate que 92 % des établissements contactés avaient mis en place cette mesure au niveau de leurs infirmeries mais que seulement 16 % proposaient d'autres modalités de mise à

939 Entretien n°25, Mme Covelli, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire Nuovo complesso (Rebbibia).

940 Entretien n°27, Anna-Maria Pisacone, responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome.

941 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

942 C'est la décision qui a été adoptée par exemple en Autriche où les préservatifs sont disponibles en détention ou en Belgique, en Espagne et en Suède où ils constituent un produit cantinable.

943 C'est le cas au Danemark, en Finlande, au Luxembourg, au Portugal et en France.

944 Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, *op.cit.,* p.21 .

945 « D'une façon générale, la mission considère que la remise systématique de préservatifs à l'entrée, pendant la détention ou à la sortie n'est pas à retenir. Outre une dévalorisation de l'outil, la remise systématique de préservatifs par l'administration pénitentiaire ou les services médicaux risque de renvoyer un message ambigu et d'être interprétée comme une incitation à avoir des relations sexuelles dans des circonstances qui n'y sont pas favorables ». Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.54.

disposition (via les associations, par cantine...) [946] . Les détenus ont insuffisamment connaissance de ce dispositif puisque 34 % des détenus pensaient qu'il n'y avait pas de préservatifs en prison ce qui traduit la faible sensibilisation des détenus. Le principal obstacle à l'application de la circulaire ne relèverait cependant pas du dispositif mis en place mais de la culture de l'homophobie, prépondérante en milieu carcéral [947] . La peur d'être ***« étiqueté »*** [948] en tant qu'homosexuel constituerait un frein à la distribution des préservatifs [949] . Elle reste néanmoins la première réaction des détenus : ***« La réaction de la grande majorité c'est de dire "vous nous prenez pour des tapettes" et on leur dit "vous pouvez aussi partir en permission" »*** [950] .

La réduction des risques sexuels en prison ne peut pas seulement être établie par la mise en oeuvre de mesures spécifiques car elle implique une réflexion sur le sens de la sexualité en milieu carcéral [951] . Dès 1989, le rapport sur le Sida demandé par le ministère de la Santé Claude Evin au professeur Claude Got avait soulevé le problème de l'organisation carcérale sur la diffusion de la maladie en signalant les conséquences néfastes de l'occultation de la sexualité en prison [952] . Le Sida a mis à l'épreuve les systèmes pénitentiaires en soulevant le problème des pratiques sexuelles qui avaient lieu en milieu carcéral, rompant ainsi une « connivence du silence ». Les rapports sexuels souvent tolérés au sein des parloirs, dont le symbole demeure les « bébés parloirs », ont été fortement remis en cause en raison des risques de contamination qu'ils font courir au détenu et à son conjoint [953] . Cette critique a ouvert le débat à un droit à la sexualité,

946 ORS PACA. Réduction des risques de l'infection à VIH et des hépatites en milieu carcéral : prévalence des pratiques à risques et analyse des contraintes et de la faisabilité des programmes de réduction des risques en milieu carcéral . Rapport final 1998.

947 "L'un des principaux obstacles à une réelle politique de prévention du Sida dans les prisons françaises pour hommes est en fait l'homophobie. Celle-ci constitue [...] une contrainte particulièrement forte qui joue un effet déterminant sur les discours, attitudes et pratiques des détenus. Tant que le fait de prendre un préservatif mis à disposition à l'infirmerie de la prison sera interprété comme un aveu implicite que l'on est « pédé », et en ce sens un des individus les plus méprisables de la hiérarchie carcérale, il est probable que la prévention restera un vœu pieu ». Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, *op.cit.,* p.235.

948 Howard Becker est le premier à décrire dans sa sociologie de la déviance le processus d'étiquetage qui peut-être à l'origine d'une marginalisation de l'individu qui cherche alors à répondre aux normes sociales en vigueur. Becker, Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance, Paris, Métailié, 1985 (1ère ed. 1963), pp.201-205.

949 C'est pourquoi l'idée d'une distribution systématique, comme à l'entrée en détention, qui constituerait une solution possible aux dysfonctionnements du dispositif actuel, est souvent refusée. Elle pourrait en effet accroître le sentiment de malaise de la part des détenus. Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.79.

950 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

951 On peut remarquer de façon plus générale que l'une des étapes fondamentales des politiques de lutte contre le Sida fut, comme l'explique Monika Steffen, le développement de vastes campagnes d'éducation sexuelle qui prenaient place dans un domaine intermédiaire entre la sphère de la vie privée et publique. Cf. Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* pp.61 et suiv.

davantage présenté comme un droit à l'« intimité », pour les détenus, notamment à travers le principe des ***« parloirs intimes »*** [954] . L'administration pénitentiaire a initié l'expérimentation d'« unités de vie familiale »(UVF) en 1998 sur trois sites français mais le dispositif demeurera limité aux longues peines, soit un cinquième de la population pénale [955] . D'autre part, plusieurs recommandations ont été élaborées afin de renforcer la lutte contre les comportements sexuels agressifs ou la prostitution, parfois présents en prison [956] .

La lutte contre les risques de transmission par voie sexuelle en prison se heurte à un double obstacle. Elle va tout d'abord à l'encontre d'un règlement qui proscrit les relations sexuelles qui sont pourtant parfois réelles. L'introduction du préservatif au sein des prisons françaises symbolise à cet égard une victoire de la santé publique. Mais le silence qui entoure la sexualité en milieu carcéral et l'importante culture de l'homophobie s'opposent à sa pleine application. La portée de cette mesure restera très faible si elle ne permet pas de ré-interroger la place de la sexualité en prison. Le Sida a constitué en milieu carcéral comme dans le reste de la société un révélateur des dysfonctionnements culturels : ***« Niée pendant des années par l'ensemble des acteurs intervenants de***

[952] « Le débat sur les préservatifs mis à la disposition des détenus pour prévenir la transmission aux sexuels du VIH me paraît également une manière bien étriquée d'aborder le problème de la sexualité dans les prisons […] Comme il est difficile de demander à l'Administration d'organiser la transgression de sa réglementation, c'est le médecin qui remplace le distributeur automatique de préservatifs, le secret médical étant commode pour élever une barrière entre la règle et la pratique, barrière d'autant plus pratique que la prison étant un milieu totalement «transparent », aller demander un préservatif au médecin est une publication de son homosexualité. Il serait plus cohérent d'organiser la sexualité dans les prisons sans privilégier bizarrement l'homosexualité et de permettre l'hétérosexualité lors des visites, sans la limiter à des acrobaties sur un tabouret. Les parloirs sexuels existent en Espagne, en Hollande, je ne vois pas pour quelle raison et ils ne devraient pas exister en France ». Got C., Rapport sur le Sida, Paris, Flammarion, 1989, pp.87-89.

[953] En effet, bien que les détenus disposent de préservatifs, les conditions sont très défavorables à une démarche de prévention: « Plusieurs témoignages insistent sur les difficultés à poser un préservatif alors qu'il faut surveiller le comportement des surveillants, que le temps presse et que les conditions minimales d'intimité sont loin d'être présentes. Dans le même temps, les effets de dévalorisation de soi liés à la situation d'incarcération, corrélée au désir d'avoir des relations sexuelles avec un quelqu'un avec qui on est très lié affectivement et dont on est privé, peut agir comme un facteur de prise de risque ». Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, *op.cit.,* p.236.

[954] La délégation du Comité pour la prévention de la torture (CPT) a relevé que les relations sexuelles sont quelquefois tolérées pendant les parloirs famille par certains surveillants "fermant les yeux", constatant qu'elles ne pouvaient pas être entretenues dans des conditions de dignité minimales. Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Christophe, Le droit en prison , op.cit., p.246.

[955] Imaginé il y a près de quinze ans, annoncé le 4 décembre 1997, ce projet n'a jamais été mis en oeuvre. Les UVF seraient de petits appartements, exempts de surveillance, accessibles à des personnes condamnées à de longues peines. Ils pourraient concerner de 8 000 à 15 000 détenus. Faure Michael, «Humaniser pour réinsérer. Le droit à l'intimité en détention », Le Monde diplomatique, février 1999, p.26.

[956] Directive de l'OMS sur l'infection à VIH et le Sida dans les prisons. Genève, mars 1993, 9 pages.

près ou de loin dans le champ carcéral […] la sexualité des détenus émerge, difficilement et lentement malgré le tragique de la situation, comme un enjeu de la lutte contre le Sida » [957] . Le principal obstacle à l'établissement d'une véritable politique de prévention des risques sexuels est avant tout d'ordre culturel. Cette contradiction entre les logiques pénitentiaire et sanitaire est encore plus saillante en matière de réduction des risques liés à la toxicomanie.

2.2.b. Les obstacles culturels à une prévention des risques liés à la toxicomanie

La plupart des Etats européens ont choisi de faire face aux risques liés à la toxicomanie en prison en développant une politique répressive (lutter contre la consommation de drogues) plutôt que de réduire les risques liés à l'usage [958] . La mise à disposition de seringues auprès des détenus constitue la mesure la plus symbolique des politiques de réduction des risques. Peu de pays ont cependant mis en place des programmes d'échange de seringues (PES) et la plupart de ces programmes demeurent expérimentaux [959] . Cette mesure fut systématiquement rejetée par les administrations pénitentiaires françaises et italiennes. La position du ministère de la Justice français est de considérer, comme le rappelle la sous-directrice des prisons de Lyon, que ce dispositif reste ***« à l'état d'étude »*** [960] . La mobilisation du personnel soignant intervenant en prison semble avoir été beaucoup moins importante pour l'échange de seringues que pour l'introduction du préservatif, comme en témoigne une psychologue : ***« On savait que ce n'était pas possible. On l'a peut être évoqué mais ça nous semblait tellement... On a plus axé sur le préservatif en fait »*** [961] . Cette revendication a en revanche été soutenue

957 ***Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, op.cit., p. 200.***

958 Emmanuelli Julien., Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHB, VHC et réduction des risques en prison à travers le monde *, op.cit.*

959 Plusieurs expériences de mise à disposition de matériel stérile en prison ont été initiées depuis quelques années en Suisse et en Allemagne. La première distribution de seringues en prison a eu lieu officieusement dans le centre pénitencier d'Oberschöngren (canton de Solothurn, Suisse) en 1995, sous l'impulsion indépendante du médecin de la prison. Soutenue par le directeur de la prison, cette initiative suscita la mise en place d'un programme expérimental de réduction des risques dans la prison de femmes de Hindelbank comportant, outre un accès facilité aux préservatifs et la constitution de petits groupes de discussion, la distribution unitaire d'aiguilles stériles (en échange des seringues usagées) par le biais d'automates. L'impact de ce programme sur le niveau de risques VIH et VHB et la consommation de drogues fut évalué. Il en ressort tout d'abord que la proportion des utilisateurs de drogues (héroïnomanes et cocaïnomanes) en prison est demeurée stable (40%), comme le taux des injecteurs parmi ces consommateurs (70%). En revanche, le taux de partage a régulièrement chuté passant de 50% à pratiquement 0%. Aucune séroconversion au VIH ou au VHB n'a été observé pendant cette période. Devant ce constat, les autorités ont décidé la poursuite du programme dans son intégralité. Emmanuelli Julien., Usage de drogues, sexualité, transmission du VIH, VHB, VHC et réduction des risques en prison à travers le monde *, op.cit.*

960 ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

961 ***Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

par le secteur associatif [962] .

Le premier argument du refus de l'administration pénitentiaire est l'infraction de la législation en matière de répression de l'usage des stupéfiants (et notamment les articles 222-37 et 222-39 du Code de procédure pénale et l'article L. 628 du Code de la santé publique) qui est fréquemment présentée comme une limite infranchissable à la mise à disposition de seringues [963] . Outre l'infraction, la transgression de la norme juridique pourrait impliquer une perte de repère pour le détenu et remettre ainsi en cause le sens qu'il attribue à sa peine : ***« Cette mesure entre en conflit avec l'objet même de la peine qui est de rappeler l'existence de la règle, de sanctionner son non-respect et de prévenir le renouvellement de sa violation […] Elle est de nature à fragiliser les repères structurants que la sanction doit apporter »*** [964] . Une seconde limite souvent évoquée est le risque d'accentuer l'ambiguïté du positionnement des personnels de surveillance qui seraient contraints de tolérer les pratiques qu'ils ont pour mission de réprimer et de contrôler [965] . L'introduction de seringues en détention souligne la contradiction du sens de la peine et de la mission de l'administration pénitentiaire qui est de punir l'infraction sans pour autant nuire au détenu. Le principal obstacle à la mise en place de PES en milieu carcéral n'est pas seulement de nature législative ou sécuritaire mais d'ordre culturel. Le refus de l'administration pénitentiaire et de son personnel reflète l'existence, selon Claudio Sarzotti, d'une culture juridique stricte dont la rigidité normative rend impossible une adaptation du règlement à la situation [966] . Cette position de « rejet viscéral », partagée par certains soignants, traduirait la peur de se rendre complice des comportements toxicomaniaque des détenus [967] . Elle témoigne de façon plus générale

962 C'est ainsi par exemple que plusieurs organisations (médecins du monde, AIDES, Act-Up, Auto-Support Banlieues, l'OIP et le syndicat de la magistrature) ont lancé une campagne pour que du matériel d'injection stérile soit mis à disposition des détenus faisant usage de stupéfiants par voie intraveineuse. Ces organisations s'appuient sur le « principe d'équivalence » ainsi que la réforme de 1994 pour exiger une qualité des soins équivalente à celle offerte à l'ensemble de la population. De même que le matériel d'injection est disponible en vente libre, il devrait l'être en prison. Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.81.

963 C'est le cas par exemple du rapport Gentilini remis en 1997 : « Il convient de ne pas retenir les propositions qui aboutiraient à une dispensation systématique de matériel d'injection, dans les maisons d'arrêt ou dans les centres de détention [...] Des citoyens ne pourraient être incarcérés pour les délits liés au trafic et l'usage de drogue, puis se voir remettre légalement des seringues lors de la détention. Il y aurait là une incohérence totale. Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, *op.cit.,* p.21.

964 Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, op.cit., p.61.

965 *Ibid.,* p.61

966 Claudio Sarzotti remarque que le refus catégorique d'introduire les seringues au sein de l'institution carcérale contraste avec la flexibilité dont font preuve les surveillants dans la négociation du règlement pénitentiaire. En effet, plusieurs recherches qui ont porté sur le fonctionnement interne au milieu carcéral ont mis en évidence que « les normes juridiques sont utilisées de ce point de vue davantage comme des "cadre argumentatif" plutôt que comme des énoncés strictement régulateurs des comportements à adopter en prison ». Sarzotti Claudio, "Prevenzione Aids in carcere : il ruolo della cultura professionale degli operatori penitenziari", *art.cit.,* p.60.

967 *Ibid,* p.66.

une moindre acceptation de la politique de réduction des risques.

Cette remarque est d'autant plus valable que le facteur discriminant entre les pays où cette mesure a été adoptée et ceux qui l'ont refusé semble également être d'ordre culturel. En effet, on peut remarquer que les pays qui ont mis en place des programmes d'échange de seringue sont ceux qui ont développé une politique de réduction des risques volontariste qui fait généralement l'objet d'un consensus social. C'est le cas en partie pour l'Allemagne [968] mais ce phénomène est particulièrement vrai pour la Suisse où la politique de réduction des risques a acquis ses lettres de noblesse [969] . A l'inverse, la France [970] et l'Italie où cette mesure n'a jamais été envisagée ont rencontré de nombreuses réticences à mettre en place une politique préventive au bénéfice de la population toxicomanie. Il semblerait par conséquent que ce soit le contexte national qui rende compte des politiques de prévention des risques en milieu carcéral et qui justifie l'impossibilité d'introduire du matériel d'injection en détention. C'est ainsi que le rapport santé justice sur la réduction des risques observe qu'en France « la politique de réduction des risques est encore fragile et pas toujours bien acceptée » avant de conclure que « le contexte français n'apparaît donc pas propice à la mise en place » des programmes d'échange de seringues [971] .

Face aux difficultés à mettre en œuvre des PES en milieu carcéral, quelques pays ont décidé de recourir à l'utilisation de virucide, distribué aux détenus sous la forme d'un détergent puissant type eau de Javel, permettant de réduire les risques de contamination

968 L'épidémie de Sida amène le gouvernement allemand à faire de la fourniture de seringues aux toxicomanes une priorité de santé publique dès 1983. De nouveaux services proches des milieux de vie des toxicomanes sont alors progressivement installés. C'est en 1987 que les distributions de seringues bénéficient d'un soutien national. Cf., Monika Steffen, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* pp.111-119.

969 La politique suisse en matière de toxicomanie, appelée « politique des 4 piliers », intègre la réduction des risques comme l'une de ses composantes principales. Elle part d'un « principe d'opportunité » qui incite à ne pas appliquer la loi lorsqu'elle peut être à la cause de troubles sociaux importants, comme la non-intégration sociale du consommateur de drogues. La politique des quatre piliers réalise un large accord au sein de la population. La Suisse a réalisé une expérimentation sur l'usage thérapeutique de l'héroïne, qui a été élargie en 1999 à 10% des toxicomanes. Cette décision a été entérinée après un référendum, le 13 juin 1999, qui portait sur la prescription médicale d'héroïne et qui a été marquée par une victoire du « Oui » avec 54,5%. Cf., Piccone Stella S., Droghe e tossicodipendenza, p.115 ; Zuffa G., I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno, *op.cit*., p.86.

970 En raison de l'hermétisme des professionnels et des pouvoirs publics français, c'est à l'extérieur du domaine de la toxicomanie que naissent les premières tentatives de prise en compte du problème du Sida pour les toxicomanes. L'association *AIDS* organise la première campagne de prévention en matière de seringues en décembre 1985 et janvier 1986 (« Une seringue, ça ne se partage pas ») alors que la même année la France est le seul pays européen à interdire la vente libre des seringues. Le facteur qui déclencha la remise en cause de la politique française fut le scandale du « sang contaminé ». La mise en place de la réduction des risques apparaît dés lors comme une priorité des pouvoirs publics : en 1992 la DGS étend les programmes d'échange de seringues (PES) à l'ensemble des centres de soins pour toxicomanes (Circulaire DGS/311/Sida du 5 mai 1992);; le décret du 7 mars 1995 permet aux associations de lutte contre la toxicomanie et de prévention du Sida de pouvoir distribuer librement du matériel stérile. Cf., Henri Bergeron, L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française, *op.cit.*

971 Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.60.

par voie intraveineuse [972] . L'administration pénitentiaire française a adopté cette mesure par la circulaire du 5 décembre 1996 [973] suite au rapport Gentilini qui souligne les conditions précises dans lesquelles le produit doit être utilisé, faute de quoi il demeure sans effets [974] . Julien Emmanuelli note cependant que l'eau de Javel n'est pourtant le plus souvent pas accompagnée d'un mode d'emploi, sauf en Suisse ou en Espagne où elle est distribuée dans un Kit pharmacie avec des recommandations écrites. La circulaire française de 1996 prévoit la distribution de dépliants par le personnel surveillant. Ceux-ci ne sont pourtant pas distribués aux prisons de Lyon comme le constate la sous-directrice : ***« Normalement, il y a un petit dépliant qui est prévu mais […] je suis certaine qu'il n'est pas distribué»*** [975] . Cet écart à la norme s'explique peut-être aussi par la culture juridique stricte du personnel de surveillance dont la mission de garde est mise à mal par la distribution d'un produit dont l'usage est ambigu [976] . L'attitude des surveillants traduirait la contradiction dans laquelle se situe l'administration pénitentiaire elle-même qui esquive le débat sur l'introduction des seringues par le recours à un produit dont l'usage premier est détourné. Le Sida a constitué là aussi un révélateur en soulignant les contradictions de l'institution carcérale. Il a permit d'ouvrir un débat sur la question des addictions en détention. Certains pays comme la France ou l'Italie s'y sont cependant soustraits en

[972] Cette mesure demeure peu répandue au sein des autres pays. Sur trente-deux pays recensés au sein d'une revue de littérature de l'Institut national de veille sanitaire, seulement neuf ont mis en oeuvre une telle action. Les motifs invoqués pour expliquer le manque d'attrait de cette mesure par les pays qui ne l'ont pas retenue sont le risque que l'eau de Javel soit employée comme "arme" par les détenus à l'encontre des surveillants, contre autrui ou contre le détenu lui-même.

[973] La circulaire du 5 décembre 1996 prévoit la distribution à titre gratuit aux détenus de flacons d'eau de Javel de 120 ml à 12° chlorométrique. À ce niveau de concentration, le produit n'est pas toxique, même en cas de projection sur la peau ou dans les yeux, et ne présente pas de différence significative d'efficacité avec de l'eau de Javel à 24°. Cette mise à disposition d'un flacon se fait par l'administration pénitentiaire sous forme d'une distribution systématique à l'entrée, gratuite et renouvelée tous les quinze jours. Ce produit figure également sur la liste des produits cantinables. Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.41.

[974] Le professeur Gentilini précise qu'il est nécessaire que ce produit soit disponible en fonction d'une dilution au quart, une dilution plus importante risquerait de diminuer son pouvoir désinfectant. Il est en outre nécessaire d'appliquer un contact prolongé, d'une durée de 20 minutes, avec l'eau de Javel afin d'obtenir une désinfection virale complète, dans l'optique de la neutralisation des virus des hépatites qui restent des agents infectieux résistants. Le rapport ajoute que « l'eau de Javel est certainement très efficace dès lors que les utilisateurs savent différencier le nettoyage d'une procédure complète de désinfection ». Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, *op.cit.,* p.25.

[975] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[976] Claudio Sarzotti remarque que le choix de distribuer du matériel désinfectant pour pouvoir stériliser les éventuelles seringues qui circulent à l'intérieur de l'institution carcérale a une connotation ambiguë du fait que le matériel désinfectant peut être aussi bien utilisé pour l'hygiène de la cellule ou des objets d'usage courant (rasoirs) que pour les seringues. Ces distributions constituent cependant un mode d' « escamotage » utilisé par les administrations pénitentiaires pour éviter les débats sur la question de l'introduction des seringues. Sarzotti Claudio, "Prevenzione Aids in carcere : il ruolo della cultura professionale degli operatori penitenziari", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società. Le strategie comunicative per la prevenzione, Roma, Carocci, 2001, p.58.

mettant en œuvre des dispositions qui ne répondent que de façon imparfaite à la stratégie de réduction des risques et dont les effets demeurent limités [977].

Les épidémies de toxicomanie et de Sida, fortement corrélées, ont fortement touché les prisons françaises et italiennes depuis la fin des années quatre-vingts. Elles ont rendu nécessaire une reconsidération des politiques de prévention en matière de sexualité et de toxicomanie. Malgré l'introduction de mesures ponctuelles (campagnes informatives, mise à disposition de préservatifs ou de virucide), les contraintes du milieu carcéral, législatives mais surtout culturelles, ont rendu impossible la mise en place d'une politique de réduction des risques similaire à celle qui a permis de mettre fin à l'épidémie. Ces mesures ont néanmoins constitué les prémices d'une nouvelle logique préventive en prison favorisant la promotion de la santé des détenus.

CHAPITRE 6 : L'AFFIRMATION D'UNE DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE EN PRISON: ENJEUX ET LIMITES

Les politiques de lutte contre le Sida et de réduction des risques ont inauguré les premières actions dé prévention en milieu carcéral. Elles ont permis de souligner la place de l'individu dans la prise en charge de sa santé. La mise en œuvre d'une pratique de prévention suppose en effet qu'elle soit intégrée et comprise par la population. Les campagnes d'information établies pour lutter contre l'épidémie de Sida ont permis ainsi de réhabiliter l'éducation sanitaire qui avait progressivement disparue au cours du 20ème siècle en raison des progrès médicaux réalisés. L'éducation *à* la santé ou *pour* la santé [978] est l'une des conséquences manifestes du renouveau des politiques de prévention. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une logique de promotion de la santé [979], dont l'éducation pour la santé est une composante essentielle [980]. Elle marque une rupture dans le cours des politiques de prévention, dont l'objet n'est désormais plus seulement de protéger l'individu des risques potentiels mais de favoriser son épanouissement personnel.

977 Bien que peu de données soient disponibles sur l'emploi de l'eau de Javel par les toxicomanes incarcérés, il semblerait qu'elle demeure sous-utilisée. D'après une étude de l'ORS PACA, parmi les personnes ayant déclaré s'être injecté en prison les quatre dernières semaines de l'incarcération, 59 % (16/27) ont indiqué qu'elles avaient utilisé de l'eau de Javel pour nettoyer leur matériel. Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p.50.

978 Bien que ces deux notions soient proches, il est nécessaire de les distinguer. Tandis que l'éducation *à* la santé laisse entendre que le projet de santé est prédéterminé par les éducateurs, l'éducation *pour* la santé implique une participation active des individus. Elle n'est pas une simple transmission d'informations sur les risques mais implique le développement de l'expérience personnelle, des compétences et de la capacité de jugement des individus. Elle peut –être définie comme «un processus créant avec les personnels et groupes les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, valorisant leur autonomie et leurs responsabilités ». CODES Basse-Normandie, Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé. Contribution à un glossaire, juin 2000, pp.34-35.

La réforme de 1994 inaugure l'introduction de cette nouvelle logique de prévention en prison par l'intermédiaire des UCSA [981] . Cette innovation marque, sans nul doute, l'émergence d'une nouvelle conception du soin en faveur des détenus. Elle soulève en revanche de nombreuses questions : comment cette démarche se concilie t-elle avec les contraintes carcérales ? Quel sens et quelle portée peut avoir l'éducation pour la santé en prison ? Une logique de promotion sanitaire est-elle réalisable en détention ? A travers cette question, c'est le problème de la compatibilité entre le soin, entendu au sens large, et l'institution pénitentiaire qui sera soulevé.

1 Un processus de décloisonnement de la santé carcérale

Le soin des détenus a pendant longtemps été confié à une administration non sanitaire. Ce cloisonnement de l'organisation des soins vis-à-vis de l'ensemble du système de santé a marginalisé le dispositif soignant situé en prison qui est demeuré à l'écart des grandes évolutions sanitaires qui ont eu lieu depuis les années cinquante. La réforme de la médecine pénitentiaire visait à rééquilibrer cette situation en redéfinissant le soin selon les pratiques médicales extérieures. La santé du détenu a été perçue comme le moyen d'amorcer un processus de décloisonnement de l'organisation carcérale vis-à-vis d'intervenants extérieurs, d'une part, et entre les professionnels pénitentiaires et sanitaires intervenant en détention, d'autre part.

1.1 Une nouvelle conception du soin ouverte à de nouveaux intervenants

La santé n'est pas une notion univoque. Sa définition implique de nombreuses répercussions en matière d'organisation des soins. On peut distinguer globalement deux conceptions. La première, la santé-maladie, ***« fait de la maladie individuelle le moteur de l'intervention, du traitement curatif le mode d'intervention, et de la guérison l'objectif visé »*** [982] . A l'inverse, la santé publique « implique l'intervention technique planifiée sur l'environnement global et sur la population, ayant comme but spécifique la

979 La promotion de la santé peut être définie comme « le processus qui permet aux populations d'améliorer leur santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci » ce qui caractérise la promotion de la santé, c'est avant tout la participation de la population à l'action et à la définition des objectifs de santé. Outre l'éducation pour la santé, la promotion de la santé regroupe la santé communautaire qui caractérise davantage une démarche collective qu'individuelle. *Ibid.,* p.21.

980 Bien que ces précisions lexicales doivent être rappelées, les termes d'éducation pour la santé et de promotion de la santé seront utilisés de façon indifférente. Il ne s'agit, en effet, pas là d'une réflexion sur les différentes conceptions de cette démarche de prévention mais sur le sens qu'on peut lui attribuer en milieu carcérale.

981 Le guide méthodologique de la circulaire d'application du décret du 27 octobre 1994 précise ainsi que « conformément à l'article R. 711-14 du code de la santé publique, l'établissement de santé coordonne les actions de prévention et élabore le programme de prévention et d'éducation pour la santé en accord avec la direction de l'établissement pénitentiaire et les différents partenaires concernés (préfets de région et des départements, président du conseil général, organisme d'assurance-maladie ainsi que les autres collectivités et associations...) ». Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique, 8 décembre 1994.

prévention de la maladie, la promotion de la santé, les soins curatifs, la réadaptation du malade, l'éducation pour la santé ». L'émergence de la notion d'éducation pour la santé s'inscrit directement dans un processus de redéfinition de la santé en faveur du paradigme de la santé publique.

1.1.a L'affirmation d'un modèle de santé préventif en milieu carcéral

La santé publique a toujours été le parent pauvre des politiques de santé en France. Elle a pourtant connu un engouement dès le XIXème siècle avec l'apparition du modèle hygiéniste qui, bien que d'une portée limitée, marque les prémisses d'une logique d'action sanitaire en termes de population [983] . Un mouvement d'uniformisation de la lutte contre les grandes épidémies se forme et l'hygiène devient une science internationale qui s'incarne à travers des institutions [984] . L'éradication des maladies contagieuses au cours du XXème siècle affaiblit le modèle hygiéniste et entraîne ainsi une désaffection pour l'ensemble du modèle de santé publique dont il n'était qu'une forme d'historisation. Les progrès médicaux réalisés après 1950 et la croissance de l'organisation hospitalière contribuent à assurer l'hégémonie du modèle curatif fondé sur l'association : un malade -une maladie -un traitement -une profession qui en a le monopole [985] . Au début des années quatre-vingts, la santé publique est quasi inexistante et la prévention se limite à la notion de dangerosité dont est porteur l'individu malgré l'émergence timide de la notion de risque [986] . C'est l'épidémie de Sida qui constitue le véritable déclencheur des politiques de santé publique. Les politiques de lutte contre le Sida mettent au premier plan les comportements individuels et consacrent ainsi les stratégies de prévention ciblées sur les

982 ***Wislow C.E, The United Field of Public Health, New York, Modern Medicin, 1961, Cité in Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, op.cit., p.42.***

983 On peut distinguer, selon Olivier Faure, deux périodes du courant hygiéniste entre le XIXème et le XXème siècle. Le premier hygiénisme naît à la fin du XVIIIème siècle à partir du souci populationniste des pouvoirs publics qui cherchent les moyens de redresser la natalité et de lutter contre la mortalité. Les problèmes démographiques deviennent ainsi sous l'Ancien Régime des questions politiques. Les médecins s'intéressent ainsi aussi bien à l'environnement physique qu'à l'environnement social tel que l'habitat ou les conditions de travail. La portée de ce premier mouvement hygiéniste est pourtant très modeste. Celui-ci demeure ambigu voire contradictoire, comme le souligne Olivier Faure, entre la double exigence née de la notion de santé publique alors émergente et le caractère libéral de la société et de l'Etat. La santé publique se limite ainsi à quelques mesures sans faire l'objet d'une véritable politique. Un deuxième courant hygiéniste s'initie à la suite du double choc que constitue la défaite de 1870 et la Commune de 1871. Il s'agit dès lors pour les pouvoirs publics de transformer l'action sanitaire en un élément de reconstruction d'une nation affaiblie. Plusieurs séries de mesures de santé publiques sont décidées qui renforcent le dispositif sanitaire existant. Les responsables de l'action sanitaire du pays réadoptent néanmoins progressivement une attitude de stigmatisation des classes populaires présentées comme indisciplinées. Le discours de la maladie punition a probablement constitué l'un des plus grands obstacles à la progression de l'hygiénisme. Faure Olivier, « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIXème-XXème siècle », *in* Nourisson Didier, Education à la santé. XIXème –Xxème siècle, Rennes, Editions de l'Ecole nationale de santé publique, 2002, pp.13-30.

984 Setbon, Michel., Pouvoirs contre Sida, *op.cit.,* p.44.

985 *Ibid.,* p.38.

« pratiques à risque » [987] . Elles permettent également de poser les premiers jalons d'un dispositif de santé publique par un effet d'apprentissage institutionnel [988] .

L'émergence de l'éducation pour la santé correspond à un mouvement parallèle bien que distinct des politiques de lutte contre le Sida. Antérieure à l'épidémie de Sida, l'éducation pour la santé, qui consiste pour l'essentiel à enseigner des comportements favorables à la santé, a trouvé à travers la notion de pratiques à risques l'opportunité d'une véritable reconnaissance. L'émergence de cette démarche s'inscrit dans un changement global de perspective qui traduit le déplacement d'un schéma curatif ou de la « réparation », dont l'objectif premier est la résiliation du trouble pathologique, à un schéma préventif ou de « croissance » davantage orienté vers le développement des ***« potentialités du sujet »*** [989] . Ce bouleversement se traduit dès lors par une réorientation dispositif sanitaire : ***« La hiérarchie des objectifs sanitaires se redistribue dans un modèle où prévenir devient une ambition tout aussi légitime et valorisée que guérir. En cette fin de décennie, on passe lentement d'un modèle public de santé à un modèle de santé publique »*** [990] . On assiste de façon parallèle à une redéfinition de l'état de santé en tant que condition globale [991] . Ce processus de redéfinition implique une nouvelle conception de la prévention qui ne se réduit plus à l'évitement de la maladie mais qui s'apparente à un développement des ressources personnelles :

986 Robert Castel met en évidence le passage progressif de la notion de dangerosité focalisée sur le danger lié à l'individu à la notion de risque qui repose sur une logique combinatoire de facteurs (de risque). Il écrit : « On autonomise la notion de risque par rapport à celle de danger. Un risque ne résulte pas de la présence d'un danger précis, par un individu ou même par un groupe concret. Il est un effet de la mise en relation de données abstraites ou de facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportements indésirables ». Cette transition s'effectue progressivement au cours des années soixante-dix à travers la médecine mentale puis s'étendra durant les années quatre-vingts à l'ensemble du corps médical. Castel Robert « De la dangerosité au risque », Actes de la recherche en sciences sociales, n°47-48, juin 1983, pp.119-127.

987 L'épidémie de Sida est apparue initialement comme un fléau limité à quelques groupes spécifiques faisant craindre ainsi la résurgence de la notion de maladie-punition, contraire à une logique de santé publique. C'est cependant la mobilisation des mouvements homosexuels, comme l'explique Monika Steffen, qui permit d'éviter cette impasse. Il s'agissait dans un premier temps pour les associations d'obtenir une reconnaissance des pouvoirs publics comme groupe à risques. Le mouvement s'inverse cependant rapidement. Les associations militent alors pour une universalisation du problème, l'objectif étant de « déshomosexualiser » le Sida. L'association française AIDES milite par exemple dès 1985 pour que la notion de « groupes à risques » soit remplacée par celle de « comportements à risques ». Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, *op.cit.,* pp.36-57.

988 *Ibid,* pp.234239.

989 ***Castel Robert, « Une préoccupation en inflation », Informations sociales, 1993, n°26, pp.87-96.***

990 ***Bergeron Henri, L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française, op.cit., p.248.***

991 L'Organisation mondiale pour la santé (OMS) est la première à affirmer cette définition en 1946 : « La santé, c'est non seulement l'absence de maladie et d'infirmité, mais un complet bien-être physique, mental et social ».

« On est passé très progressivement d'une vision basée sur les risques, sur la prévention des risques, des grandes pathologies et des fléaux sociaux à une démarche qui était de se dire finalement on n'est pas obligé de travailler uniquement sur les facteurs de risque mais on peut travailler aussi sur les facteurs de protection et les facteurs de promotion de la santé » [992] .

La promotion de la santé tend à devenir un cadre conceptuel commun d'analyse des systèmes de santé comme en témoigne la charte d'Ottawa, issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986 [993] , qui marque l'internationalisation d'une discipline alors peu reconnue [994] . En France, la consolidation durant les années quatre-vingt-dix d'un réseau associatif établi au niveau départemental (ADES, Association départementale d'éducation pour la santé) et régional (tel que le Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé, CRAES) qui est fortement lié au Conseil français d'éducation pour la santé (CFES) [995] , a permis l'institutionnalisation de cette approche de santé publique. La promotion de la santé s'est principalement développée dans certains secteurs où elle trouvait un terrain propice [996] . La loi du 18 janvier 1994 inaugure l'introduction d'actions d'éducation pour la santé en prison qui était restée jusque là à l'écart du développement de cette démarche préventive. L'éducation pour la santé constitue désormais un élément significatif de l'évolution des politiques sanitaires en

[992] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

993 Cette charte constitue le texte de référence pour les acteurs intervenant dans le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé. Schaetzel F., *in* Moquet-Anger M.L. (sous la direction de), L'éducation pour la santé : enjeux, obstacles, moyens, Colloque pluridisciplinaire, faculté de droit de science politique de Rennes, 24-25 septembre 1998, Ed.CFES, octobre 2001, pp.50-56.

994 Ce constat amène à s'interroger sur les conditions de circulation et d'internationalisation de ce savoir qui s'est constituée progressivement en discipline. Pierre Yves Saunier remarque, en effet, au sujet de la constitution d'une internationale urbaine, que l'internationalisation d'un savoir résulte avant tout d'un travail de construction social qui s'inscrit dans un champ de luttes spécifique. Il pourrait être intéressant d'analyser les mécanismes par lesquels la reconnaissance de la promotion de la santé s'est effectué, les moyens mis en œuvre à cette fin et surtout les protagonistes intéressés à cette internationalisation. Il s'agit d'opérer, selon les mots de Pierre-Yves Saunier, une « économie générale des échanges internationaux » qui sont avant tout des rapports de pouvoir. Saunier P-Y., « Sketches from the Urban International », International Journal for Urban and Regional Research, June 2001, (document polycopié en français, 33p.)

995 Le CFES est né de l'héritage du Centre national d'éducation sanitaire, démographique et sociale, renommé Comité français d'éducation sanitaire en 1966, organisme privé crée par le docteur Delore afin d'investir la place préalablement occupée par l'Office national d'hygiène. La disparition de cette institution publique durant l'entre-deux guerres mettait un terme provisoire au souci de conduire au niveau central la propagande éducative pour la santé qui a été laissée alors à l'initiative de ligues de défense contre les fléaux sociaux (alcool, tabac, tuberculose). Le CFES a pris sa dénomination lorsque ministère de la Santé en a pris la tutelle en 1972. Celui-ci est devenu l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en 2002. Pinell P. (dir), Une épidémie politique. La lutte contre le Sida en France (1981-1996), Paris, PUF, p.103.

996 L'éducation pour la santé a été fortement orientée au début des années quatre-vingt-dix à destination de l'école. Lieu privilégie d'éducation, elle manifeste dans l'enseignement qui y est prodigué (éducation physique, hygiène corporelle, éducation sexuelle) un souci de normalisation des comportements sociaux et de responsabilisation des individus. Vigarello Georges, « L'éducation pour la santé. Une vrai attente scolaire », Esprit, n°2, février 1997, pp.72-82.

milieu carcéral [997] . Cette transformation s'intègre dans un processus de décloisonnement de la prison afin de permettre de façon plus large aux populations « empêchées » d'accéder aux même prestations sanitaires que n'importe quel citoyen selon le principe d'équivalence :

« C'est l'idée dans la loi que les prisonniers sont des citoyens comme les autres […]C'est la question de l'accès à la prévention qui est une question importante. Elle se pose pour les populations qui sont dites "empêchées"... Les personnes handicapées, physiques, mentales ou sociales, les personnes emprisonnées ou les personnes marginalisées. » [998]

1.1.b Une démarche de décloisonnement sur le long terme

Des actions d'éducation pour la santé avaient déjà lieu en milieu carcéral avant la loi du 18 janvier 1994, notamment au sujet des maladies infectieuses. L'introduction de cette démarche en tant que ligne directrice des politiques sanitaires en prison a cependant permis de multiplier les initiatives [999] et d'initier un processus établi davantage sur le long terme et reposant moins sur des actions ponctuelles. La réforme de 1994 a ainsi été suivi d'un colloque consacré à ce thème afin d'insuffler une nouvelle logique et d'en faire une démarche sur le long terme : ***« De faire moins d'opérations hyper ponctuelles mais de voir comment impliquer un peu plus les différents personnels par cet aspect là. Ne pas faire de l'éducation pour la santé une pièce rapportée mais essayer d'en faire un élément du projet d'établissement » [1000]*** . Ce changement de démarche est manifeste à travers l'exemple des actions en matière de prévention des maladies infectieuses qui sont passées du statut d'initiatives, essentiellement symboliques, construites autour de la date du 1er décembre à celui de plan de prévention [1001] . C'est le

997 Cette évolution est d'autant plus significative que la loi italienne de réforme de la médecine pénitentiaire affirme également l'éducation pour la santé comme une priorité de la nouvelle politique sanitaire en milieu carcéral. Art 1, ali.2 du Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n.41". Cette disposition est cependant demeurée lettre-morte dans la plupart des établissements, mis à part quelques exceptions, ce qui reflète la mauvaise implantation des ASL en prison mai aussi la faible culture préventive du système sanitaire italien. Entretien n°28, Antonio Loiacono, responsable de l'action sanitaire en milieu carcéral pour la Région Lazio.

998 Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

999 Un bilan des actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral relève l'explosion du nombre d'établissement menant des projets, chiffre qui est passé de 15 à 127 entre 1996 et 1999. Administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Etat des lieux des actions d'éducation pour la santé menées en milieu pénitentiaire, document dactylographié, 200, 5p.

1000 Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

1001 Depuis de nombreuses années, les établissements pénitentiaires se sont appuyés sur la journée mondiale de lutte contre le Sida du 1er décembre pour mobiliser les personnes détenues sur les risques infectieux. Un bilan établi en 1998 faisait apparaître que la journée du 1er décembre conserve un caractère symbolique, mais que la sensibilisation à la lutte contre le Sida tend à s'intégrer au fonctionnement quotidien des établissements pénitentiaires et à s'inscrire davantage dans la durée avec le développement de véritables actions de formation et d'éducation à la santé. Dhérot Jean, Stankoff Sylvie, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques, *op.cit.,* p. 42.

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

cas par exemple d'un groupe de parole organisé auparavant à la prison de Saint Quentin Fallaviers qui fut entrepris à la suite d'actions ponctuelles ayant eu lieu au 1er décembre de chaque année. Le médecin qui en était responsable justifie ce changement de démarche par les contraintes du milieu carcéral qui imposent d'établir une action dans le long terme afin de gagner la confiance aussi bien des personnels de surveillance que des détenus :

« Une action d'éducation pour la santé ne peut pas être envisagée de façon seulement ponctuelle, comme on faisait au début pour le premier décembre […] Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois de rencontres et de fonctionnement, qu'on a pu obtenir une véritable implication des surveillants. Pour obtenir de vrais changements il faut du temps. Pour les détenus, c'est la même chose […] L'éducation pour la santé ça demande de s'impliquer sur le long terme. C'est une démarche de projet, pas d'actions ponctuelles. » [1002]

Le passage d'une logique d'action à une démarche de projet est visible sur les prisons de Lyon où cette attribution a été déléguée de l'Antenne toxicomanie à un groupe d'éducation pour la santé constituée en 1998 de façon informelle sur l'initiative de quelques médecins [1003] . Ce groupe a permis, selon la personne qui était auparavant responsable de l'éducation pour la santé, d'adopter une ***« démarche beaucoup plus globale »*** [1004] . Ce changement s'est accompagné d'une ouverture des actions d'éducation à d'autres thèmes que les maladies infectieuses, ainsi qu'à de nouveaux outils de prévention [1005] .

Les projets d'éducation par la santé sont souvent l'occasion de faire intervenir des acteurs extérieurs à la prison, comme c'est le cas sur les prisons de Lyon. Ce recours à des professionnels non spécifiques au milieu carcéral constituerait une opportunité relationnelle vis-à-vis des détenus pour qui l'intervention d'un expert médical extérieur peut représenter une forme de gratification, tel que le constate un médecin ayant participé à un groupe de parole: ***« J'étais présentée comme une experte aux yeux des détenus et donc c'était très valorisant pour eux. C'était complètement un acte de reconnaissance ; le fait de reconnaître qu'on leur attribuait une importance »*** [1006] .

[1002] ***Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.***

[1003] On peut remarquer la particularité des prisons de Lyon en ce domaine qui disposent au sein du SMPR d'un poste de médecin de santé publique ce qui a fortement contribué à dynamiser la politique d'éducation pour la santé au sein de l'établissement.

[1004] ***On peut citer parmi les actions du groupe d'éducation pour la santé des prisons de Lyon une formation en secourisme assurée par les pompiers, un atelier cartes postales, l'intervention d'une esthéticienne auprès de la prison pour femmes, Montluc, l'intervention d'une diététicienne afin de conseiller les détenus.***

[1005] Le rapport cité auparavant note ainsi, de 1996 à 2000, le passage d'actions « de type informatif et ponctuel » organisées à l'occasion du premier décembre à des « programmes d'éducation pour la santé » qui incluent souvent des ateliers qui « s'inscrivent dans la durée ». Administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Etat des lieux des actions d'éducation pour la santé menées en milieu pénitentiaire, *op.cit.*

[1006] ***Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.***

Outre les bénéfices que peuvent en retirer les patients, la participation de personnes extérieures permet aux soignants travaillant en milieu pénitentiaire d'être davantage « crédible » à l'égard des détenus. Il s'agirait d'un moyen, comme le souligne un médecin des UCSA de Lyon, d'affirmer ainsi une continuité entre la médecine en milieu carcéral et le reste de la société :

« Et le souci qu'on a en prison, c'est d'être un peu crédible auprès les détenus et de faire en sorte, de faire entrer le plus possible des gens de l'extérieur […] Des fois on a l'impression que c'est une médecine spéciale pour détenus. C'est pas vrai. L'idée c'était de dire qu'on va essayer de travailler avec des gens qui sont aussi à l'extérieur » [1007] .

Cette ressource semble cependant limitée et insuffisamment mise à profit. La non-connaissance du milieu carcéral peut tout d'abord représenter un handicap et être perçu comme un manque de crédibilité. Par exemple à l'occasion d'une formation à destination des surveillants, certains formateurs n'étaient pas en mesure de fournir des réponses adéquates aux spécificités du milieu carcéral, ne répondant ainsi pas aux préoccupations du personnel qui y travaille. A l'inverse, l'intervention la plus appréciée a été réalisée par deux médecins rattachés aux prisons de Lyon qui connaissaient très bien le thème abordé [1008] . En second lieu, le fait que l'intervenant soit extérieur à la prison peut ne pas être forcément perçu par les destinataires, notamment les détenus. Un médecin qui effectue des consultations de dépistage aux prisons de Lyon regrette que les détenus ne perçoivent pas qu'il n'appartient pas à l'établissement, le considérant avant tout comme un soignant. Son extériorité constituerait même, comme il l'indique, un inconvénient :

« Les détenus ne s'en rendent pas compte. Pour eux je suis un médecin. D'ailleurs le gros problème, c'est comme je suis extérieur à la prison, je n'ai pas à intervenir dans les traitements […] Ça serait peut-être mieux si j'étais un médecin de l'UCSA. Car dans ce cas, je pourrais leur prescrire ce qui leur faut.» [1009]

Il semblerait en revanche que l'intervention d'associations extérieures soit davantage favorable à modifier le rapport relationnel avec les détenus notamment lors des groupes de parole. Le rôle des groupes d'auto-support constituerait ainsi une ressource importante en matière de toxicomanie [1010] . On peut cependant regretter que le collectif d'éducation pour la santé des prisons de Lyon n'ait pas recours à cette ressource, probablement en raison des difficultés à établir une communication entre l'établissement pénitentiaire et

[1007] Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

[1008] Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[1009] Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

[1010] Les groupes d'autosupport ou « de pairs » existent pour de nombreuses pathologies et ont en commun un type de compétence légitimée non par un diplôme mais par une expérience vécue. Il s'agit avant tout de militants qui prétendent occuper un rôle spécifique au nom de leur compétence personnelle. Les groupes d'autosupport ont connu un important développement en France en matière de soin de la toxicomanie au début des années quatre-vingt-dix et ont bénéficié d'une forte reconnaissance des autorités publiques.. Faugeron Claude, Kokoreff Michel, « Il n'y a pas de société sans drogues » : Un processus de normalisation ?, *in* Faugeron C., Kokoreff M., Société avec drogues. Enjeux et limites, *op.cit*, p.29.

l'extérieur [1011] . L'objectif initial de la réforme, décloisonner l'institution carcérale, s'en voit cependant amoindri.

La démarche d'éducation pour la santé a été reconnue en milieu carcéral pour la première fois en France et en Italie lors de la réforme de la médecine pénitentiaire. Cette transformation s'inscrivait alors dans le projet de décloisonner les services soignants en accentuant leur lien avec le reste du dispositif sanitaire. L'arrivée de nouveaux intervenants implique t-elle pour autant un véritable décloisonnement de l'institution carcérale ? L'éducation pour la santé peut-elle permettre la mise en œuvre d'une démarche d'action collective en détention ?

1.2 Une nouvelle démarche d'action collective en prison

La prison est une institution totale qui demeure cloisonnée non seulement vis-à-vis du monde extérieur mais également entre les différents professionnels qui y travaillent. La multiplication des intervenants en prison depuis les années quatre-vingts (travailleurs sociaux, éducateurs et formateurs, bénévoles, soignants) n'implique pas pour autant un changement de l'institution carcérale. Il semblerait à l'inverse, comme c'est le cas pour la réforme de la médecine pénitentiaire, que l'arrivée de nouveaux professionnels accentue le cloisonnement qui existe entre les différents services. Les interventions de chaque professionnel se juxtaposent selon une logique sectorielle, de façon quasi-étanche. L'un des enjeux de la loi du 18 janvier 1994 est dès lors de faire de la santé un outil de coopération interprofessionnel.

1.2.a La santé comme « marginal sécant »

La prise en charge de la santé du détenu a pendant longtemps été réduite à la seule intervention médicale. Plusieurs enquêtés soulignent cependant la nécessité de parvenir à établir un lien entre les personnels qui contribuent tous à différents degrés au rapport que le détenu entretient avec sa santé. La redéfinition de la santé en tant qu'état global, au sens de l'OMS, implique une démédicalisation de la prévention qui ne se réduit pas au seul personnel soignant [1012] , comme le rappelle une formatrice en éducation pour la santé : ***« Je pense que prendre le sujet du côté des médecins, c'est très, très réducteur... Parce qu'en terme d'éducation pour la santé […] C'est vraiment le fait d'une multitude d'acteurs jusqu'au personnel de surveillance... Même eux peuvent***

[1011] Les seuls intervenants extérieurs, mis à part quelques professionnels soignants, sont les sapeurs-pompiers de Lyon, une esthéticienne ainsi que l'association du CRAES. Aucune association d'auto-support n'intervient en matière de Sida ou de toxicomanie. Nous avons ainsi pris contact avec plusieurs associations lyonnaises qui ont déclaré n'effectuer aucunes actions en prison ; certaines ont d'ailleurs évoqué les difficultés à établir un contact avec l'établissement.

[1012] On peut noter que la définition de l'éducation pour la santé adoptée à l'occasion de la conférence d'Ottawa du 21 novembre 1986 sous-entend une compréhension très large de la notion de santé, similaire à celle de l'OMS : « Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci […] Aussi la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ». Célérier Marie-Claire, La santé en France. Alternatives à l'hospitalo-centrisme, La pensée sauvage, Grenoble, 1994, p.109.

être amenés à exercer des actions de prévention » [1013] . La santé des détenus n'est pas seulement l'aboutissement d'un acte thérapeutique car elle s'inscrit dans une démarche collective « coproduite » par les différents acteurs en prévention. L'éducation pour la santé constitue dès lors une opportunité pour décloisonner les relations entre les différents personnels :

« On sort d'une définition strictement biomédicale de la santé qui se définit uniquement par l'absence de maladie pour aller vers une notion de la santé comme quelque chose de construit […] Le directeur de la prison, il produit aussi de la santé. Les gardiens produisent aussi de la santé […] Le monde de la prison c'est un peu comme les autres mondes, c'est un monde qui est cloisonné […] La santé, comme c'est quelque chose qui est coproduit, c'est une manière un peu de revisiter les collaborations avec les autres. » [1014]

De façon plus générale, la santé occuperait une position spécifique au sein de l'institution carcérale qui lui permettrait d'exercer une fonction de « marginal sécant » [1015] . Ce concept, développé par la sociologie des organisations pour décrire la position intermédiaire d'un acteur entre différents systèmes d'action, traduit la place de la santé en prison qui, sans être un objet central, constituerait une ligne transversale permettant d'établir un lien entre les différents acteurs, tel que le rappelle le directeur du CRAES : ***« Souvent quand on n'est pas en position de pouvoir central, il y a moins de mécanismes de défense. L'éducation pour la santé c'est quand même marginal et donc c'est l'un des moyens qui permet d'accéder de façon transversale aux différents domaines. Parce qu'on n'est moins au centre et on est plus décalé »*** [1016] . L'éducation pour la santé constituerait un outil privilégié pour établir une démarche commune entre les différents professionnels et favoriser ainsi une connaissance mutuelle.

La coopération entre les différents personnels s'effectue de façon privilégiée au sein du groupe d'éducation pour la santé des prisons de Lyon où le travail interdisciplinaire est présenté comme la possibilité de mettre en commun une pluralité de ressources dont

[1013] ***Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1014] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1015] Ce concept a été introduit en France par la sociologie des organisations de Michel Crozier à partir des travaux de H.Jamous dans son étude du processus de décision aboutissant à la réforme des études médicales. Celui-ci a observé que la réforme hospitalière française de 1959 et la réforme des institutions sur la santé mentale en Californie en 1967 avaient comme point commun d'avoir été animées par un petit groupe de réformateurs qui occupaient une position singulière. Ils étaient des marginaux dans le système ancien qui avaient néanmoins accès à plusieurs lieux de pouvoirs et se trouvaient ainsi à l'intersection de plusieurs sous-système clefs. C'étaient, selon l'expression de Jamous, des « marginaux-sécants ». Cette position est alors décrite comme la condition de possibilité de la réforme : « C'est le *pouvoir dit du « marginal-sécant »*, c'est à dire d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec le autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires ». Jamous H., Contribution à une sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières, Paris, Copédith, 1968. Cité *in* Cozier Michel, Friedberg Erhard, L'acteur et le système, *op.cit*., p.86 et pp..350 et suiv.

[1016] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

dispose chaque acteur : ***« Il faut toujours qu'il y ait un travail de collaboration […] Donc moi je préconise qu'il y ait un travail pluridisciplinaire autour du montage du suivi des actions d'éducation pour la santé »*** [1017] . Les services sociaux pénitentiaires peuvent être importants pour effectuer un lien à l'extérieur de la prison afin de recourir à d'autres intervenants. Un médecin des UCSA souligne l'importance du rôle des SPIP qui bénéficient d'un accès plus direct et continu avec les détenus que les personnels médicaux avec lesquels le rapport se limite souvent à l'administration du soin :

« Sans eux on ne peut rien faire. C'est-à-dire que eux, ils ont la possibilité de contacter des détenus en plus de nous, ils ont plus de temps car il sont là en permanence […] Ils ont une grande possibilité d'ouverture vers l'extérieur, de contact vers l'extérieur, plus que nous. » [1018]

L'administration pénitentiaire joue également un rôle important dans les projets d'éducation pour la santé pour lesquels elle a dégagé une ligne budgétaire spécifique. Le financement de ces actions constitue un problème particulier pour les médecins qui sont peu habitués à procéder à des démarches de type administratif. Ils ont par conséquent facilement recours à la Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP), comme le regrette un de ses représentants : ***« Théoriquement, l'hôpital devrait rechercher les cofinancements […] Actuellement, ça ne se passe pas du tout comme ça et très souvent les projets sont la plupart du temps financés par l'administration pénitentiaire ce qui est absolument anormal »*** [1019] . C'est pour répondre à ces critiques que le groupe d'éducation pour la santé des prisons de Lyon a choisi de mobiliser d'autres ressources en recourrant au milieu associatif comme c'est le cas du CRAES qui dispose de fonds propres importants:

« C'est une grosse épine dans nos souliers. C'est-à-dire qu'on n'a pas de financement pour ça et qu'il faut les trouver ces financements […] On perd une énergie très importante là-dedans […] Nous, médecins, on n'est pas formé à ça et puis ça nous barbe un peu. Et le CRAES ça représente par exemple une possibilité de financement. » [1020]

Un second niveau de coopération est celui des formations interdisciplinaires. Malgré leur apparente proximité, les différents personnels travaillant en détention se situent souvent dans une méconnaissance réciproque : ***« Il y a une méconnaissance totale entre le médecin, le professionnel de surveillance ou le gardien de prison et l'assistante sociale. […] Il y a une multitude d'intervenants en fait autour du détenu mais il y a des fractures au niveau de l'information »*** [1021] . Les formations destinées aux différents services, comme celles qui ont eu lieu sur Lyon, offrent l'opportunité d'amorcer un

[1017] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[1018] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1019] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[1020] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1021] ***Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

dialogue entre les personnels soignants et pénitentiaires, facilitant ainsi une meilleure compréhension [1022] . Ce changement apparaît important afin de limiter les dysfonctionnements qui peuvent découler d'un trop grand cloisonnement. Les médicaments, par exemple, constituent fréquemment un sujet de conflit entre le personnel médical, pour qui toute intrusion équivaut à une transgression du principe du secret médical, et le personnel pénitentiaire qui s'estime mal averti. La fracture de l'information qui sépare les deux services offrirait une marge d'action supplémentaire au détenu pouvant profiter du manque de lien entre les personnels. L'émergence d'un dialogue peut alors permettre de résoudre les incompréhensions et de prévenir ces dysfonctionnements [1023] :

« Les professionnels de surveillance ne comprennent pas toujours comment sont prescrits les médicaments, par qui et quel est son parcours […] Et je pense que le détenu lui peut en jouer. Il peut prétendre par exemple être terriblement malade et le personnel de surveillance […] ne saura pas si c'est du bluff... » [1024]

La santé occupe une place marginale en milieu carcéral qui lui confère un rôle potentiel spécifique. Elle peut, en effet, constituer l'opportunité d'engager un processus de décloisonnement au sein de l'institution pénitentiaire en facilitant la communication entre les services. Les actions de prévention qui reposent sur une définition globale de la santé permettent de regrouper les personnels sanitaires et pénitentiaires au sein d'une même démarche. Celle-ci se heurte cependant aux exigences premières de la prison qui relèguent l'éducation pour la santé au rang de préoccupation secondaire.

1.2.b Une préoccupation de second ordre

La mise en œuvre d'un projet d'éducation en prison se heurte à de nombreux problèmes liés au milieu carcéral. L'obstacle le plus récurrent est précisément le cloisonnement entre les différents services qui rend difficile l'élaboration d'un travail collectif. L'administration pénitentiaire est présentée comme une bureaucratie au sein de laquelle la transmission de l'information s'effectue imparfaitement en raison des délimitations hiérarchiques : ***« L'un des problèmes de la pénitentiaire, c'est la communication parce que ça passe toujours par le haut et le temps que ça arrive en bas, il ne reste plus rien comme information […] Tout est cloisonné. C'est un lieu d'enfermement mais à tous les niveaux. » [1025]*** . Cette lenteur se répercute sur les actions d'éducation pour la santé qui nécessitent avant tout un travail de concertation. Les procédures apparemment

[1022] Christine Quellier remarque toutefois dans son rapport d'évaluation des formations en éducation pour la santé que l'éducation pour la santé n'apparaît pas toujours comme un outil favorable à l'établissement d'un rapport de partenariat entre les personnels. Elle est souvent l'objet de conceptions antagonistes qui peuvent aboutir à un renforcement des oppositions. Quellier Christine, Rapport d'évaluation de la formation action en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur dix sites pilotes, août 2000, p.27

[1023] Le séminaire intitulé « Les médicaments : des soutiens qu'il faut bien gérer » organisé aux prisons de Lyon avait par exemple permis aux surveillants de proposer que tous les personnels pénitentiaires soient informés des effets secondaires des médicaments ou encore de clarifier le système de distribution des médicaments. G. Le Ponner, Formation en éducation pour la santé, prison de Lyon. Compte-rendu du séminaire "Les médicaments : des soutiens qu'il faut bien gérer", document polycopié, 22 mai 2002.

[1024] Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

simples d'ordinaire deviennent ainsi beaucoup plus dures à gérer dans la mise au point d'un projet : ***« Tout est compliqué en prison. La démarche d'enquête auprès des surveillants, la communication pour demander la participation aux journées demandait tout un dispositif un petit peu lourd »*** [1026] . Une intervenante associative remarque la difficulté à établir, en tant que professionnelle extérieure à l'institution carcérale, une communication suffisante avec le personnel pénitentiaire, elle conclue en affirmant qu'***« il y a vraiment l'intérieur et l'extérieur »*** [1027] . Sa position ne lui a pas permis d'intervenir directement mais la situait dans une relation de dépendance vis-à-vis de l'administration pénitentiaire [1028] :

« Nous, on était prestataires de services. On dépendait largement de nos partenaires qui étaient à l'intérieur des prisons. C'est-à-dire que moi, je n'ai pas pu faire la communication moi-même, je n'ai pas pu intervenir moi-même, etc. Il a fallu que je passe à chaque fois par le personnel de la prison et ils n'ont pas toujours joué le jeu.»

Le second obstacle à l'élaboration d'un projet d'éducation pour la santé semble être l'impossibilité d'établir une démarche à long terme, pourtant nécessaire, en milieu carcéral. Les contraintes évoquées auparavant (absentéisme, le renouvellement trop rapide des surveillants) rendent nécessaire de « tout recommencer tout le temps ». La prison se caractériserait par son immobilisme qui découragerait de nombreux intervenants, notamment sanitaires, comme en témoigne une psychologue : ***« C'est vrai que c'est usant. Moi je commence aussi à m'épuiser parce que recommencer tout le temps, tout le temps à aller me présenter... »*** [1029] . Les règles de fonctionnement de l'institution carcérale rendent difficile la pérennisation d'un projet, tel que le constate une éducatrice au sujet de l'Unité pour sortants (UPS) : ***« La détention fonctionne à courte vue, au jour le jour et on a du mal à lancer des actions de longue durée. Il n'y a aucune histoire. À chaque fois que j'organisais l'UPS, je devais tout expliquer aux surveillants […] En travail en détention, on doit se dire que 50 % de notre énergie passe dans ce travail de négociation et de tractation pour faire accepter le soin »*** [1030] .

Face à ces difficultés, la mise en œuvre d'un projet d'éducation pour la santé nécessite de relever plusieurs défis. Elle requière tout d'abord une participation de la

[1025] ***Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.***

[1026] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1027] ***Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1028] Cette critique n'est cependant pas à sens unique puisqu'elle concerne également les services médicaux puisqu'un agent de l'administration pénitentiaire constate qu'il est « très difficile de faire descendre de l'information du côté sanitaire ». Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[1029] ***Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.***

[1030] ***Entretien n°10, Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon.***

direction de l'établissement sans laquelle ***« ça n'est pas la peine »*** [1031] . Mais de façon plus large, la réussite d'un projet ne peut-être assurée que grâce à la coopération de plusieurs individus dans une dynamique de groupe. La participation de l'ensemble du personnel implique en effet la mobilisation de membres de chaque service qui soient suffisamment impliqués pour être le relais d'un projet d'éducation pour la santé auprès de leur groupe respectif, tel que le constate un médecin ayant participé à un projet de prévention au sein d'une maison d'arrêt :

« Tout a été rendu possible car il y avait le médecin chef de l'UCSA qui était très impliqué. [...] Dans chaque groupe, il y avait une personne qui était le relais ou le meneur si vous voulez, par exemple, il y avait ce médecin, il y avait aussi le chef de détention […] qui était vraiment central. Et puis, j'étais toujours accompagné par une infirmière pour aller voir les détenus [...] Donc, il s'est vraiment formé un trio entre ce médecin, le surveillant chef et cette infirmière et c'est ce trio qui a permis que les choses se fassent » [1032] ***.***

L'implication des différents personnels semble cependant souvent insuffisante pour permettre un bon déroulement des actions d'éducation pour la santé. Le concours de l'administration pénitentiaire est très souvent limité. La participation des directeurs d'établissement de la région Rhône-Alpes, chargés de la coordination des actions de prévention, est qualifiée de « minimaliste » bien que celle-ci soit très variable d'un site à un autre [1033] . Les prisons de Lyon semblent constituer une exception où la sous-directrice d'établissement assiste régulièrement aux réunions du groupe d'éducation pour la santé. Malgré cette présence, l'administration pénitentiaire exercerait davantage un rôle de suivi que d'initiative, comme le constate un responsable associatif au sujet d'une action menée sur les prisons de Lyon : ***« l'administration pénitentiaire était... favorable »*** [1034] . La participation des personnels de surveillance, tels que les chefs de détention, est en revanche beaucoup plus rare. Le peu de place accordée à l'éducation pour la santé dans le fonctionnement de l'établissement contraste fortement avec les financements apportés par l'administration pénitentiaire au niveau national qui sembleraient en faire une priorité:

« L'éducation pour la santé, ce n'est carrément par la priorité au sein du milieu carcéral. Il y a tellement de problème, de lourdeurs, de difficultés […] L'éducation pour la santé c'est vraiment la dernière roue du carrosse […] Au niveau de l'administration pénitentiaire régionale, il y a des moyens qui sont débloqués pour l'éducation à la santé. Donc là, il y a pas trop de souci au niveau du financement. C'est plus le niveau de l'application professionnelle. Je pense que pour eux ce n'est pas la priorité. » [1035]

La participation du personnel médical semble également relativement fragile dans les

[1031] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[1032] ***Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.***

[1033] Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[1034] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1035] ***Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

actions d'éducation pour la santé. Mis à part l'implication de deux médecins, l'un de l'UCSA et l'autre du SMPR, au sein du groupe des prisons de Lyon, les autres soignants apparaissent plus distants comme en témoigne leur faible participation aux séances de formation [1036] . Malgré la culture médicale dont il dispose, cette moindre participation du personnel sanitaire peut faire défaut à l'élaboration d'une démarche collective qui vise à rapprocher les cultures sanitaire et pénitentiaire [1037] : ***« Je pense personnellement que le personnel médical estime être suffisamment informé, formé, éclairé... Je pense qu'ils n'ont pas considéré que c'était une formation qui leur était adressée en priorité»*** [1038] . La non-participation des du personnel infirmier s'expliquerait néanmoins davantage par un problème de temps que de motivation [1039] . Plus généralement, les infirmières seraient beaucoup plus favorables à une démarche d'éducation à la santé, plus proche de leur culture médicale, que les médecins qui demeurent réticents à une logique de prévention:

« Chez les infirmières il y a des choses qui ne sont pas encore chez les médecins, la culture de la qualité, la promotion de la santé. Ce sont des choses que les infirmières ont déjà dans leur culture […] Pour l'instant l'éducation pour la santé ne fait pas du tout partie de la culture des médecins, et encore moins des médecins hospitaliers » [1040] ***.***

Le rattachement des UCSA aux établissements hospitaliers a conduit à déléguer aux praticiens hospitaliers la mission d'éducation pour la santé en milieu carcéral. Pourtant celle-ci n'apparaît pas comme une priorité du milieu hospitalier où les actions de prévention demeurent le fait d'initiatives personnelles de la part de praticiens hospitaliers, comme en témoigne l'exemple des Hospices Civils de Lyon, sans qu'il y ait pour autant ***« dans le cadre institutionnel une politique de promotion de la santé »*** [1041] . Le principal obstacle à l'implication des soignants en faveur de l'éducation pour la santé serait d'ordre culturel du fait que les hôpitaux dont relèvent les UCSA ***« n'ont pas encore vraiment acquis les savoir-faire qu'ils seraient censés posséder en matière de prévention (individuelle ou collective), d'éducation à la santé et de promotion de la santé d'une manière générale »*** [1042] . La médecine hospitalière se caractérise avant tout

1036 Seulement deux infirmières avaient par exemple participé à la formation interdisciplinaire qui avait eu lieu aux prisons de Lyon.

1037 Ce manque d'implication peut être préjudiciable du fait que l'amélioration d'un problème de santé n'est réalisable que par la collaboration entre les soignants, les surveillants et les détenus. Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

1038 Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

1039 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA à la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995 ; Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

1040 Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

1041 Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.

1042 IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , op.cit., p.86.

pas son hyper-spécialisation, symbolisée par la qualité de ses plateaux techniques, permettant de soigner les pathologies les plus diverses. Cette politique purement curative oublie cependant la démarche préventive, réduisant la santé à « la vie dans le silence des organes » pour reprendre la définition de Leriche critiquée par Canguilhem [1043] . La démarche du personnel des UCSA apparaît ainsi en décalage avec la structure soignante à laquelle il est rattaché. Ce contraste peut constituer un obstacle à la mission de prévention des unités de soin pour détenus mais elle peut permettre, à l'inverse, une modification de la culture soignante hospitalière, comme l'espère un médecin des UCSA de Lyon:

« En éducation pour la santé, l'hôpital c'est zéro. Et la formation des médecins, on en parle pas [...] Pourquoi est-ce que l'hôpital n'apprendrait pas l'éducation à la santé? […] Ça me paraîtrait très crédible […] L'hôpital est une structure trop spécialisée et trop marquée » [1044] .

L'éducation pour la santé se heurte à de nombreux obstacles culturels au sein de l'institution pénitentiaire. On peut dès lors douter parfois de la motivation des personnels à promouvoir des actions de prévention au sein de leur établissement [1045] , comme en attestent certains projets apparemment absurdes [1046] . Cette démarche ne constitue pas la priorité des personnels sanitaires et pénitentiaires qui sont souvent trop absorbés par leur travail de « suivi individuel » pour pouvoir s'impliquer dans des actions nécessitant une lourde préparation [1047] . Le quotidien constitue l'essentiel du fonctionnement d'un établissement pénitentiaire, laissant peu de place pour la prévention. C'est également le cas pour les détenus pour qui la vie en détention comporte de nombreuses autres préoccupations, ce qui fait qu'***«entre les parloirs, l'atelier et le sport, il ne reste pas beaucoup de place pour la santé » [1048]*** . La même hiérarchie s'établit au sein des services médicaux où l'allocation des ressources entre le soin et la prévention se fait souvent au détriment de l'éducation pour la santé. Celle-ci est d'autant plus marginale qu'elle demeure imperceptible. En effet, la promotion de la santé peut difficilement faire

1043 Cf. Canguilhem G., Le normal et le pathologique, Paris, PUF, 1996 (1ère édition 1943).

1044 Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

1045 C'est ainsi que Christine Quellier remarque que la motivation des surveillants est souvent assez faible. Incités par le directeur, qui peut parfois leur en donner l'ordre, ils s'impliquent alors peu dans le déroulement de la formation. L'éducation pour la santé peut également constituer pour le service médical l'opportunité de revaloriser leur réputation comme en témoigne un infirmier : « On nous a dit que cela permettrait de redorer le blason de l'équipe médicale ». Quellier Christine, Rapport d'évaluation de la formation action en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur dix sites pilotes, *op.cit*, p.30.

1046 C'est le cas d'une formation qui avaient eu lieu sur un établissement du département du Rhône : « Ils avaient fait une action que j'avais trouvée absolument scandaleuse qui était la prévention des mélanomes dus au soleil. Pour des personnes qui marchent à l'ombre, je trouve ça un petit peu ironique […] Le médecin qui l'organisait était très content. Je pense qu'il y a un peu de sadisme ». Entretien n°13, Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS du Rhône.

1047 Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.

1048 Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.

l'objet d'une évaluation chiffrée et reste difficile à justifier au regard des critères de rentabilité du système hospitalier : ***« Dans nos comptes-rendus d'activité, c'est facile de compter le nombre de consultations qu'on a faites, mais si on dit qu'on a fait des réunions d'éducation pour la santé […] On évalue ça comment pour l'UCSA? Quand on a un rapport d'activité à faire, c'est dur à préciser »*** [1049] . L'éducation pour la santé constitue le parent pauvre de la vie en détention où elle ne constitue souvent qu'un « plus » et jamais une priorité. Cette absence de considération n'est pas propre au milieu carcéral mais traduit la primauté du modèle de santé curatif dans l'ensemble de la société : ***« C'est le problème - de manière générale car à l'extérieur ça existe et c'est encore pire en prison- de la reconnaissance et de la légitimité de l'éducation pour la santé, de manière générale »*** [1050] .

L'éducation pour la santé est une démarche spécifique de prévention introduite en milieu carcéral en 1994 par la réforme de la médecine pénitentiaire. Elle offre l'opportunité d'initier un premier décloisonnement non seulement vis-à-vis des intervenants extérieurs, mais aussi entre les services sanitaires et pénitentiaires à travers une démarche d'action collective. La démarche de promotion de la santé se heurte cependant aux priorités et aux exigences pénitentiaires qui demeurent au premier plan. Quelle portée peut, dès lors, avoir cette logique de prévention en prison ? La logique du milieu carcéral ne lui enlève t-elle pas tout son sens ?

2 Les ambiguïtés d'une démarche d'éducation pour la santé en prison

L'éducation pour la santé recouvre une pluralité de significations. Elle peut s'entendre en tant que la transmission d'une information médicale destinée à éviter une maladie (prévention secondaire) ou de façon plus large en tant que réflexion personnelle permettant la diffusion de comportements sains afin de renforcer l'état de santé (prévention primaire) [1051] . Il s'agit d'une démarche qui associe un aspect sanitaire à une logique éducative. Celle-ci peut cependant dépasser la sphère médicale et interroger l'individu sur ses choix personnels de façon plus générale. C'est pourquoi la portée de l'éducation pour la santé en milieu carcéral doit être interrogée non seulement par son incidence au sein de la détention mais aussi, sur le long terme, au regard de la réinsertion du détenu.

2.1 Quel renouveau du fonctionnement de la vie en détention ?

L'institution pénitentiaire constituerait un monde minéral sans vie propre. Seuls des modifications externes seraient en mesure de faire évoluer le fonctionnement de la détention. L'éducation pour la santé est perçue comme le moyen d'apporter, au moins,

[1049] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1050] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[1051] Moquet-Anger M.L, "Rapport introductif", *in* Moquet-Anger M.L. (sous la direction de), L'éducation santé : enjeux, obstacles, moyens, *op.cit*, pp.15-23.

deux modifications au sein de la prison. Elle permettrait de revaloriser la fonction de surveillant en réconciliant sa mission de veille avec celle de garde, d'une part, et représenterait une amélioration marginale des conditions de vie en détention, d'autre part. Ces ambitions se heurtent néanmoins aux contraintes du milieu carcéral qui en soulignent les contradictions et les ambiguïtés.

2.1.a Vers l'affirmation d'un nouveau rôle de veille ?

L'éducation pour la santé est perçue comme un moyen afin d'impliquer davantage les surveillants dans le suivi des détenus et de réconcilier ainsi leur mission de garde et celle de veille, davantage orientée vers la réinsertion. Les premières formations adressées aux personnels de surveillance sont apparues au cours des années quatre-vingt-dix dans le cadre de la lutte contre le Sida. Les maladies infectieuses ont cependant été considérées comme un thème trop restrictif pour aborder les questions relatives à la santé, d'autant plus qu'il semble mobiliser assez peu les surveillants [1052] . Certains établissement ont alors développé, comme c'est le cas des prisons de Lyon, des formations répondant spécifiquement aux problématiques qui intéressent le personnel de garde afin d'éviter le rapport de rivalité qui existe parfois avec les détenus. Il s'agit d'arriver à concerner les personnes les moins prédisposées à se mobiliser sur la santé des détenus à partir de leurs préoccupations quotidiennes :

« On leur a parlé plutôt de leurs problèmes de sommeil à eux, on leur a parlé plutôt de leurs souffrances psychologiques à eux... Je pense que s'ils sont venus d'abord, c'était pour parler d'eux. L'astuce, c'est qu'on s'était dit : on essayait de les prendre par ce biais-là, et peut-être que petit à petit, au fur et à mesure de la formation, on réussira à introduire la problématique des détenus, et le rapport qu'ils peuvent avoir avec eux.» [1053]

Il est possible de distinguer plusieurs objectifs à travers cette formation. Le premier de cette formation était de familiariser les personnels de surveillance à la culture de l'éducation pour la santé en soulignant l'interdépendance entre l'état de santé des détenus et les conditions de travail en détention par lesquelles ils sont directement affectés : ***« Il s'agit de sensibiliser les surveillants en leur disant que les soucis de santé des détenus peuvent être générés par les conditions d'hygiène et que ce sont aussi les conditions d'hygiène et les conditions de travail du personnel » [1054]*** . Le second aspect de la formation était d'organiser des ateliers thématiques au cours desquels les surveillants devaient élaborer collectivement des solutions répondant à des problèmes rencontrés couramment au sein de la vie en détention et face auxquels les personnels sont souvent désemparés (refus d'un détenu de se doucher ou de nettoyer sa cellule). Il s'agissait, ainsi, d'apporter ***« des outils complémentaires par rapport à la***

[1052] Une étude signale que les personnels pénitentiaires participent beaucoup moins aux formations ciblées exclusivement sur les maladies transmissibles. Ils sont en effet seulement 9 % à en avoir suivi une. Cf., Amélie Chantraine et Anne-Marie Palicot. Les besoins en formation sur le Sida du personnel pénitentiaire , CODESS de Rennes, 1996-1997.

[1053] Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[1054] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

compréhension de certaines problématiques de santé en prison » [1055] . Un troisième objectif plus ambitieux était de mobiliser directement les personnels ayant bénéficié de la formation, en leur proposant de participer ultérieurement à des groupes de prévention, afin qu'ils puissent dans un second temps ***« devenir eux-mêmes animateurs en prévention pour la santé auprès des détenus »*** [1056] .

La formation organisée par les prisons de Lyon apporte également un bon exemple des limites de l'impact que l'éducation pour la santé peut avoir sur la revalorisation du rôle de surveillant. La participation du personnel de garde à la formation a tout d'abord été très instable en raison des problèmes d'emploi du temps [1057] . La présence des surveillants aux ateliers n'était pas reconnue en tant que formation professionnelle, obligeant les personnes à s'y rendre pendant leur temps libre. Une éducatrice rappelle au sujet d'une autre formation que le personnel de surveillance est celui qui rencontre le plus de difficultés pour pouvoir assister aux séances en raison de l'important sous-effectif. Leur faible participation, ajoute t-elle, ***« ne traduit pas vraiment un manque de demande mais un manque de disponibilité »*** [1058] . Le second objectif, apporter des acquis théoriques pouvant servir aux surveillants dans leur travail quotidien, semble également difficilement réalisable en raison du manque de moyens auxquels ils sont confrontés. Les outils essentiels à une démarche de prévention ne seraient pas disponibles en détention rendant vain la mise en œuvre des conseils qui sont apportés :

« Je crois surtout qu'ils n'ont pas beaucoup de moyens pour mettre en application ce qu'ils savent […] Ils n'ont aucun moyen de se laver les mains. Ils doivent fouiller les gens et ils ne peuvent pas se laver les mains […] Alors après on nous parle de prévention, d'avoir des préservatifs en cellule mais la moindre des choses, c'est quand même de pouvoir se laver les mains car ça semble prioritaire. » [1059]

Il semblerait que la formation se soit heurtée à certaines difficultés du fait de l'absence de réponse de la part de l'administration pénitentiaire aux suggestions formulées par les personnels de garde. Ceux-ci étaient invités à la fin de chaque activité à émettre des propositions qui étaient par la suite transmises auprès de la direction de l'établissement. Une formatrice remarque que les surveillants ont manifesté une déception face à l'absence de suivi qui décrédibilisait en partie le sens de la formation : ***« Le personnel de surveillance attendait beaucoup de ces propositions là, de leur construction, de leur travail en groupe et ils n'ont pas du tout eu l'impression d'être entendu »*** [1060] .

[1055] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1056] ***Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

[1057] Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[1058] ***Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.***

[1059] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1060] ***Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

La plupart des suggestions qui ont été faites (mettre en place des douches individuelles, modifier le dispositif des horaires de travail, proposer un matériel désinfectant pour les fouilles) se sont heurtées au silence de l'institution carcérale et sont restées inappliquées. Il semblerait, comme le constate un responsable associatif, qu'en l'absence d'une véritable politique d'établissement, la portée de la formation demeure limitée [1061] . En outre, le fait de confronter les surveillants avec des exigences qui demeurent inaccessibles peut s'avérer contre-productif et il apparaît préférable, selon une psychologue, d'axer la formation sur des changements secondaires mais réalisables : ***« Pendant cette formation pour la santé, [on ne doit] pas faire des choses qui ne vont pas pouvoir s'adapter ici parce que c'est trop violent. C'est montrer ce qu'on devrait faire et ce qu'on ne peut pas faire [...] Sinon, ça ne fait que les mettre dans l'impuissance et ils y sont déjà bien »*** [1062] . L'amélioration des pratiques des surveillants est d'autant plus difficile à attester qu'aucune évaluation n'est réalisable et que la portée de la formation demeure inconnue : ***« Est-ce que ça a amélioré les choses? Comment ? Ou est-ce que les choses sont restées complètement en l'état ? On n'en sait rien du tout »*** [1063] . Enfin, le troisième objectif (impliquer de façon plus directe les surveillants dans une démarche de prévention auprès des détenus) constitue un semi-échec. Près d'un an après la formation, seuls deux surveillants sur les dix-sept qui avaient participé étaient encore en poste auprès des prisons de Lyon. Le roulement très rapide du personnel pénitentiaire rend difficile l'élaboration d'un projet de prévention à long terme, comme le regrette une formatrice : ***« La difficulté c'est qu'il y a un fort turn-over chez le personnel de surveillance. C'est un métier qui n'est pas facile il y a beaucoup d'arrêts maladies, beaucoup de transferts, etc. donc ce n'est pas dit que ceux qui ont suivi la formation cet été soient encore en poste [...] Donc je pense qu'on va avoir du mal à trouver des gens pour se mobiliser là-dessus »*** [1064] .

L'éducation pour la santé constitue t-il un moyen pour réconcilier la mission de garde et la mission de veille des surveillants et modifier ainsi le rapport qu'ils entretiennent avec les détenus? Rien n'est moins sûr. En effet, même si l'éducation pour la santé est une démarche pouvant favoriser un changement culturel, elle se heurte au sein du milieu carcéral à ne nombreuses contraintes qui la rendent peu crédible. Certains considèrent néanmoins que même si cette réconciliation demeure « utopique », et est de plus en plus

1061 Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du CRAES Rhône-Alpes. C'est également le constat que dresse Christine Cellier dans son rapport d'évaluation des actions d'éducation pour la santé en prison. Elle souligne un phénomène d'essoufflement et de découragement chez tous les participants en l'absence ressentie d'un soutien institutionnel de la part de la direction de l'établissement. Quellier Christine, Rapport d'évaluation de la formation action en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur dix sites pilotes, *op.cit*, p.44.

1062 Entretien n°14, Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon.

1063 De façon plus générale, l'évaluation des actions d'éducation pour la santé semble poser problème. Cette étape très importante en méthodologie d'éducation pour la santé demeure pour l'instant inappliquée en milieu carcéral.

1064 L'enquêtée tenait ces propos avant le suivi des surveillants, elle prévoyait cependant déjà les difficultés à venir. Entretien n°1, G. Leponer, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

difficile en raison de l'évolution actuelle des conditions de détention, cela ne rend pas pour autant vain tout effort visant à inscrire le travail quotidien du personnel de surveillance dans une démarche de prévention [1065] . L'éducation pour la santé permettrait ainsi des modifications marginales pouvant aboutir à une amélioration de la vie quotidienne des détenus.

2.1.b Vers une amélioration de la vie carcérale ou une nouvelle forme d'autocontrôle ?

Beaucoup d'intervenants, aussi bien soignants que pénitentiaires, reconnaissent que l'éducation pour la santé n'a qu'une portée limitée en milieu carcéral. Celle-ci viserait avant tout à permettre aux détenus d'améliorer leur mode de vie au quotidien: ***« Je pense que pour que ce soit efficace, il faut être modeste. On était tous à peu près d'accord avec ça dans le groupe. Ça veut dire qu'il faut faire des petites actions mais qui soient très précises par rapport à l'hygiène. Il faudrait que les détenus arrivent à prendre soin d'eux »*** [1066] . L'un des objectifs de la démarche d'éducation pour la santé serait d'apporter un certain nombre de connaissances au détenu sur des thèmes précis (le sommeil, l'alimentation, le stress) lui offrant ainsi la possibilité d'adopter un autre comportement [1067] . Les conditions de détention sont cependant souvent mauvaises et semblent peu compatibles avec une démarche censée favoriser une amélioration du quotidien [1068] . Certaines contradictions émergent de ce constat : comment inciter les détenus à rester vigilent sur leur hygiène alors même que de nombreux établissements pénitentiaires sont incapables d'assurer les trois douches par semaine réglementaires ? Quel peut-être le rôle d'une diététicienne tandis que les repas sont souvent de mauvaise qualité et sont servis froids ? Comment inciter de façon plus générale l'adoption de comportements protecteurs dans un environnement nocif [1069] ? Le personnel médical, pourtant favorable à une démarche de promotion de la santé, reconnaît l'existence de certaines contradictions: ***« Par exemple à un moment on voulait parler des problèmes***

[1065] Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[1066] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

[1067] Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

[1068] L'article D.349 du code de procédure pénale indique que « l'incarcération doit être subie dans des conditions satisfaisantes d'hygiène et de salubrité ». Pourtant, comme le rappelle un état des lieux" de l'Observatoire international des prisons les cellules ne répondent pas toujours aux normes requises en matière d'éclairage naturel ou d'aération. En outre, les détenus doivent pouvoir « dans la mesure du possible » se doucher au moins trois fois par semaine et bénéficier d'une douche supplémentaire après les séances de sport et au retour du travail (article D.358 CPP). Une enquête sur l'hygiène et les conditions de vie des personnes détenues de la DAP remarque que la norme n'est pas atteinte dans tous les quartiers d'établissements en raison de l'insuffisance quantitative et qualitative des cabines de douche (trois douches pour 100 détenus à la prison de la Santé), ou à l'étroitesse des plages horaires pendant lesquelles elles peuvent être utilisées, ou à un approvisionnement insuffisant en eau chaude. Enfin, le Comité de prévention de la torture (CPT) a noté des problèmes concernant la restauration au sein des établissements qui ne répondent pas aux règles de la diététique et de l'hygiène contrairement au code de procédure pénale. Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, *op.cit.,* p.70.

de dos mais ils ont des lits tout cassés. Qu'est-ce qu'on peut aller faire une école du dos s'ils dorment dans des lits tout cassés ? » [1070] .

Face à ce constat, les intervenants mobilisés sur le thème de l'éducation pour la santé adoptent une réaction qui peut être décomposée en trois temps. Ils reconnaissent, tout d'abord, que la prison présente de nombreuses limites à cette démarche, après quoi ils considèrent qu'il n'existe pas d'« environnement favorable » à une démarche de promotion de la santé et ils estiment, enfin, que des modifications marginales demeurent possibles. C'est l'avis par exemple d'un responsable associatif qui admet que « le nombre de prisonniers croissant rend plus difficile un certain nombre de choses pour l'éducation pour la santé » et qu'« il y a des limites très fortes liées à l'environnement ». Il considère toutefois que des évolutions sont réalisables : ***« Il y a des choix possibles. On peut agir différemment. Il y un certain nombre de marges de liberté possibles pour travailler différemment sur un certain nombre de questions »*** [1071] . C'est également la position d'une responsable de l'administration pénitentiaire qui admet les mauvaises conditions d'hygiène de l'établissement : « On dit souvent les prisons de Lyon vont fermer mais c'est vraiment une nécessité absolue […] Il y a des problèmes d'hygiène évidemment. C'est vraiment très vieux et on a beau faire de l'entretien, c'est vieux. Vieux et délabré». Elle estime néanmoins que « des petites choses simples à mettre en place qui peuvent être très efficaces » sont possibles telle que l'utilisation d'eau de Javel afin d'assurer un minimum de propreté dans les cellules [1072] . C'est enfin la position d'un médecin des UCSA qui estime que l'éducation pour la santé offre au détenu l'opportunité de protéger la dernière chose qui est en sa possession, sa santé :

« Alors c'est vrai que la prison n'est pas idéale mais de toute façon il n'y en a pas d'environnement idéal [...] L'éducation pour la santé, elle ne peut pas construire une douche. Elle peut expliquer aux gens pourquoi il faut se laver, pourquoi faut se brosser les dents […] Il y a des moments dans la vie où on n'est pas maître de tout et ce n'est pas la peine en plus de détruire son corps. On est déjà détruit dans l'esprit il faut quand même tenter de protéger ce qui leur reste un petit peu » [1073] .

L'éducation à la santé serait donc en mesure d'améliorer la vie quotidienne des détenus

1069 C'est ce sens que la responsable d'une formation appartenant au Comité d'Education pour la santé des Yvelines écrit : « Il nous paraissait erroné, prétentieux et même quelque peu pervers de vouloir travailler à la modification des comportements tel que le tabagisme, l'hygiène corporelle ou alimentaire, la prévention du sida, dans un milieu où le nombre de douches est réglementé, l'acquisition de préservatifs difficile, voire impossible, et le stress extrêmement prégnant du fait des conditions de vie, des rapports entre les personnels pénitentiaires et les détenus ». Choukroun Odile, « Education pour la santé et insertion sociale », La santé de l'homme, n°315, janvier -février 1995, pp.31-32

[1070] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1071] ***Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).***

1072 Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

[1073] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

par le biais de modifications marginales. Elle permettrait même un changement de comportement au sein de la détention en favorisant une pacification des rapports entre les détenus et les personnels, comme en témoigne un cadre de l'administration pénitentiaire : ***« Il y a un bienfait qui se fait sentir tout de suite même au niveau du comportement des gens. Les gens deviennent moins agressifs, ils reprennent confiance en eux. Donc déjà on voit un bien fait par rapport à ça »*** [1074] . Les actions de promotion de la santé rendraient la vie carcérale plus douce et plus supportable. Une question demeure cependant ouverte : l'éducation pour la santé ne serait t-elle pas perçu comme le remède aux maux de la vie en détention ? La démarche de promotion de la santé ne constituerait-elle pas un expédient en réponse à la vétusté des équipements ? La prévention ne peut pourtant pas, comme le constate une éducatrice, constituer un substitut aux carences du milieu carcéral : ***« l'éducation pour la santé, ne doit pas être palliative au manque de moyens structurels »*** [1075] .

Il s'agit dès lors de ré-interroger le sens de l'éducation pour la santé en prison sous une perspective nouvelle. L'émergence d'une culture de la prévention relèverait peut-être d'un processus plus large de médicalisation de la société [1076] . Ce phénomène n'est pas nouveau, il s'inscrit dans un procès de civilisation décrit par Norbert Elias qui, bien qu'il n'ait pas analysé le rôle spécifique de la médecine, considère que le recours aux théories scientifiques relatives à la santé est lié à la généralisation des « comportements civilisés », c'est-à-dire du savoir vivre, à l'ensemble des individus. Les progrès de l'hygiène publique réalisés au cours des derniers siècles ne s'expliquent pas tant par la connaissance rationnelle des maladies que par la structure sociale existante. La lutte contre les grandes épidémies ne se résume pas aux seuls aspects médicaux, mais visait à affronter ces menaces en élevant le niveau de civilisation de la société dans son ensemble [1077] . Norbert Elias remarque dans ce processus un aspect fondamental qui est le passage de la contrainte sociale à l'auto-contrainte c'est à dire l'intériorisation du contrôle des émotions et des pulsions [1078] . Alors que l'hygiénisme du 19ème siècle ne prenait pas pour objet les conduites ou les comportements interdividuels mais se limitait à l'étude entre la population et son environnement, la médecine moderne a, depuis la

1074 ***On peut penser en particulier au développement des activités « ludiques » proposées par le groupe d'éducation pour la santé telle que le sport ou la relaxation qui ont un effet immédiat sur les comportements des détenus. Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

1075 ***Dorothée Martin, « Réflexion sur le sens éthique de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », La lettre de l'espace éthique, n°12 -13 -14, été-automne 2000, pp.41-42.***

1076 La médicalisation est un phénomène social qui se caractérise par deux formes. Elle est comprise tout d'abord comme « l'extension du domaine médical » par l'accroissement des institutions de santé et des personnels médicaux et paramédicaux au cours du XXème siècle. Mais cette expression désigne également « l'extension du champ de compétence de la médecine et de tout ce qui s'y rattache ». Ce second aspect, bien que fortement lié au premier, est celui qui nous intéresse ici. Aïach Pierre, « Les voies de la médicalisation », *in* Aïach P., Delanoë D., L'ère de la médicalisation, Ed. Economica, 1998, pp.15-36.

1077 Goudsblom Johan, « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », Actes de la recherche en sciences sociales, n°68, juin 1987, pp.3-14.

« révolution pasteurienne », mis les comportements individuels au premier plan [1079] . La démarche croissante de prévention, initiée à l'occasion des politiques publiques de lutte contre les grandes maladies fléaux de l'entre-deux guerre, a amplifié ce processus de médicalisation « dans la mesure où il dépendrait du « comportement individuel » d'accroître ou de diminuer les risques potentiels d'« attraper » une maladie », contribuant ainsi à rendre l'individu responsable de son état de santé selon une idéologie de stigmatisation de la victime [1080] . La médecine contribue de plus en plus à cette dynamique en déléguant au patient un rôle d'autocontrôle de son propre corps, faisant de lui un *homo medicus*, comme en témoignent les campagnes de dépistage précoces contre le cancer [1081] . La responsabilisation du patient vis-à-vis de sa propre santé est présentée comme un progrès. Toutefois le fait que l'individu semble le nouveau dépositaire du principe de surveillance de son corps, visible à travers l'idéologie de la « maîtrise de soi », ne signifie pas pour autant un mouvement de libération de l'individu face à l'Etat. Ce phénomène s'interprète comme le passage de la sanction à l'autorégulation qui marque une nouvelle étape du processus d'individuation élasien. L'éducation pour la santé ne participe dès lors t-elle pas, au-delà du de la mise en avant des valeurs d'autonomie et de prévention, à une ***« nouvelle administration des corps »*** [1082] ? Ne peut-elle pas être entendue comme ***« un autocontrôle corporel, étatiquement organisé, qui délègue à l'individu le plus directement concerné le soin d'user raisonnablement de son corps »*** [1083] ? La promotion de la santé participe, peut-être, à l'établissement d'une morale médicale visant à normaliser les comportements humains

1078 Norbet Elias s'interroge sur le rapport entre l'organisation de la société en Etat et la civilisation des mœurs. Il constate une tendance de chaque homme à régler son comportement en fonction du réseau d'interdépendances auquel il appartient. Les individus sont progressivement dépossédés de leurs pulsions et de leurs passions par un processus d'autocontrôle : « A mesure que progresse l'interpénétration réciproque des groupes humains en extension et l'exclusion de la violence physique de leurs rapports, on assiste à la formation d'un mécanisme social grâce auquel les contraintes que les hommes exercent les un sur les autres se transforment en auto-contraintes. Ces auto-contraintes […] se présentent en partie sous la forme d'une maîtrise de soi, en partie sous la forme d'habitudes soumises à une sorte d'automatisme ». Elias Norbert, La dynamique de l'Occident, Paris, Calman-Lévy, 1975 (1969), p.198.

1079 Pinell Patrice, « Médicalisation et procès de civilisation », *in* Aïach P., Delanoë D., L'ère de la médicalisation, *op.cit.*, pp.37-51.

1080 Aïach Pierre, « Les voies de la médicalisation », *art.cit.*, p.31.

1081 Patrice Pinell remarque que l'introduction du diagnostic précoce en matière de lutte contre le cancer durant l'entre-deux guerres contribue à responsabiliser l'individu vis-à-vis de sa propre santé et en faire ainsi un « patient-sentinelle » qui doit être en mesure d'opérer un travail d'objectivation clinique de son corps, contribuant ainsi à assurer son obéissance croissante au savoir médical. Pinell Patrice, Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), Métailié, Paris, 1992.

1082 Dominique Memmi entend par cette expression un contrôle indirect qu'exerce l'Etat sur les individus par un processus de normalisation ou de mise en conformité entre l'« être » et le « devoir être », permettant de disqualifier les pratiques jugées non-conformes. Memmi Dominique, « La nouvelle administration des corps », Revue française de science politique, 2000, n°1, pp.3-19.

1083 Ibid., p.14.

[1084] . Ce processus prend d'ailleurs un sens particulier en milieu carcéral où le contrôle des individus et des corps demeure la mission première de l'institution. L'éducation pour la santé ne constituerait t-elle pas une nouvelle forme de discipline, voire d'autodiscipline, des détenus ? Au-delà des déclarations d'intention et des bonnes volontés de chaque intervenant, une ambiguïté demeure.

L'éducation pour la santé est une démarche qui viserait avant tout à améliorer la vie quotidienne des détenus. Sa portée semble cependant limitée en raison des conditions de vie souvent déplorables en détention qui laissent émerger d'importantes contradictions. Celles-ci rendent difficile une incidence des actions de prévention à court terme au sein de la prison. La promotion de la santé en milieu carcéral se conçoit alors davantage comme une démarche sur le long terme pouvant faciliter la réinsertion du détenu.

2.2 Par delà les murs… Quels liens entre soin, prévention et réinsertion ?

Les contraintes du milieu carcéral constituent une limite forte à la portée d'une logique de prévention au sein de la détention. Qu'en est-il hors de l'institution carcérale ? La promotion de la santé est peut-être une démarche qui prend tout son sens lors de la libération du détenu. Elle peut, par exemple, faciliter sa réintégration au sein du corps social. La prison offrirait de nouvelles opportunités de réinsertion. Mais, de façon plus générale, l'institution carcérale ne constitue t-elle pas le lieu propice au rétablissement de la santé du détenu ?

2.2.a Les ambiguïtés d'une prison restauratrice

La prison est souvent présentée comme restauratrice. Elle offre tout d'abord la possibilité d'une première prise en charge à des personnes qui sont souvent éloignées du système de santé [1085] . Les détenus qui réalisent un dépistage des maladies infectieuses lors de leur entrée en détention effectuent souvent le test pour la première fois alors même, comme le souligne un médecin CDAG, que beaucoup ignorent ce qu'est le VIH [1086] . Plusieurs enquêtés décrivent l'institution carcérale comme un refuge notamment pour les

[1084] Didier Fassin remarque qu'il est possible de distinguer deux phases distinctes dans la médicalisation : la première correspond à la reconnaissance d'un comportement en tant que mesure prophylactique d'un point de vue clinique, tandis que la seconde consiste à ériger cette pratique en programme de santé publique. Pour que la médicalisation prenne toute son amplitude, il faut par conséquent qu'un comportement passe du statut de pratique thérapeutique au statut de norme sociale : « Autrement dit, la médicalisation suppose une normalisation. Elle devient un phénomène de société, et non plus le seul fait d'une profession, à partir du moment où la reconnaissance du problème comme pathologique se double de son inscription ans l'espace collectif, où la santé publique excède la clinique médicale, en somme où la médicalisation prend une dimension politique ». Fassin D., « Les politiques de la médicalisation », *in* Aïach P., Delanoë D., L'ère de la médicalisation, *op.cit.*, pp.1-14.

[1085] Deux chiffres issus de l'enquête de la DREES illustrent à quel point un nombre non négligeable d'entrants en détention sont éloignés du système de soins et plus généralement des différentes formes de protection sociale : 17,2 % des entrants déclarent ne disposer d'aucune protection sociale ; 40 % déclarent n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les 12 mois précédant l'incarcération. DREES, La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque, *op.cit.*

[1086] Entretien n°12, Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage aux prisons de Lyon.

toxicomanes à qui elle permettrait d'échapper à la drogue : ***« J'en ai rencontré beaucoup qui inconsciemment faisaient un hold-up pour être arrêtés [...] Ils se faisaient arrêter et c'était le soulagement. Ils rentraient dans un cadre. C'est là qu'on s'est rendu compte, des bienfaits, entre guillemets, de cette prise en charge car on pouvait démarrer un soin durant le temps carcéral »*** [1087] . L'incarcération constituerait une mise entre parenthèses des addictions passées qui permettrait aux détenus ***« de modifier un peu ces pratiques et […] au corps de souffler »*** [1088] . La prison est même parfois perçue comme un lieu de soin permettant aux détenus de bénéficier d'une meilleure prise en charge que celle dont ils disposeraient en liberté. Cette idée, qui ouvre la voie à des idées extrêmes mais heureusement marginales [1089] , se vérifie par exemple en matière d'observance des traitements :

« Je pense qu'ils sont mieux suivis qu'à l'extérieur. Ça c'est sûr. Car tous les gens qui vivent un peu marginalement ne vont pas à leur rendez-vous. Des fois on en voit qui sont réincarcérés six mois ou un an après et entre-temps ils n'ont rien fait alors qu'on avait pris tous les rendez-vous avec toutes les ordonnances » [1090] .

Outre un premier soin, la prison offrirait l'opportunité à une population souvent marginale d'accorder un temps à une démarche de prévention. Les détenus, « tournés vers eux-mêmes », seraient ainsi pendant leur détention « davantage réceptifs aux messages, à des actions » de prévention [1091] . Il s'agirait d'un moment dont disposent les détenus pour ***« s'intéresser pour la première fois souvent à leur santé et […] avoir cette démarche de considérer son corps »*** [1092] . L'incarcération constituerait un moment propice à la constitution d'un projet de vie basé sur une démarche thérapeutique : ***« ils ont l'opportunité de bénéficier du temps que n'ont pas les gens à l'extérieur pour prêter cette attention à leur santé. Ils ont une chance, ils n'ont pas de problèmes de financement car ils sont couverts par la sécurité sociale et ils auront à mon avis une seconde chance qui leur est offerte pour le soin »*** [1093] . Les soignants considèrent

[1087] ***Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[1088] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1089] Cette position est par exemple celle du député Robert Pandraud d'après ses propos tenus au sein de la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale: « Une analyse optimiste peut considérer que la surveillance médicale des détenus paraît très supérieure à la surveillance médicale de la moyenne des Français [...] Les étrangers en situation irrégulière sont mieux traités en prison que dans la nature [...] Nous ne bénéficions pas tous les huit jours de la visite d'un médecin pour savoir comment nous allons ». Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Véronique Vasseur, médecin chef à la prison de La Santé », source : Assemblée nationale.

[1090] ***Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.***

[1091] Entretien n°2, Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - St Joseph depuis 1995.

[1092] ***Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.***

[1093] ***Entretien n°16, Robert Hanskens, cadre hospitalier des Hospices civils de Lyon.***

souvent que la réforme de 1994 aurait permis un changement de démarche en affirmant une nouvelle conception du soin: ***« C'est le fonctionnement hospitalier qui prédomine et donc ce n'est plus comme autrefois où on soignait les bobos et où on avait une démarche purement de soin mais c'est aussi une démarche où on doit amener la personne à prendre en charge sa santé alors qu'auparavant on faisait uniquement du palliatif »*** [1094] . Considérée comme un temps de réflexion, la détention offrirait aux détenus l'occasion de se consacrer pleinement à leur santé, comme le suggère une éducatrice : ***« Paradoxalement, la prison constitue parfois le seul endroit où les personnes peuvent retrouver un cadre, se sentir en sécurité prendre soin d'elles. Les préoccupations de santé, qui n'étaient pas prioritaires à l'état de liberté, peuvent, à l'inverse, le devenir en détention »*** [1095] . Le rôle préventif de la prison est d'ailleurs manifeste à travers les campagnes de vaccination dont l'importance en milieu carcéral ont été soulignés par le professeur Gentilini [1096] .

La représentation de la détention comme cadre protecteur, où les détenus pourraient retrouver un équilibre et initier une démarche de prévention, est très fréquente auprès du personnel soignant mais aussi, dans une moindre mesure, du personnel pénitentiaire. Ce discours contraste cependant fortement avec la réalité du milieu carcéral qui est souvent décrit comme un milieu pathogène, comme en témoignent par exemple les suicides, les automutilations ou les grèves de la faim [1097] . De nombreuses maladies apparaissent au cours de l'incarcération en tant que réaction psychosomatique à la souffrance liée au choc carcéral [1098] . Un conflit s'engage dès lors très nettement entre la mission thérapeutique du personnel soignant et les effets délétères du milieu carcéral***. « Les personnels des UCSA et des SMPR gèrent, comme le souligne Marie-Hélène Lechien, les corps des détenus précocement vieillis par la précarité et la prison [et] les effets de la violence propre au monde carcéral »*** [1099] . La loi du 18 janvier 1994 accentue cette

1094 Entretien n°15, Marie-José Communal, médecin à la DRASS Rhône-Alpes chargée de la médecine en prison.

1095 Dorothée Martin, "Réflexion sur le sens éthique de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire", art.cit.

1096 Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, *op.cit.,* p.26.

1097 Le nombre de suicides a doublé depuis 1990. Il était alors cinq fois plus élevé en prison qu'en milieu libres (140 suicides pour 100 000 personnes en détention contre 22 en milieu libre). Les potentialités suicidogènes du milieu carcéral sont fortes : dévalorisation, dépossession de soi, rejet social, perte de relations et de liberté. Les auto-agressions (automutilations, ingestions de corps étrangers) sont également fréquentes. L'automutilation est une atteinte portée à l'intégrité du corps pouvant compromettre sa vitalité, son bon fonctionnement qui prend le plus souvent la forme d'une coupure (90 % des cas) et plus rarement une ingestion de produits toxiques ou de corps étranger. Même si les automutilations et les suicides sont les auto-agressions les plus spectaculaires, les grèves de la faim sont également considérées comme des atteintes à sa propre santé. Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, *op.cit.,* p.103.

1098 Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.112. Pour une bonne description de la prison en tant que milieu pathogène on peut se référer à l'ouvrage du docteur Gonin. Gonin D., La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, Ed. De l'archipel, Paris, 1991, p.256.

1099 Lechien Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », art.cit., pp.24-25.

ambiguïté puisque, la prise en charge sanitaire s'étant subitement améliorée, la prison apparaît plus que jamais comme un lieu de soin. Face à ce constat, certains proclament l'incompatibilité des deux missions, comme c'est le cas de Véronique Vasseur [1100] ou d'Olivier Obrecht :

« La prison n'est cependant pas et ne sera jamais un lieu de soins hospitaliers. Cela signifie que, quel que soit la qualité des équipes, la contrainte carcérale reste au premier plan, et l'admission en prison ne saurait avoir pour motif avoué ou non avoué la possibilité d'être soigné, et encore moins sous la contrainte. C'est malheureusement la tentation qui peut exister pour certains délinquants, toxicomanes en particulier, et sans croire que cette dérive récente, on est forcé de constater que l'amélioration manifeste du niveau des soins offerts (au sens curatif strict du terme) renforce cette tendance paradoxale » [1101] .

On peut relever une ambiguïté dans le discours de la plupart des enquêtés : la prison milieu pathogène offre cependant certaines opportunités thérapeutiques. Une psychologue constate ainsi que la « santé se détériore en prison » mais ajoute qu'elle offre pourtant de nombreuses possibilités, avant de conclure : ***« Mais je ne peux pas dire que la prison soit vraiment thérapeutique » [1102]*** . Elle reconnaît de façon paradoxale que le corps, dont les conditions s'aggravent, constitue auprès des détenus « une porte d'entrée vers le soin ». L'ambivalence d'une prison comme lieu simultanément restaurateur et nuisible semble indépassable :

« C'est très complexe parce que parfois par rapport à certains types de personnes, la prison a été l'instrument du recours aux soins […] La prison peut redonner un cadre à un moment donné et des opportunités par rapport à la santé [...] Donc ça c'est une dimension positive, les dimensions négatives c'est que la prison peut être extrêmement destructrice.» [1103]

Bien que beaucoup partent d'un constat pragmatique en considérant que ***« c'est mieux de soigner les gens que de ne pas les soigner » [1104]*** . La position des enquêtés est souvent partagée entre la volonté de faire progresser la prise en charge dont bénéficient les détenus et la conscience que cette amélioration renforce la contradiction de la prison en tant que lieu de soin qui n'en est pas un. La part croissante des phénomènes de

1100 C'est la position que soutient Véronique Vasseur face à la Commission d'enquête de l'Assemblée nationale: «La prison de La Santé compte 65 % d'étrangers, dont 30 % sont détenus pour infraction à la législation sur les étrangers. Ce sont des personnes qui n'ont, à l'extérieur, absolument pas accès aux soins et pour lesquelles la prison est le seul endroit où ils peuvent se faire soigner. On entend parfois des détenus qui, revenant en prison, déclarent : " J'ai repris six mois ; je vais enfin pouvoir me faire traiter." C'est dramatique. La prison ne doit pas être perçue comme le lieu où l'on soigne». Auditions de la Commission d'enquête parlementaire sur la situation dans les prisons françaises, « Audition de Mme Véronique Vasseur, médecin chef à la prison de La Santé », source : Assemblée nationale.

1101 Obrecht O., « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », art.cit., p.234.

1102 Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

1103 Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

1104 Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

dépendance pour les actes de la vie quotidienne soulève par exemple cette contradiction. L'amélioration du dispositif soignant est nécessaire bien que contradictoire:

« Par exemple par rapport aux personnes qui ont des handicaps, effectivement il y a des gens qui disent que ces personnes ne devraient pas être en prison mais pour l'instant ils y sont. Alors est-ce qu'on ne devrait rien faire ? [...] Essayons de faire entrer des associations de soins à domicile en prison. Même si au départ il serait mieux que ces personnes là soient ailleurs qu'en prison » [1105] .

Les professionnels intervenant en prison sont conscients de l'ambivalence de la prison qui se situe à l'intersection d'une double logique de soin et de souffrance. Cette ambiguïté est, par ailleurs, accentuée actuellement en raison de la politique de pénalisation de la pauvreté, évoquée auparavant, qui soumet les soignants à des injonctions apparemment contradictoires : ***« La loi de 1994 emprunte au registre des luttes pour la dignité des prisonniers mais se déploie dans un contexte d'intolérance accrue aux comportements des classes populaires précarisées » [1106]*** . Le rapport entre santé et prison s'apparente dès lors à une ***« équation insoluble » [1107]*** . Comment interpréter cette considération de la prison comme lieu de soin, notamment de la part des personnels sanitaires ? La fonction thérapeutique est, comme le remarque Dominique Lhuilier, au centre du discours sur les origines de la prison : ***« C'est le mythe qui permet de transformer le mal (l'enfermement de sûreté, toujours soupçonné d'arbitraire) en bien (la "bonne" peine de prison) » [1108]*** . Les vertus thérapeutiques de l'enfermement s'inscrivent dans le projet d'une prison au service de l'amendement, du traitement et de la restauration de la personne incarcérée. La présentation de la prison comme lieu de soin relèverait dès lors d'un discours de justification de l'institution carcérale. Une seconde interprétation peut être proposée : le discours des soignants traduit peut-être la représentation idéalisée de la prison dont la mission coercitive serait compensée par ses opportunités thérapeutiques. Il s'agirait alors pour les personnels sanitaires d'un moyen pour se démarquer de la logique de l'institution au sein de laquelle ils travaillent. Le temps de l'incarcération se justifierait par les répercussions positives qu'elle peut avoir sur la réinsertion du détenu.

2.2.b Réinsérer par la santé ou par l'éducation ?

Santé et réinsertion sont souvent présentées comme allant de pair. Le rapport Gentilini notait déjà en 1996 l'importance des programmes d'éducation pour la santé en tant que ***« facteur potentiel d'insertion sociale des personnes détenues » [1109]*** . Même si les intervenants ont parfois des avis divergents sur la portée d'une démarche de prévention,

[1105] Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.

[1106] Lechien Marie-Hélène, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », art.cit., p.21. Les soignants interviewés de réfèrent très fréquemment à cette double politique dont ils doivent tenter d'articuler les exigences contradictoires : soigner de mieux en mieux dans des conditions de plus en plus difficiles.

[1107] Hoffman Axel, « Santé et prison : une équation insoluble », Santé conjuguée, octobre 2002, n°22, p.105.

[1108] Lhuilier Dominique, "La santé en prison : permanence et changement", art.cit., p.206.

la plupart reconnaissent qu'elle doit nécessairement viser au-delà de la vie en détention, comme le souligne la sous-directrice des prisons de Lyon : ***« Inévitablement, ça va avoir une répercussion sur la réinsertion. Et le but c'est de leur donner des acquis utiles pour qu'ils puissent continuer à les utiliser à leur sortie. Ce n'est surtout pas que pour la prison, c'est vraiment pour après. Sinon ça n'aurait pas d'intérêt »*** [1110] . Le soin contribue tout d'abord à l'insertion du détenu de façon indirecte en le rétablissant dans un état de santé satisfaisant, considéré comme une ***« étape préalable indispensable pour pouvoir après [...] parler de réinsertion »*** [1111] . Les problèmes de dépendance sont fréquemment cités en tant que premier obstacle à une démarche d'insertion. Ils sont, tel que l'explique une éducatrice, fréquemment à l'origine d'une rupture familiale ou professionnelle et ***« les conséquences que les problèmes d'addiction engendrent sur le plan social font que [les opérations de promotion de la santé] sont des actions qui peuvent avoir une portée autre que simplement le soin physique »*** [1112] . Cette dimension de réinsertion de la démarche thérapeutique est indéniable bien qu'elle présente une limite importante : celle-ci n'est effective que si le soin est conçu à long terme. La sortie de prison peut cependant constituer une rupture du soin et provoquer une régression de la situation du détenu, tel que le souligne Didier Sicard : ***« La prison, qui a pu constituer un moment un havre, est alors à la source d'une rupture thérapeutique. La situation est paradoxale : une prise en charge médicale bien faite lors de l'incarcération se trouve brutalement compromise par la libération […] Lorsqu'une prison a incarcéré un détenu, elle en devient responsable »*** [1113] .

Ce n'est que s'il est orienté vers l'avenir que l'acte thérapeutique peut avoir une répercussion sur l'insertion du détenu. Or, le soin et plus encore la prévention ont la particularité de viser la responsabilisation du patient. Ils reconnaissent l'individu en tant qu'être libre chargé d'effectuer des choix et ont ainsi ***« une dimension de réinsertion, de reconstruction personnelle et de redécouverte de sa dignité d'être humain »*** [1114] . La promotion de la santé constituerait dès lors le moyen pour permettre au détenu de se situer dans une logique de long terme. Cette démarche de responsabilisation n'est cependant possible qu'à partir du moment où le détenu attribue à sa santé, et donc à lui-même une valeur propre. La logique soignante serait alors avant tout une démarche de revalorisation de l'individu :

« L'éducation pour la santé si vous voulez pour moi, c'est l'inscription dans la

[1109] ***Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, op.cit., p.29.***

[1110] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.***

[1111] ***Entretien n°9, Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la DRSP Rhône-Alpes.***

[1112] ***Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.***

[1113] ***Sicard Didier, « Sida et prison », Chrétiens et Sida, n°23, p.3.***

[1114] ***IGAS-IGSJ, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation , op.cit., p.139***

durée de personnes qui sont habituées à vivre dans l'immédiateté, dans le jour le jour [...] À quoi ça sert si le sujet va sortir deux ans plus tard dans la même négligence de l'hygiène dentaire dans laquelle il a toujours vécu. C'est un travail totalement stupide. Ça n'a d'intérêt que s'il a compris que son capital dentaire faisait partie de son capital santé […] Et pour protéger son capital santé, il faut avoir conscience de valoir quelque chose soi-même à ses yeux et aux yeux des autres […] C'est-à-dire que notre rôle de soignant en détention, c'est avant tout l'intérêt porté aux personnes détenues […] Et c'est dans cet intérêt qu'ils vont pouvoir faire un ancrage, du moins nous l'espérons, pour commencer à s'intéresser à eux-mêmes. Et ce n'est qu'à partir du moment qu'ils sont passés de la négligence du risque à un intérêt pour eux-mêmes que l'éducation pour la santé aura porté ses fruits. Sinon c'est un travail de Sisyphe. » [1115]

L'éducation pour la santé et le soin ont une incidence sur la réinsertion en tant qu'ils favorisent l'***« estime de soi »*** [1116] . Elles offrent une reconnaissance du détenu en tant que patient et en tant qu'individu doté de liberté. Cette liberté (de choix) est cependant très restreinte en milieu carcéral du fait des nombreuses contraintes qui y sont présentes. L'éducation pour la santé est une démarche qui suppose un milieu ouvert et qui présente de nombreuses contradictions lorsqu'elle est utilisée dans un environnement fortement réglementé [1117] : ***« On a des contradictions fortes [...] L'éducation pour la santé c'est normalement un système qui promeut des choix, qui se construit sur la liberté des personnes. Or, il y a très peu de choix en prison et le système est justement un système qui ne laisse pas de place aux détenus »*** [1118] . L'esprit du soin, tourné vers la responsabilisation et la reconnaissance, semble incompatible avec celui de l'institution carcérale, orienté vers l'infantilisation et la mise en dépendance du détenu [1119] . La coexistence des logiques soignante et pénitentiaire aboutit à d'importantes contradictions qui mettent en cause la cohérence des interventions ciblées autour du patient-détenu :

« Il y a une négation du détenu en tant que sujet dans le fonctionnement de

[1115] Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[1116] Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

1117 La prison constitue le paroxysme de cette incompatibilité entre la démarche de l'éducation pour la santé et son environnement. L'école, souvent décrite comme un terrain favorable en raison de l'âge des enfants, présente cependant à un moindre niveau des difficultés similaires à l'institution carcérale. C'est ainsi que Georges Vigarello remarque la contradiction entre les valeurs portées par l'éducation pour la santé et l'esprit de l'établissement scolaire qui reste dominé par des modes d'apprentissages classiques. Vigarello Georges, « L'éducation pour la santé. Une vraie attente scolaire », *art.cit.,* p.81

[1118] Entretien n°5, Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES).

1119 Le temps carcéral est marqué, selon Dominique Lhuilier, par la répétition d'actes minutieusement contrôlés et détaillés selon une procédure fixée par l'administration pénitentiaire qui aboutissent à nier le détenu en tant qu'individu. « Humiliante et dégradantes, ces opérations font l'objet d'un double discours : reconnues comme "portant atteinte à l'intimité des détenus", elles doivent néanmoins s'exercer "dans des conditions qui préservent le respect de la dignité de la personne humaine" ». Dominique Lhuilier parle dès lors d'une régression du détenu ou encore d'une infantilisation qui s'apparente à une mise en dépendance vis-à-vis de l'institution carcérale. Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, *op.cit.,* p.27-33.

l'administration pénitentiaire qui ne peut faire sortir de prison que des gens détruits ou révoltés, c'est ou l'un ou l'autre [...] Alors évidemment quand vous mettez en fasse une équipe soignante qui se situe dans un dialogue permanent […] on voit bien qu'il y a un écartèlement de la personne détenue. Il y en a qui le tirent d'un côté et il y en a qui le tirent de l'autre.» [1120] ***.***

La démarche d'éducation pour la santé affronte dès lors un obstacle qui semble insurmontable : ***« Peut-on aspirer à l'autonomie individuelle en milieu d'enfermement ? Si les capacités de la personne ne sont pas soutenues en dehors après le projet, l'estime de soi retrouvée peut-elle perdurer dans le cadre carcéral ou le milieu extérieur ? »*** [1121] . Une seconde contrainte du milieu carcéral restreint l'incidence du soin du soin sur la prévention : la durée d'incarcération. Celle-ci a de façon générale un impact important sur le travail de réinsertion qui n'est pas envisagé de façon similaire en maison d'arrêt ou en centre de détention national : ***« Quand on est en centre de détention national, la population pénale est plus stabilisée, c'est-à-dire qu'elle sait où elle va, elle sait combien elle a pris et on est sur une détention beaucoup plus calme où on a plus le temps de faire les choses et on travaille sur le projet de sortie. Les détenus travaillent là-dessus constamment. Ils ont constamment ça dans la tête »*** [1122] . Ce facteur se répercute sur les actions d'éducation pour la santé : tandis qu'en maison d'arrêt, les actions d'éducation auprès d'un détenu se limitent souvent à s'assurer à la sortie de la possibilité d'un suivi médical ou social, en centre de détention, où l'objectif est à plus long terme, les projets peuvent se planifier et se construire dans le temps [1123] . L'éducation pour la santé s'effectue sur le long terme et ne serait pertinente, comme toute action de réinsertion, que pour des détenus condamnés à de longues peines. Pourtant, si cette démarche de prévention vise à faciliter la réintégration du détenu lors de sa sortie de prison, elle peut apparaître contradictoire avec l'augmentation croissante de la durée des peines. Les actions de promotion de la santé n'auraient alors de sens que pour de courtes incarcérations :

« Je pense, que l'éducation pour la santé ne peut être faite que dans des maisons d'arrêt où les individus ont un espoir de ressortir à l'extérieur car ils peuvent encore construire des projets […] Je ne pense pas que ce soit possible de construire un projet sur le long terme lorsque les individus n'ont plus d'espoir de

[1120] ***Entretien n°8, Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.***

[1121] ***Dorothée Martin, "Réflexion sur le sens éthique de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire", art.cit.***

[1122] ***Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999. C'est également la position d'un agent de probation et d'insertion des prisons de Lyon : « On connaît beaucoup mieux les gens qu'on suit en établissement pour peine. Le nombre de dossier qu'on suivait était beaucoup moins important puisqu'on avait en moyenne une cinquantaine de dossiers chacun. Alors que maintenant j'en suis 110. Et puis avec un turn over plus important […] Donc là-bas, on pouvait mieux connaître les gens, on n'avait plus le temps. On était moins dans l'urgence [...] Ils font un travail de préparation à la sortie qui se fait plus en profondeur [...] Ici on est beaucoup plus dans l'urgence ». Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.***

[1123] La santé en prison. Objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants, Rapport de séminaire, Ecole Nationale de Santé publique, *op.cit.,* p.20.

sortie. Toutes ces actions deviennent alors, selon moi, impossibles.» [1124]

La démarche soignante ré-interroge le sens de la peine et à travers elle la logique du monde carcéral puisque, comme l'estime une psychologue, ***« pour travailler dans une logique de prévention, il faut redonner un autre sens à l'incarcération »*** [1125] . Il s'agit de ne plus se situer, estime Dominique Lhuilier, dans l'immobilisme du temps carcéral qui ***« se focalise sur le présent le plus immédiat […] comme s'il écartait le passé et l'avenir [réalisant] l'inscription spatio-temporelle du détenu [dans] une chronologie institutionnelle immuable »*** [1126] . L'acte soignant, dont la temporalité est inverse à celle de la peine, est peut-être alors en mesure de provoquer un changement de l'institution pénitentiaire elle-même:

« Par nature, l'acte de soin est tourné vers l'avenir. Ainsi entendue, la médecine en milieu pénitentiaire peut non seulement devenir un des leviers essentiels de la réinsertion mais aussi jouer un rôle moteur dans l'élaboration d'une mission nouvelle pour l'institution pénitentiaire : que celle-ci ne soit plus tournée vers la sanction d'un passé fautif, synonyme d'exclusion, mais vers la préparation d'un avenir de réinsertion et de réhabilitation. » [1127]

L'éducation pour la santé semble dotée d'une capacité à favoriser la réinsertion du détenu par la mise en avant du soin en tant qu'acte de reconnaissance du patient. La seconde dimension de cette démarche est celle de l'« éducation » qui permettrait de transmettre aux détenus les éléments nécessaires à leur réintégration. Les actions sanitaires à visée éducative en milieu carcéral ont leur origine dans les leçons organisées à la fin du 19ème siècle qui étaient destinées à mettre en garde les détenus contre les conduites néfastes pour la santé, comme l'alcoolisme [1128] . Ces actions s'inscrivaient dans le cadre du courant hygiéniste qui visait à favoriser le progrès social et mental des détenus. Santé et morale étaient alors profondément liées. En réaction à ce modèle moraliste, le vocabulaire de la prévention a considérablement évolué : *l'hygiène* et *l'information sanitaire* ont laissé la place à *l'éducation sanitaire* puis à *l'éducation à la santé* et enfin à *l'éducation pour la santé.* Malgré ce changement terminologique, l'aspect éducatif conserve une place importante au sein des actions d'éducation pour la santé qui se résument rarement à une

[1124] Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.

[1125] Entretien n°6, Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus de l'hôpital Lyon Sud.

[1126] Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, op.cit., p.66.

[1127] Barlet Pierre, Tonic, Lyon, n°96, 2001, p.20.

[1128] On peut par exemple penser aux séances d'informations sur les méfaits de l'alcoolisme réalisées à la prison de Fresnes en 1903 qui donnent une bonne idée de ce type de démarche moralisatrice et sanitaire. « La séance se tient dans une sorte d'amphithéâtre à gradins, ces derniers sont faits de petites cellules individuelles munies chacune d'une fenêtre grillagée permettant aux détenus de voir l'estrade sur laquelle un médecin en redingote déroule sa conférence en s'appuyant sur des planches qu'il leur montre. Éclairé par cette information sanitaire administrée par un homme de science, chaque détenu est supposé avoir compris à quelle dégradation il expose son organisme en s'adonnant à la boisson et quelle attitude immorale et violente il exposera son environnement quand il aura retrouvé la liberté, s'il ne se libère pas ». Goudet B., Larrose B., Trias, V., Noury M., « Education pour la santé et réinsertion des détenus », La santé de l'homme, n°315, janvier -février 1995, p.32.

simple transmission d'informations. Les groupes de parole en fournissent un exemple. Organisés sur un thème particulier (les maladies infectieuses, le tabac, etc.), ils offrent aux participants l'opportunité d'aborder une pluralité de sujets dans une démarche collective qui va souvent bien au-delà de la santé:

« Le groupe de paroles dépassait donc largement le cadre de notre objectif initial. Ça allait bien plus loin que le Sida [...] Et l'éducation à la santé pour moi, c'est cela. Ce n'est pas de faire de la prévention du Sida ou du dépistage du cancer […] C'est pour cela que le terme d'éducation a la santé ne convient pas très bien au milieu carcéral. Pour moi, c'est davantage une éducation à la vie » [1129]

L'éducation pour la santé ne reposerait dès lors pas tant sur la dimension sanitaire que sur l'aspect éducatif. Les problèmes de santé ne constitueraient qu'une porte d'entrée ou un prétexte pour pouvoir initier une démarche construite autour d'un échange visant à favoriser le développement de la personne. L'éducation pour la santé serait t-elle ***« une sorte d'animation socioculturelle dont le mode d'entrée est la santé ? »*** [1130] . Les actions de prévention permettraient ainsi d'aborder une pluralité de thèmes et de rétablir une communication qui avait parfois été rompue : ***« On peut le prendre par le biais de la santé, on peut le prendre par le biais du culturel aussi et tout dépend du fonctionnement de la personne [...] Le fait de passer par la santé permet d'aborder tout un ensemble de choses […] Ça peut ouvrir sur une autre démarche de réflexion et pas spécifiquement sur la santé»*** [1131] . L'éducation pour la santé est une démarche qui pourrait permettre à des personnes socialement affaiblies d'aborder certains problèmes de la vie quotidienne (l'alimentation, le stress, l'estime de soi) par une voie d'entrée jugée non discriminante, la santé [1132] . Elle prend dès lors une importance particulière en prison souvent présentée comme le lieu où s'accumule la misère sociale [1133] . La promotion de la santé serait dès lors l'outil permettant d'éduquer des individus en manque de repère comme en témoigne un projet sur les prisons de Lyon qui vise à apporter aux détenus un sens de l'hygiène minimal qui n'a souvent pas été acquis dans leur sphère familiale d'origine. Il s'agit d'éduquer les détenus les plus marginalisés en luttant contre leurs comportements « incivils » dont l'augmentation croissante en détention reflète une modification de la population pénale ainsi qu'un changement plus large de société :

« Les personnes n'ont aucune hygiène au niveau des douches et donc ils font

[1129] ***Entretien n°7, Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot.***

[1130] ***Lecors Philippe, « Ethique, santé et milieu carcéral », La santé de l'homme, n°315, janvier -février 1995, p.32.***

[1131] ***Entretien n°11, S. Combe et C. Misto, agents d'insertion et de probation (SPIP) des prisons de Lyon.***

[1132] Le discours porté par nos sociétés sur la santé est au contraire un discours valorisant qui tend à présenter le soin de soi et l'entretien de son corps comme des valeurs nobles.

[1133] « « Machine à exclure », « pourrissoir », « poubelle sociale », hôpital dépourvu de soignants, la prison est en passe de devenir un grand dépotoir destiné à enfermer bien des laissés pour compte, et pas seulement ceux que la loi punit en raison de leurs crimes et de leurs délits ». Mongin Olivier, « Prisons à la dérive », Esprit, octobre 1995, pp.101-103

tout et n'importe quoi dans les douches. Je pense que ça relève d'un mode de comportement par rapport aux choses qui ne leur appartiennent pas [...] On peut le comparer aux tags. Ce n'est pas propre à la prison mais c'est un discours général de société et cela est issu d'un comportement de société [...] Ce sont des choses qu'ils auraient dû apprendre avant […] Ce sont des choses basiques » [1134]

.

On voit poindre ici la dimension normative de la démarche de promotion de la santé. En effet, celle-ci présente comme souhaitable des pratiques culturellement déterminées. L'éducation pour la santé prescrit un certain nombre de comportements qui aboutissent à une image idéalisée de la santé et du corps [1135]. De manière plus générale, Lucien Sfez y voit une nouvelle utopie de la santé parfaite selon laquelle chaque homme se rendrait maître de son corps à l'image d'un démiurge tout-puissant [1136]. Cette nouvelle utopie s'inscrit dans le cadre d'un projet moral et politique hérité du *healthism* (« santéisme »), développé dès le début du 20ème siècle [1137]. Cette normalisation, qui dépasse largement les seuls comportements sanitaires, relève d'un processus de médicalisation des comportements sociaux, évoqué auparavant, qui laisse entrevoir l'accroissement de l'espace politique de la santé [1138]. Bien que ces deux termes aient toujours été liés, c'est le développement de la santé publique qui a favorisé l'élargissement de cet espace [1139]. Ce phénomène s'observe à travers la multiplication des usages politiques de la santé. En effet, la médicalisation croissante impliquerait, comme le soutient Didier Fasssin, l'émergence d'un nouveau langage du politique à travers sa redéfinition médicale : ***« Si au niveau culturel, la médicalisation de la société correspond à la reformulation de problèmes sociaux dans les termes de la médecine, on peut ajouter que, sur le plan***

[1134] Entretien n°3, Mme Marié, directrice adjointe des prisons de Lyon depuis 1999.

1135 C'est dans ce sens qu'une éducatrice souligne le risque de construire une image idéalisée de la santé : « Travailler sur ces thèmes aurait été, pour nous, travailler sur des normes sociales, c'est-à-dire avoir de l'homme une représentation idéalisée, homme sain, non-fumeur, sportif, à l'haleine pure et aux dents impeccables, qui renforce le sentiment d'exclusion de tous ceux qui n'y arrivent pas, malgré leur désir, ou tout simplement qui sentent que l'homme ne peut se résumer à une telle définition, parce qu'elle oublie la dualité de l'être humain, à la fois bon et méchant, à la fois aspirant à une vie saine et buveur ». Choukroun Odile, « Education pour la santé et insertion sociale », La santé de l'homme, *art.cit.,* p.31.

1136 Sfez L., La santé parfaite, critique d'une nouvelle utopie, Paris, Seuil, 1995.

1137 En témoigne par exemple la phrase du président de l'*American Medical Association,* Wendell Philipps, qui fut l'auteur indirect de la définition de la santé de l'OMS et qui écrivait en 1926 : « Trop de nos concitoyens traversent la vie en s'accommodant d'une santé tout juste bonne. Tandis qu'ils accomplissent leurs tâches quotidiennes, ces hommes tout juste en forme ne connaîtront pas l'exultation et le bonheur de la parfaite santé. Le rôle du médecin de demain est un droit absolu pour tous. Plus de bonne santé débordante, c'est plus de bonheur, de confort, d'utilité et de valeur économique pour l'individu. Nous ne connaîtront pas de superman sans supersanté ». On trouve dans cette citation tous les éléments du modèle normatif de l'éducation pour la santé comme le rappelle Skrabanek : « La santé, c'est le bonheur et le bonheur c'est la santé. Tous les individus sains doivent être contrôlés en permanence […] Mais le rôle de la médecine est -il de transformer les gens en robots économiquement utiles et heureux ? ». Skrabanek P. La fin de la médecine à visage humain, Paris, éditions Odile Jacob, 1995.

1138 Fassin Didier, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, *op.cit.*

politique, elle implique la légitimation de cette reformulation. Tel est bien le sens de ces situations, toujours plus nombreuses, où le politique se dit dans le langage du médical, où la légitimité sanitaire s'impose dans l'action publique » [1140] . Le langage médical devient une nouvelle forme légitime d'expression du politique, comme en témoigne le souci humanitaire croissant pour les populations les plus marginales [1141] . L'éducation pour la santé ne traduit-elle pas une nouvelle forme de la « biopolitique » décrite par Michel Foucault [1142] ? La prescription de certains comportements sanitaires mais, surtout, le discours éducatif que promeut cette démarche s'inscrivent dans ce processus de traduction des problèmes sociaux en un langage sanitaire. Cette considération est d'autant plus pertinente à l'égard de la population détenue pour laquelle les potentialités éducatives sont mises au premier plan. L'éducation pour la santé constituerait un moyen pour pallier l'insuffisance des politiques de réinsertion. Elle apparaît dès lors comme une tentative pour traiter par le biais de la santé ce qui relève de la régulation sociale. Plus que le retour à un modèle autoritaire hygiéniste, elle traduit avant tout un échec de la société.

1139 Raymond Massé rappelle ainsi que dès les 18 et 19ème siècles, la santé publique constituait un projet politique. En effet, la protection de la population contre les épidémies visait aussi à garantir l'existence d'une main d'œuvre industrielle suffisante. La santé publique est rapidement apparue comme un projet de société, tel qu'en témoigne l'émergence d'un Etat-providence protégeant l'individu contre les différents risques sociaux. Massé Raymond, « La santé publique comme projet politique et comme projet individuel », Hours Bernard, Systèmes et politiques de santé, Paris, Khartala, 2001, pp.41-64.

1140 Fassin D., « Les politiques de la médicalisation », art.cit., p.11.

1141 *op.cit.,* p.11.

1142 Michel Foucault entend par le terme de « biopolitique » l'émergence d'une nouvelle forme de contrôle des populations par l'Etat qui dispose de nouvelles disciplines telle que l'hygiène ou la démographie. Cf. Foucault M., Histoire de la sexualité, vol.1 La volonté de savoir, Paris, Gallimard, 1976.

Conclusion

« Chercher sans cesse dans la personne de chaque détenu en dépit du mystère, du nombre, de la monotonie des échecs, le ressort d'un relèvement constitue l'unique manière de satisfaire l'obligation d'assistance née à la charge de la société qui s'est arrogée au nom de la justice le droit de punir ». J.Léauté, Les prisons, Que sais-je ?

Il est possible, au terme de cette réflexion, de reconsidérer le questionnement qui nous avait servi de point de départ : en quoi une politique de santé publique est-elle compatible avec le milieu carcéral ? La réponse à cette interrogation permettra de déterminer dans quelle mesure la réforme de la médecine pénitentiaire a permis un décloisonnement de l'institution carcérale, d'une part, et une recomposition des identités professionnelles des personnels pénitentiaire et sanitaire ou plus généralement des rapports entre la prison et l'hôpital, d'autre part.

La loi du 18 janvier 1994 a marqué une volonté d'inscrire une logique de santé publique en milieu carcéral. Cette réorientation de la politique sanitaire fait suite, comme il a été établi, à une de crise de gouvernance de l'organisation des soins en prison qui a eu lieu au terme d'une conjonction causale multiple. Celle-ci a permis de prendre conscience que l'institution pénitentiaire n'est pas située en dehors de la société mais qu'elle s'inscrit, à l'inverse, au sein du corps social, rendant ainsi nécessaire l'équivalence entre les soins dont bénéficient les détenus avec ceux de n'importe quel autre citoyen. Le bilan de la mise en œuvre de cette politique est néanmoins nuancé. La loi du 18 janvier 1994 a, sans nul doute, rendu possible une « révolution sanitaire » au sein des prisons françaises. Celles-ci sont désormais pourvues d'un dispositif soignant performant et d'un personnel

fortement qualifié grâce au recours au milieu hospitalier. Malgré ce premier constat favorable, l'application de la réforme de 1994 apparaît ambivalente.

Elle devait permettre, en premier lieu, le renouveau de l'éthique soignante en prison, où elle fut longtemps discréditée. La déontologie des médecins semble désormais correspondre davantage aux standards de la pratique médicale classique. Celle-ci est néanmoins peu adéquate à certaines occasions aux règles de fonctionnement de l'organisation pénitentiaire, milieu « transparent » où le secret médical apparaît illusoire. Un respect trop strict des règles de l'éthique médicale serait même parfois préjudiciable à la prise en charge des détenus, comme en témoignent le refus de certains soignants de partager l'information dont ils sont détenteurs avec le personnel de l'administration pénitentiaire ou l'intransigeance face au principe du consentement aux soins. La loi du 18 janvier 1994 a également rendu possible la reconnaissance d'une logique de promotion de la santé au sein de la prison, qui était restée jusqu'alors hermétique au développement de cette nouvelle culture de la prévention. La mise en place des premiers projets semble constituer un pas en important en faveur de la reconnaissance d'un droit à la santé, conception globale qui ne se résume pas aux soins mais qui inclue l'idée d'un bien-être. L'introduction d'une démarche d'éducation pour la santé en milieu carcéral soulève cependant d'importantes interrogations : celle-ci n'est-elle pas conçue comme un moyen de remédier aux carences structurelles de l'institution pénitentiaire ? La pacification de la vie en détention qui en découle ne serait-elle pas un nouveau procédé de contrôle des détenus ? De façon plus générale, la médicalisation de l'échec de la Justice à réinsérer les détenus ne traduit-elle pas la reformulation d'un problème social et politique dans le langage de la santé publique ?

La mise en œuvre de la réforme de la médecine pénitentiaire apparaît nuancée. Le principe de santé publique dont elle consacrait la reconnaissance ne s'applique qu'imparfaitement en prison. Les exigences sécuritaires demeurent prépondérantes dans le déroulement de la vie en détention. La démarche sanitaire subsiste au second plan dans la hiérarchie des priorités. Pour répondre au questionnement ouvert en introduction, à savoir le processus de décloisonnement implique t-il pour autant un changement réel de l'institution pénitentiaire, nous sommes contraints de reconnaître que la logique carcérale demeure inchangée. En effet, comme l'affirme Philippe Combessie, celle-ci ***« surdétermine toutes les activités qui se déroulent au sein de la prison […] Toutes les interactions […] sont orientées, marquées par le stigmate carcéral ». Ainsi, « pour parler des prisons, le concept d'institution totale n'est pas dépassé »*** [1143] . La loi de 1994 traduirait ainsi davantage un changement *dans* la prison, qu'un changement *de la* prison.

La logique de santé publique coexiste désormais avec celle de l'institution pénitentiaire, à laquelle elle reste néanmoins subordonnée. Il semblerait que la réforme de 1994 renferme une ambiguïté lourde de conséquences. Celle-ci a permis de renouveler le statut du personnel soignant, désormais autonome de l'administration pénitentiaire. Cette indépendance statutaire n'implique pourtant pas une autonomie fonctionnelle. La prise en charge des détenus est un acte global, co-produit par

[1143] ***Combessie Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », art.cit., pp.95-97.***

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

l'ensemble des professionnels présents en détention. L'interdépendance fonctionnelle est une caractéristique intrinsèque de l'organisation pénitentiaire qui semble parfois mal connue de certains médecins hospitaliers arrivés après 1994. La loi du 18 janvier 1994 a ainsi renforcé les oppositions entre le soin et la détention, en accentuant le cloisonnement entre les services sanitaires et pénitentiaires, d'une part, et en renforçant le rapport conflictuel qui oppose les surveillants aux soignants, d'autre part. Une prise en charge sanitaire des détenus identique à celle de n'importe quel autre patient est parfois inconciliable avec les exigences du milieu carcéral, tels qu'en témoignent les extractions ou les hospitalisations des détenus qui sont l'occasion de nombreux affrontements entre deux logiques inconciliables.

Ce cloisonnement entre les personnels et les services laisse donc ouverte la question du devenir de la réforme. Face à cette interrogation, plusieurs scénarios sont envisageables comme le rappelle Isabelle Chauvin [1144]. Le repli identitaire de chacun des personnels sur ses prérogatives respectives peut aboutir, en premier lieu, à un **échec de la réforme** sur le long terme. A la conception trop rigide du secret médical de la part des soignants peut faire écho au recours par les surveillants des moyens de sécurité dont ils ont le monopole en détention, paralysant ainsi l'organisation des soins au détriment des détenus. La mise en place de la loi du 18 janvier 1994 risque également, second scénario, de déboucher sur une **coexistence sans ambition** des deux personnels. En effet, le respect de la place respective de chaque acteur constitue une première étape décisive dans le déroulement des soins. Cette considération n'implique cependant pas, comme cela a été démontré, l'existence d'une véritable coopération: ***« Il s'agirait cependant d'une coexistence sans autre ambition de rapprochement des pratiques, ni de synergies […] Pour les personnels de surveillance, le malade resterait d'abord un détenu tandis que pour le personnel hospitalier, le détenu serait d'abord un patient»*** [1145]. A l'inverse, une dynamique de coopération pourrait s'engager en faveur du rapprochement entre soignants et surveillants. Ceux-ci se situent dans une interdépendance indépassable comme en témoigne le recours mutuel des uns aux autres selon les situations. La portée de la réforme est néanmoins insuffisante, selon ce troisième scénario, si la collaboration entre professionnels ne va pas au-delà de l'organisation des soins. Il s'agirait alors d'une **coopération confiante limitée aux enjeux de santé**.

Un dernier scénario, plus ambitieux, d'**apprentissage mutuel** est envisageable : la loi du 18 janvier 1994 ne concerne pas uniquement les relations entre surveillants et soignants mais elle traduit, de façon plus générale, un renouveau possible des rapports entre l'organisation hospitalière et l'institution carcérale. En effet, la santé constitue une discipline marginale sécante qui permettrait de revisiter les collaborations de façon durable en modifiant imperceptiblement la culture de chaque intervenant, et de permettre ainsi le rapprochement de leurs organisations respectives. L'enjeu de la réforme serait, à terme, une transformation de la prison et de l'hôpital. L'institution pénitentiaire peut ainsi progressivement s'ouvrir aux intervenants extérieurs, accélérant ainsi le processus de

1144 Chauvin Isabelle, La santé en prison, *op.cit.,* p.83 et suiv.

1145 Ibid., p.85.

décloisonnement. Elle peut surtout s'ouvrir à une nouvelle conception de la prise en charge des détenus davantage orientée vers la prévention et la réinsertion. L'hôpital, partenaire essentiel de la réforme, ne doit cependant pas rester en marge de ces transformations. Celui-ci est pour l'instant inadapté, à certains égards, aux exigences que requière le soin des détenus : les patriciens hospitaliers demeurent réticents à intervenir en milieu pénitentiaire, les contraintes carcérales sont souvent mal comprises des équipes hospitalières, le traitement « organiciste » de la maladie convient mal à des patients-détenus qui sont avant tout à la demande d'un dialogue. L'ouverture de la prison sur l'hôpital constitue une ouverture potentielle de l'hôpital en faveur des personnes défavorisées : ***« L'hôpital pourrait y gagner également une expérience de l'ouverture sur la cité, en coopération avec les équipes soignantes sociales de la ville. Il pourrait également mieux jouer son rôle dans la continuité des soins entre l'avant hôpital, l'hôpital et l'après hôpital. Il pourrait, enfin, mieux faire participer le patient aux décisions qui le concernent »*** [1146] . Ainsi, comme le rappelle Olivier Obrecht ***« le service public hospitalier doit s'organiser pour être service de tous, sans exception »*** [1147] .

Bien que la loi du 18 janvier 1994 puisse à première vue être qualifiée de triomphe de la santé publique, sa portée demeure incertaine. La réforme italienne de la médecine pénitentiaire se caractérise en revanche par un échec flagrant. Celui-ci s'explique tout d'abord par l'important niveau de conflictualité qui marque le passage, non accompli, de l'ancien système à la nouvelle organisation des soins. Les soignants intervenant en prison sont fortement divisés tandis que les administrations pénitentiaire et sanitaire sont réticentes à effectuer ce transfert fonctionnel et budgétaire. La précédente organisation des soins n'a, en outre, pas fait l'objet d'une remise en cause aussi virulente qu'en France. En effet, le système carcéral français a subi une crise de gouvernance majeure à l'occasion du scandale du sang contaminé, soulignant ainsi l'urgence d'une réforme. L'administration pénitentiaire s'est alors dessaisi du monopole de l'organisation des soins au profit d'une gestion politique sous le poids de l'opinion publique. On a assisté à une crise de la médecine pénitentiaire qui a légitimé la reconnaissance d'un référentiel de santé publique. Ce changement de référentiel n'a pas eu lieu en Italie. La conflictualité entre les acteurs n'a tout d'abord pas permis de rejoindre un consensus, en l'absence duquel le nouveau dispositif sanitaire s'est établi à partir d'un compromis incertain. Celui-ci s'est avéré fragile comme en témoigne le blocage dans lequel se situe actuellement la mise en œuvre de la réforme. Il semblerait que ces difficultés puissent également s'expliquer par les carences du dispositif sanitaire italien, fortement morcelé et bénéficiant d'une faible légitimité. A l'inverse, le succès apparent de la loi du 18 janvier 1994 doit être compris au regard du fort consensus établi entre les acteurs, d'une part, et de la reconnaissance dont bénéficie le système hospitalier français, chargé du nouveau dispositif soignant, d'autre part.

La réforme de 1994 marque le passage d'un référentiel de la médecine pénitentiaire, où les soins étaient subordonnés au fonctionnement carcéral, à un référentiel de santé

[1146] ***Chauvin Isabelle, La santé en prison, op.cit., p.87.***

[1147] ***Obrecht Olivier, « Des progrès pour la santé en prison », Projet, n°269, printemps 2002, p.114***

publique, où le droit à la santé devient premier. Cette transformation traduirait, selon le modèle de Pierre Muller, la réconciliation entre les politiques sanitaires développées en prison et les évolutions plus larges de la société. Ce « nouveau rapport au monde » est par exemple visible à travers l'affirmation d'une nouvelle conception de la santé en prison, désormais plus proche de la définition des organisations sanitaires comme l'OMS [1148]. Cette vision du monde n'est cependant pas consensuelle, tel que le souligne l'auteur, mais constitue ***« un espace de sens où se cristallisent les conflits »*** [1149]. Ceux-ci ont été mis en évidence à plusieurs reprises. Le nouveau système d'action concret qui découle de la recomposition de la politique sanitaire en milieu carcéral a renforcé les jeux d'opposition identitaires entre les professionnels convoqués autour de la santé du détenu. Il apparaît dès lors préférable, comme le rappelle Philippe Warin, de mettre l'accent sur les tensions que subit le référentiel plutôt que sur l'apparente stabilité du nouveau système [1150].

Le changement de paradigme de l'action publique en matière d'action sanitaire est à l'origine d'une accentuation des rapports de force et d'une recomposition des identités [1151]. Celle-ci est manifeste non seulement au niveau des personnels sanitaires et pénitentiaires mais aussi, et surtout, à travers la modification, presque imperceptible, des institutions hospitalières et carcérales. Bien que la modification de la culture carcérale semble correspondre aux intentions du législateur, on ne peut pas en dire de même pour la culture hospitalière. Cette conséquence inattendue de la loi du 18 janvier 1994 s'expliquerait peut-être par un paradoxe : tandis que les médiateurs sectoriels qui ont été à l'origine de cette réforme semblent avoir été les médecins pénitentiaires, soucieux de leur rattachement au ministère de la Santé pour des motifs aussi bien fonctionnels (l'accès aux ressources du système hospitalier et la non-subordination à l'administration pénitentiaire) que professionnels (la revalorisation de leur discipline), le segment professionnel chargé de mener à bien ce transfert fut le personnel hospitalier. La culture hospitalière est cependant très lointaine du référentiel de santé publique auquel répond la nouvelle organisation des soins, comme en témoigne la part marginale qu'elle accorde à la politique de prévention et de promotion de la santé pourtant cruciale dans la loi de 1994. L'institution hospitalière apparaît ainsi comme l'objet indirect de la réforme de la médecine pénitentiaire. Celle-ci permettrait peut-être, à terme, un rapprochement non seulement du référentiel carcéral mais aussi du référentiel hospitalier avec le principe de santé publique qui s'apparente aujourd'hui comme le nouveau référentiel des politiques sanitaires européennes.

La conciliation des logiques sanitaires et pénitentiaires constitue t-elle toujours cette équation insoluble évoquée à plusieurs reprises ? La réponse est ambivalente. La réforme

1148 Muller Pierre, « Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde », *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, *op.cit.,* pp.153-179.

1149 Ibid., p.160.

1150 Warin P., « Les politiques publiques, multiplicité d'arbitrages et construction de l'ordre social », *art.cit.*, p.96.

1151 Surel Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes », *art.cit., p.143.*

de la médecine pénitentiaire semble favoriser un rapprochement de deux cultures dotées d'exigences parfois inconciliables ; tel est du moins l'enjeu de la loi du 18 janvier 1994. Ces deux logiques apparaissent néanmoins, dans le contexte actuel, plus que jamais inconciliables : la surpopulation carcérale, la pénalisation des populations les plus précaires et l'allongement de la durée des peines s'accordent difficilement avec la volonté de faire du soin un outil de réinsertion. Celui-ci n'a de sens que s'il est orienté vers un futur proche. ***« Quel sens y a-t-il, comme le souligne Antoinette Chauvenet, à être soigné à vie s'il n'y a pas l'espoir de la sortie ? Dans ce cas le droit aux soins ne se retourne t-il pas en « peine de soin »? »*** [1152] . Les logiques soignantes et pénitentiaires sont profondément contradictoires : le temps carcéral, source de rédemption du détenu à l'égard de la société, est parfaitement destructeur de l'individu dans une optique soignante [1153] . Une réforme de l'organisation des soins doit alors nécessairement aboutir à une réflexion sur le sens donné à la peine, faute de quoi toute amélioration du dispositif sanitaire apparaît vain. Même si l'institution carcérale constitue une réalité indépassable, elle ne peut représenter l'aboutissement du processus d'humanisation des peines : ***« Si nous croyons que la santé n'est pas seulement l'absence de maladies, alors la question des prisons nous interpelle. Il y a en amont un travail d'éducation et de justice sociale à renforcer. Il y a à développer d'autres moyens que la prison pour punir. Il y a en aval à développer un véritable travail de réhabilitation qui ne soit pas un contrôle social déguisé »*** [1154] .

1152 Chauvenet Antoinette, « Les surveillants entre droit et sécurité : une contradiction de plus en plus aiguë », in Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, op.cit., p.156.

1153 Cugno Alain, « Une aussi longue attente », Projet, n°269, printemps 2002, pp.55-56.

1154 Hoffman Axel, « Santé et prison : une équation insoluble », art.cit., p.105.

Bibliographie

1. Ouvrages et articles

Dossier spécial de la Revue Française des affaires sociales, n°1, janvier-mars, 51 année, 1997.

La santé en prison. Objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants, Rapport de séminaire, Ecole Nationale de Santé publique, 2001, 39p.

Adam P., Herzlich C., Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan, Paris, 1994, 127p.

Adam Smith, « L'analyse comparée des politiques publiques : une démarche pour dépasser le tourisme intelligent», Revue internationale de politique comparée, 2000, vol.7, n°1, pp.7-19.

Agnoletto Vittorio, « Aids, tossicodipendenza e carcere », *in* Serra Carlo, Macchia Patrizia (dir.), Chi ha paura di uscirne?, Editions Kappa, Roma, 1995, pp.45-55

Aïach Pierre, « Les voies de la médicalisation », *in* Aïach P., Delanoë D., L'ère de la médicalisation, Paris, Ed. Economica, 1998, pp.15-36.

Anastasia Stefano, « Introduzione. Fotografia in movimento. Tendenze dell'esecuzione

penale », *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, Carocci, Roma, 2002, pp.13-30.

Andreano Renato, Tutela della salute e organizzazione sanitaria nelle carceri: profili normativi e sociologici, document disponible sur le site internet du centre de réflexion sur l'institution carcérale Altro diritto: http://altrodiritto.it.

Bergeron Henri, L'Etat et la toxicomanie, histoire d'une singularité française, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, 370 p.

Bertelli Bruno, « Le politiche penintenziarie », *in* Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, Luca Fazzi, Antonio Scaglia, FrancoAngeli, Milan, 2001, pp.135-164..

Bianchetti R., Leggieri G., "Struttura a custodia attenuata di II livello nella casa circondariale "Le Valette" di Torino: programma Arcobaleno", *in* Gatti U., Gualco B., Carcere e territorio, Milano, Giuffre Ed., 2003, pp.205-218.

Borraz O., Loncle-Moriceau Patricia, « Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Les politiques locales de lutte contre le sida », Revue française de sociologie, 41-1, 2000, pp.37-60.

Brahamy Betty, « Les traitements de substitution en prison », Swaps *,* n°6., janvier 1998.

Bresciani Luca, Ferradini Francesca, "Mutamenti Normativi", *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, *op.cit.,* pp.99-108.

Buffa P., Sarzotti C., La relazione culturale all'Aids dell'universo carcerario: dall'espulsione al controlo interno, *in* Dei Delitti e delle Penne, I, 3, pp.187-233.

Cabanel Guy-Pierre, « Entre exclusion et réinsertion », Projet, n°269, printemps 2002.

Caruso R., Guelfi G-P., Lamberti E., Mollica M., "La terapia metadonica tra carcere e misure alternative alla detenzione", *in* Gatti U., Gualco B., Carcere e territorio, Milano, Giuffre Ed., 2003, pp.219-226.

Castel Robert « De la dangerosité au risque », Actes de la recherche en sciences sociales, n°47-48, juin 1983, pp.119-127.

Célérier Marie-Claire, La santé en France. Alternatives à l'hospitalo-centrisme, La pensée sauvage, Grenoble, 1994, 141p.

Chauvenet Antoinette, « Les surveillants entre droit et sécurité : une contradiction de plus en plus aiguë », *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, Paris, 2000, pp.127-158,

Chauvenet Antoinette, Orlic Françoise, Benguigui Georges, Le monde des surveillants de prison, Paris, PUF, 1994.

Chauvin Isabelle, La santé en prison, Paris, ESF Editeur, 2000, 111p.

Cligman Olivia, Gratiot Laurence, Hanoteau Jean-Chtistophe, Le droit en prison, Paris, Editions Dalloz, 2001, 341p.

Combessie Philippe, Sociologie de la prison, Paris, La découverte, 2001.

Combessie Philippe, « Ouverture des prisons, jusqu'à quel point ? », *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, Paris, 2000, pp.69-99.

Courty Pascal, Le travail avec les usagers des drogues. Pour une approche humaine des soins, Ed. ASH, Paris 2001, 138p.

Culla Luigi, “L’istituzione penitenziaria e il problema dei tossicodipendenti detenuti”, *in* Serra Carlo, Macchia Patrizia (dir.), Chi ha paura di uscirne?, Editions Kappa, Roma, 1995, pp.29-34

Rei Dario, Servizi Sociali e politiche pubbliche, Nuova Italia Scientifica, 1994, 187.p

Dente Bruno, « Le politiche pubbliche in Italia. Introduzione », *in* Dente Bruno, Le politiche pubbliche in Italia, Bologna, Il Mulino, 1990, pp.3-49.

Dozon Jean-Pierre, Fassin Didier (dir.), Critique de la santé publique, Balland, Paris, 2001.

Dussausaye Eve, Politiques publiques de soins en matière de toxicomanie. Une spécificité française, Grenoble, IEP de Grenoble, Mémoire sous la direction de Martine Kaluszynski et Jean-Charles Froment, 177p.

Elias Norbert, La dynamique de l’Occident, Paris, Calman-Lévy, 1975 (1969), 320p,

Emmanuelli (Julien), Usage de drogues, sexualité transmission des virus VIH, hépatites B et C et réduction des risques en prison à travers le monde : état des lieux et mise en perspective. Revue de littérature, Paris, RNSP, 1997.

Faccioli Franca, “La comunicazione difficile : l'AIDS tra informazione, allarme e solidarietà”, *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L’Aids nel Carcere e nella società. Le strategie comunicative per la prevenzione, Roma, Carocci, 2001, p.101-130.

Farges Eric, Les Etats face aux drogues. Analyse de la transition des politiques publiques en matière de toxicomanie au modèle de la réduction des risques. Etude comparative entre la France et l’Italie, Recherche sous la direction de Christophe Bouillaud, IEP Grenoble, 2002, 2 tomes, 396p.

Farges F., Patel. P., Les communautés thérapeutiques pour toxicomanes, Revue documentaire toxibase, 22p.

Fassin D., « Les politiques de la médicalisation », *in* Aïach P., Delanoë D., L’ère de la médicalisation, *op.cit.*, pp.1-14.

Fassin Didier, L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, Paris, PUF, 1996.

Faugeron Claude, "Réformer la prison ? Une perspective historique", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,* p.33.

Faugeron C., Chauvenet A., Combessie A., Approches de la prison, Bruxelles, De Boeck Université, 1996.

Faure Olivier, « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIXème-XXème siècle », *in* Nourisson Didier, Education à la santé. XIXème –Xxème siècle, Rennes, Editions de l’Ecole nationale de santé publique, 2002, pp.13-30.

Favre Pierre, « La gestion administrative du sida ou l’impossible captation d’un problème de santé par la Haute administration », *in* Favre Pierre (dir.), Sida et politique. Les premiers affrontements (1981-1987), Paris, L’Harmattan, 1992*,* pp.75-92.

Fazzi L., Scaglia A., Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, Luca Fazzi, Antonio Scaglia, FrancoAngeli, Milan, 2001.

Gatti R.C., Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio

pubblico, Franco Angeli, Milan, 1996.

Giordano Valeria, "AIDS in carcere tra informazione e formazione", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società, *op.cit.,* pp.83-100.

Gonin D., La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, Ed. De l'archipel, Paris, 1991.

Goudsblom Johan, « Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs », Actes de la recherche en sciences sociales, n°68, juin 1987, pp.3-14.

Granaglia Elena, « La politica sanitaria », *in* Dente Bruno, Le politiche pubbliche in Italia, Bologna, Il mulino, 1990, pp.367-381.

Greilsamer L., Le procès du sang contaminé, Le Monde Editions, Paris, 1992, 313p

Ingold F-R., « L'hépatite du toxicomane, une épidémie de seconde zone », Esprit, 01/2001, n°271, pp.114-123.

Jauffret-Routside Marie, « Les groupes d'autosupport d'usagers de drogue. Mis en œuvre de nouvelles formes d'expertise », *in* Faugeron C., Kokoreff M., Société avec drogues. Enjeux et limites, Ed.Erès, 2002, pp.165-181.

Jobert B., Muller P., L'Etat en action, politiques publiques et corporatisme, Presses Universitaires de France, Paris, 1987.

Lagroye Jacques, Sociologie Politique, Paris, Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques, 1991, « Les politiques publiques ».

Lambert Marie-Thérèse, Politiques sociales, Paris, Presses de la FNSP, 1997, 718p.

Lechien Marie-Héléne, « L'impensé d'une réforme pénitentiaire », Actes de la recherche en sciences sociales, mars 2001, n°136-137, pp.15-26.

Le Floch Frank, « Michèle Barzach, Ministre « du sida » : les modalités d'une politisation technicienne », *in in* Favre Pierre (dir.), Sida et politique, *op.cit.,* pp.175-187.

Lhuilier Dominique, Aldona Lemiszewka, Le choc carcéral, Bayard, Paris, 2001, 310p.

Lhuilier Dominique, "La santé en prison : permanence et changement", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,* pp.186-216.

Lhuilier D., Aymard N., L'Univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison., Desclée de Brouwer, Paris, 1997, 287p.

L.I.L.A. (Lega Italiana Lotta A.I.D.S.), F.I.VOL. (Federazione Italiana Volontariato), "La medicina penitenziaria è in crisi d'identità…", 2000, disponible sur le site internet <http://www.ristretti.it>.

Magliona. B., "Accertamento sierologico dell'infezione da HIV, carcere e tutela dei diritti umani: dal concetto di popolazione speciale al principio di equivalenza", *in* Rassegna Italina di Criminologia, 1994, V, 4, pp.503-519.

Maino Franca, La politica sanitaria, Bologna, Il Mulino, 2001, 310p.

Mapelli Vittorio, Il sistema sanitario italiano, Bologna, Il Mulino, 1999, 179p.

Marchetti Anne-Marie, « Sociologie de la population carcérale », *in* Santé en milieu pénitentiaire, Forums régionaux d'échanges de réflexion, février juin 2000, Centre régional de formation de l'administration pénitentiaire, Liancourt (Oise), Actes, CRES

Picardie, 12/2000, pp.12-17.

Marchetti A-M., “La pauvreté: une caractéristique structurelle de l’institution pénitentiaire”, *in* Revue Française des affaires sociales, n°1, janvier-mars, 51 année, 1997, pp.27-246.

Marchetti A-M., Combessie P., La prison dans la Cité, Desclée de Brouwer, Paris, 1996, 318p,

Marchisio Marina, “Aids e tossicodipendenza nelle statistiche sulla popolazione detenuta in Italia (anni 1990-99)”, *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L’Aids nel Carcere e nella società, *op.cit.,* pp.139-160.

Massé Raymond, « La santé publique comme projet politique et comme projet individuel », Hours Bernard, Systèmes et politiques de santé, Paris, Khartala, 2001, pp.41-64.

Memmi Dominique, « La nouvelle administration des corps », Revue française de science politique, 2000, n°1, pp.3-19.

Michelat (Guy), « Sur l’utilisation de l’entretien non-directif en sociologie », Revue Française de Sociologie, n°16, 1975.

Milly Bruno, Soigner en prison, Paris, PUF, 2001, 250p.

Mongin Olivier, « Prisons à la dérive », Esprit, octobre 1995, pp.101-103.

Morelle Aquilino, « L’institution médicale en question. Retour sur l’affaire du sang contaminé », Esprit, octobre 1993, n°195, pp.5-57.

Morel Alain, Traitements de substitution à la buprénorphine : l’expérience française, Revue documentaire toxibase,p.2.

Morici Luca, « Tossicodipendenza e carcere : tra punizione e cura », in Corsi G., La Palombara A., Besio C., Morici L., Percorsi personali e di reclusione, Edizioni Sensibili alle foglie, 2002, pp.151-162.

Muller Pierre, « Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde », *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, *op.cit.,* pp.153-179.

Muller Pierre, Les politiques publiques, Que sais je ?, Paris, 1990.

Muller, P., Surel, Y., L’analyse des politiques publiques, Montchrestien, Paris, 1998.

Observatoire international des prisons, Prisons : un état des lieux, Paris, L’Esprit frappeur, 2000, 315p.

Observatoire international des prisons, Prévention et traitement du sida dans les prisons d'Europe, Lyon, décembre 1995, 20p.

Ogien Albert, « Qu’est ce qu’un problème de santé publique ? », *in* Faugeron C., Kokoreff M., Société avec drogues. Enjeux et limites, *op.cit*, pp.225-244.

Olive Agnès, « Le sida en prison (ou le bilan de la santé publique en milieu carcéral) », Revue pénitentiaire, n°2/4, 1998, pp.10-16.

Orsenigo Marco, Tra clinica e controllo sociale. Il lavoro psicologico nei servizi per tossicodipendenti, FrancoAngeli, 1996, Milan, 158.p

Osmani Ibrahim, « Aids e tossicodipendenza nelle statistiche penitenziarie », *in* Faretto Anna Rosa, Sarzotti Claudio, Le carceri dell’Aids. Indagine su tre realtà italiane,

Torino, L'Harmattan Italia, 1999.

Péchu Cécile, « Tenir le politique à l'écart. Jeu et enjeu du travail médical », *in* Favre Pierre (dir.), Sida et politique, *op.cit.,* pp.41-59.

Petit Jacques-Guy, Faugeron Claude, Pierre Michel, Histoire des prisons en France. 1789-2000, Editions Privas, Toulouse, 2002, 254p.

Piccone Stella Simonetta, Droghe e tossicodipendenza, Il Mulino, Bologne, 1999, 126p.

Pinell Patrice (dir), Une épidémie politique. La lutte contre le Sida en France (1981-1996), Paris, PUF, 2000, 415p.

Pinell Patrice, « Médicalisation et procès de civilisation », *in* Aïach P., Delanoë D., L'ère de la médicalisation, *op.cit.*, pp.37-51.

Pinell Patrice, Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940), Métailié, Paris, 1992.

Pollet Gilles, « Analyse des politiques publiques et perspectives théoriques », *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, *op.cit.,* pp.25-47.

Quellier Christine, Rapport d'évaluation de la formation action en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire sur dix sites pilotes, août 2000, 80p.

Riccardo C. Gatti, Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico, Franco Angeli, Milan, 1996, 175.p

Ronconi S., "Informazione e prevenzione in ambito penitenziario: progetti, interventi ed esperienze", *in* Magliona B., Sarzotti C., La prigione malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute, L'Harmattan, Italia, Torino, pp.155-174.

Sarzotti Claudio, "Prevenzione Aids in carcere : il ruolo della cultura professionale degli operatori penitenziari", *in* Faccioli Franca, Giordano Valeria, Claudio Sarzotti, L'Aids nel Carcere e nella società. Le strategie comunicative per la prevenzione, Roma, Carocci, 2001, pp. 15-82.

Sarzotti Claudio, "L'assistenza sanitaria: cronaca di una riforma mai nata", *in* Anastasia Stefano, Gonnella Patrizio (dir.), Inchiesta sulle carceri italiane, Carocci, Roma, 2002 **,** pp.109-121.

Schaetzel F., *in* Moquet-Anger M.L. (sous la direction de), L'éducation pour la santé : enjeux, obstacles, moyens, Colloque pluridisciplinaire, faculté de droit de science politique de Rennes, 24-25 septembre 1998, Ed.CFES, octobre 2001, pp.50-56.

Setbon Michel, Pouvoirs contre le Sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède, Paris, Seuil, coll. « Sociologie », 1993, 430p

Setbon M., « La normalisation paradoxale du sida », Revue française de sociologie, 41-1, 2000, pp.61-78.

Spella Fernanda, « Fattori di rischi per i tossicodipendenti nelle carceri italiane », La cura delle persone con Aids. Interventi e contesti culturali , Nizzoli Umberto, Oberto Bosi (dir.), *op.cit*, pp.213-227

Steffen Monika, Les Etats face au Sida en Europe, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 2001, 258p.

Surel Yves, « Les politiques publiques comme paradigmes », *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, L'Harmattan, 1995*,* pp.125-151.

Thibaudière Claude, Sociologie du Sida, La découverte, Paris, 2002.

Thibault Philippe-Michel, Le défi des prisons « privées », Paris, Albin Michel, 1995, 217p.

Touzeau Didier, Bouchez Jacques, La Méthadone, Revue documentaire toxibase, 1998, 12p.

Vacheret Marion, « L'univers des surveillants de prison : de la dévalorisation à l'atomisation », pp.532-559.

Vasseur Véronique, Médecin-chef à la prison de la Santé, Le cherche midi, Paris, 2000, p.217.

Veil Claude, Lhuilier Dominique, "Introduction", *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, Paris, 2000, pp.9-28.

Vigarello Georges, « L'éducation pour la santé. Une vrai attente scolaire », Esprit, n°2, février 1997, pp.72-82.

Wacquant Loïc, Les prisons de la misère, Paris, Raisons d'Agir, 1999.

Warin Philippe, "Les politiques publiques, multiplicité d'arbitrages et construction de l'ordre social", *in* Faure Alain, Pollet Gilles, Warin Philippe, La construction du sens dans les politiques publiques, L'Harmattan, 1995*,* pp.85-101.

Welzer Lang D., Mathieu L., Faure M., Sexualités et violences en prison, Aléas -Observatoire international des prisons, Lyon, 1996, 276p.

Zuffa Grazia, I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno, Sellerio Editore, Palermo, 2000, 145p.

2. Sources

Articles de presse et professionnels

“Meno soldi per la salute dei detenuti”, Il Sole 24 Ore, 7 octobre 2002.

Archer E., « Les traitements de substitution en milieu carcéral : évolutions des attitudes thérapeutiques », Le journal de l'éducation pour la Santé en Picardie, n°4, décembre 2001, p.11.

Barlet P., « Historique de la médecine pénitentiaire », Tonic, Lyon, n°96, 2001, pp.2-4.

Benqué Charles, Libération, 10 mai 1994.

Blandin Claire, « L'examen du projet de loi sur la santé publique à l'Assemblée nationale. Les députés renoncent au dépistage obligatoire du sida pour les tuberculeux », Le Monde, 1 décembre 1993.

Blandin Claire, « Le projet de loi sur la santé publique. Les divergences persistent entre députés et sénateurs », Le Monde, 20 décembre 1993.

CODES Basse-Normandie, Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé. Contribution à un glossaire, juin 2000, 75p.

Choukroun Odile, « Education pour la santé et insertion sociale », La santé de l'homme, n°315, janvier -février 1995, pp.31-32.

Cugno Alain, « Une aussi longue attente », Projet, n°269, printemps 2002, pp.54-62.

De Donatis Vincenzo, "Il Medico Penitenziario tra Passato, Presente e Futuro", n°30, année XVI.

Faucher Dominique, « Médecin en détention : soignant et témoin », *in* La lettre de l'Espace éthique, n° 12-13-14, Eté automne 2000, p.39-40.

Faure Michael, «Humaniser pour réinsérer. Le droit à l'intimité en détention », Le Monde diplomatique, février 1999, p.26.

Feron Jean-Marc, « La santé en prison : Santé publique ou ministère de la justice ? », Santé conjuguée, octobre 2002, n°22, pp.95-96.

Folléa Laurence, « Un projet de loi à l'automne sur la pris en charge médicale des détenus », Le Monde, 16 Août 1993.

Goudet B., Larrose B., Trias, V., Noury M., « Education pour la santé et réinsertion des détenus », La santé de l'homme, n°315, janvier -février 1995, p.32.

Hoffman Axel, « Santé et prison : une équation insoluble », Santé conjuguée, octobre 2002, n°22, p.105.

Lecors Philippe, « Ethique, santé et milieu carcéral », La santé de l'homme, n°315, janvier -février 1995, p.32.

Lhuilier Dominique, « Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire », La lettre de l'Espace éthique, n°12 -13 -14, été-automne 2000, pp.34-38.

Logeart Agathe, « Le rapport du docteur Solange Troisier préconise d'améliorer l'information et l'hygiène dans les prisons », Le Monde, 12 février 1988.

Martin Dorothée, "Réflexion sur le sens éthique de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire", La lettre de l'espace éthique, n°12 -13 -14, été-automne 2000, pp.41-42.

Mastandrea Angelo, **« *Droghe, stoppato Fini », Il Manifesto, 26/06/2003.***

Nau Jean-Yves, « Tuberculoses pénitentiaires. Une refonte du système de soins », Le Monde, 20 janvier 1993.

Nouchi Franck, « Une circulaire pour améliorer le dépistage en milieu carcéral », Le Monde, 24 mai 1989.

Nouchi Franck, Nau Jean-yves, « Contamination : le sang des prisons », Le Monde, 11 avril 1992.

Nouchi Franck, « Un projet de loi présenté au conseil des ministres. Des mesures devraient permettre d'améliorer la protection sanitaire des détenus », Le Monde, 7 octobre 1993.

Obrecht Olivier, « Des progrès pour la santé en prison », Projet, n°269, printemps 2002, pp.110-117.

Obrecht Olivier, « La réforme des soins en milieu pénitentiaire de 1994 : l'esprit et les pratiques », *in* Veil Claude, Lhuilier Dominique, La prison en changement, *op.cit.,*pp.231-253.

Raspa Gianni, “In difesa dell’Autonomia della Medicina Penitenziaria”, n°30, année XVI.

Schnall., « Les traitements de substitution et la prison »**,** Maintenant la lettre, n° 25 juin 1998.

Sicard Didier, « Sida et prison », Chrétiens et Sida, n°23.

Simonpietri Aldona, « Identité professionnelle, identité de sexe et Sida. Le cas des surveillants de prison », *in* Santé en milieu pénitentiaire, *op.cit*, pp.52-54.

Springs Alice « Per uscire dal carcere dogato”, Il Manifesto, 03 juin 2002.

Springs Alice, “La sanità entra in carcere”, Il Manifesto, 28 mai 2000.

Stephan Isabelle, « Représentations et pratiques professionnelles des surveillants », Le journal du Sida, n°104, mai 1998, pp.22-23.

Thoraval Armelle, « Dintilhac visé par une plainte liée au sang contaminé, Libération, 20 juillet 2001.

Vasseur Véronique, « Editorial : Engagement éthique d'un médecin en prison », *in* La lettre de l’Espace éthique, n° 12-13-14, été-automne 2000.

Viaud Frédérique, « La santé entravée », Transversal, 06-07-08/2002, pp.9-11.

Rapports et études

Administration pénitentiaire, Direction générale de la santé, Etat des lieux des actions d’éducation pour la santé menées en milieu pénitentiaire, document dactylographié, 200, 5p.

Assemblée Nationale, La France face à ses prisons, Paris : Assemblé nationale, 2000, n°2521,28 juin 2000.

Conseil national du Sida, Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif, Rapport, avis et recommandations du Conseil national du Sida, adoptés lors de la séance plénière du 21 juin 2001, responsable de la commission :Alain Molla, 163p.

Conseil national du sida, Rapport sur les situations médicales sans absolue confidentialité dans l'univers pénitentiaire, 12 janvier 1993.

DREES, La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité,1999, 4, 10 p.

Fatome, Vernerey, Lalande, Froment, Valdes-Boulouque, L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation *,* Rapport Inspection générale des services judiciaires - Inspection générale des affaires sociales, juin 2001.

Gentilini Marc, Problèmes sanitaires dans les prisons, Paris, Flammarion, 1997, 214p.

Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), Santé en milieu carcéral, ENSP Collection Avis et Rapports du HCSP, janvier 1993, 68 p.

Montagnier Luc, Le sida et la société française, Paris, La documentation française, décembre 1993, p.324

Pradier Pierre, La Gestion de la santé dans les établissements du programme 13000 : évaluation et perspectives : documents, visites, entretiens, réflexions, ministère de la Justice, 1999, 109p.

Stankoff Sylvie, Dherot Jean, Rapport de la mission santé-justice sur la réduction des risques de transmission du VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, Paris, Direction générale de la santé, direction générale de l'administration pénitentiaire, 2000, 88p.

Annexes

Entretiens

Entretien n°1 : Gwenaëlle Leponer, 25 ans, chargée de mission au Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES), 28/11/2002, 1h30.

G.L: Donc tu as les hôpitaux, les DDASS, les DRASS, la justice, les associations locales, régionales et départementales... Tu as tout un réseau d'acteurs qui vont intervenir au sein de la prison et qui en général se mettent en partenariat pour monter des projets... Je pense que prendre le sujet du côté des médecins, c'est très, très réducteur... Parce qu'en terme d'éducation pour la santé, ce ne sont pas que des médecins c'est vraiment le fait d'une multitude d'acteurs jusqu'au personnel de surveillance... Même eux peuvent être amenés à exercer des actions de prévention. C'est assez difficile de les mobiliser mais en tout cas en ce moment c'est recherché... La politique, c'est dans ce sens la...

F.E: Mais justement quel type de coordination exercez-vous ?

G.L: Alors pour l'instant on en est aux balbutiements. C'est l'objectif de la loi... En ce

moment, on est en plein dedans. Il y a un ou deux ans, j'étais à un colloque à Rennes sur justement la mise en application de la loi de 1994 en France au sein des institutions pénitentiaires. Donc j'ai pas mal de documents sur la loi de 1994 avec son application, avec ses expérimentations car justement on est en plein dedans et comme on essaye d'aller en avant dans les années à venir [...] Alors moi je vois, au début, au niveau des prisons de Lyon... Moi je travaille surtout avec les prisons de Lyon. Il y a un groupe éducation pour la santé qui s'est mis en place et qui rassemble l'UCSA, le SMPR, les services médicaux psychologiques régionaux, il y a une antenne toxicomanie au niveau de Lyon, il y a un certain nombre d'intervenants extérieurs comme des associations ou des intervenants à titre individuel comme le groupe des pompiers qui font des actions de prévention en prison. Il y a aussi le personnel administratif, le personnel de surveillance qui est représenté, tout ce qui est comité de probation est représenté aussi. C'est un groupe éducation pour la santé qui se réunit tous les deux mois depuis deux ou trois ans, et qui essaye justement de mettre en place une coordination autour des actions de prévention. Pour l'instant, ça fonctionne pas trop mal. On a notamment pu mettre en place une formation auprès des professionnels de surveillance, sociaux, médicaux... On a mis en place une formation sur la santé et l'éducation à la santé... On a dégagé cinq grandes thématiques qui paraissaient prioritaires sur les prisons de Lyon, à partir d'une enquête qu'on a faite au préalable auprès des professionnels. À partir de là on a mis en place une formation qui a mobilisé malheureusement peu de professionnels. Il y avait vingt-cinq participants... Ce qui est déjà pas mal quand même. Surtout par rapport au nombre de personnels dans les prisons de Lyon.

F.E: Au début, vous en attendiez plus ?

G.L: On ne savait pas trop. Non, on était content si tu veux, au niveau du chiffre. Mais c'était plutôt par rapport à la composition du groupe... C'est-à-dire qu'on avait énormément de personnels de surveillance et ça été très peu mélangé... C'est-à-dire très peu interprofessionnel, et très peu de personnel social, on a eu que deux ou trois personnes du personnel médical. C'est vrai, on a un peu perdu de la richesse, il y aurait pu avoir plus d'échanges si ça avait été un peu plus mélangé. Notre objectif c'était surtout de toucher un peu tous les personnels, justement comme le recommande la loi. C'est-à-dire que l'esprit de la loi c'est d'élaborer un partenariat entre les différents intervenants. Donc nous on voulait vraiment coller à cet esprit là. Je pense qu'il y a eu des problèmes de communication énorme entre les différents organisateurs... Tu sais, travailler dans les prisons, c'est vraiment très complexe. C'est très difficile... Il y a vraiment l'intérieur et l'extérieur. C'est très, très difficile de travailler avec le personnel qui est à l'intérieur. Donc, je pense que oui, c'est une première expérience et on va essayer de mettre en place dans les années à venir quelque chose de plus interdisciplinaire. On va essayer de plus mobiliser les autres personnels... Le personnel social, le service médical... Pour pouvoir mettre en place quelque chose de plus interdisciplinaire.

F.E: Le personnel médical n'est pourtant pas a priori le plus difficile à atteindre par rapport au personnel de surveillance...

G.L: Moi je pense personnellement que le personnel médical estime être suffisamment informé, formé, éclairé et... Je pense qu'ils n'ont pas considéré que c'était une formation qui leur était adressée en priorité. Je pense qu'ils ont une formation

continue. Mais après je ne sais pas trop si au niveau de la spécificité du milieu carcéral il y a quelque chose... Je pense que oui. Au niveau du service social, c'est tout simplement qu'il y a eu des problèmes de coordination avec la responsable du service social qui était peu présente et qui s'impliquait peu. Il y a eu peu d'information... Si tu veux, nous, on était prestataires de services. On dépendait largement de nos partenaires qui étaient à l'intérieur des prisons. C'est-à-dire que moi, je n'ai pas pu faire la communication moi-même, je n'ai pas pu intervenir moi-même, etc. il a fallu que je passe à chaque fois par le personnel de la prison et ils n'ont pas toujours joué le jeu. C'est-à-dire que moi j'ai fait en sorte de construire des affiches, des petites plaquettes d'information, de faire un article pour le journal de la prison... Et tout ça je l'ai fais passer aux personnes concernées qui n'ont pas... Elles n'ont pas distribué des plaquettes, elles n'ont pas mis l'article dans le journal... J'ai dû faire face à un ensemble de problèmes d'organisation liés au manque d'application des personnels de la prison.

F.E: Justement, comment se sont déroulés les contacts avec l'administration pénitentiaire ?

G.L: Très bien, si tu veux. Dans le groupe éducation pour la santé, il n'y a pas de problème. Tout le monde est toujours partant... Il y a beaucoup d'optimisme, etc. beaucoup d'implication, beaucoup de participation... Mais il ne faut pas trop leur en demander plus, il ne faut pas aller trop loin. Parce que si tu veux l'éducation pour la santé, ce n'est carrément par la priorité au sein du milieu carcéral. Il y a tellement de problème, de lourdeurs, de difficultés...[Soupir] Je vais te dire, l'éducation pour la santé c'est vraiment la dernière roue du carrosse, donc... Mais ils sont partants, ils sont toujours très partants pour faire plein de choses, plein de projets, etc. On a les moyens financiers, car au niveau de l'administration pénitentiaire régionale, il y a des moyens qui sont débloqués pour l'éducation à la santé. Donc là, il y a pas trop de souci au niveau du financement. C'est plus le niveau de l'application professionnelle. Je pense que pour eux ce n'est pas la priorité.

F.E: Et après tu m'avais parlé d'une évaluation ?

G.L: Ouais, on est déjà en train de juger un petit peu la formation de cet été... Parce qu'en fait l'idée, si tu veux, c'est que dans un premier temps on intervenait auprès des professionnels. Et notre idée, c'est un peu de mettre à l'épreuve ces professionnels, de les confronter au terrain. Parce qu'ils ont eu une formation théorique, et que justement l'idée c'est de mettre un peu en pratique tout ce qu'ils ont pu apprendre au niveau de cette formation là. Notre idée c'est de demander à un certain nombre de professionnels qui ont participé à la formation, de devenir eux-mêmes animateurs en prévention pour la santé auprès des détenus. Alors là, il y a des difficultés énormes ici dans la mesure où ça change le rapport qu'ils peuvent avoir avec le détenu. Ils ont le problème... En fait, le problème du personnel de surveillance, c'est qu'ils ont un double rôle, une double casquette. Ils ont d'une part le rôle de surveillance et d'autorité, mais aussi une mission de "veille"... C'est ce qu'ils appellent une mission de "veille". C'est-à-dire qu'ils sont quand même à l'écoute des besoins des détenus, ils sont quand même là pour observer un petit peu comment ça se passe, pour observer les problèmes au niveau social, santé, psychologique, etc. Ils ont une fonction d'observation et ils ont beaucoup de mal à faire la part des choses entre ces deux missions. Alors tu vas voir des professionnels qui sont

tout à fait orientés vers une mission de veille, qui ont des relations tout à fait particulières avec les détenus et qui sont très ouverts, etc... Et puis tu vas avoir à côté des ayatollahs des matraques, tu vois, des ayatollahs de la matraque qui vont pas avoir d'autres rôles avec les détenus, point, ça s'arrête là. Et leur mission de veille passe totalement à la trappe. Donc tu vas avoir ces deux pôles et entre les deux pas mal de monde. Et la difficulté pour nous, c'est de les mobiliser sur cette mission de veille. C'est-à-dire leur dire, effectivement, vous êtes là pour jouer votre rôle sécuritaire, mais vous avez aussi une mission de veille et vous pouvez également participer, en vous mettant en situation, d'apporter des informations sur la santé, sur les besoins, etc. donc là, c'est un grand défi. Parce qu'on n'est pas forcément sur la même longueur d'onde.

F.E: Et les surveillants qui ont participé au programme sont tous volontaires ?

G.L: Ouais.

F.E: J'imagine que c'était déjà des gens qui avaient une fibre plus orientée vers la "veille"...

G.L: Alors, oui et non. Parce qu'en fait on s'est débrouillé... C'est toute la subtilité de l'approche... C'était de dire qu'on allait faire une formation d'éducation pour la santé qui n'était pas sur les détenus. C'est-à-dire qu'on l'a prise plutôt du côté de l'angle des professionnels... C'est-à-dire que qu'on leur a parlé plutôt de leurs problèmes de sommeil à eux, on leur a parlé plutôt de leurs souffrances psychologiques à eux... Je pense que s'ils sont venus d'abord, c'était pour parler d'eux. L'astuce, c'est qu'on s'était dit : on essayait de les prendre par ce biais-là, et peut-être que petit à petit, au fur et à mesure de la formation, on réussira à introduire la problématique des détenus, et le rapport qu'ils peuvent avoir avec eux. Ça a été fait, c'était une réussite... Sachant que ça nous a été reproché aussi. C'est-à-dire que des personnels nous ont dit : "oui, vous nous aviez dit, qu'on allait parler de nous et finalement on a beaucoup parlé des détenus". Il y a une espèce de rivalité entre le personnel de surveillance et les détenus. C'est-à-dire que les professionnels de surveillance sont vraiment en souffrance par rapport aux détenus en disant "on leur donne tout", "toutes les actions sont en direction des détenus, et non, voilà, qu'est-ce qu'on est dans tout ça ?"... Voilà... "On a aussi droit à de l'attention, etc.". C'est vrai qu'ils sont un peu focalisés sur "c'est toujours pour les détenus" et nous dans l'histoire qu'est-ce qu'on est. C'est pour ça que dans l'histoire ça nous a été un peu reproché.

F.E: Tu étais présente durant la formation ?

G.L: Oui, j'étais un peu le fil rouge en fait. On a fait appel à des intervenants extérieurs. On a eu cinq journées. On a eu une journée sur les maladies sexuellement transmissibles, une journée sur l'hygiène, un thème sur le sommeil. Comment ça s'est déroulé ? Alors tout simplement, il y a eu une présentation du contexte, de la formation... On a insisté justement sur le thème multidisciplinaire, du partenariat entre la justice, les affaires sociales, les associations pour monter cette formation. Mon directeur est intervenu également, il faisait toujours une petite présentation sur l'éducation à la santé... Qu'est-ce que c'est ? Pour expliquer les concepts de base. On leur rappelait aussi l'enquête... On voulait leur montrer aussi que si on avait construit cette formation, ça partait de leurs besoins et de leurs attentes car cette formation a été faite à l'issue d'une enquête auprès des professionnels. On avait un petit questionnaire qui était distribué sur

une centaine de professionnels, sur leur perception de la prévention en prison et les besoins et les attentes qu'ils pouvaient avoir un par rapport à cette question d'éducation à la santé... Voilà.

F.E: Et ça a donné quoi le questionnaire ?

G.L: Le questionnaire en gros, ça nous a permis de voir leurs attentes. Il y a eu un bon taux de réponse, un bon retour. Ce n'était pas une enquête très scientifique. C'était plus un document de travail. C'était un questionnaire d'une dizaine de questions. C'est pareil, la distribution, ça fait de manière très peu exhaustive. On n'a pas du tout balayé l'ensemble des professionnels. C'était juste pour avoir un peu une petite perception et présentation de ce que ça pouvait être la prévention et qu'est-ce qui pouvait les intéresser.

F.E: Ça n'était pas uniquement auprès des surveillants ?

G.L: Non, on a fait aussi... Les plus gros taux de réponses ont été auprès du personnel de surveillance et médical aussi. Le truc aussi, c'est que le personnel de surveillance est trois fois plus nombreux. C'est aussi pour ça qu'on a eu beaucoup, beaucoup de personnes du personnel de surveillance. Après, par exemple sur l'interactivité concrète... On essaye plutôt de les faire travailler en petits groupes et de les mettre en situation etc. Là, ce qu'on faisait après cet présentation générale... On leur demande et de travailler en petits groupes sur leurs attentes par rapport au thème et ce qu'ils attendaient de cette journée là. Après, il y avait deux interventions sur le thème et après ils travaillaient en petits groupes. On avait une méthodologie de travail avec la méthodologie de projet classique, avec la définition d'un problème à partir d'un certain nombre de critères de priorisation, de faisabilité etc.. Ensuite on leur demandait de poser des objectifs par rapport à ce thème là. On leur demandait de construire une action, de soulever des solutions et puis voilà on présentait ça, il présentait ça chacun à leur tour, il y avait 3 aux 4 groupes sur un problème particulier. Il y avait ensuite des propositions d'action venant des groupes de travail, pour la suite... Qu'ils exposaient ensuite à l'administration et qui pouvait éventuellement aboutir à une résolution de la situation. Donc, pour te donner un exemple... Sur la question de l'hygiène, par exemple, on a choisi trois cas. On a choisi un cas sur le refus des détenus de prendre la douche, donc ils étaient assez désemparés par rapport à ça car il n'y a aucune obligation mais ça fait quand même parti des éléments essentiels de prévention et au niveau de l'hygiène, etc. donc, ils ont proposé ensuite des actions possibles à mettre en place, etc. Et ces propositions ont été présentées ensuite à l'administration pénitentiaire...et libre à elle de... C'est-à-dire que nous, au niveau du CRAES, on avait absolument pas la légitimité de pouvoir imposer à l'administration pénitentiaire de mettre en place un certain nombre de choses. Donc c'était un peu l'idée... Après, c'est vrai que c'était un peu la difficulté car le personnel de surveillance attendait beaucoup de ses propositions-là, de leur construction, de leur travail en groupe et ils n'ont pas du tout eu l'impression d'être entendu. C'est la difficulté quand on travaille avec le milieu carcéral.

F.E: Et justement, comment s'était déroulée la collaboration entre les surveillants avec les autres personnels?

G.L: Alors j'avais fait une première petite évaluation, un petit questionnaire

d'évaluation à chaud... Et ce qui ressortait, c'est une très grande richesse au niveau des échanges, c'est-à-dire qu'eux, ils ont très, très peu l'occasion de se rencontrer entre professions diverses. Il y a une méconnaissance totale entre le médecin, le professionnel de surveillance ou le gardien de prison et l'assistante sociale. Je schématise, mais en gros c'est ça. Ils ont fait connaissance du travail des uns et des autres. Par exemple, par rapport à la circulation des médicaments en prison, les professionnels de surveillance ne comprennent pas toujours comment sont prescrits les médicaments, par qui et quel est son parcours... Quelle est la légitimité aussi à donner à un médicament. Il y a véritablement une réelle méconnaissance du travail des uns et des autres. Il y a une multitude d'intervenants en fait autour du détenu mais il y a des fractures au niveau de l'information. Et je pense que le détenu lui peut en jouer. Il peut prétendre par exemple être terriblement malade et le personnel de surveillance n'est absolument pas au courant de l'état de santé du détenu et il ne sera pas toujours comment réagir. Il ne saura pas si c'est du bluff... Il y a effectivement de gros problèmes de communication entre professionnels. Ce qui nous a amené aussi à poser la question du secret professionnel. C'est-à-dire tout ce qui concerne l'état de santé des détenus est protégé par le secret professionnel, et c'était une revendication du personnel de surveillance que de nous dire "est-ce qu'on ne peut pas avoir accès au dossier médical sur les détenus ?". C'était une demande au cours des débats. Alors on essayait de reprendre la question, en expliquant qu'il y a une protection des informations concernant la personne, etc. Et on a essayé de leur expliquer comment des mesures de prévention pouvaient être suffisantes, pouvaient suffire à leur action. Par exemple, "est-ce qu'on peut savoir si tel détenu est séropositif ?". Alors on leur dit, vous n'avez pas besoin de savoir quel détenu est séropositif dans la mesure où vous suivez un certain nombre de mesures de prévention... Par exemple quand le détenu se blesse, vous utilisez des gants et vous ne le touchez pas, des choses comme ça. On essaie de leur montrer que la levée du secret médical n'est pas toujours la meilleure solution et on peut avoir des mesures préventives qui peuvent très bien fonctionner.

F.E: C'est un thème qui revient souvent la séropositivité des détenus ?

G.L: Oui, énormément. Ils ont peur pour eux, en fait. Surtout les personnels de surveillance, ils ont peur, extrêmement peur de la contamination.

F.E: Et comment réagissait le personnel de santé face à cette question sur le secret médical ?

G.L: Si tu veux, c'était un refus catégorique. Pour le secret médical c'est un acquis, point barre. Il n'y a pas à rediscuter là-dessus. Ça, c'est clair, c'est évident... Ils ont été éduqués dans cette culture là, formés dans cette culture là et pour eux ça ne pose aucun problème. Il n'y a pas eu d'affrontements entre eux mais des échanges qui ont été très riches et qui ont permis aux uns et aux autres de mieux se comprendre et de mieux travailler ensemble.

F.E: Tout à l'heure tu me parlais de mise en pratique de ces acquis théoriques...

G.L: Oui, on est en train de faire un questionnaire d'évaluation et on essaie de mesurer un petit peu le degré de motivation que les professionnels qui ont bénéficié de la formation peuvent avoir aujourd'hui. Et quelle est leur motivation par rapport à une

participation un peu plus forte dans des actions de terrain. Donc là, la difficulté c'est qu'il y a un fort *turn-over* chez le personnel de surveillance. C'est un métier qui n'est pas facile il y a beaucoup d'arrêts maladies, beaucoup de transferts, etc. donc ce n'est pas dit que ceux qui ont suivi la formation cet été soient encore en poste. Ou alors, soit ils sont là et n'ont pas envie de s'impliquer, soit ils ne sont plus là. Donc je pense qu'on va avoir du mal à trouver des gens pour se mobiliser là-dessus. Donc dans ce cas-là on va refaire une formation et on essaiera d'inclure cet aspect plus pratique dans la nouvelle formation.

F.E: Vous avez prévu de reconduire ce type de formation ?

G.L: Ça dépendra de l'évaluation. Pour l'instant on discute mais ça dépendra.

F.E: Donc sinon comment s'est déroulée l'élaboration du projet ?

G.L: Ça s'est déroulé dans le cadre du groupe d'éducation à la santé. En fait, c'est eux si nous ont sollicité. Ils ont appelé le CRAES, notamment un membre du groupe le docteur Sahadjan qui travaille à l'antenne toxicomanie. C'est lui qui nous avait sollicité et au départ, en fait, il voulait évaluer l'ensemble des actions d'éducation pour la santé, dont il y a en fait un certain nombre d'actions... Il y a un atelier d'écriture, il y a des cours pour l'AFPS [Attestation de formation aux premiers secours] par les pompiers, il y a un atelier sur les arts martiaux qui permet de contrôler sa violence... Il y a quelque chose du côté du travail de l'esthétique pour les femmes sur la revalorisation de soi à travers une esthéticienne qui vient. Bref, il y a certain nombre d'activités comme ça et au départ et ils nous ont sollicité pour faire l'évaluation de leurs actions. Ils nous ont demandé de faire l'évaluation globale. Et en fait petit à petit, on a construit un autre projet. Au départ c'était une évaluation et on est arrivé à une formation pour les professionnels sur l'éducation à la santé.

F.E: Comment tu expliques ce passage ?

G.L: Je ne sais pas exactement. En fait c'est venu ensemble, c'était vraiment un travail en collaboration. C'est-à-dire que nous au cours des entretiens auprès des professionnels, avec l'enquête, on s'est rendu compte qu'il y avait un besoin de formation. Et puis en parallèle il y a eu aussi... Il y a eu une circulaire du ministère de la justice qui a fortement incité les directions régionales à mettre en place des formations d'éducation pour la santé et donc ça a coïncidé aussi avec la sortie de cette circulaire l0. Donc, du coup, on s'est dit il y a un besoin, il y a une politique publique derrière, il y a des financements... On est partit là-dedans.

F.E: Justement, au niveau des financements, ça s'est passé comment ?

G.L: Pour ce projet là, il y a la direction des services pénitentiaires au niveau régional et la DDASS et le CRAES. Donc c'était moitié/moitié entre la direction régionale et la DDASS, et le CRAES a participé un petit peu. En tout on avait un budget de 70 000 F.

F.E: Et ce côté évaluation ?

G.L: Alors on le garde quand même Ce côté... Au moins l'évaluation de cette action là. Car cette formation c'est devenu une action à part entière pour l'éducation à la santé et on en fait son évaluation au même titre que les autres actions. Pour les autres actions, ils ne sont pas toujours en mesure de faire une évaluation car ce sont des intervenants extérieurs, ils ont toujours l'habitude de travailler comme ça et c'est difficile donc de

demander par exemple aux pompiers d'évaluer leur action. C'est en partie pour ça qu'ils avaient demandé au CRAES de faire cette évaluation là. Parce qu'ils n'en avaient pas les moyens en interne... Les moyens techniques et humains.

F.E: Et qui opère la coordination de ces différentes actions ?

G.L: Justement, c'est le comité d'éducation à la santé qui se réunit tous les deux mois et qui fait le point sur comment ça se passe, y compris les projets au moment des appels à projet. C'est coordonné pour par l'UCSA.

F.E: Tu peux me dire comment c'est créé ce groupe ?

G.L: Il s'est créé il y a trois ou quatre ans. Moi je n'étais pas là. Et là, ils sont en train de se poser la question de se constituer en association. Pour l'instant s'est complètement informel. C'est sur la base du bénévolat. Au départ, je pense que c'est l'initiative de l'UCSA suite à la loi de 1994.

F.E: Parmi les thèmes de la formation, lesquels Te semblaient les plus intéressants ?

G.L: Alors, là c'est clair, on a eu un loupé. C'était sur le thème des médicaments. C'était quelque chose qui n'intéressait pas finalement... Et on s'est rendu compte que... C'était quelque chose qui était remonté de la prison des femmes de Montluc et au niveau de la formation il n'y avait personne de la prison des femmes de Montluc. Donc, c'est vrai qu'on a créé un groupe. Le personnel de la surveillance de Montluc qui avait répondu au questionnaire n'est pas venu à la formation. Les gens qui étaient présents n'avaient pas forcément émis le besoin d'avoir quelque chose sur la question des médicaments en prison. La plupart des surveillants ne se sentaient pas concernés, ils disaient que ce n'était pas un problème. Ils ne voyaient pas le problème en fait. La formation était intéressante quand même, le rapport médecin/patient, ça leur a permis de découvrir le travail des médecins et de l'UCSA. Ça leur a apporté quelque chose, au niveau des interventions ça a été bien reçu mais c'est surtout au niveau de la construction de leurs réponses collectives, ils ne voyaient pas de problème et on n'a pas pu faire grand-chose ensemble. C'était un petit loupé. Angoisses, violences : on a eu le reproche de trop axé... L'intervenant a trop axé la question sur les détenus et pas assez sur les problèmes des surveillants, à leur goût.

F.E: Les intervenants, c'était...

G.L: C'était des membres de notre réseau d'intervenants habituels.

F.E: C'était des intervenants du milieu carcéral ?

G.L: Non, pas toujours. Et ça nous a été reproché aussi. C'est-à-dire, qu'on nous a dit que certains ne connaissaient pas assez le milieu pénitentiaire. C'était aussi une richesse parce que ça leur a permis de découvrir un autre milieu... Mais en même temps il y a eu des manques au niveau de certaines réponses, à la question particulière du milieu carcéral. Il y eu des difficultés aussi parfois. Voilà. Pour le thème propreté hygiène, on a eu des problèmes d'intervenants car ils n'avaient pas du tout préparé leur intervention, et c'était vraiment un loupé. Mais comme les personnels avaient beaucoup de choses à dire là-dessus, ça quand même été riche. Ce qui a beaucoup plus, c'était l'intervention sur les MST. Au niveau de l'évaluation, il y eu beaucoup de points positifs. Déjà le fait que les deux intervenants, c'était un médecin de l'UCSA et une personne de l'antenne

toxicomanie... Donc ils connaissent très bien le milieu carcéral. Ce sont des gens qui sont très motivés par l'éducation à la santé et qui ont un discours très adapté.

F.E : Ces intervenants étaient membres du groupe d'éducations à la santé ?

G.L: Oui. En fait, c'était les deux personne qui sont un peu à la tête du groupe, qui animent un peu le groupe. Donc justement. C'est vrai que la, ça beaucoup plu. Ce sont des gens qui sont très impliqués, très motivés et qui connaissent bien le milieu carcéral.

[Interruption]

G.L: Oui, donc, les MST c'était un thème qui est apparu comme prioritaire et donc pour bien coller à leurs attentes et à leurs besoins, ils étaient très intéressés. Je te dis, c'est une de leur grande peur. La question de la transmission des MST, la question du secret médical c'est vraiment quelque chose qui les passionne.

F.E: Mais vous avez préféré faire une formation plus générale ?

G.L: Parce que justement c'était une formation d'éducation à la santé en général. Et on avait des financements pour une formation d'éducation à la santé en général. On n'a pas ciblé un thème particulier mais peut être que par la suite, comme on a vu que justement il y a des thèmes qui sont prioritaires, peut-être que par la suite qu'on sera amené à faire une formation ou une action là-dessus.

F.E: Il y a déjà eu des actions spécifiques par rapport aux MST ?

G.L: Je ne crois pas. Par contre, il y a des actions dans d'autres domaines, souvent ils ont des appels à formation qui viennent de différents intervenants et donc je sais qu'il y avait déjà eu beaucoup de choses sur les MST. J'ai vraiment l'impression que toutes les peurs sont focalisées là-dessus.

F.E: Tu penses que c'est disproportionné ?

G.L: Oui. Oui, parce qu'il y a une méconnaissance, justement. Et puis parce que le milieu carcéral, de toute façon, renforce les difficultés qu'on peut rencontrer, et notamment le VIH. Mais justement cette peur même si elle est disproportionnée, elle se justifie du fait qu'il y a beaucoup de problèmes de santé en prison. Mais bon, à mon sens, ça ne se justifie pas parce que, à ce jour en tout cas, on n'a encore jamais vu le cas d'une contamination d'un personnel de surveillance au VIH. Dans n'importe quelle prison, on n'a jamais vu ça. Donc ça veut dire, qu'il y a déjà tout un système de prévention qui est efficace. Il y a une focalisation sur un problème qui canalise un peu toutes les peurs et toutes les angoisses.

F.E: Sinon sur les thèmes, tu m'as parlé du sommeil ?

G.L: C'est un thème qui a beaucoup plu parce que justement, l'intervenant a axé la question sur les difficultés de sommeil liées au travail de surveillant. Donc en fait, ça les a super-intéressé parce que c'est une de leurs préoccupations premières. C'est par rapport à eux-mêmes, et c'est pas par rapport aux problèmes des détenus. Donc effectivement, ça les a beaucoup, beaucoup intéressé.

F.E: J'aimerais savoir au niveau du personnel de santé qui a participé à la formation... C'était quel type de profession ?

G.L: Des infirmiers.

F.E: Il n'y avait pas de médecins ?

G.L: Non

F.E: Sinon est-ce que tu penses qu'il y avait une spécificité de l'action que vous avez faite en terme d'éducation à la santé ?

G.L: Bien, en fait, la spécificité, c'est que ça s'adresse aux professionnels et pas aux détenus. Donc là, c'est une première spécificité. Deuxième spécificité, c'est que c'est une première dans les prisons de Lyon de faire une formation d'éducation à la santé. Et puis, autre spécificité, la tentative interdisciplinarité et la rencontre entre des professionnels qui se côtoient tous les jours et sans échanger.

F.E: Tu me parlais de mise à l'épreuve et de mise en pratique. C'était par apport au questionnaire et à l'évaluation ?

G.L: C'est-à-dire que, on verra dans le questionnaire que s'il y a des professionnels qui semblent assez mobilisés et impliqués pour pouvoir se mettre en situation d'animer des groupes de détenus sur l'éducation à la santé, on partira là-dessus. Mais il faut qu'on ait des gens assez impliqués pour pouvoir mettre en place ce type d'actions. Car c'est quelque chose qui ne s'est jamais fait. Que des professionnels de surveillance soient en situation, ça ce n'est jamais vu. C'est de l'inédit. Je suppose que ça commence à se faire dans d'autres établissements pénitentiaires, je pense qu'il y a des expériences. Mais sur Lyon et sur la région, c'est la première.

F.E: Justement, est-ce que vous êtes inspirés sur d'autres projets ?

G.L: Oui. Donc... En fait. Suite à la loi de 1994, il y a eu... Ça c'est ma Bible, parce que c'est très bien fait. Voilà. Suite à la loi de 1994, il y a un certain nombre de choses qui ont été faites en collaboration avec certains groupes d'éducations à la santé et notamment en Bretagne, à Rennes. Il y eu des colloques qui ont rassemblé pas mal de professionnels et ça nous a amené en 1998 à un appel en candidature qui était rédigé par l'administration pénitentiaire et diffusée auprès des établissements par la DGS et auprès des UCSA... Sur justement la mise en place de formation actions sur l'éducation à la santé. Donc ensuite, il y a eu la mise en place de dix sites pilote qui ont expérimenté ses formations actions et qui a donné lieu à ce rapport évaluation en août 2000. Et suite à ce rapport d'évaluation, il y a une circulaire qui est sortie , incitant les établissements pénitentiaires à mettre en place de ce type de projets.

F.E: Il n'y avait pas eu de projets pilotes sur Lyon ?

G.L: Non il n'y avait pas eu de projets pilotes sur Lyon.

F.E: Par contre, puisque tu participes de façon régulière au comité d'éducation à la santé ?

G.L: Oui j'y vais, j'y vais parce que on y dit des choses très intéressants et parce que quand je suis arrivée, je ne connaissais pas du tout le milieu carcéral et moi j'en ai besoin pour appréhender un peu la réalité de ce milieu. Si je veux pouvoir mettre en place des projets, c'est même indispensable d'avoir connaissance de l'environnement. Au départ mon directeur venait avec moi car c'est lui qu'on a sollicité et comme il délègue souvent...

F.E: Vous êtes combien de personnes à assister aux réunions ?

G.L: C'est très régulier, mais en général on est entre 8 et 10 personnes. Alors ça se déroule au CMP, juste en face des prisons... Et qui donc est à l'extérieur.

F.E: Dans les participants, est-ce qu'il y a des associations qui sont représentées ?

G.L: Alors pour l'instant, il y a que nous mais comme on ne se présente jamais, je ne sais jamais qui est là. Mais ça peut arriver je pense qu'il y ait des associations qui viennent. Ça peut arriver. Mais je ne sais pas quel type d'association par contre. Pour l'instant, de toute façon au niveau d'éducation à la santé, il y a le CRAES et la DES [l'association départementale d'éducation à la santé] qui ne travaillent pas avec les prisons de Lyon. Pour l'instant ils travaillent beaucoup je crois sur le sida. Je crois que le CNDT est intervenu.

F.E: Les parcours des associations spécifiques sur le sida comme AIDES ?

G.L: De façon ponctuelle, je pense que oui, ils sont intervenus. Oui. Mais ne font pas partie du groupe. Il n'y a pas de projets à l'année mené par eux.

F.E: Et pour l'instant vous travaillez sur des projets particuliers ?

G.L: Oui, ceux que je t'ai cité avant. Il y a une nutritionniste qui travaille avec les cantines des prisons. Il y a les pompiers qui interviennent. Il y a des animations aussi sur la prévention du tabac. Il y a des groupes d'aides à l'arrêt qui intervient à titre individuel. Il y a un atelier d'écriture. Il y a à peu près six intervenants. Je crois que l'atelier d'arts martiaux n'existe plus . Il y a des projets qui sont là depuis très longtemps, comme l'atelier d'écriture qui marche bien, et puis il y a en d'autres qui vont et qui viennent selon les possibilités et les participations. Alors ce qu'on fait dans ce groupe, ont fait le point sur les projets d'une part. On fait le point car l'administration est là... On essaye de faire le point aussi, par exemple en ce moment il y a la mise en place d'un service de santé au sein des prisons de Lyon et on essaie de voir comment avance les travaux... Comment va se mettre en place le pôle. Qui seront les intervenants. Comment les détenus pourront y avoir accès. Il y a des réflexions de ce type-là. Il y a des réflexions aussi autour de la mise en place de plaquettes d'information et de prévention. En ce moment on travaille par exemple... On a un projet en 2003 sur tout ce qui est piercing et tatouages... Il y a beaucoup de choses qui sont faites à la va-vite au sein des prisons avec des instruments qui ne sont pas toujours terribles au niveau hygiène et sécurité. Alors on tente de lancer une plaquette information.

F.E: Quand tu me parles des prisons de Lyon, c'est quelles prisons ?

G.L: Saint-Paul, Saint-Joseph et Montluc. Mais nous on n'intervient que sur Saint-Paul et Saint-Joseph. Pour l'instant mais ça ne veut pas dire, qu'à terme ce ne sera pas non plus... Ce qu'on fait aussi en parallèle, on fait autre chose. Pour l'instant on l'a fait une fois en mars 2002. C'est une formation demandée cette fois-ci par la DR, la direction régionale, auprès des professionnels de la région et pas seulement de Lyon. C'est une formation un peu différente car elle se déroule sur trois jours. Elle intègre aussi les professionnels qui viennent de différents secteurs. Pour cette formation-là, pour le coup, on avait surtout du personnel social et de la santé, peu de personnel de surveillance. C'était une formation sur trois jours et là c'était beaucoup plus approfondie en termes de

mise en place de projets d'éducation pour la santé, il y a tout un travail sur les représentations d'éducation à la santé. On travaille beaucoup sur l'introduction de la santé, il y a aussi la mise en place de projets d'éducation à la santé qu'on travaille sur plusieurs jours. Donc si tu veux, c'est un travail plus en profondeur. Ça bien marché. Et visiblement la direction régionale voudrait qu'on reconduise ça l'année prochaine.

F.E: Elle s'adressait de façon spécifique au personnel social et médical ?

G.L: Non elle était ouverte au personnel de surveillance.

F.E: Comment tu expliques la composition ?

G.L: Alors moi je ne sais pas car j'étais associé complètement au dernier moment là-dessus. Comme je ne sais pas du tout comment s'est fait le recrutement et ça s'est fait en interne. Nous, on arrive... L'information a déjà été faite, etc.. Moi je ne sais pas.

F.E: Tu peux m'expliquer un peu le rôle du CRAES/CRIPS ?

G.L: Alors on a la double casquette et tu verras souvent des CRIPS rattachés à des CRAES. Les parties du réseau d'éducation pour la santé, c'était chapeauté par l'ancien CFES qui aujourd'hui s'est transformé en institut national de prévention... Qui reconnaît l'éducation pour la santé en tant que mission de service public. Donc ce qui est plutôt positif. Sachant que tout le réseau régional et départemental reste associatif. On reste totalement associatif. Sachant qu'au niveau des DRASS, il y aura une mission d'éducation à la santé... Je ne sais pas sous quelle forme. Pour l'instant c'est vraiment en construction. On a une mission de documentation, on a une mission de formation sur tous les thèmes d'éducation à la santé. Ça dépend des appels d'offres des politiques publiques [...] On a une mission d'accompagnement des politiques publiques. On est par exemple associé de très près à la mise en place du PRAPS, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins. C'est tout ce qui concerne les personnes en situation de précarité. On accompagne aussi tout ce qui est programmes régionaux de santé, par rapport à l'alcoolisme par exemple [...]

Entretien n°2 : Pascal Sourty, médecin à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul - ST Joseph depuis 1995, 02/02/2003, 1h10.

F.E: Pour commencer, j'aimerais que vous me donniez votre profession et les fonctions que vous occupez?

P.S : Alors, moi je suis médecin généraliste. Praticien et hospitalier, c'est-à-dire que pour travailler dans les UCSA qui dépendent de l'hôpital, il faut passer le concours de praticien hospitalier. Donc ça c'est ma fonction. Notre chef de service n'est pas dans la prison, il est à l'hôpital. Sinon on est trois médecins en temps partiels, il y a des différences d'ancienneté qui font que certains ont plus d'expérience que d'autres mais il n'y en a pas un qui est chef et l'autre qui n'est pas chef.

F.E: Quelle est votre ancienneté ?

P.S : Dix ans. Je suis sur Lyon depuis 1995 et donc ça fait sept ans. Avant j'étais à Saint-Quentin Fallaviers..

F.E: Et au préalable, vous aviez une expérience dans la médecine libérale ?

P.S : Non, au préalable j'ai fait de la médecine tropicale en Afrique pendant deux ans et puis un an de remplacement dans la médecine libérale à mon retour.

F.E: Est-ce que vous pouvez me décrire une journée "type" pour me donner une bonne représentation de ce que vous faites ?

P.S : Alors dans une journée type... Il y a deux choses différentes, selon que l'on soit du côté Saint-Joseph ou Saint-Paul. Du côté de Saint-Joseph on a tous les matins les arrivants et donc on doit voir tous les arrivants. Ensuite avec le temps qu'il reste, on doit voir les détenus qui ont fait des maux pour les consultations ou ceux qui sont reçus par l'infirmerie ou par la détention. Ca c'est la journée un petit peu classique, sans perturbation. Là-dessus, viennent se greffer les urgences, les bagarres, les plaies, les problèmes au sport comme les entorses... Il y a des choses comme ça qui viennent se greffer sur les consultations. Côté Saint-Paul, comme il n'y a pas les arrivants à voir, normalement... Il y en a quelques-uns qui ont été affectés pendant le week-end. Normalement c'est une liste qui a été faite par les infirmières la veille et donc c'est de la consultation classique presque, on pourrait dire sur rendez-vous. Et puis là-dessus se rajoutent les urgences, les certificats de coups et blessures, les visites des quartiers disciplinaires qui fait partie de la tâche quand on est à Saint-Paul, deux fois par semaine aller voir les détenus qui sont en isolement en quartier disciplinaire... Donc ça laisse les activités de soins un petit peu classiques, et là-dessus en effet on travaille en équipe pour être un peu plus présent en détention et c'est sur ce temps que vient se greffer l'éducation pour la santé.

F.E: Qu'est-ce que vous entendez par consultations presque classiques ?

P.S : Presque classiques, c'est-à-dire comme on pourrait imaginer avec un patient qui téléphone à son médecin traitant en lui disant "je viens demain à 11 h". C'est ça. C'est organisé. Les détenus sont mis sur une liste et les surveillants envoient la liste à ceux qui gèrent les mouvements et puis les détenus arrivent plus ou moins dans l'ordre mais ça, ça n'a pas d'importance l'ordre... Enfin, plus ou moins à l'heure et puis ils défilent dans le cabinet de consultation.

F.E: Et qui gère ces mouvements justement ?

P.S : Alors, la liste est faite par le service médical, ensuite ceux qui gèrent les mouvements, ce sont les surveillants parce qu'ils savent si on peut mélanger tels détenus avec tels détenus, si à cette heure là il y a la promenade du bâtiment A alors on va appeler le bâtiment B... Enfin ça, ça n'est pas notre problème. S'il y a trop de monde en salle d'attente, ils n'appellent pas tout le monde en même temps. Des choses comme ça. Parce qu'en même temps il y a le kiné, le dentiste, les soins infirmiers. Alors il faut aussi qu'il n'y ait pas un nombre trop important de détenus qui sortent de détention.

F.E: D'accord et sinon votre travail représente quelle charge de travail en termes d'horaires ?

P.S : C'est difficile à dire parce qu'on travaille par demi-journée. On est tous à temps partiels et donc une demi-journée il y en a un sur Saint-Paul tandis que l'autre est sur Saint-Joseph. Donc en heures de travail c'est de huit heures à midi le matin et souvent on

déborde un petit peu, et globalement l'après-midi c'est de 13 h 30 à 18 heures en sachant qu'après 17 h 30, en général, il n'y a plus de détenus à l'infirmerie car les surveillants s'en vont donc on fait plutôt les papiers, les dossiers et les courriers. Mais à 18 heures il n'y a plus personne.

F.E: Et vous avez une autre activité ?

P.S : Oui j'ai une autre activité. J'ai une activité de médecine générale dans un dispensaire. C'est de la médecine générale essentiellement pour les gens qui ne peuvent pas avancer les frais de santé, en accord avec la Sécu et la mutuelle ou la CMU.

F.E: Sinon j'aurais aimé savoir ce que ça représentait en terme de patients ?

P.S : En ce moment, la moyenne ça doit tourner autour de 15, de 15 patients en ce moment. Ce qui est beaucoup quand vous voulez prendre du temps avec les gens, c'est beaucoup quand même. Le matin c'est plus dur car il y a les arrivants et s'il y a trois arrivants ça va, mais s'il y a dix arrivants, déjà... En ce moment, depuis quelques mois, c'est plus autour de 10 que de 3. La moyenne était autour de six l'année dernière. Là on doit être à peu près entre 8 et 10. Samedis matins compris, ça c'est quelque chose d'important.

F.E: Et donc ça vous laisse moins de temps pour l'activité de consultation ?

P.S : Oui.

F.E: J'aimerais bien par contre que vous me parliez de la constitution du comité d'éducation pour la santé sur les maisons d'arrêt de Lyon ?

P.S : Eh bien disons que c'est dans le prolongement de la loi de 1994 dans laquelle il était demandé de façon très juste de prendre en charge aussi la prévention, l'éducation pour la santé. Voilà. Et le souci qu'on a en prison, c'est d'être un peu crédible auprès les détenus et de faire en sorte, de faire entrer le plus possible des gens de l'extérieur. Parce que c'est vrai que nous, les détenus nous aime bien mais des fois on impression que c'est une médecine spéciale pour détenus. C'est pas vrai. L'idée c'était de dire qu'on va essayer de travailler avec des gens qui sont aussi à l'extérieur. Donc on est rentré en contact avec la CPCAM, la DRASS, la DDASS, le planning familial, les pompiers... Tout... Tout un tas de gens qui font déjà ça à l'extérieur. C'est aussi le cas du CRAES par exemple. On voulait profiter de leur expérience de l'éducation pour la santé et en apportant, nous, les spécificités du monde carcéral. Donc ça s'est constitué comme ça, en équipe tous les mois ou tous les deux mois pour essayer de faire des projets, savoir comment les financer ou essayer de les suivre aussi. Le problème c'est que lancer un projet comme ça c'est facile mais après pour le réaliser c'est plus dur et après évaluer c'est encore plus dur. Donc le but de ce petit comité pluridisciplinaire, c'est que chacun puisse apporter sa pierre, chacun puisse dire si c'est utiles ou si on peut le reproduire ou ne pas le reproduire.

F.E: *Vous pouvez me dater à peu près la création du groupe ?*

P.S : Je pense que de façon un petit peu fonctionnel et efficace le groupe date de cinq ans. On se réunit en moyenne tous les deux mois. Il y a des fois où ça a été plus resserré car on avait des choses précises mais de façon régulière c'est tous les deux

mois.

F.E: Pouvez vous me dire qui était mobilisé dans ce groupe ?

P.S : Les médecins de l'UCSA, donc c'est moi en l'occurrence, un médecin du SMPR, quelqu'un de l'antenne de toxicomanie, quelqu'un de la détention donc ça souvent été le sous-directeur ou la sous-directrice. On a essayé pendant longtemps d'avoir des chefs de détention et des brigadiers... Alors c'est très aléatoire. Il y en a qui viennent et il y en a qui ne viennent pas. Mais ce n'est pas le plus fréquent. On a depuis deux ans quand même le CRAES qui vient régulièrement et donc ça c'est très intéressant pour nous. On a eu pendant trois ans des animatrices en éducation à la santé de la CPCAM qui nous ont beaucoup aidé et qui ont eu des restrictions budgétaires qui font qu'elles sont plus disponibles pour le moment. On avait des psychologues de l'antenne de toxicomanies qui sont venus, une infirmière de l'UCSA, surtout l'UCSA Perrache et l'UCSA de Montluc car c'est une maison d'arrêt un petit peu à l'écart. Le docteur Cellier qui est un médecin inspecteur de la DRASS, qui est venue souvent et qui ne plus depuis trois fois pour des raisons de temps mais on lui envoie toujours des comptes-rendus. Il y avait aussi le SPIPP, les services sociaux, c'est-à-dire les services de probation et d'insertion de la prison. Alors là ça a été fluctuant, en ce moment ils sont plutôt bien partis prenantes et c'est bien agréable. C'est bien agréable parce que sans eux on ne peut rien faire. C'est-à-dire que eux, ils ont la possibilité de contacter des détenus en plus de nous, ils ont plus de temps car il sont là en permanence. Et puis je pense que par rapport à l'aspect insertion, ça fait partie de leur domaine. Là aussi ils ont une grande possibilité d'ouverture vers l'extérieur, de contact vers l'extérieur, plus que nous. Nous, il faudrait aussi qu'on puisse travailler avec les médecins de l'extérieur, il faudrait qu'on ait du temps pour ça.

F.E: Justement y a t-il eu l'intervention de médecins extérieurs ?

P.S : On a eu recours à des médecins extérieurs de façon ponctuelle. Pendant un an on a travaillé sur l'angoisse et donc on a travaillé avec des médecins spécialisés dans le trouble du sommeil ou de l'angoisse. Mais c'était pour une petite action précise.

F.E: Vous me parliez de participation au passé par exemple pour l'UCSA de Montluc ?

P.S : Le problème c'est un problème de temps et c'est un problème récurrent chez les infirmières. Aujourd'hui il y a deux postes en moins. Et avec les arrêts maladie, ça fait que si on leur demande d'être présente tout le temps, cela veut dire qu'il y a une journée où il y aura pas d'infirmière à la maison d'arrêt et cela c'est difficilement concevable. Il faut faire des choix et c'est ce choix-là qu'on fait. Donc c'est moi qui fais le relais.

F.E: Vous me parliez de temps, mais les réunions de comité ça se fait sur le temps disponible ?

P.S : Non, quelques fois des infirmières sont venues sur leur temps disponible. Mais nous on essaie de le faire sur notre temps de travail de la prison et ça veut dire que quand on fait ça, on ne fait pas de consultation. On peut l'accepter mais le problème c'est qu'il faut que ce soit accepté par tout le monde et le problème aussi c'est que dans nos comptes-rendus d'activité, c'est facile de compter le nombre de consultations qu'on a faites mais si on dit qu'on a fait des réunions d'éducation pour la santé... Eh bien... Bon...

On évalue ça comment pour l'UCSA? Quand on a un rapport d'activité à faire c'est dur à préciser.

F.E: Sinon au niveau du financement des activités, ça se passe comment ?

P.S : Alors, ça c'est une grosse épine dans nos souliers. C'est-à-dire qu'on n'a pas de financement pour ça et qu'il faut les trouver ces financements. Alors la pénitentiaire a des financements mais, à juste titre, ils ne veulent pas tout financer, ils veulent toujours des cofinancements. Donc il faut aller chercher auprès de la DDASS, auprès d'associations diverses, auprès des gens qui s'intéressent à la santé et à la précarité pour leur demander si le projet que l'on a correspond à leurs objectifs... Voilà... On perd une énergie très importante là-dedans. En plus on n'est pas... Enfin nous, médecins... On n'est pas formé à ça et puis ça nous barbe un peu. Et le CRAES ça représente par exemple une possibilité de financement.

F.E: Est-ce que vous pouvez me parler d'exemples d'action qui ont été menées par ce groupe ?

P.S : Alors il y a eu quelques actions ponctuelles, comme par exemple lors de la journée mondiale du sida. Alors là, on est intervenu en détention et on a fait des petits groupes de cinq ou six détenus dans les cellules et les petits bureaux pour parler de tout ce qui est HIV, hépatite C, modes de transmission et protection. Ça a été animée par les infirmières et les médecins de l'UCSA... C'est tout. Comme autre exemple, il y a eu la participation au journal avec une fois par mois, une interview des détenus responsables du journal et de quelqu'un de la santé, dentistes, kinés, infirmières. C'est le journal interne des détenus qui s'appelait auparavant "Fenêtre sur" et qui s'appelle aujourd'hui "Quai Perrache". Ils ont une page qui est sur l'information sur la santé. On met un peu tout dedans. Alors, avant c'était nous qui écrivions les articles et aujourd'hui c'est eux qui écrivent avec leurs mots et en fonction des intérêts qu'ils ont. Ce qui est beaucoup mieux à mon avis. Comme autre action, il y a eu une conférence citoyenne sur l'angoisse. Alors là on avait pris un petit groupe de 8 détenus et pendant un an on s'est retrouvé avec un expert pour essayer de savoir quel type de questions on allait poser à des intervenants spécialisés. Donc on a travaillé ça pendant un an et ça a débouché sur une conférence donnée à la prison où il y avait eu entre 50 et 60 détenus. Ce n'était pas complètement un débat puisque les questions étaient préparées à l'avance par ce petit groupe de détenus mais c'était censé représenter l'intérêt des autres. Il y a eu un échange comme ça et puis après quelques questions avec la salle. Moi je trouve que c'était un peu sur le mode des conférences citoyennes qui ont lieu sur les autres sujets comme les OGM ou n'importe quoi. Il y a aussi une activité d'éducation à la santé avec les pompiers qui font quatre formations pour obtenir quelque chose qui est l'équivalent du brevet national de secourisme et qui a pour but un peu de dire aux gens qu'ils sont capables de quelque chose. On a eu un atelier cartes postal aussi où le but était de dessiner quelque chose sur le thème de la santé. Les gens s'intéressaient souvent au thème du tabac. On a un imprimé deux ou trois exemplaires sur la centaine. Et le but c'était que les gens puissent écrire à leurs familles avec. L'objectif c'était un peu de passer par-dessus les murs puisque les détenus ont le droit d'écrire. La diététicienne participe aussi à des consultations pour tout ce qui est nutrition des obèses et puis prévention par rapport aux cantines. Les gens ont le droit de cantiner, c'est-à-dire acheter dans un magasin. Ceux

qui le désirent peuvent rencontrer la diététicienne qui peut leur dire par exemple "Vous êtes diabétiques mais vous avez cantiner 25 Mars et ce n'est peut-être pas vraiment ce qu'il faut pour vous".

F.E: Et par contre toutes ces actions étaient tournées vers les détenus et la formation d'éducation pour la santé qui a eu lieu l'année dernière était la première formation tournée de façon spécifique vers les surveillants ?

P.S : Oui parce qu'en fait ce n'est pas notre rôle normalement. La formation permanente des surveillants revient à la pénitentiaire. Donc on participe bien sûr. On avait fait par exemple une formation sur Saint-Quentin Fallaviers les matins de huit heures à neuf heures pour les surveillants qui le voulaient, une information sur la tuberculose le sida... Enfin sur tout ce que le personnel peut attraper comme maladie en prison.

F.E: Cette initiative ça venait de vous?

P.S : Oui ça venait de moi. C'était moi qui avait proposé aux pénitentiaires.

F.E: Et l'administration pénitentiaire n'est pas venue vous voir pour vous demander de faire des petites formations dirigées vers le personnel ?

P.S : Non. Les surveillants ont des formations préparées de façon centralisée par la direction régionale. Je ne les connais pas dans le détail mais je sais qu'il y a de tout. Il y a de l'informatique, il y a du tir, il y a des formations sur les projets d'éducation à la santé.

F.E: Et pourquoi avoir décidé d'avoir fait cette formation spécifique sur les surveillants alors ?

P.S : Alors. L'idée c'était de se dire que les seules personnes qui sont en contact 24 heures sur 24 auprès des détenus ce sont les surveillants et que dans les étages il se passe des tas de choses que nous on ne voit pas... Des discussions, des échanges de matériel. Des choses que les surveillants connaissent bien et sur lesquels ils peuvent avoir un impact, en disant par exemple "tu as vu comme tu utilises ta Javel", "tu ne veux pas aller à la douche mais tu sais...", des tas de choses comme ça. Ou encore un gars qui s'est déclaré haut et fort porteur de l'hépatite et puis personne ne voulait entrer dans sa cellule par exemple. Tous les moyens de contamination des virus. Tout ça ça se fait dans la cellule, ça n'est pas quelque chose qui se fait à l'UCSA, c'est quelque chose qui se fait au quotidien. Ils doivent absolument être le relais de ça et donc avant tout votre bien informer sur ce qu'il se fait.

F.E: C'est pour répondre à des demandes précises que vous avez constaté personnellement ?

P.S : Ouais... C'est surtout pour répondre à certains surveillants qui pensent qu'on fait beaucoup de choses pour les détenus et pas beaucoup pour eux. C'est un peu pour une remise à jour... Et puis aussi pour dédramatiser. C'est vrai qu'il y a beaucoup d'hépatites, il y a quelques cas de sida et de tuberculose. Quel danger il y a pour les surveillants ? C'est normal qu'ils soient informés. Et bien que ça ne relève pas de nous, il faut qu'ils sachent que rien n'est fait contre eux. Il est important qu'ils se rendent compte que le médical ne mettra jamais la vie en péril de quelqu'un qui est en détention, que ce soit le surveillant ou le détenu. Quelqu'un qui a une grosse tuberculose hyper contagieuse, ce

type-là ne va pas rester en détention. Il faut informer les surveillants des risques des précautions à prendre, des choses comme ça.

F.E: Parce que des fois les surveillants ont le sentiment que rien n'est fait pour eux ?

P.S : Oui. Le fait de mettre quelqu'un par exemple en isolement parce qu'on suspecte une tuberculose et le surveillant "mais moi j'ai été dans sa cellule et j'ai servi les repas. Qu'est-ce que je risque ?". C'est tout à fait juste de poser ce genre de questions. Donc il faut qu'il puisse mesurer les risques. Moi j'ai participé à la journée sur les maladies transmissibles.

F.E: Et qu'est-ce que vous en retirez ?

P.S : Eh bien je pense qu'il y en a qui savent beaucoup de choses. Je crois surtout qu'ils n'ont pas beaucoup de moyens pour mettre en application ce qu'ils savent. Je me souviens par exemple du parloir car il y avait des surveillants du parloir qui étaient là... Ils n'ont aucun moyen de se laver les mains. Ils doivent fouiller les gens et ils ne peuvent pas se laver les mains. On peut imaginer si quelqu'un à la gale ou des poux, c'est vrai quand même que la moindre des choses c'est de pouvoir se laver les mains. Des choses aussi simples que ça. Alors après on nous parle de prévention, d'avoir des préservatifs en cellule mais la moindre des choses s'est quand même de pouvoir se laver les mains car ça semble prioritaire.

[...]

F.E: Et là par contre le projet n'a pas été reprogrammé pour cette année ?

P.S : Parce que le but que c'était qu'après les surveillants qui ont participé à cette formation puissent participer à une formation avec des détenus et servir de formateurs. Et on se disait que cette formation doit être faite au niveau de la direction régionale car il n'y avait pas beaucoup de surveillants et c'est normal car ils ne peuvent pas se détacher... Donc s'il y avait plusieurs prisons d'intéressées, ça ferait plus de personnel de détention pour les intervenants et ça serait plus intéressant que de faire un cours pour cinq ou six. Donc le but de faire cette formation dans le milieu pénitentiaire avec des financements pénitentiaires. Le but c'est que ça rentre vraiment dans le cadre de la formation des surveillants, de la formation permanente des surveillants.

F.E: Et par contre il y a un projet plus spécifique sur la prévention des risques que vous avez mettre en place ?

P.S : Ça c'est autre chose. C'est pour répondre à une directive et pour essayer d'intensifier la prévention sur toutes les maladies virales transmissibles, c'est-à-dire hépatite et sida... Avec en arrière pensé certainement, bien que ce ne soit pas avoué, une étude sur les échanges de seringues en cellules. En se disant qu'en est-il des gens qui attrapent une hépatite C ou le sida en prison par toxicomanie essentiellement mais aussi par rapport sexuel. Donc il va y avoir une étude qui va se faire et qui va essayer de voir quelles sont les pratiques à l'intérieur d'une prison. Et notamment quelles sont les pratiques à risque ? Ça sera une recherche à l'initiative du groupe d'éducation pour la santé. Au départ c'est une recherche de type épidémiologique pour pouvoir quantifier l'état des choses. Parce que je pense qu'il y a plein de fantasmes. Il y a une seule étude qui a été faite à Paris en prenant la sérologie tous les trois mois des détenus et ils ont

montré 0 séroconversion. Alors c'est vrai que nous ça nous fait marrer de voir d'énormes moyens qui sont mis en place pour parler de la lutte contre la transmission de l'hépatite et du sida en prison alors qu'il n'y en a pas... de recensé. Je ne dis pas que c'est pas possible. Alors bien sûr qu'il faut en parler mais aujourd'hui en prison on a dix fois plus de chance de ressortir avec le nez cassé parce qu'il y a des violences terribles qu'avec une hépatite. Alors pourquoi est-ce que tous les efforts sont mis sur l'hépatite ? [...] J'exagère en parlant d'énormes moyens mais c'est vrai qu'il y a eu des milliers de francs qui sont alloués pour ça. Alors que si on essaye d'avoir quelqu'un qui fasse de la relaxation et de la sophrologie ou des choses comme ça on n'aura pas de budget. Si on essayait de lutter contre la violence interne des gens... Je pense qu'il y a des modes un peu. Il y a eu le sida un moment, maintenant c'est les hépatites. Mais je crois que le vrai problème c'est la violence.

F.E: Parce que pour l'instant sur la prévalence de l'infection à VIH vous n'avez pas de données ?

P.S : Si, on a des données là-dessus mais ce que l'on ne sait pas c'est est-ce qu'il y a des gens qui ont été contaminés pendant leur incarcération et à cause de leur incarcération, à cause d'un acte d'un geste qu'ils ont fait en prison. Ça on ne le sait pas. On pense que ça peut très bien se produire. Il y a mille façons d'y arriver : l'échange de brosses à dent, de rasoir, il peut y avoir des viols... Mais à l'heure d'aujourd'hui, ça n'a jamais été démontré. Moi je ne connais pas un seul cas.

F.E: Et sur l'échange de seringues en prison par exemple ?

P.S : Alors sur les seringues, nous, on nous en a volé quelques-unes à l'UCSA et on ne les a pas retrouvés. Mais on a retrouvé aussi une fois une seringue qui n'est pas d'une marque que l'on a et qui vient donc de l'extérieur. Voilà. Des héroïnomanes que je connais qui s'injectent. Je n'ai jamais vu... Je ne crois pas qu'ils aient déjà échangé avec quelqu'un. Je ne crois pas. C'est des gens qui font leurs propres trucs et qui sont très au courant et qui sont quand même bien informés. Dans ce qui circule le plus, c'est surtout du cannabis. Ça, ça circule... C'est l'autoroute.

F.E: Pour la prise en charge des toxicomanes ça se passe comment ?

P.S : Normalement ils sont pris en charge par l'antenne toxicomanie mais ce sont des gens qui sont toujours un peu éclatés et ils sont aussi pris en charge par nous. D'abord c'est nous qui faisons les dépistages à leur demande en général et puis pour tous les problèmes annexes d'infection, d'abcès qui sont liés à l'injection. Après pour tout ce qui est traitement, prévention des risques et traitement de substitution, tout ça, ça passe du côté de l'antenne toxicomanie. La grande majorité des patients sont traités sous Subutex parce que c'est la majorité qu'il y a dehors et en principe il y a pas là de début de traitement mais c'est la suite du traitement de dehors. Par contre pour la méthadone on peut commencer des traitements. Il arrive que le psychiatre mette sous méthadone à l'intérieur parce qu'ils ont le droit et c'est un traitement de substitution c'est pour nous beaucoup, beaucoup mieux cadré que le Subutex. Le Subutex, c'est un peu n'importe quoi. Ils se l'injectent. Enfin, même les psychotropes ils se l'injectent. Mais à l'intérieur de la prison ces pratiques-là n'ont pas tellement court en fait. C'est à l'extérieur qu'ils se les injectent. On a l'impression que la prison c'est un peu ce qui va, entre guillemets, les

sauver pendant un temps. Les sauver de la toxicomanie mais peut-être pas autre chose. Et puis après ils vont reprendre sous une autre forme.

F.E: Vous pensez que la prison peut être un lieu de soins ?

P.S : Oui mais il ne faudrait pas généraliser car on va voir tous les toxicomanes qui vont rappliquer mais je pense que pour certains, pour une petite minorité, comme pour des alcooliques, c'est l'occasion de modifier un peu ces pratiques et ça permet au corps de souffler. Certainement.

F.E: Et il y a des relais à l'extérieur pour continuer les traitements à la sortie de prison, comme par exemple la toxicomanie ?

P.S : Pour les traitements de substitution, il n'y a pas de problème. Il n'y a aucun problème puisqu'il y a un lien qui se fait avec les médecins. Alors là, il n'y a pas de soucis. Le problème c'est quand les gens ne veulent pas donner le nom de leur médecin traitant car ils veulent pas qu'on sache qu'ils ont été en prison. Donc on leur remet une ordonnance à l'entête de l'hôpital. Mais il n'y a pas de possibilité de suivi.

F.E: Sinon par rapport au dépistage du VIH, j'aurais aimé savoir comment cela se passe ?

P.S : On propose à tous les entrants syphilis, radio des poumons pour la tuberculose, hépatite B, hépatite C et sida. Alors les gens qui ne l'ont jamais fait, ils ne posent aucun problème en disant "de toute façon, je ne crains rien". Ceux qui refusent, c'est rare et quand ils refusent c'est soit parce qu'ils ont pris quinze jours de prison et qu'ils veulent pas savoir, soit ils refusent et une semaine après ils reviennent en disant "oui je suis d'accord" parce que c'est le fait d'être arrivé qui provoque une colère et souvent un rejet de tout. Donc nous on temporise. Ou alors, ils sont bien suivis à l'extérieur et ils l'ont déjà fait au CIDAG tous les trois mois et on insiste pas. En tout cas leur propose et on leur dit... Ce n'est jamais fait sous la torture. À n'importe quel moment de la détention ils peuvent le faire. Tous les tests sont faits par l'UCSA et après il y a une partie qui est faite dans le cadre du CIDAG, donc au niveau du financement ça doit être remboursé par le conseil général. Et après si le type demande à le refaire alors on le fait dans le cadre de nos examens à nous. Mais tout ça c'est dans le même dossier, c'est juste des histoires de financement. Donc c'est tout l'UCSA mais lorsqu'ils sont faits en tant qu'arrivant... Donc après on leur demande s'ils veulent qu'on le mettent dans leur dossier ou pas... Ils disent oui. L'anonymat en prison c'est une vaste supercherie, c'est n'importe quoi.

F.E: Dans quel sens ?

P.S : Parce que personne n'est anonyme en prison. Le surveillant, il sait exactement où va n'importe quel détenu, n'importe quoi. Le détenu quand il a besoin de faire un examen, il le demande. Il n'y a aucun détenu qui nous demande "qu'est-ce que vous allez en faire de ces examens?". Le gars il s'en fout que ce soit anonyme ou pas. En plus, le détenu quand il nous voit il nous dit "est-ce que vous avez reçu mes analyses ?". Alors quand ce n'est pas anonyme, on leur dit « eh bien voilà regardez ils sont là » mais si c'est anonyme on leur dit qu'on ne peut pas leur donner, que c'est anonyme, qu'il y a un numéro et qu'il y a un médecin spécialisé qui leur dira... Enfin, ça complique tout. Les détenus ils ne le demandent pas que ce soit anonyme ou alors ils veulent pas faire le test.

F.E: J'imagine qu'un détenu toxicomane qui présente des risques de contamination préférerait le cacher ?

P.S : Au début oui. Alors eux, les détenus ils veulent savoir souvent s'ils veulent se faire soigner et après le problème c'est de savoir comment faire en détention par rapport au secret médical. Je pense que c'est assez bien géré par les maisons d'arrêt de Lyon mais c'est vrai que le surveillant de l'UCSA, lui, il le sait à peu près qui a l'hépatite et le sida puisque les médecins qui s'occupent de cela viennent à certains jours et ils appellent une liste de détenus spécialement pour ce médecin. Et donc c'est pas très compliqué. En détention, il n'y a rien du tout. Seulement quand cela se sait en détention c'est que le détenu l'a dit lui-même à son co-détenu ou à un surveillant un jour de déprime. Il y a eu un ou deux scandales dans les dix dernières années ou quelqu'un l'a crié très fort mais en général je pense que c'est bien respecté.

F.E: Vous pensez qu'il n'y a pas trop de ségrégation ou de marginalisation ?

P.S : Il y en a eu à quelques reprises. Je me souviens d'un type qui s'était fait chassé de sa cellule car les gens ont su qu'il avait l'hépatite C.

F.E: Et vis-à-vis des surveillants eux-mêmes ?

P.S : Non, il y a eu quelques pressions au début pour avoir les listes de détenus. Mais les surveillants ont très bien compris de toute façon que pour ceux qui ne sont pas dépistés on ne peut pas le savoir s'ils ont le sida ou n'ont pas le sida. Donc il faut se comporter vis-à-vis de tout le monde pareil et comme cela ça ne pose pas de problème. Une maladie transmissible n'est pas une maladie contagieuse. Ca on arrête pas de le répéter. Donc ça ne pose pas de problème. Je leur ai dit qu'il faut avoir bien plus peur de la tuberculose.

F.E: Et au niveau des traitements du sida, comment ça se passe ?

P.S : Donc nous on dépend de l'hôpital et on dispose de tous les traitements, trithérapie, il y a un bilan sanguin qui est fait tous les mois avec charge virale. Je pense qu'ils sont mieux suivis qu'à l'extérieur. Ça c'est sûr. Car tous les gens qui vivent un peu marginalement ne vont pas à leur rendez-vous. Des fois on en voit qui sont réincarcérés six mois ou un an après et entre-temps ils n'ont rien fait alors qu'on avait pris tous les rendez-vous avec toutes les ordonnances. Heureusement que les gens qui interviennent en prison, interviennent aussi à l'hôpital. En général ce sont eux qui prennent les rendez-vous chez eux pour qu'il y ait vraiment un suivi mais il y a toujours un cas où le type est perdu de vue.

F.E: Et les phénomènes de transfert entre prison, est-ce que ça entraîne des désagréments ?

P.S : Aujourd'hui, au moins nous, on fait une photocopie de tous les dossiers et on envoie tout. Je crois qu'il n'y a pas de soucis. Même nous lorsqu'on reçoit d'autres personnes, je crois qu'on a toutes les informations et sinon on les demande. Il n'y a pas de problème.

F.E: Et sinon au niveau de la sexualité, quelle place occupe t-elle selon vous comme mode de transmission ?

P.S : Vraiment, là je ne sais pas. Je suis très mal informé là-dessus. On donne des préservatifs comme ça à ceux qui veulent. La réaction de la grande majorité c'est de dire "vous nous prenez pour des tapettes" et on leur dit "vous pouvez aussi partir en permission". On sait très bien qu'il y a des "bébés parloir" comme on dit et il y a des rapports qui se font au parloir avec la conjointe. Ils disparaissent les préservatifs dans les paniers. Alors il y a aussi les surveillants qui en prennent pour chez eux et ce n'est pas notre problème. Et par rapport à ce qu'on a su trois quatre fois, il y a parfois des viols mais les gens n'utilisent pas de préservatifs... Donc là c'est un risque, effectivement. Mais moi je n'ai pas eu connaissance de contamination virale par voie sexuelle. Je n'en ai pas [...] La recherche qui est effectué sur les prisons de Lyon ça va être sur tous les modes de transmission. Ça va porter aussi sur le partage de brosse à dents ou des rasoirs, les piercings, les tatouages.

F.E: Pour les distributions de préservatifs, ça se déroule où, dans l'UCSA ?

P.S : Alors, il y a un sac pour les sortants au Gref quand ils partent. Sinon, on a des espèces de petits paniers à l'UCSA où les gens se servent.

F.E: Sinon vous me disiez que vous dépendiez d'un hôpital depuis la réforme de 1994 ?

P.S : Oui on dépend de Lyon Sud, ce sont les hospices civils.

F.E: Et quelle est votre perception de la réforme?

P.S : Eh bien moi je ne connaissais pas avant. J'ai travaillé de 1992 à 1995 à Saint-Quentin Fallaviers. C'était avant la réforme mais en fait il y avait déjà des prisons qui fonctionnaient comme ça, il y avait les prisons de Châteauroux, Laon et Saint-Quentin Fallaviers qui étaient des sites pilotes pour pouvoir programmer la réforme. On avait déjà supprimé les fioles et on donnait des comprimés. Donc je ne peux pas trop vous dire comment cela était avant. De tout ce que j'ai entendu, je pense vraiment qu'au niveau des moyens ça a été un énorme progrès. Vraiment un énorme progrès. Au point de vue indépendance aussi. C'est vrai que rendre des comptes au directeur de l'hôpital et pas au directeur de la prison, ça change. Je pense que ça part et d'un bon sens et que l'application est bonne. Je pense que c'est très, très bien.

F.E: Et comment se déroulent vos relations avec l'hôpital ?

P.S : On a la chance que notre chef de service soit chef de services à l'hôpital et ça c'est une grande chance car ça facilite l'articulation. C'est vrai que par rapport à... Je pense que les spécialistes comme le chef de cardiologie, pour lui la prison c'est vraiment... Rien. On ne représente rien. Je pense qu'on ne représente rien pour l'hôpital. Cette réforme ça a été imposé à l'hôpital. Je ne crois pas que l'hôpital s'intéresse à la prison et nous qui travaillons en prison par contre on est vraiment très heureux d'avoir les moyens de l'hôpital.

F.E: Justement comment ça se passe au niveau des arbitrages budgétaires avec l'hôpital ?

P.S : Eh bien la loi de 1994 donne un cadre, c'est-à-dire tant de personnel pour tant de détenus et ils doivent respecter ce cadre là. Une fois par an il y a un compte-rendu d'activité et de finances qui est fait. A Lyon ça correspond à peu près, si ce n'est que

comme partout on manque d'infirmières mais ça c'est partout pareil. On est pas mieux ou moins bien loti qu'un service d'urgence d'hôpital par exemple. C'est un énorme progrès pour les gens qui travaillent dans la prison et je pense que c'est aussi un énorme progrès pour les détenus. Parce qu'avant il y avait un médecin qui venait deux fois par semaine et qui était très mal payé. Une infirmière était là en permanence mais n'avait pas de moyens. C'était vraiment un petit peu comme du bénévolat. C'était comme si la prison n'existait pas. Le fait que ça se rattache aussi ça veut dire que la prison est partie prenante de la société. C'est l'idée de solidarité nationale.

F.E: Sinon en termes de moyens sanitaires, qu'est-ce que ça représente ?

P.S : On a des locaux qui ont été refait. Les locaux ont changé. On a tout le matériel de l'hôpital, on dispose de la pharmacie des hôpitaux avec possibilité de commander et avec des retours de médicaments... Vraiment, moi je crois qu'il n'y a que des bénéfices et je pense que ça serait vraiment mal venu de dire qu'avant c'était mieux. Avant pour la pharmacie il fallait passer des accords avec des pharmacies privées et il y avait des lots qui étaient faits, des ordonnances qui étaient faites et ça devait coûter bien plus cher.

F.E: Sinon je voulais savoir comment se déroulait la coordination entre les différents services sanitaires, UCSA, SMPR...

P.S : À Lyon, ça fonctionne bien. On se voit souvent. On a des réunions. Pour la distribution de médicaments, les infirmières de l'UCSA distribuent les médicaments et même des psychotropes qui sont prescrits par des psychiatres. Les infirmiers psy viennent distribuer par contre les traitements de substitution et puis ils ont une réunion une fois par mois de fonctionnement. Et dans les groupes d'éducation pour la santé, c'est aussi un peu partagé. C'est mixte. Il y a une infirmière de l'UCSA, une infirmière du SMPR. Par exemple pour le travail sur la sexualité dans la prison de Montluc en ce moment, eh bien c'est aussi une coordination entre les différents intervenants.

F.E: Sinon j'aimerais connaître votre point de vue en tant que médecin sur les contraintes qu'apporte la prison ?

P.S : Moi je n'ai pas exercé longtemps en milieu libéral, je n'ais fait qu'un an de remplacement. Je crois que le principal problème qu'on a ce sont les délais d'hospitalisation ou de consultation à l'hôpital pour la chirurgie et tout ce qu'on ne peut pas faire nous et on est obligé de l'envoyer à l'hôpital. Un scanner ou tout ça, c'est très, très long car il y a une escorte pour l'hôpital et on ne peut pas envoyer plus de deux personnes en même temps. Il y a une extraction le matin et une extraction l'après-midi et on a des listes d'attente importante. En plus, l'hôpital rechigne pas mal pour ces consultations parce qu'il y a la police qui est avec eux, ça entraîne des problèmes dans la salle d'attente et parce que une fois sur quatre il y a des types auxquels on prend des rendez-vous et au dernier moment ils ne veulent plus y aller. C'est arrivé et même pour le bloc opératoire et ça désorganise l'hôpital. Ils ne sont pas très contents parce qu'eux aussi ils ont une liste d'attente et puis nous on est coincé parce que la personne prend la place de quelqu'un d'autre, l'escorte ne peut emmener personne d'autre. Ces difficultés de fonctionnement sont difficiles à expliquer à l'hôpital. Nous, des fois, ça nous met la pression et c'est pénible. Pour les femmes qui sont enceintes, pour les échographies obstétricales, le personnel de l'hôpital a bloqué une matinée dans la semaine et ils ne

veulent pas en démordre parce que ça pose trop de problèmes les femmes représentent un problème quand elles vont à l'hôpital, des fois, elles ne sont pas à l'heure... Ça désorganise tout l'hôpital. Du coup nous on est coincé parce qu'on est obligé de bloquer ce moment-là mais ce moment-là c'était le seul aussi on pouvait faire les gastroscopies. Donc, on est vraiment sous pression.

F.E: Mais justement la loi de 1994 a amélioré ces choses-là ?

P.S : Non. En tout cas ça ne va pas en s'améliorant car il y a toujours plus de détenus. L'effectif n'augmente pas. À l'hôpital ils n'ont toujours pas plus de moyens ce qui fait que nos délais se rallongent et ça, ça ne va pas aller en s'améliorant. Il faudrait qu'il y ait plus de moyens à l'hôpital pour que nous on ait plus de plages horaires par exemple. Ce qui n'est pas le cas. Ou alors il faudrait que l'on ait deux escortes hôpital pour que l'une soit libre quand l'hôpital est libre. Or il faut que l'on organise notre travail aussi.

F.E: Pouvez vous me parlez de vos consultations médicales?

P.S : Donc ça se passe dans un cabinet médical en tête-à-tête comme dans un cabinet privé en fait. On réalise un examen clinique, on écoute les gens. On écoute beaucoup parce qu'en fait très souvent les gens ont besoin de parler. Ils ont des petits problèmes de santé, rarement très graves, et on sent que ce sont des gens qui ont besoin de parler. De plus en plus. Si on a besoin de radio, on fait des radios. Si on a besoin de prise de sang, on peut faire les prises de sang. On n'a pas de difficultés de traitement.

F.E: Vous disiez que les problèmes de santé sont rarement graves ?

P.S : C'est un peu comme en milieu libéral vous savez. Vous avez des gens qui viennent et qui ont un petit souci de santé et qu'on arrive à résoudre assez facilement si vous prenez le temps de les écouter et de discuter avec eux. Ce qui les préoccupe le plus ce n'est effectivement pas ça. C'est la prison qui les préoccupe le plus.

F.E: La durée d'une consultation en moyenne c'est combien de temps ?

P.S : Ça dépend. En ce moment on arrive pas dépasser un quart d'heure. Avant on les gardait plus que ça, une demi-heure ou trois quarts d'heure. L'idéal ça serait une demi-heure. Quand on sait qu'il y a un problème important on essaie de pas prendre trop de monde pour ne pas mettre trop de personnes en salle d'attente. Parce que sinon les autres détenus ne vont pas vouloir rester et vont retourner en cellule. Et les surveillant ils préfèrent gérer trois personnes que quatre qui attendent. C'est surtout une question de gestion de flux.

F.E: Et en milieu libre les consultations se font plus dans la durée ?

P.S : Ça dépend de la pratique des médecins. En pratique les rendez-vous sont pris tous les quarts d'heure. Mais surtout il y a moins de pression. En prison il faut que tout soit fini à 17 h 30. En médecine générale, on fait souvent jusqu'à 20 h.

F.E: Et comment cela se passe pour le quartier disciplinaire ?

P.S : Le quartier disciplinaire c'est une visite pour savoir si les gens ont bien leur traitement, si les gens n'ont pas de problèmes ou pour simplement s'assurer que la continuité des soins puisse se faire. Ça n'est pas un lieu agréable parce que souvent les

gens sont en colère d'être là et ils en veulent à tout le monde et aussi au médecin même si on est pour rien. Donc on est un petit peu le défouloir et on se fait jeter assez souvent au quartier disciplinaire. Mais les problèmes de santé sont souvent les mêmes.

F.E: Quelle est la majorité des problèmes rencontrés ?

P.S : Il y a pas mal de problèmes infectieux, infections respiratoires, ORS, sinusites ou encore des problèmes cutanés et dermatologiques... Ça, ça pose pas mal de problèmes. Après on a toutes les douleurs, les problèmes rhumatologiques, les mots de tête ou les articulations. On a beaucoup de petite traumatologie du sport comme par exemple la musculation qui a été mal faite ou des entorses de cheville ou des genoux au football. Après on a des choses un peu plus complexe au niveau cardiaque, rénale ou urinaire mais c'est de moins en moins fréquent.

F.E: Et ce sont des problèmes qu'ils avaient déjà en entrant en prison ?

P.S : Oui. Oui. En général se sont toujours des problèmes qu'ils avaient déjà à l'extérieur. En général. C'est sûr que la prison accentue tout. Il y a un manque de lumière, il y a un manque d'activité, un manque d'hygiène qui fait que la peau déguste beaucoup. Il y a des gens qui font des grosses acnés. On pense que c'est dû au manque de lumière. Il n'y a pas de grandes fenêtres comme cela. Ce sont des petites fenêtres qui parfois n'ouvrent pas. Il n'y a pas beaucoup de lumière qui passe et ils sont toujours avec des néons et avec les rayons ultraviolets, la peau souffre. Ils ont trois douches par semaine. C'est tout un tas de choses qui s'accumulent. Et puis surtout ils sont tous dans la même cellule.

F.E: Au niveau de Saint-Quentin, c'était pareil ?

P.S : Alors c'est en contradiction avec ce que je viens de dire. Au niveau de St-Quentin, c'est très différent. Il y a des grandes fenêtres. Ils sont souvent tout seuls. Ils ont plus de facilités pour la douche et ils ont aussi des grands problèmes de peau. Donc ça doit sûrement être un problème de stress et une question de pression qui provoque des poussées d'eczéma ou d'acné.

F.E: Quels sont vos rapports la plupart du temps avec l'administration pénitentiaire ?

P.S : Ils sont plutôt bons. Si on respecte bien le travail de l'administration pénitentiaire, ils respectent notre travail. De temps en temps, il faut mettre les choses au clair et ça dépend vraiment des personnes. Il y a des gens respectueux qui comprennent bien et puis il y a des gens qui mettent un peu la pression en disant "ici c'est nous qui travaillons". Mais la majorité du temps ça se passe plutôt bien.

F.E: Et quelles sont les occasions où vous entretenez des rapports avec eux ?

P.S : Il y a pas mal de certificats à faire. Par exemple pour sortir quelqu'un du quartier disciplinaire parce qu'il avait deux bras dans le plâtre donc il ne faut pas être tout seul. Ou bien pour une douche supplémentaire ou bien quand quelqu'un a des soucis de violence en cellule. Il y a des problèmes de parloir aussi, tout un tas de problèmes qui font qu'on prend contact avec l'administration pénitentiaire. Pour les problèmes de douche par exemple c'est à nous de faire un certificat médical. Parce que sans certificat médical, les surveillants n'ouvrent pas les douches.

F.E: Et quelles sont vos relations avec les surveillants en général ?

P.S : Alors souvent ce sont eux qui sont demandeurs quand ils ont repéré qu'un détenu ne sortait pas de sa cellule ou ne se levait pas ou un problème particulier. Alors on va le voir en détention ou ils nous l'amènent. Ce sont surtout des choses comme ça. Les surveillants essayent de se décharger un maximum sur le service médical, ce qui n'est pas mal je pense parce que ça nous évite des soucis. Maintenant, à chaque fois qu'il y a des problèmes en détention ils n'ont pas intérêt à ce qu'il se passe quelque chose sur leur étage et donc ils en réfèrent tout de suite à leur chef ou à l'administration ou au service médical.

F.E: Ils ont tendance à se reporter plus vers l'UCSA que le SMPR ?

P.S : Non, non. Les deux. Il y a beaucoup de problèmes psychologiques et là ils vont voir le SMPR.

F.E: Et sinon j'aimerais pour revenir à l'éducation à la santé savoir ce que vous pensez des possibilités d'instaurer de l'éducation à la santé en milieu carcéral ?

P.S : Moi je pense que ça devrait être la priorité. Je pense que ça devrait être une priorité, au moins à égal avec les soins. Alors qu'aujourd'hui c'est le parent pauvre. Je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire. Il faut déjà un espace de parole, de documentation, d'information, de discussion sur tout ce qui touche la santé et y compris la santé de leurs enfants. Par exemple pour une femme. Des choses qui ne sont pas forcément la priorité. Parce qu'ils vont sortir de prison. Donc il faut qu'ils repartent avec des bases un peu différentes. Qu'ils puissent acquérir des choses qu'ils puissent mettre en pratique. Et moi je le répète. Il faut qu'on dégage du temps pour ça. Qu'on accepte par exemple qu'il n'y ait pas d'infirmière pendant une matinée pour faire des soins et qu'elle aille dans un groupe de parole ou d'information pour l'éducation à la santé. Je pense que si on dit à quelqu'un "voilà comment il faut faire pour ne pas être malade" et qu'on n'est pas capable de le soigner quand il est malade, ont est pas crédible. Donc il faut faire les deux. Mais je pense au moins à parts égales. Et même si ça peut paraître coûteux de dégager quelqu'un pour ça, je crois qu'à long terme c'est un bon calcul. Si les gens comprennent ce qu'on leur dit, il y aura moins de gens qui auront des problèmes de santé, moins de gens qui prendront des médicaments. Le truc typique c'est la personne qui vient en consultation en toute vitesse et qui nous dit "je vais vite au parloir, donnez-moi vite des médicaments !". Moi je ne réponds jamais à ça. Jamais. Parce que si on prend une demi-heure pour discuter avec lui, il repart sans médicament et il va bien dormir. Donc c'est vraiment trop bête. Mais ça demande du temps, c'est un coût. Ca demande un investissement. Mais ce n'est vraiment pas la priorité. Mais en plus nous on dépend de l'hôpital, et l'hôpital il ne fait pas du tout ça, mais pas du tout. En éducation pour la santé, l'hôpital c'est zéro. Et la formation des médecins, on en parle pas. Ça a été introduit un peu avec la notion de santé publique mais c'est extrêmement minime et puis marginal. Ça se limite au bon vouloir des gens et aux rapports qu'ont les gens de façon individuelle.

F.E: Et vous n'avez pas l'impression d'aller contre l'hôpital ?

P.S : Non ça ne va pas contre. Pourquoi est-ce que l'hôpital n'apprendrait pas l'éducation à la santé? On pourrait très bien par exemple détacher 2 infirmières pour aller

dans les écoles et pour apprendre à bien se nourrir. Ça me paraîtrait très crédible. Sachant que derrière il y a une structure reconnue comme étant compétente. Mais pour l'instant on ne fait pas ça. Si quelqu'un propose ça, personne n'acceptera. L'hôpital est une structure trop spécialisée et trop marquée.

F.E: Pensez-vous que soit possible de responsabiliser le détenu au point de vue de sa santé ?

P.S : Moi je crois que oui. Je pense que pour certains en tout cas la détention est un moment où ils sont tournés vers eux-mêmes et où ils peuvent être réceptifs aux messages, à des actions et adopter une meilleure compréhension parce qu'ils en ont déjà entendu parler auparavant et que ça réveille quelque peu des souvenirs. Et puis en tout cas, ils n'ont que ça à faire, entre guillemets. Donc il faut tâcher d'en profiter.

F.E: Et la prison n'est pas un environnement défavorable à cela ?

P.S : Mais en fait il n'y a pas d'environnement favorable. Lorsque les gens sont dehors, ils reprennent le travail, ils ont des problèmes de logement. Il n'y a jamais d'environnement idéal. Alors c'est vrai que la prison n'est pas idéale mais de toute façon il n'y en a pas d'environnement idéal.

F.E: Il y a cependant certaines limitations en prison. Par exemple trois douches par semaine ce n'est pas vraiment idéal pour une éducation à la santé...

P.S : Oui, oui. Par exemple à un moment on voulait parler des problèmes de dos mais ils ont des lits tout cassés. Qu'est-ce qu'on peut aller faire une école du dos s'ils dorment dans des lits tout cassés ? Alors heureusement aujourd'hui ils ont changé les matelas et les sommiers. Alors c'est vrai qu'une douche par jour c'est un minimum. Mais techniquement, ils sont incapables de donner une douche par jour et par détenu. Parce que les douches ne fonctionnent pas bien, il y aurait des problèmes d'eau chaude et techniquement c'est impossible. C'est pour ça que s'ils font comme ça, ce n'est pas pour limiter les douches, c'est parce qu'ils ne peuvent pas faire autrement. Mais effectivement, c'est la première chose qui manque aujourd'hui. Vous parlez d'hygiène et tout ça mais voilà. Vous parlez de soins dentaires, qu'il faut qu'ils se brossent les dents mais il y a des réalités.

F.E: Et que peut faire l'éducation à la santé face à tout cela ?

P.S : Alors l'éducation pour la santé, elle ne peut pas construire une douche. Elle peut expliquer aux gens pourquoi il faut se laver, pourquoi faut se brosser les dents. Mais comme je vous expliquais tout à l'heure, il y a des moments dans la vie où on n'est pas maître de tout et ce n'est pas la peine en plus de détruire son corps. On est déjà détruit dans l'esprit il faut quand même tenter de protéger ce qu'il reste un petit peu.

F.E: Depuis la loi de 1994 les détenus gèrent eux-mêmes leurs médicaments...

P.S : Oui. Les détenus ont en fait une boîte, un pilulier qui permet de répartir leur consommation par semaine et par jour. Moi je trouve que c'est très bien. Je pense que ça permet de savoir ce que l'on donne aux gens. De temps en temps c'est remis en cause, on nous dit "Regardez ce que l'on a retrouvé dans la cellule". On a déjà retrouvé un paquet avec dedans 300 comprimés. Mais de toute façon, avant on le trouvait aussi. Il y a

eu une fois un décès et il y a une autopsie qui a révélé que le premier produit qu'il avait ingéré ça n'était pas un produit de notre pharmacie, c'est un truc qui était rentré de dehors et de toutes façons ça ne change rien du tout au problème. Ça change parce que ça responsabilise les gens. L'hygiène est meilleure et nous on évite ainsi les complications médicamenteuses car quand on mélange deux produits ensemble on ne sait pas toujours ce que peut produire. Je pense qu'on tout à y gagner et le détenu aussi.

F.E: Et quelle est votre relation avec les détenus le plus souvent ?

P.S : Moi je pense qu'elle est bonne parce que nous d'abord on fait tout pour être au service des détenus comme on serait au service de n'importe qui dehors. Il y a certains qui trouvent qu'on les prend mal en charge mais ces gens-là sont souvent des gens qui ne vont jamais voir les médecins dehors parce qu'ils trouvent qu'ils attendent trop et là ils voudraient qu'on soit là toujours tout de suite. Ils pensent qu'on les traiterait mieux dehors. Ce qui n'est pas vrai. Moi je compare avec mon activité à l'extérieur et on fait la même chose. C'est pareil. Je prends les gens exactement de la même façon. Il y a les délais qui changent par contre. C'est vrai que si j'ai besoin d'une gastroscopie, je l'aurais dans la semaine à l'extérieur et par contre au bout d'un mois et demi en prison. Les délais, c'est la seule grosse différence avec l'extérieur. Moi je ne l'ai jamais eu de souci en particulier mais il y a des gens qui m'ont claqué la porte et qui disaient qu'ils voulaient porter plainte parce qu'ils trouvaient qu'on les a mal soignés mais en tout cas jamais dans l'esprit de l'un d'entre nous on soigne les gens parce qu'ils sont des détenus et qu'on les soigne différemment. On les soigne vraiment comme l'extérieur. Nous on s'en fiche qu'ils soient détenus. Et je pense que la majorité s'en rend compte. On reçoit des cartes postales de temps en temps de gens qui nous remercient. On les garde [rires].

F.E: Est-ce que vous connaissez leurs motifs d'incarcération ?

P.S : Non, non. Ça ne nous intéresse pas. On s'intéresse plus à la durée parce qu'en fonction de la programmation des soins, quelqu'un qui reste trois ans et qui a besoin d'une chirurgie sur un membre, eh bien on peut la lancer. En revanche quelqu'un qui reste un mois ou trois semaines, je lui dis "vous verrez ça dehors car on aura pas le temps de son occuper".

F.E: Vous avez beaucoup de demande de grosses prises en charge ?

P.S : Oui, oui. Il y a des gens qui depuis cinq ou six ans ont des broches qu'ils doivent se faire enlever et lorsqu'ils arrivent en prison, on doit leur enlever tout de suite. Ça devient très urgent. Ou les dents, ça fait vingt ans qu'ils n'ont plus de dents et d'un coup il faut les soigner. Il y a une demande du tout au tout. Il y a des types qui ont un grain de beauté, ça fait vingt ans qu'ils l'ont et il faut leur enlever tout de suite. Donc on leur explique qu'on le fera mais on le fera dans les délais qui sont les nôtres, c'est tout. Il n'y a pas d'urgence. Ils ont attendu vingt ans et peuvent attendre deux mois. Il y a une grosse demande de soins immédiats et de maux qui sont souvent injustifiés.

F.E: Et vous vous essayez de temporiser?

P.S : Oui. Nous, on fait comme si on était à l'extérieur et que la personne n'était pas en prison.

F.E: Comment est-ce que vous vous positionnez par rapport aux médecins qui ont un

rôle de témoin ? Je pense par exemple au livre de Véronique Vasseur?

P.S : Moi je suis assez mal à l'aise par rapport à ça parce que les surveillants sont en permanence humiliés à l'intérieur de la prison. C'est comme si c'est eux qui avaient jugé les détenus. Ils sont sans arrêt harcelés, mis au devant de la scène quand il y a un problème en prison, quand il y a un suicide. Comme si c'était eux qui choisissaient si la personne prenait dix ou quinze ans. Et en fait ils ne font qu 'appliquer les lois. Ce n'est pas eux qui décident que telle personne aille en prison. Et les livres comme celui de Véronique Vasseur je trouve que c'est encore plus humiliant et ils n'en ont pas besoin. Nous on a de très bonnes relations avec eux parce qu'on les respecte beaucoup. Et si un jour, moi, je me mets à dire "tiens, tel jour et à telle heure, il y a un surveillant qui n'a pas voulu ouvrir la cellule de telle personne", j'aurai l'impression de le trahir et de l'humilier. Si j'ai un truc à lui dire, je vais lui dire à lui. Je vais lui dire "Ecoutez, il faut l'ouvrire car j'ai besoin de le voir" et je n'ai pas besoin de mettre ça dans la presse. Ça ne se règle pas comme ça ces histoires là. Et en plus, tout le temps et dans toutes les prisons, il y a des visites des gens extérieurs, de la DDASS, des gens qui ont une autorité de tutelle sur le plan de la santé, sur le plan pénitentiaire ou sur le plan juridique. Il y a un comité d'hygiène et de sécurité qui vient avec les gens de la mairie. Ils savent tout sur la prison, ils savent tout. Ce n'est pas la peine d'aller écrire un livre à sensation. Ils savent tout et la chance qu'il y a à Lyon c'est que quand le directeur a des visites, il montre les endroits les plus minables de sa prison car lui il a tout intérêt à ce qu'on l'aide à changer ça. Et je trouve que la sortie du livre de Vasseur nous a pénalisé là-dessus. Parce qu'on a l'impression de faire partie du camp des "pour" en opposition au camp des "contre". En opposant les surveillants qui sont les vilains et les soignants qui sont les gentils. Moi je crois qu'on ne peut pas faire ça et qu'à partir du moment qu'on travaille en prison, on est un petit peu d'accord à ce que les prisons existent. Dans le cas contraire, on y travaillerait pas en prison. On est alors dans des associations de libération. Je n'ai pas aimé ce bouquin, non qu'elle dise des choses qui ne sont pas vrais mais je ne vois vraiment pas quel était l'intérêt d'écrire ce livre là. D'autant plus que bien avant les surveillants ont écrit des livres qui disaient exactement la même chose et on en a jamais parlé parce que c'était écrit par des surveillants. Donc moi je pense qu'il faut un peu d'humilité et puis passer par la boîte hiérarchique parce qu'il y a des susceptibilités très importantes qui sont liées à un sentiment d'humiliation permanent qui fait que ça ne sert à rien de mettre de l'huile sur le feu. Ça ne fait que bloquer les trucs.

F.E: Et quels sont les rapports des surveillants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire ?

P.S : Je pense que tout ça c'est une histoire de personnes. Ça dépend de la psychologie du directeur, du sous-directeur. Il y a beaucoup d'arrêts de travail parmi les surveillants. Ils sont souvent en sous-effectif, ce qui fait augmenter la pression. Avec des gens incarcérés qui sont de plus en plus psychopathes et avec des problèmes psychologiques importants. Les surveillants ne sont pas très formés pour s'occuper de ça. Après ça se joue selon leur bon sens.

F.E: Vous me disiez que pour travailler dans la prison il fallait être d'accord avec l'institution...

P.S : Oui moi je pense que si on dit il ne devrait pas y avoir de prison alors on ne va pas y travailler. On est un petit peu hypocrite pour le coup. Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ne devraient pas être en prison, que ce n'est pas juste que des gens qui aient un boulot soient incarcérés pour trois semaines et il devrait y avoir une peine de substitution. Mais je pense aussi qu'il y a des gens à qui il faut montrer de temps en temps qu'il y a une loi, qu'il y a des règles et que si on ne les respecte pas on peut aller jusqu'à l'incarcération pour leur faire comprendre que cela existe. Je pense que ça n'est pas bien appliqué aujourd'hui mais je pense que des fois c'est utile.

F.E: Et vis-à-vis de la réinsertion ?

P.S : La réinsertion c'est zéro. C'est zéro de chez zéro. Il n’y a rien à dire. Il n’y a pas de réinsertion car il n'y a pas d'ouverture vers l'extérieur. C'est le travail des SPIPP normalement mais eux ils n'ont pas les moyens de faire ça. Ils n'ont absolument aucun moyen. Et puis il y a 1/10 des possibilités des peines de substitution. Le centre de semi-liberté doit avoir 70 places. Donc je pense que côté réinsertion c'est nul.

Entretien n°3 : Mme Marié, directrice adjointe des maisons d’arrêt de Lyon depuis 1999, 13/02/2003, 2h10. Second entretien le 1/07/2003, 2h15.

On les appelle les prisons de Lyon mais il y a trois quartiers de détention. Un quartier femme, Montluc, qui comporte 22 places théoriques mais qui accueille aujourd'hui près de 80 femmes. (Entretien Mme Marié) ce lieu de détention comprend également un quartier nourrisson, deux cellules pouvant abriter chacune une femme avec son enfant. Il y a deux sites vers la gare de Perrache, Saint-Joseph et Saint-Paul. Le site de détention de Saint-Paul est construit selon une architecture panoptique. Saint-Joseph a été mis en service en 1830. Saint-Paul a été construit en 1860. Il s'agit donc d'un seul établissement pénitentiaire qui se décompose en trois quartiers de détention et qui par conséquent ne dispose pas d'autonomie de fonctionnement. Le greffe pénitentiaire se situe à Saint-Joseph ainsi qu'à Montluc.

La structure pénitentiaire de Perrache est extrêmement lourde à gérer car elle est décomposée en deux parties distinctes. Cela implique une double organisation du personnel et une démultiplication des postes. (Entretien Mme Marié). Tous les services de détention sont doublés : services de sport, douches, ateliers de travail, infirmerie (UCSA). Il y a un quartier de détention pour les mineurs ainsi qu'un service de détention pour les affaires de mœurs à Saint-Paul. Le SMPR est présent à Saint-Paul.

À leur arrivée en détention, les détenus sont affectés entre les différents quartiers de détention après leur audition par un médecin et un représentant de l'administration pénitentiaire, le plus souvent un chef de détention. Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont par exemple mises en détention sur le site de Saint-Paul où se situe le service de soins psychologiques. (Entretien Mme Marié)

L'effectif théorique des prisons de Lyon est de 344 places. Ce nombre est déterminé en fonction du nombre de cellules et de leur superficie. Par exemple on comptabilise une

place pour une cellule inférieure à dix mètres carrés, deux places pour une cellule entre 10 et 12 mètres carrés. Le site de Saint-Paul comporte 174 cellules individuelles et le site de Saint-Joseph 99. Les cellules pour mineurs sont à deux places. En pratique, les prisons de Lyon comportent plus de 700 détenus. Il s'agit d'une proportion qui est, selon les mots de la directrice adjointe des prisons de Lyon, "énorme". (Entretien Mme Marié). Ce chiffre est en forte augmentation puisque au 1er janvier 2002, le nombre des détenus était proche de 580 détenus. Le nombre de détenus est de deux ou trois pour une cellule avoisinant dix mètres carrés.

La rotation entre les détenus est très importante. Par exemple, en 2002 on comptait 2070 entrées pour 2094 sorties. (Entretien Mme Marié)

Le personnel pénitentiaire se décompose entre le personnel de direction (quatre personnes à Lyon), des chefs de services pénitentiaires de première classe et de seconde classe qui sont ceux qui encadrent les équipes en détention, les premiers surveillants qui travaillent directement avec les détenus et les surveillants. En 2002, les prisons de Lyon comportaient 233 surveillants hommes et 61 surveillantes femmes, 32 premiers surveillants, 14 chefs de services pénitentiaires. Le personnel administratif qui gère les bureaux, une trentaine de personnes sur Lyon. Le personnel technique à savoir les services de maintenance ou d'entretien et de restauration. (Entretien Mme Marié)

La rotation du personnel de surveillance est également très importante. On peut compter une vingtaine de mutations à chaque réunion de la commission paritaire, soit une soixantaine de mutations par an. La commission paritaire est une commission nationale où sont présents les représentants du personnel par le biais des syndicats et l'administration. Elle se réunit trois fois par an à fin de décider de l'affectation et des mutations du personnel de surveillance. La rotation des postes de surveillance est d'autant plus rapide sur les prisons de Lyon que de nombreux postes sont à pourvoir en tant que stagiaires après l'ENAP.

"Les personnes ayant réussi le concours vont en formation à l'ENAP, qui est à Agen... C'est une formation en alternance, c'est une succession de stages en alternance avec la présence à l'école. Ils sont ensuite affectés par établissement en fonction de leur rang de classement, est très souvent nous on a beaucoup d'affectations ici. Je sais par exemple qu'on en attend 32, là en mai. Parce qu'en réalité les stagiaires viennent combler les départs en mutation et c'est un cercle... Voilà. Et on comble de cette façon en réalité. Parce que si l'on a 25 surveillants qui partent en mutation, on n'a pas forcément 25 autres surveillants qui ont demandé d'être mutés sur les prisons de Lyon. Donc l'administration comble avec... Voilà ce qui se passe. Donc comme il s'agit de jeunes surveillants, souvent ce sont des surveillants qui cherchent à repartir. C'est vraiment un cercle qui se reproduit continuellement. Donc voilà.

F.E: Il vous arrive d'être en sous effectif ?

M.M: On est toujours en sous effectif. On est en sous effectif. Car il y a un certain nombre de personnels qui par exemple sont comptés dans notre effectif mais ne sont pas là physiquement. Par exemple aujourd'hui on a à peu près vingt surveillants qui sont classés en notre position et c'est par exemple des gens qui essaient de passer des concours dans d'autres administrations et qui sont actuellement en formation dans ces

administrations mais qui sont toujours comptabilisées dans notre effectif. Tant qu'elles ne seront pas titularisées dans une autre administration, c'est les douanes, c'est la police, ils comptent toujours chez nous mais ils ne sont pas là". [Les postes à pourvoir en personnel de surveillance en permanence sont de 40 sur chaque site soit près de 80 postes. Le nombre de personnels nécessaires est calculé en fonction des postes à pourvoir et un taux d'absentéisme qui est calculé à 19 %. Ce taux est considéré, d'après les propos de la directrice adjointe des prisons de Lyon, comme "trop bas"]

F.E : Je ne comprends pas bien à quoi correspond ce taux?

M.M : Vous savez, il y a beaucoup de... Ils sèchent littéralement. Il y a beaucoup de congés maladies. On a beaucoup, enfin un certain nombre de personnels qui sont habitués à prendre des congés maladie. Donc ce taux c'est un peu pour pallier aux congés maladie. Ce taux d'absentéisme est calculé comme cela ne correspond pas forcément à la réalité [...]

F.E : Vous avez des chiffres ?

M.M : Par exemple, pour l'année 2001 les congés maladie pour le personnel de surveillance ça faisait 8153 jours. Voilà. Mais après les motifs d'absence peuvent être assez nombreux. Les absences ça peut être pour congés annuels, pour congés modifiés, c'est-à-dire que les personnels qui ont de la famille dans les départements et territoires d'outre-mer peuvent en bénéficier, les congés maladie et les congés de longue maladie. Ça se sont des gens qui ont notamment de gros problèmes d'ordre psychologique et qui n’arrivent plus à supporter la détention et qui sont déclarés en longue maladie. Ce sont des congés de un, deux voire trois ans. On doit en avoir deux ou trois. On a les accidents de travail. C'est un agent qui se fait agresser par exemple mais ça peut être très, très large. Ça représentait 1176 jours pour l'année 2001. Vous avez des congés maternité ou les congés familiaux. Vous avez des congés de formation. Vous avez la formation syndicale car il y a beaucoup de gens qui sont détachés syndicaux. On doit en avoir quatre.

[Un agent travaille de 8 heures à 13 h puis un autre de 13 h à 19 heures et un certain nombre font des nuits. Chaque surveillant bénéficie au minimum une journée de repos voire deux si les conditions de travail le permettent. Les sous effectif des prisons de Lyon permettent rarement actuellement d'autoriser cette seconde journée de repos. (Entretien Mme Marié)]

F.E: Et comment se ressentent les effets des sous effectifs ?

M.M : Eh bien on est obligé de fonctionner avec certains postes qu'on appelle "découverts". C'est-à-dire qu'on ne met pas d'agent à ces postes là. Ça créé des difficultés de fonctionnement car par exemple il y a trois niveaux de détention et par exemple on va découvrir le deuxième et l'agent du premier étage assurera son poste et le poste de son collègue. Il y a les postes qu'on ouvrira pas car on n'a pas les moyens de le faire et vous pouvez vous trouvez, comme c'est le cas cet après-midi, dans une situation où on fait l'appel et il manque trois agents qui ne sont pas venus assurer leur service. Donc c'est au chef de surveillance de jongler avec son effectif global. Et c'est très souvent comme ça. C'est très souvent les postes d'étages qui sont découverts. Tous les postes

doivent être tenus, c'est le postulat de départ. C'est hyper important bien sûr pour la sécurité mais il y en a qui le sont plus que d'autres. Ce sont les postes aux portes d'entrée au mirador, ce sont les postes centrales. Après, on voit. A côté des surveillants "postés", certains surveillants travaillent à la journée. Ils ne font pas de nuit et ont un rythme régulier.

Les parloirs familles sont assurés par une équipe qui travaille sur les deux sites de détention. Les parloirs sont le plus souvent effectués sans séparation. L'administration pénitentiaire peut toutefois choisir de recourir à l'hygiaphone, comme le précise la sous-directrice des prisons de Lyon, à titre de "sanction", notamment dans le cas où le détenu ait déjà tenté d'échanger quelque chose avec la membre de sa famille lors des visites. Les parloirs sont effectués sous une surveillance pénitentiaire constante, contrairement aux parloirs "avocats".

Le personnel de surveillance, de direction ainsi que l'aumônier et le personnel social peut disposer des clés afin d'accéder la détention. Le personnel social y a rarement recours. Le personnel social est un personnel pénitentiaire. Le personnel médical n'a en revanche pas le droit de disposer des clefs et doit bien sûr avoir accès au quartier de détention en étant accompagné d'un surveillant.

Toues les postes fixes (parloirs, UCSA, SMPR) sont attribués de façon individuelle aux surveillants.

Dans les mouvements de grève on peut distinguer les actions qui sont le relais d'actions nationales (ouverture de postes, augmentation des salaires, mouvements de soutien national face à une agression) et les initiatives locales. Dans un entretien, la sous-directrice des prisons de Lyon affirme la différence qu'elle établit entre les deux. En cas de mouvement de grève de la part des surveillants, les activités sont le plus souvent réduite au minimum à savoir les douches, les repas, les promenades et les parloirs. Les activités sociales, éducative ou du travail sont alors suspendues.

La sous-directrice évoque un changement dans la gestion du personnel au cours des années 90. Elle est en poste sur Lyon depuis 1995.

F.E: Tout à l'heure vous me disiez qu'en 1992 il existait une autre gestion du personnel...

M.M: Oui parce que maintenant à partir du moment où... Nous avons maintenant des consignes très précises. C'est-à-dire que nous avons quand même des moyens quand il y a comme cela un mouvement. Un mouvement, c'est-à-dire un moment où les surveillants décident de ne plus travailler et se massent devant les portes, comprend le fait de services... normalement. On fait l'appel et on dit "Messieurs, voilà, vous avez dix minutes pour reprendre votre service et si vous ne le reprenez pas nous appliquons, ce que l'on appelle ici, le un trentième. C'est-à-dire qu'on peut défalquer un 30e de leurs salaires pour chaque jour non travaillé et service non fait. C'est quelque chose qui n'était pas très pratiqué avant. Maintenant, c'est systématiquement pratiqué. C'est aussi parce qu'on a changé de direction d'administration pénitentiaire parce que les directeurs de l'administration pénitentiaire se sont succédés et ils ont eu des politiques différentes les uns des autres, et voilà. Peut-être qu'on est... Mais je pense que c'est tout à fait normal

qu'on fasse cela parce que c'est très grave. Des agents qui descendent et qui disent "on travaille pas". Ils ont peut-être raison mais on a une mission de service public. Vous avez des détenus qui ne sortent pas, qui n'ont pas de parloirs et on peut faire exploser une prison comme cela. C'est cela le danger. Le danger c'est qu'ils doivent assurer leur service et après on peut très bien discuter [...] C'est vrai qu'on nous demande de prôner le dialogue social et je pense en effet qu'il faut voir un contact permanent avec les organisations professionnelles, ça peut ne pas suffire parce qu'il peut y avoir un gros incident dans la détention.

La sous-directrice des prisons de Lyon nous apprend que selon elle il y a une faible tradition syndicale sur Lyon à comparer d'autres institutions pénitentiaires où elle était en poste auparavant.

M.M : Ça un petit peut changer la tradition syndicale. C'est vrai qu'avant j'étais en poste à la maison d'arrêt de Douai, dans le Nord, et ils ont une grosse tradition minière et une très grosse tradition syndicale... Vraiment... C'est la CGT, FO. Moi ce que j'ai ressenti en arrivant ici c'est qu'ils ont du mal à avoir une action véritablement syndicale, c'est-à-dire on fait avancer les choses, l'on se bat pour améliorer les conditions de travail du personnel. Ça n'est pas tout à fait cette façon là. Donc forcément, il manque la solidarité. Combien de fois ils se sont retrouvés tout seuls devant la porte, certains représentants syndicaux, parce qu'à l’intérieur ça ne suit pas du tout, voilà. Il y a aussi la tradition syndicale qui a changé car les gens deviennent beaucoup plus individualistes avec le temps. Il y a tout cela. Je pense que chaque établissement a son histoire et un mode de fonctionnement différent. On a eu par exemple ici des agressions… le détenu qui a agressé à Moulins a agressé ici aussi mais on n'a pas eu la même réaction. Moulins a une histoire terrible aussi. La centrale a explosé il y a quelques années. Mais elle a vraiment explosée, ils ont tout, tout cassé et puis je pense que le personnel a réagi.

La plupart des mouvements sont ponctuelles lors du vote du budget mais la sous-directrice des prisons de Lyon affirme qu'il n'y a pas eu de grands mouvements syndicales depuis plusieurs années.

UFAP, union fédérale autonome pénitentiaire, très corporatiste. FO personnel de surveillance et FO personnel de direction. CGT, CFDT et CGC, confédération générale des cadres. Le syndicat majoritaire est l'UFAP, qui est en termes de connotation politique "assez extrémiste" selon les mots de la sous-directrice des prisons de Lyon. Lors des dernières élections professionnelles qui ont eu lieu en décembre 2002, le taux de participation était de 60 %.

Le concours pénitentiaire n'est le plus souvent pas le premier tenté. Cette affirmation est valable pour le personnel de surveillance comme pour le personnel de direction. C'est par exemple le cas de la sous-directrice des prisons de Lyon qui après des études de droit privé a tenté plusieurs concours de la fonction publique de catégorie A. Elle est rentrée dans l'administration pénitentiaire en 1988. Elle est restée cinq ans dans la maison d'arrêt de Douai puis le centre détention de Bapaume (Nord-Pas-de-Calais). Elle est rentrée en 1995 dans les maisons d'arrêt de Lyon où elle occupe la fonction de directrice adjointe depuis septembre 1999.

M.M: Lyon, moi je pense franchement, mais je ne suis pas la seule à le penser, c'est

que la grande difficulté lyonnaise c'est la structure. La structure, c'est terrible. Elle est terrible parce qu'on démultiplie tout. Et puis c'est aussi très dégradé. On dit souvent les prisons de Lyon vont fermer mais c'est vraiment une nécessité absolue. Il y a des conditions de travail qui sont même difficiles pour le personnel, il y a des problèmes d'hygiène évidemment. C'est vraiment très vieux et on a beau faire de l'entretien, c'est vieux. Vieux et délabré. Les conditions de détention pour les détenus ne sont pas terribles. Paradoxalement, ils se plaignent très peu ici. On a très peu de mouvement des détenus vis-à-vis des conditions de détention. Mais pas du tout. Les détenus s'y plaisent manifestement bien par rapport à un établissement comme Villefranche qui est un établissement "13 000" et où c'est neuf mais où ils trouvent que c'est très aseptisé dans la relation. C'est vrai qu'ici le pendant du fait que ce soit assez délabré c'est le contact a pratiquement consistant entre surveillants et détenus. C'est beaucoup plus humain on va dire en termes de relations. Ici il faut beaucoup de personnel pour faire passer les détenus. Il y a beaucoup de personnel dans les étages. Ça n'est peut-être pas forcément très sécuritaire par rapport au mouvement des détenus qui se baladent, surtout à Saint-Joseph mais ça vit. On n'est pas dans une bulle. Voilà. À Villefranche, il y a très peu de détenus qui se baladent comme ça dans les couloirs, l'agent est enfermé dans sa bulle et il commande l'ouverture électrique des portes. À Saint-Joseph, vous avez des surveillants dans les étages et ça donne vraiment pas cette impression. Je pense que ça joue énormément.

M.M: Et puis on est aussi dans une prison qui est dans la ville. Pour les détenus, c'est très important parce qu'il y a énormément de parloirs sauvages autour. Donc c'est la famille qui vient. Ça par contre ce n'est pas bien du tout. Pour le coup, du côté de sécurité fonctionnement c'est très difficile. Les riverains se plaignent et c'est une prison où il y a beaucoup de projections. Il y a beaucoup de choses qui arrivent à l'extérieur. Ils se mettent sur le bord de la gare qui surplombe l'établissement et puis ils jettent tout ce qu'ils veulent. Donc il y a beaucoup de haschisch. Il y a n'importe quoi qui rentre içi, n'importe quoi. Quand c'est les fêtes religieuses, il y a beaucoup de viande crue qui arrive et si ce n'est pas tellement autorisé. Donc forcément les détenus ça leur plaît beaucoup. Et Villefranche ne fonctionne pas du tout comme cela".

Les établissements "13000" sont jugés très positifs par M.Marié, qui a exercé dans un centre de détention pendant cinq ans, par leur structure. Ceux-ci, en effet, sont fortement dotés en équipements sportifs, professionnels. En revanche elle regrette le manque de liens humains.

M.M : Il y a des établissements qui sont très pesants. On ne gère pas une maison d'arrêt comme on gère un centre de détention. Une maison d'arrêt c'est l'urgence en continu et c'est la ronde le plus incident parce qu'il y a des détenus qui arrivent, ils sont anxieux du fait de leur passage au tribunal prochain, du fait de leur condamnation. Ça vit beaucoup plus en maison d'arrêt, c'est très mouvant. Et puis il y a beaucoup d'automutilation, enfin beaucoup... Il y a un certain nombre d'automutilations il y a des choses qu'on ne rencontre plus quand on est en centre de détention nationale ou la population pénale est plus stabilisée, c'est-à-dire qu'elle sait où elle va, elle sait combien elle a pris et on est sur une détention beaucoup plus calme où on a plus le temps de faire les choses et au travail sur le projet de sortie. Les détenus travaillent là-dessus

constamment. Ils ont constamment ça dans la tête. Donc ils n'ont pas du tout intérêt à ce que cela se passe mal. Ils ont tout intérêt à obtenir leur remise de peine. Moi je trouve que la détention et beaucoup plus calme. Par contre quand il y a un incident, il est grave. Ca c'est le pendant. C'est-à-dire que s'il y a refus de réintégrer dans un centre de détention, ce refus ne va pas durer deux minutes. S'ils font ça, c'est qu'ils ont vraiment quelque chose à dire. Ça veut dire que c'est un problème qu'il faut régler. Parce qu'ici lorsqu'on a un refus de remonter de promenade comme on a une population pénale qui change beaucoup, c'est-à-dire qu'on a beaucoup de jeunes de banlieue et le comportement qu'on a dehors on le retrouve complètement à l'intérieur avec beaucoup de violence verbale, et lorsque maintenant on a des refus de remonter de promenade, il n'y a personne. C'est-à-dire qu'on ne peut plus aller dans la cour et demander à parler à celui qui est censé représenté l'ensemble des détenus car il n'y a plus de représentants. On a changé complètement à ce niveau là. C'est-à-dire que, c'est fini, ils cassent tout de suite. Ça casse tout de suite. Ça dégénère tout de suite. Mais il n'y a aucune solidarité, c'est-à-dire que ce n'est pas parce qu'il y a une cour qui ne va pas remonter que les autres qui seront en promenade ne vont pas remonter. Ça n'a rien à voir. Par contre en centre de détention ou en maison centrale quand ils restent sur une cour, ce n'est pas pour rien. Donc voilà.

M.M : Après c'est un problème de sentir la détention et de sentir... Ça se travaille ça. Normalement on connaît bien sa détention. On doit savoir quand ça va claquer et quand ça ne va pas claquer. Mais les difficultés de Lyon, c'est qu'il y a beaucoup de personnel d'encadrement, beaucoup de jeunes chefs qui arrivent et qui repartent très vite. Donc ça change beaucoup et donc ils n'ont pas le temps de véritablement connaître le fonctionnement. La détention ce n'est pas en huit jours que ça se connaît. Il faut connaître les détenus, il faut circuler et il faut sentir. Et je trouve que cela est gênant par rapport à Lyon.

M.M: C'est aussi qu'on a changé de population pénitentiaire. Moi, je ne veux pas faire la vieille, quand j'ai commencé ça n'était pas comme ça. Et si ce n'est pas du tout ça. C'est-à-dire qu'on avait des interlocuteurs en détention. Un groupe qui était sur une cour, c'est assez symptomatique du fonctionnement, logiquement vous devriez pouvoir entrer sur la cour et comme vous connaissez la détention, vous devriez pouvoir dire nommément à un tel "dis-moi un petit peu ce qu'il se passe". Mais ça on le trouve de moins en moins.

La durée moyenne de présence sur la prison de Lyon est entre six mois et un an. Certains détenus sont là pour quinze jours et d'autres détenus attendent depuis trois quatre ans notamment pour les affaires judiciaires complexes. La durée d'attente est également prolongée après le jugement car il faut attendre qu'une place en centre de peine se libère. Par exemple, à Muray, la durée d'attente moyenne est de dix-huit mois.

F.E : Je voulais savoir tout d'abord qui prend en charge dans l'établissement les questions sanitaires?

M.M: Alors je vais vous répondre simplement parce que cela figure dans ma fiche de poste. C'est supposé être le sous-directeur qui fait le lien sur l'action sanitaire. Donc je m'en occupe depuis quatre ans. Donc cela comporte deux volets. Tout d'abord je gère les actions d'éducation pour la santé. Normalement, c'est le chef d'établissement mais cela est délégué. Donc je fais cela en lien avec le personnel soignant et cela signifie donc de

faire le lien entre les uns et les autres notamment pour les fiches projet. C'est-à-dire que lorsqu'il y a des appels à projet qui arrivent de la direction régionale, c'est nous qui faisons le dispaching entre les personnels soignants au niveau de l'UCSA et au niveau du SMPR était la même façon, on récupère les fiches. Et je suis membre du groupe local d'éducation pour la santé. La deuxième partie de mon travail sont les relations avec les personnels soignants de façon plus générale. Donc, on a mis en place des réunions de type institutionnel avec les représentants des UCSA, les médecins et les cadres infirmiers et on est supposé faire la même chose avec le SMPR. Je dis supposé, parce qu'en général nous avons beaucoup de rencontres qui ne sont pas des rencontres institutionnelles mais on se rencontre au cours des différentes réunions et ce qui fait qu'on éprouve pas véritablement le besoin de se rencontrer de façon formelle.

F.E : Quel type de réunions par exemple?

M.M: Par exemple, ici à Perrache on a une réunion institutionnelle qu'on a mis en place et qui rassemble des représentants de la détention, un représentant des UCSA, un représentant du SMPR, un représentant de l'enseignement, un représentant du SPIPP. Quand je dis détention, cela veut dire les gradés et les surveillants. Cette réunion a lieu une fois par mois sur Perrache pour les deux quartiers et une fois toutes les six semaines à Montluc. Et dans ce cadre-là sont évoquées toutes les questions que les services peuvent avoir à poser sur le fonctionnement des uns et des autres et si on veut régler quelque chose on le fait tout de suite sur place et on n'a pas attendre des semaines et des semaines pour que cela se règle. C'est dans ce cadre là que sont évoquées les questions sanitaires et c'est pour ça qu'il n'y a pas de nécessité à faire une réunion unique. Donc au début on avait mis en place une réunion avec les UCSA quand on n'avait pas encore cette réunion institutionnelle. Et puis on s'aperçoit avec le directeur de détention, qu'on a abandonné cette réunion avec les UCSA car on aborde les mêmes questions.

F.E : Et par contre avec le SMPR?

M.M: En réalité on discute plus souvent de cas particulier avec le SMPR qu'on ne le fait avec les UCSA. Parce que le SMPR dispose d'un certain nombre de lits ici et donc forcément quand on a un détenu qui est entrant ici au SMPR et qu'il ne va pas bien, on est amené à plus en discuter. C'est un rapport beaucoup plus direct qu'avec les UCSA. Voilà, tout simplement. Mais c'est parce que c'est le fonctionnement qui fait ça. Je me souviens qu'on a eu dernièrement une réunion spécifique parce qu'on avait des problèmes d'accès, quand le nouveau SMPR a ouvert à Perrache en mai 2001. Il a rouvert avec de nouveaux locaux, entièrement refaits, dans une autre partie de la détention et on 'est aperçu après qu'on avait quelques difficultés en termes d'accès . Donc on a fait une réunion interne entre nous avec le directeur de détention, le cadre infirmier et les gens du SMPR pour régler le problème. Donc on fonctionne plus sur des problèmes ponctuels, en cas de dysfonctionnement que lors de réunion institutionnelle.

F.E : Vous vous rappelez quel était le problème?

M.M: Oui le problème d'accès, c'est qu'il y avait un seul agent prévu au SMPR car il n'y avait auparavant que deux étages alors que le nouveau local prévoyait trois niveaux. Du fait qu'on avait créé un nouveau lieu d'activité au rez-de-chaussée, ça a amené un

afflux de détenus supplémentaire. Et à cela s'ajoutait un certain nombre de détenus qui venaient prendre le Subutex. Et donc il y avait des mouvements de détenus, entre 80 et cent par jour, qui passaient par ce rez-de-chaussée chaque jour. Et donc il a fallu débloquer un nouveau poste de personnel car il n'y avait qu'un seul poste et cela était insuffisant. Parce qu'il fallait aussi que ce personnel parte à un moment donné avec l'infirmière qui allait donner les médicaments en détention et donc le rez-de-chaussée était fermé. Il y avait un problème d'accès à ce niveau là parce que c'est vrai qu'on ne s'était pas forcément rendu compte du nombre de détenus que cela allait amener.

F.E : Je voulais savoir quels étaient les rapports entre l'UCSA et le SMPR?

M.M: Tels que nous on les voit, il nous semble correct. Il n'y a jamais eu aucun problème qui nous est parvenu. On n'a jamais ressenti de difficultés à notre niveau.

F.E : Quels sont les types de problèmes qui sont abordés dans cette réunion institutionnelle?

M.M: C'est moi qui anime cette réunion et on donne la parole à chaque service et donc la parole est assez libre, on laisse les gens s'exprimer. On fait circuler beaucoup d'information, dire par exemple quel type d'activité va être fait par le SPIPP pendant l'été, pour l'UCSA, c'est de dire par exemple qu'ils n'ont pas eu toutes leurs consultations en temps et en heure et qu'ils n'arrivent à pas voir les détenus. Mais cela c'est un problème récurrent. Mais il est récurrent pour tous les services de l'établissement. Au niveau de la détention, on peut dire par exemple que certains postes de surveillants sont encore découverts parce que par exemple on a pris un surveillant sur un étage. Ce sont beaucoup de choses assez basiques sur le fonctionnement du terrain de la détention. C'est très, très rare qu'il y ait des gros conflits qui puissent émerger durant ce genre de réunion.

F.E : Et c'est la seule rencontre durant laquelle tous les services peuvent se rencontrer?

M.M: Oui. Si, on se voit aussi dans le groupe local d'action pour la santé. Donc, il y a aussi le groupe de prévention suicide et le groupe de traitement sur l'indigence où là aussi vous avez le personnel de détention et le personnel soignant qui est présent. Cette commission suicide a été créée en 1999 à titre expérimental. C'est une expérience qui fait partie d'un programme national et comme il y a eu un nombre important de suicide aux prisons de Lyon, on a été choisi comme site pilote dans la mise en place de cette commission. C'était la directrice de détention qui s'en était occupée. Il y a une participation de la détention, du SMPR, des UCSA et quelques intervenants pénitentiaires comme l'aumônier. Ce qui peut être parfois important car ils n'ont pas forcément le même type de rapport avec les détenus et ils peuvent signaler des situations difficiles qui peuvent complètement échapper à la détention. C'est une commission qui se réunit tous les quinze jours. On décide alors de mettre un certain nombre de détenus sous surveillance spéciale et ils sont inscrits dans un programme de gestion de la détention informatisée. Et cette disposition donne lieu à un tour de ronde supplémentaire la nuit. Il y a eu également une nouvelle circulaire en 2002 sur la prévention du suicide qui introduit de nouvelles dispositions. C'est-à-dire que désormais, on nous a demandé de mettre en place à titre expérimental une nouvelle grille d'accueil à l'arrivée. La commission suicide

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

de Lyon avait déjà mis en place une grille de dépistage qu'on remplissait en face du détenu suite aux questions qu'on lui posait. Cette grille était réexaminée en commission pour étudier la situation du détenu. La nouvelle circulaire a introduit une nouvelle grille qui a la particularité d'être rempli après l'inspection et elle ne doit absolument pas servir à interroger le détenu. Et je pense que c'est assez particulier car elle accorde un très gros ressenti vis-à-vis du détenu à l'arrivée, c'est-à-dire est-ce que le détenu nous paraît suicidaire... Je pense que c'est un peu bizarre car ça fait reposer sur une seule personne l'appréciation. Ce n'est pas l'entretien médical mais c'est l'entretien arrivant de l'administration. La difficulté qu'on rencontre le plus souvent au niveau de la prévention du suicide. Le repérage à l'arrivée, ça va à peu près mais c'est surtout la circulation de l'information. C'est-à-dire arriver à faire savoir ce qu'il se passe en cours de détention notamment vis-à-vis des modifications de la situation pénale. Je pense que nous ne sommes pas assez vigilants. Certaines personnes de la détention ne sont peut-être pas suffisamment à l'écoute. Et puis la difficulté, c'est que nous n'avons pas à Lyon un quartier arrivant où on peut mettre les détenus en observation. Mais ce n'est pas eu une difficulté qui est propre à Lyon.

F.E : Vous n'avez pas de difficultés à faire circuler l'information avec le service médical comme par exemple le SMPR?

M.M: Non, pas du tout. La commission a justement pour but de faciliter les échanges entre le personnel pénitentiaire et le personnel médical. Et puis sinon ça se passe par téléphone. Il nous arrive souvent d'avoir recours au téléphone, quelqu'un qui nous signale un détenu fragile.

F.E : Il y eu des formations auprès des surveillants?

M.M: Oui il y a eu des formations qui ont eu lieu au niveau régional notamment avec les DDASS et la DRASS. Il y a eu deux journée de formation sur la prévention du suicide. Ca date de début 2003.

F.E : Vous êtes restée cinq ans en poste à la maison d'arrêt de Douai, je voulais savoir si vous avez suivi la prise en charge sanitaire des détenus?

M.M: Oui on la suivait mais c'était encore sous l'ancien régime. Il y avait une infirmière pénitentiaire, il y avait un surveillant qu'on appelait auxiliaire d'infirmerie et qui portait la blouse blanche. C'était un surveillant pénitentiaire mais qui portait la blouse blanche et qui était à l'infirmerie. Il s'occupait principalement de la sécurité du personnel et il assistait quelque part infirmière, je l'ai toujours vu de cette façon c'est-à-dire à appeler les détenus… C'était l'époque aussi où les surveillants distribuaient les médicaments. Il y avait deux infirmières pénitentiaires et un surveillant auxiliaire. Il y avait des médecins qui faisaient des vacations. Je pense que c'étaient des médecins qui avaient des cabinets libéraux. Il y avait des psychiatres qui faisaient également des vacations.

F.E : Il y avait eu des problèmes de secret médical lié à ce surveillant qui travaillait dans l'infirmerie?

M.M: Non, je ne crois pas. En tout cas c'est comme ça que je le vois. Mais ce surveillant avait des rapports assez particuliers avec les détenus aussi. Il n'avait pas la même représentation que les autres surveillants de la détention.

[...] Je pense qu'ici on a un très bon fonctionnement avec les médecins. On a une très bonne collaboration car il suffit de décrocher le téléphone pour pouvoir discuter d'un problème avec un médecin. Il nous arrive de très nombreuses fois que les médecins s'ils ont un souci de détention ou de comportement d'un détenu ou une difficulté, ils décrochent le téléphone et nous appellent et donc je pense que ça c'est plutôt bien au point de vue du fonctionnement. Au niveau de la prise en charge psychiatrique, je peux vous dire que pour avoir vu fonctionner d'autres établissements où il n'y avait pas de SMPR et la prise en charge n'était pas prévue comme elle l'est dans notre SMPR, nous avons énormément de chance d'avoir ce type de fonctionnement. Parce qu'il y a un certain nombre qui ne fonctionne que sur des entrées volontaires. C'est-à-dire que le détenu doit écrire qu'il souhaite aller au SMPR et quand vous connaissez aujourd'hui la nature psychologique d'un certain nombre de détenus, ça peut sembler plus compliqué. Ce sont des gens qui sont souvent en situation de crise, en tout cas pour notre détention. Et en situation de crise, le détenu n'a pas forcément envie d'écrire des mots sur un bout de papier. C'est un peu inadapté comme fonctionnement. Et le docteur Lamothe prend les détenus et il gère après et pour la détention c'est très, très sécurisant quelque part. Parce qu'on sait qu'à tout moment, on peut l'appeler et on peut lui faire part de nos inquiétudes. On peut lui dire qu'on a un détenu qui est en train de tout casser. Parfois, il les médicalise et ça nous a très souvent sauvé quelques situations très compliquées.

F.E : Et il peut arriver qu'il refuse d'intervenir à la demande de la détention?

M.M: Non ce ne sont pas vraiment des refus. Je me souviens par exemple d'un détenu qui était dans une cour de promenade et qui avait eu un comportement aberrant, il s'était masqué avec une cagoule et avait mangé tous les papiers de ces codétenus. La détention a appelé le SMPR qui leur a répondu qu'il était tout à fait normal. En réalité, il les menait en bateau. Il simulait. Mais cette explication-là, ça n'est pas refus. Les refus, ça n'arrive jamais. Je crois que les choses ont été bien comprises par la détention.

F.E : Et ce principe du volontariat, vous l'aviez vu sur d'autres établissements?

M.M: Ah oui, moi je l'ai pratiqué par exemple à Douai très souvent car les devenus étaient redirigés sur le SMPR de Loos car il n'y avait pas de SMPR à Douai et pour être admis au SMPR de Loos, à l'époque, et je pense que c'est toujours comme ça, il fallait que les détenus demandent leur a admission au SMPR. C'était uniquement comme ça. Et les détenus restaient très peu de temps parce que j'imagine que les médecins les considéraient ré-équilibrés. C'est vrai que la particularité du SMPR à Lyon, c'est que le docteur Lamothe peut garder des détenus assez longtemps en soin thérapeutique. Moi j'ai déjà vu des détenus qui sont déjà là depuis un certain nombre... Ça peut se gérer en termes d'années. Voilà. Avec le responsable du SMPR de Loos, je n'avais pratiquement pas de relations. Mais c'est vrai que c'était très lié au fait qu'on ne soit pas dans le même établissement. Ici, le SMPR fait partie de notre fonctionnement. Je pense que c'est essentiellement une différence de conception du médecin-chef. C'est aussi simple. Comment il voit les choses. Comment doivent s'exercer les soins et sous quelle forme? Je pense que ça relève des débats à savoir s'il faut soigner sous la contrainte ?

F.E : Je voulais savoir au niveau de l'UCSA, quel était votre référent?

M.M: Notre référent ici, c'est le docteur Baupaire mais il y a deux autres médecins qui

sont avec elle avec lesquels nous avons de très bons rapports. Pour moi, il n'y a pas de difficultés ou de différences. À mon niveau, ça m'arrive très peu qu'ils me contactent directement. Le plus souvent, c'est lorsque je les rencontre comme dans le quartier d'isolement par exemple. Je pense qu'ils traitent beaucoup plus avec les chefs de détentions qui sont sur le terrain. La plupart des problèmes se règlent sur le terrain, dans la détention. Il y a très peu de choses qui remontent ici. Les seules cas qui peuvent arriver ici, c'est ceux qui sont un peu plus problématique pour la détention. Je me souviens par exemple du docteur Sourty qui m'avait appelé pour un supposé cas de tuberculose qui avait failli se déclaré et là c'est différent car il y a quand même des mesures à prendre pour le détenu et pour la détention. Ca sort du cadre de la détention simple. L'affaire s'est bien terminée car la personne n'a pas développé de tuberculose. En général en cas de risque de contagion, c'est l'isolement en hôpital et il n'y avait pas de place à l'hôpital et comme le cas n'était pas encore déclaré, en ne pouvait pas le prendre en charge et ce qu'y inquiétait surtout le docteur Sourty c'est que le détenu refusait les médicaments. Et il était surtout soucieux à cause de ça. Le détenu refusait de se soigner et on avait imaginé à le mettre en isolement. Mais c'était un choix difficile car ça obligeait le personnel à se protéger ainsi que les autres détenus. Nous n'avons pas de protocole spécifique pour la tuberculose, en revanche nous en avons un pour les risques infectieux notamment en cas d'exposition au sang. Il y a une circulaire de prise en charge. Ce sont des choses qui arrivent parfois notamment lorsqu'ils font la fouille du linge. C'est déjà arrivé que lors d'une intervention dans une cellule un surveillant se coupe. C'est la circulaire du 15 juillet 1997 sur la conduite à tenir en cas d'accident de services avec exposition au sang. Il faut les orienter alors dans les trois heures dans un service d'urgence.

F.E : Avez-vous eu des refus de la part de surveillants d'intervenir pour un risque d'exposition au sang?

M.M: Moi je n'en ai jamais eu connaissance. De toute façon, les personnels cela on leur a dit plusieurs fois. On leur répète constamment que toute intervention quelle qu'elle soit, ils doivent se protéger. Ils ont à disposition dans la détention le matériel. Ils ont tout ce qu'il faut pour se protéger. Moi, ça ne m'est jamais arrivé qu'un agent refuse d'intervenir. Le problème, c'est plutôt l'inverse, c'est-à-dire qu'ils interviennent sans protection. Ils ne réfléchissent pas trop. C'est pareil, lorsqu'il y a un feu dans une cellule, ils ont du mal à se dire qu'il faut d'abord qu'ils s'équipent du matériel approprié et intervenir après. Ils ont tendance à intervenir d'abord et avec une exposition au sang c'est à peu près la même chose. Un surveillant qui voit un détenu se couper a plutôt tendance à venir l'aider alors qu'il doit utiliser des moyens qui sont à sa disposition c'est-à-dire en utilisant ses gants. Beaucoup ne respectent pas véritablement ces règles. Il y en a beaucoup qui fouillent le linge sans les gants ou qui font des fouilles de cellule sans protection.

F.E : Et vous rencontrez des demandes de la part des surveillants vis-à-vis du secret médical?

M.M: Oui, c'est un grand débat. Enfin ce n'est même pas un débat mais c'est une grande question. Bien sûr les surveillants veulent toujours savoir si possible ce qu'ont les détenus. Ils voudraient être informés si les détenus sont séropositifs ou s'ils ont une hépatite. Ce sont des demandes qui ont beaucoup émergé lorsqu'il y a eu les grandes

campagnes de prévention. Nous leur répétons continuellement qu'ils doivent prendre leurs précautions car ce n'est pas seulement le détenu mais ça peut être aussi leur collègue qu'ils ont à côté d'eux.

F.E : Il y a eu des peurs aussi vis-à-vis de la tuberculose?

M.M: Il y a eu des peurs oui. Quand il y a des risques de tuberculose, c'est vrai qu'on ne peut pas dire.. Il y a le secret médical et c'est compliqué. On essaie surtout d'avoir une information très claire et on fait intervenir à la fois le médecin des UCSA et le médecin du travail qui viennent sur place et qui disent au personnel les précautions à prendre, c'est-à-dire le port du masque, la désinfection de la cellule. On a eu un cas une fois d'un détenu qui a été hospitalisé et on a appris ensuite qu'il avait la tuberculose. Dans ce cas, le docteur Baupaire s'est déplacée et elle a très bien expliqué au personnel ce qu'il s'était passé. Je pense que c'est important d'avoir une information juste. Car sinon vous avez tout un système de fantasmes qui se met en place. On essaye de donner les informations les plus justes au personnel tout en respectant le secret médical.

[…] Je pense qu'il faut que ces mesures fassent partie de leurs pratiques professionnelles. C'est comme par exemple les pompiers, lorsqu'il y a un accident il faut qu'ils se protègent. C'est exactement la même chose. Mais ça, c'est une culture qu'ils ont du mal à avoir.

F.E : Comment jugez-vous les relations entre le personnel de surveillance et le personnel médical?

M.M: De mon point de vue, de là où je suis, je les estimerai plutôt bonnes. Il n'y a pas de difficultés particulières. C'est vrai que de temps en temps le personnel mais comme je disais tout à l'heure c'est un problème qui se pose à tous les services. Ça existe aussi pour le SPIPP ou pour les avocats. Ils sont souvent un peu énervés car ils ont du mal à obtenir les détenus qu'ils demandent pour les consultations ou les activités thérapeutiques mais cela est inhérent au fonctionnement général. Cela peut être le fait d'un certain nombre de personnels qui se disent "il n'ira pas aux activités". Parfois... Mais ce n'est pas du tout la majorité des cas. Souvent c'est ce genre de demande, de ne pas pouvoir voir un certain nombre de détenus lors des consultations. Cela est très présent comme problème dans le fonctionnement mais ce n'est pas spécifique aux médecins. Ce n'est pas quelque chose qui est fait contre le médical. Et puis comme il y a une bonne équipe de soignants, les personnels pénitentiaires ont souvent besoin d'eux et ça se passe plutôt bien. Ils ont parfois besoin d'eux par exemple pour un détenu qui ne va pas bien. C'est quelque chose qui se voit plus au niveau du SMPR. Je pense qu'il y a souvent des envois en consultation ambulatoire comme cela.

F.E : Vous pensez qu'il y a pas trop de ressentiment au niveau des soins que reçoivent les détenus?

M.M: Je ne pense pas. Au contraire. Je pense qu'ils doivent être plutôt satisfaits même. Je ne sais pas si certaines choses ont été dites par apport à l'ouverture des UCSA.

F.E : Mais on m'a dit par exemple que la création de l'UPS a posé certaines difficultés au niveau des surveillants?

M.M: Oui je sais. J'ai assisté à l'ouverture de l'UPS. Je ne sais pas vraiment si cela a posé des difficultés de ressentiment. C'est très compliqué. On est site pilote. Mais c'est vrai qu'on a ouvert cette unité sans recevoir de personnel supplémentaire. Et donc on est obligé de prendre un poste dans les équipes de détention. Après, il y a aussi le fait que c'est une petite unité car il y a une dizaine de détenus et c'est donc beaucoup d'argent de dépensé pour très peu de détenus. C'est ce qu'il se dit... Après cela dépend si on doit voir ça au rendement ou à la qualité. C'est un lieu où il y a beaucoup d'intervenants, c'est un type de détention assez différent car les portes restent de temps en temps ouvertes. Ils ont un accès à des activités comme du théâtre ou de l'informatique et c'est donc un petit lieu privilégié quelque part par rapport à la détention. Cela amène à se poser des questions au personnel. Cette unité fonctionne déjà depuis un certain temps et ça commence tout doucement, tout doucement à rentrer dans le fonctionnement mais c'est encore assez difficile. Je pense qu'on peut se poser la question pourquoi ce service n'est toujours pas intégré dans le fonctionnement de l'établissement. Je ne sais pas. Je pense que la grosse difficulté et c'est que comme nous n'avons pas eu de personnel affecté à cette ouverture, on fonctionne avec des agents qui sont là le matin et l'après-midi et ce ne sont pas des agents en poste fixe et donc ce ne sont pas toujours les mêmes. Et cela représente un gros problème. Je pense qu'il n'y aurait pas les mêmes difficultés de fonctionnement si c'était un même agent qui s'en occupait. Ça serait un agent motivé qui pourrait participer aux réunions de bilan et ça serait différent. Comme pour l'UCSA ou le SMPR par exemple. Le fait aussi que l'UPS se situe à Saint-Joseph dans un quartier très éloigné de la détention, c'est un endroit où les gradés avaient du mal à pouvoir pénétrer. Il y a pu avoir un peu de débordements de la part du personnel qui n'appliquait pas forcément le règlement intérieur. Des petites misères entre guillemets. Maintenant, l'unité a été déplacée dans les nouveaux locaux de l'ancien quartier mineur qui est un peu plus repéré et ça devrait normalement avoir un autre déroulement.

F.E : Je voulais savoir aussi si parmi les intervenants extérieurs ou le personnel sanitaire, il n'y avait pas certain personnes qui ont opposé des résistances face aux règles carcérales comme les fouilles par exemple ou les temps assez longs ?

M.M: Je ne le sais pas exactement. Mais c'est vrai que ce sont des choses qui appartiennent au fonctionnement. Par exemple quand il y a une alarme, il y a un blocage de l'établissement et les personnes savent qu'elles doivent rester là où elles sont. Cela fait partie des choses intégrées dans le travail. Je ne sais pas si les cadres infirmiers vivent cela très bien. Ce sont des choses incontournables. Et je ne vois pas quelqu'un qui puisse dire que cela est inadmissible car sinon malheureusement je pense qu'il faut prendre un poste en dehors du milieu pénitentiaire si on ne peut pas supporter ce genre de contraintes car cela est inévitable. On peut aussi rester coincé en dehors de l'établissement et ne pas pouvoir venir travailler. Quand il y a des mouvements du personnel qui bloque les entrées de l'établissement par exemple. Interdire l'accès de l'établissement est quelque chose d'un peu limite par rapport aux droits du travail. Il arrive par exemple dans certains établissements pénitentiaires, que le personnel pénitentiaire interdise l'accès aux médecins et aux infirmières. Le directeur de l'établissement est alors obligé de négocier pour laisser passer quelqu'un du somatique et quelqu'un du psychiatrique pour assurer au moins un minimum de soins.

F.E : Comment se déroulent les consultations, les surveillants sont-ils présents pendant l'administration des soins?

M.M: Je pense qu'ils ne sont pas présents pendant l'administration des soins, ils ne doivent pas être loin mais pas à l'intérieur de la pièce. En fait, ça dépend des configurations. Car quand on est à Saint-Paul, on s'aperçoit bien qu' il y a la salle de soins et qu'on peut facilement rester dans le couloir parce que le personnel laisse souvent la porte ouverte et à partir de là et il n'y a pas de problème.

F.E : Avez-vous des rapports avec Mme Demichelle?

M.M: Oui, très régulièrement. Nous avons beaucoup de contact notamment pour les actions d'éducation à la santé. C'est plutôt elle qui me sollicite mais ça dépend. On parle beaucoup de la réalisation de certains types d'actions, sur les difficultés notamment que peuvent rencontrer les soignants à rencontrer les détenus. C'est très varié.

F.E : Elle sert d'intermédiaire entre les soignants et vous?

M.M: Elle nous signale... Intermédiaire pas réellement puisqu'on le traite un peu en direct avec les soignants mais surtout elle est une intermédiaire par apport à des dysfonctionnements dont quelqu'un a pu lui faire part et elle nous en informe pour qu'on voit de ce qu'on peut faire. On a eu une discussion hier par exemple sur l'hygiène et sur les mesures qui ne sont pas faites. Elle me demande d'être plus attentive par rapport à ça.

F.E : Je voulais savoir aussi si les problèmes vis-à-vis des extractions médicales revenaient aussi souvent de la part du personnel soignant ?

M.M: Alors on a très peu de problèmes sur ce point là car à Lyon on a beaucoup de chance car l'on a un service spécifique qui s'occupe de cela et qui s'appelle les escortes hôpitaux. Cela fait partie de l'infrastructure il y a deux agents et un gradé qui sont affectés aux extractions médicales et aux visites dans les hôpitaux. Donc cela ne pose aucune difficulté. En cas de services de nuit, c'est la police qui l'assure. Ce genre de dispositifs existe dans d'autres établissements. Ça va bientôt devenir une directive. Il y a des endroits où c'était la police qui assurait des extractions médicales et bientôt ça ne sera plus le cas et il va bien falloir que les établissements constituent des équipes spécifiques. Des petits établissements ont signé des conventions avec des sociétés d'ambulances et donc ce sera une ambulance accompagné d'agents pénitentiaires. La police considère que ça n'est pas une mission qui leur est dévolue car ils ont comme mission la garde mais pas le transport. Ils font la garde lorsque le détenu n'est pas en milieu hospitalier sécurisé. Ils veulent faire un nouveau partage de compétences entre la police et la pénitentiaire.

[…]

M.M: Au niveau de la formation sur la réduction des risques, nous allons proposer une formation à un groupe composé entre 6 et 8 détenus. Les thèmes vont porter à peu près sur les mêmes que pour le personnel, le sommeil, l'alimentation, la toxicomanie et on va faire intervenir un personnel de surveillance qui participait à la première formation. Donc on a fait le listing des gens qui étaient encore sur l'établissement et on s'est aperçu qu'il n'y avait plus beaucoup de monde, il ne reste que deux personnes car il y a eu beaucoup de mutation. Il y a donc un surveillant qui est chargé de la sécurité pour le

personnel qui a accepté de participer en compagnie d'un des surveillants de l'UCSA.

[...]

M.M: L'idée de départ c'était de faire rentrer dans la culture des surveillants, la culture d'éducation pour la santé et de prévention pour les détenus... Mais il fallait d'abord en parler avec le personnel pour qu'il soit déjà sensibilisé à ces thèmes. Je sais que la cellule de formation de la prison avait déjà fait une formation il y a très longtemps sur la toxicomanie mais très peu de personnes étaient venues en réalité. Je pense que c'était pour un problème de disponibilité et peut-être de façon de faire qui n'avait pas permis au personnel de se dégager. Lors de la dernière formation, nous avons fait en sorte que cela se déroule comme une formation continue. L'idée était que cela soit pluridisciplinaire et ça l'a très peu été car il y avait surtout du personnel de surveillance alors qu'on voulait qu'il y ai du personnel soignant, des travailleurs sociaux et de l'enseignement et du personnel de surveillance. Et nous avons eu du personnel soignant au début au cours du premier module mais ils ne sont pas revenus pour des problèmes de disponibilité. Et ce problème ne s'est pas posé pour le personnel de surveillance car on s'y est pris suffisamment à l'avance pour pouvoir le programmer dans le service des agents et le programmer en tant que formation continue.

F.E : Est-ce que la formation en elle-même répondait à une demande du personnel?

M.M: La formation n'était pas demandée mais ça faisait plusieurs années qu'on essayait de monter ça et Mme Demichelle n'était pas réticente mais elle voulait savoir où on allait et comment on allait pouvoir le mettre en place car elle ne voulait pas que ce ne soit qu'une vitrine en réalité et que cela soit réellement mis en place sur le terrain avec du personnel de surveillance. En plus, ce n'est pas réellement un thème dans la culture du personnel de surveillance car ils sont plus portés sur les thèmes de la sécurité ou de l'intervention qui sont des choses en prise direct avec leur métier. Donc c'était quelque chose qu'on essayait de faire passer depuis deux ans. Et en 2002, dans les appels à projet il y avait comme action prioritaire le montage de formation à destination du personnel et à partir du moment où c'est devenu une action prioritaire, c'est passé tout seul.

[...]

M.M: L'établissement a une ligne dépense de santé mais qui est un transfert de la direction régionale. On reçoit en début d'année un appel à projet qui vient de la direction régionale. Le budget de l'établissement vient de cette délégation. Pour chaque projet on reçoit de l'argent par délégation. Par exemple pour l'action de soin esthétique à Montluc qui a coûté 6000 EUR, on a demandé 3300 EUR à la direction régionale et on doit trouver un cofinancement.

F.E : Le but de cette formation c'était de faire des surveillants des formateurs?

M.M: Ce ne sont pas vraiment des formateurs on ne peut pas dire que ce sont vraiment des formateurs car ils participent avec le psychologue mais il ne s'agit pas du tout pour l'instant d'en faire des formateurs. Car les actions d'éducation pour la santé portent souvent sur des thèmes précis et ils ne peuvent pas s'improviser formateurs. Il s'agit de sensibiliser les surveillants en leur disant que les soucis de santé des détenus

peuvent être générés par les conditions d'hygiène et que ce sont aussi les conditions d'hygiène et les conditions de travail du personnel. C'est un peu aussi pour supprimer ce fantasme qu'ont les détenus qui est de dire "il n'en ont rien à faire qu'on dorme par terre avec les rats".

F.E : Vous pensez que les surveillants sont demandeurs d'avoir un rôle supplémentaire vis-à-vis des détenus?

M.M: Je pense que ça dépend des personnels. C'est très, très divers. Vous allez en effet avoir des personnels qui sont plus attirés par le côté pris en charge du détenu que ce soit du côté de la réinsertion ou du côté sanitaire ou du côté familial. Ils vont plus être en recherche de ce type d'information. Et puis vous avez du personnel qui sera attiré par un autre type de mission et qui n'aura pas tellement cette fibre. Mais la santé du détenu fait partie du quotidien. La santé du détenu, c'est leur santé aussi quelque part. Parce que par exemple s'ils ont des relations avec des détenus qui sont bien sur le plan de l'hygiène alors les conditions de travail seront meilleures. C'est plus agréable d'arriver dans une cellule propre qu'une cellule qui est toute crade. Mais cela fait presque parti d'un module d'éducation civique. On ne crache pas par terre. C'est un peu ça. C'est vraiment la base du comportement.

F.E : Est-ce que les conditions d'incarcération ne vous semblent pas contradictoires avec les actions d'éducation pour la santé?

M.M: Par rapport aux conditions d'incarcération sur Lyon, oui bien sur, c'est très compliqué. Mais ce n'est pas pour ça qu'on ne doit pas avoir ce discours car il y a des petites choses simples à mettre en place qui peuvent être très efficaces. On se bat par exemple pour que les détenus utilisent de l'eau de Javel dans leur cellule. C'est à peu près comme le nettoyage des douches. On essaie de réfléchir avec l'UCSA à un protocole de nettoyage un peu plus efficace que ce qui existe actuellement car les personnes n'ont aucune hygiène au niveau des douches et donc ils font tout et n'importe quoi dans les douches. Je pense que ça relève d'un mode de comportement par rapport aux choses qui ne leur appartiennent pas. Par exemple au niveau de l'UPS, Mme Bouthara me disait que les détenus abîmént déjà des nouvelles cellules qui viennent d'être refaites et ils lui ont répondu "qu'est-ce que vous en avez à faire, ça n'est pas à vous?". On peut le comparer aux tags. Ce n'est pas propre à la prison mais c'est un discours général de société et cela est issu d'un comportement de société. Et nous sommes de plus en plus confronté à cela car c'est vraiment une caractéristique de la population et notamment à Lyon où il y a beaucoup de destruction.

F.E : Et plus généralement, vous pensez que l'éducation pour la santé peut avoir quelle fonction en milieu carcérale?

M.M: Je pense que pour que ce soit efficace, il faut être modeste. On était tous à peu près d'accord avec ça dans le groupe. Ça veut dire qu'il faut faire des petites actions mais qui soient très précises par rapport à l'hygiène. Il faudrait que les détenus arrivent à prendre soin d'eux. Il y a une différence très importante entre les femmes et des hommes car cela est beaucoup plus prégnant chez les femmes, elles sont beaucoup plus ouvertes à ce genre de discours ou d'actions alors que chez les hommes, ça passe complètement à côté. Chez les hommes, on arrive plus à les atteindre par le biais du sport. On essaye

de faire des choses assez simples qu'ils peuvent appliquer au quotidien. Reprendre l'hygiène dentaire par exemple en se brossant les dents. Ce sont des choses qu'ils auraient dû apprendre avant. C'est un peu ça. Ce sont des choses basiques.

F.E: Vous pensez aussi que ça peut avoir à un rôle plus long terme notamment en terme de réinsertion?

M.M: Inévitablement, ça va avoir une répercussion sur la réinsertion. Et le but c'est de leur donner des acquis utiles pour qu'ils puissent continuer à leur sortie à les utiliser. Ce n'est surtout pas que pour la prison, c'est vraiment pour après. Sinon ça n'aurait pas d'intérêt.

F.E: Je voulais savoir quelle était la position de l'administration pénitentiaire par rapport à la la distribution de seringues?

M.M: Notre position sur ce sujet a été évoquée en début d'année car nous avons vu une grande réunion au niveau régional conjointement entre le ministère de la santé de la justice dans le cadre du protocole de la prévention des risques et la position là-dessus est assez claire car il n'est pas du tout envisagé la distribution de seringues et que les autres systèmes où cela est appliqué sont à l'étude. C'est la position officielle. Nous en discutons entre nous de façon informelle sur l'établissement mais il n'y a pas eu de réflexion. C'est un peu comme les préservatifs quand ils ont été introduits dans les établissements.

F.E : Je voulais savoir aussi si l'eau de Javel était distribuée avec des dépliants?

M.M: Alors normalement, il y a un petit dépliant qui est prévu mais je ne suis pas certain... Je suis même certaine qu'il n'est pas distribué. Mais ce matin j'en ai discuté avec le médecin du CDAG et on a pensé à autre chose car on disait que l'écrit c'est très bien mais on se rend compte que cela est très peu lu et donc on va élaborer une petite cassette vidéo sur comment utiliser l'eau de Javel, quelque chose de plus interactif et qu'on diffusera sur le canal interne.

F.E : Vous connaissez le nombre de cas de sida déclaré?

M.M: Non et je me suis pas sensée le savoir. Je n'ai pas l'impression qu'il y en ait beaucoup. Mais le personnel de surveillance par exemple eut le deviner car les thérapies sont souvent distribuées dans les cellules.

F.E : Savez-vous si le SPIPP à des rapports avec les services médicaux?

M.M: Je pense qu'ils ont des rapports assez ponctuels sur certains détenus. Ils n'ont pas de réunion à Perrache et je sais qu'ils ont des réunions à Montluc entre le SPIPP, le SMPR et les UCSA car je pense que comme c'est beaucoup plus petit, c'est beaucoup plus simple d'avoir des rapports individuels. C'est beaucoup plus simple. Ici les services sont coupés entre les deux quartiers et c'est beaucoup plus compliqué dans le fonctionnement. Ici je pense que les rapports sont beaucoup plus éloignés et beaucoup plus lointains.

F.E : Comment se déroulaient les soins dans l'établissement 13 000 où vous avez travaillé?

M.M: Moi j'ai surtout vécu cela à travers les réclamations des détenus mais c'était difficile de faire la part du vrai et la part de la réclamation pour la réclamation. Mais c'est

vrai que nous on avait l'habitude de leur répondre "c'est le 13 000 et le médecin, c'est du privé". À cette époque on avait très peu de moyens. On avait quasiment aucun rapport avec eux. C'est essentiellement le privé qui gérait la santé. Ça n'était pas nous. Ça représentait vraiment une difficulté, ça c'est sur.

F.E : Comment se déroulent les urgences pendant la nuit où le week-end?

M.M: Pour les urgences dans le psychiatrique, il y a un médecin de garde. Mais son nom n'est pas donné aux gradés car après il y a le risque qu'ils l'appellent trop. Ce qu'on fait, c'est qu'on passe par l'agent du SMPR qui est d'astreinte et qui a un cahier avec les coordonnées et qui appelle lui-même. Ça peut arriver de temps en temps par exemple il y a quelque temps nous avons vu un détenu qui était très agité. Le médecin est venu, il est intervenu et ça s'est terminé par une médicalisation, il l'a piqué. Il y a aussi une cellule qui est médicalisée au SMPR et c'est vrai que c'est aussi parfois très bien. Le nom du médecin doit rester dans le personnel de direction mais il ne doit pas être su par le premier surveillant car la crainte c'est qu'il appelle directement le médecin sans qu'il y ait de justification. Il vaut mieux qu'il y ait un premier filtre avec l'infirmier du SMPR.

[...]

F.E : Je voulais savoir enfin quelle était votre opinion par rapport au personnel médical qui a un rôle de dénonciation comme dans l'ouvrage de Véronique Vasseur?

M.M: C'est un livre que j'ai lu et parfois nous avons des conversations avec des médecins qui ont aussi cette réaction de dénoncer certaines choses qui ne vont pas. Le problème c'est que quand c'est tout du même côté comme pour le livre de Véronique Vasseur, lorsque c'est uniquement une dénonciation et une vision apocalyptique des choses et qu'il n'y a pas un rendu équilibré en disant également ce qui fonctionne, je trouve ça très désagréable car ça n'est pas la réalité. C'est vrai qu'il y a des choses qui se passent et qui sont inadmissibles. C'est la réalité à laquelle nous sommes confrontés [...] Mais de l'autre côté il y a aussi des tas de choses qui sont faites et qui sont bien comme par exemple l'éducation pour la santé. C'est comme le fameux reportage de la « Marmite du diable » qui a été fait par France 2, il y a deux ou trois ans. Je le compare tout à fait au livre de Véronique Vasseur car il y a une équipe qui est venue faire une enquête pendant huit jours ici et c'était quand même un temps assez long. Ils ont pris soin d'interviewer beaucoup de monde mais à la fin ils n'ont sorti que quelque chose de sensationnel et ça a énormément déçu les personnels. Car ce qu'ils ont montré est vrai, c'est la réalité. Mais on n'a rien vu de toutes les choses qui se passent dans l'établissement et qui marchent bien.

[...] Il y a eu quelques dénonciations sur Lyon mais ça n'était pas le fait de médecins, c'était le fait de l'Observatoire international des prisons. Pendant très longtemps, maintenant ce n'est plus du tout le cas car on peut communiquer, mais pendant très longtemps notre administration nous a demandé de ne pas avoir de relations avec ce genre d'organismes, de ne pas communiquer, de ne pas répondre aux courriers. Et pourtant je pense que c'est très important de communiquer car la prison transporte beaucoup de fantasmes. C'est caché, on nous dit rien. il y a tout cet aura là autour de la prison. Et on n'a pas du tout d'intérêt à vouloir cacher quelque chose. Sur Lyon, on n'a jamais eu de problèmes avec des médecins qui ont eu besoin de dénoncer quelque

chose car je pense qu'on a une relation qui est suffisamment bonne pour que ce soit à nous qu'ils les disent. C'est très souvent, que le téléphone sonne qu'un médecin nous dise par exemple "je pense qu'il y a une relation qui ne va pas entre ce détenu et ce surveillant". Ce genre de problèmes on le règle nous avec les médecins.

Entretien n°4 : Fabienne Swiatly, ancienne militante active de la cellule Lyon de l'Observatoire international des prisons (OIP), 14/02/2002, 1h.

F.S : J'ai déjà fait une visite des maisons d'arrêt de Lyon car je me suis greffé une fois à un groupe qui faisait un colloque. Car nous l'OIP on était quand même assez mal vu de l'administration. J'ai pu me glisser dans le groupe et rentrer une première fois en mordant compte que dans ces cas-là on nous "balade" dans le sens propre et dans le sens figuré [...] Et l'opinion la plus juste que je me suis forgé c'est à travers les personnes que j'ai rencontrées. Car la prison on ne peut pas la voir. C'est comme si on cherchait la voir et la prison on ne peut pas la voir. On peut simplement partager et ouvrir des portes avec des gens qui vivent à l'extérieur soit comme détenu, soit comme surveillant, soit comme visiteur.

F.S : La seule chose qu'on sait, c'est que c'est un monde qui est hors-la-loi car on ne peut pas y faire respecter la loi. Tout le monde cherche à gérer quelque chose qui est... Je parle plus particulièrement des maisons d'arrêt.

F.E : Et pourtant rien n'échappe à la loi dans les prisons ?

F.S : Non, c'est le rebut de la loi. On respecte la loi. La loi prévoit l'emprisonnement comme punition mais ne s'occupe absolument pas de voir comment cela est géré. Et c'est ingérable. Parce qu'il n'y a pas assez de moyens. La loi prévoit par exemple que les mineurs soient logés dans certaines conditions et ils ne le sont pas. Parce qu'il y a trop de monde, parce que c'est un lieu aussi où il y a de nombreuses tensions et les surveillants sont amenés à faire rentrer de la drogue. Tout cela fait que la structure est constamment hors-la-loi. On peut pas faire autrement car cela a lieu dans des conditions d'emprisonnement ingérables. Donc temps qu'on ne trouvera que ça comme solution, la prison, à mon avis, c'est un lieu de misère qui sera de pire en pire.

L'OIP a été créé dans le but de dénoncer en portant à la connaissance de l'opinion publique l'effet est plus inadmissible qui ont lieu dans l'institution carcérale. On peut cependant noter que l'esprit de l'association a considérablement changé en passant d'un mode d'action militant à un mode institutionnel. Cf Entretien F.B.

F.E: Vous me disiez tout à l'heure que le silence de l'administration pénitentiaire pouvait être interprété comme le fait qu'ils aient envie de cacher quelque chose...

F.S: Oui, car ils sont forcément collaborateurs. Je fais gaffe mais il y a quelque chose comme cela. Quand vous ne dénoncez pas quelque chose qui a lieu alors vous collaborez. Mais en même temps il y en a quelques-uns qui ont élevé la voix. "Nous, on doit gérer des prisons qui sont sans argent. Il y avait notamment à l'époque le directeur de Lille mais les autres se taisaient car ils voyaient bien ce qu'il se passe. Ils savent

pertinemment ce qu'il se passe. Ils savent aussi qu'ils gèrent la misère sociale [...] En prison, il y a tous les jeunes maghrébins qui n'ont pas de boulot. Ils se retrouvent tous là-bas et ça à une raison cela. Ça n'est pas dans le sang et social. Il y a les pauvres, il y a les fous et il y a une toute petite tranche de population qui est du côté des délinquants qui ont dérapé".

Les capacités de réinsertion dépendent des relais dont dispose le détenu ni à l'extérieur de la prison.(Cf F.S).

F.S : C'est une prison vétuste mais on peut créer d'autres formes de fonctionnement parce qu'il y a pas trop de surveillance par exemple. Et souvent les prisons nouvelles semblent beaucoup plus inhumaines car ça fait un peu hôpital psychiatrique. Donc en même temps la prison de Lyon est inhumaine n'est peut-être plus humaine et que les prisons trop propres où on vous surveille en permanence. Il y a des caméras et il y a des gardiens qui vous ouvrent la porte automatique. En plus, les prisons qu'on construit aujourd'hui sont très à l'extérieur".

L'OIP a soutenu des personnes séropositives qui étaient en fin de vie.

La section de Lyon de l'OIP a aujourd'hui disparu. Une ancienne militante nous a raconté le départ du fondateur de l'association. Le conflit qui a provoqué la scission serait une divergence entre l'approche plus institutionnelle et une approche militante. Le groupe local lyonnais avait une volonté de s'autonomiser vis-à-vis de Paris.

Entretien n°5 : Claude Boucher, directeur du Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (CRAES), 25/02/2002, 1h10.

F.E : Avant tout, pouvez-vous me dire les fonctions que vous occupez ?

C.B : Je dirige le Centre régional d'éducation pour la santé, CRAES, structure régionale qui fait partie du réseau régional de santé publique et qui avant était dans l'ancien organigramme avec le Comité français, les comités régionaux et les comités départementaux et qui maintenant se restructure différemment [...] Et puis il y a le CRIPS, Centre régional d'information et de prévention du sida. C'est un des départements du CRAES. C'est l'une des missions dans le cadre de notre association. Ils fonctionnent en réseaux. C'est un travail d'identification des ressources et d'accompagnement des associations de terrain avec des travaux de coordination au moment du 1er décembre par exemple. C'est un travail de formation aussi par rapport à l'Education nationale ou aux travailleurs sociaux sur le VIH par exemple. C'est aussi une action par rapport aux médecins des CIDAG. On s'élargit aujourd'hui à une approche de la sexualité plus globale [...]

F.E: Vous occupez ce poste depuis combien de temps ?

C.B : Au niveau du CRAES, je l'occupe depuis que je suis revenu en 1991. A un moment donné j'ai animé dans le cadre du CRAES auparavant un programme qui était sur une problématique qui est le sommeil. Mais c'était spécifique. Mais je suis devenu directeur il y a une dizaine d'années.

F.E: Et auparavant?

C.B : J'ai été deux ans à Paris au Comité national d'éducation pour la santé. J'ai travaillé dans les programmes. Je travaillais avant dans une association départementale. Il y a longtemps, j'ai travaillé au centre de recherche de Grenoble, le CERAT, sur le pouvoir local.

F.E : Vous pouvez m'expliquer comment cela s'est passé au niveau des prisons de Lyon?

C.B : Au niveau des prisons de Lyon, il y a eu une nouvelle législation au niveau de la santé en milieu carcéral qui a créé une autonomie du champ de la santé et un partenariat entre les centres hospitaliers et les centres pénitentiaires. Dans cette mouvance-là, il y a une réflexion sur l'éducation pour la santé en milieu carcéral et c'est un peu après, compte tenu en particulier du fait que Jacques Rabey le président actuel qui est professeur de santé publique dans le cadre du CRAES est aussi dans le cadre de ses missions de santé publique en relation avec l'univers de la santé en prison. Il animait des réunions comme cela. Les choses se sont faites si vous voulez par relations successives. C'est-à-dire qu'à la fois l'éducation pour la santé est montée en régime dans le cadre du monde carcéral. Nous on a été impliqué à différents niveaux, on a fait des formations d'éducation pour la santé pour les personnels au niveau de l'administration pénitentiaire, de la direction régionale pour les personnels pénitentiaires. On a réalisé une étude aussi pour la direction pénitentiaire sur les questions de la santé. Et puis on a travaillé spécifiquement sur les prisons de Lyon à partir d'un travail d'enquête sur les besoins et après on a organisé quelque chose en tenant compte de la faisabilité des choses avec des journées de travail.

F.E : Ces actions sont postérieures à la loi de 1994?

C.B : Tout est postérieur à la loi de 1994. C'est cette réforme qui a lancé pour nous cet aspect là. Cette législation a légitimé l'éducation pour la santé dans le monde carcéral et des relations plus étroites entre l'administration de la santé et entre l'administration pénitentiaire. Avant il n'y avait pas d'action pour nous mais il y a depuis longtemps des actions ponctuelles. Il y a beaucoup de choses sur l'alcool, sur les toxicomanies, sur le sida. Mais ça s'organisait un peu différemment après la loi de 1994 car il y a eu aussi un grand colloque à Rennes autour de ça pour essayer un petit peu de faire rentrer l'approche de l'éducation pour la santé dans la politique de l'établissement. De faire moins d'opérations hyper ponctuelles mais de voir comment impliquer un peu plus les différents personnels par cet aspect là. Ne pas faire de l'éducation pour la santé une pièce rapportée mais essayer d'en faire un élément du projet d'établissement. Ce qui est très difficile.

F.E : Et cette volonté de faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral venait de la loi ?

C.B : Oui bien sûr. C'est l'idée dans la loi que les prisonniers sont des citoyens comme les autres et donc qu'ils ont autant besoin, voire plus, que les autres d'un certain nombre d'apports, d'informations, d'accompagnements dans le domaine de la santé. Et c'était pour remettre un peu le champ de la prison dans le monde normal, ouvert, de la société. C'est pour ça que la logique est d'ouvrir les responsabilités de la santé et de les confier au monde hospitalier par exemple, aux UCSA, etc. et puis d'essayer de faire

entrer d'autres types d'intervenants d'éducation pour la santé dans les prisons. De faire en sorte que les prisons puissent mieux bénéficier du dispositif plus global dans la promotion de la santé. La loi a beaucoup joué là-dedans.

F.E : Et dans la réalisation, les initiatives venaient davantage des associations comme le CRAES ou de l'administration pénitentiaire?

C.B : Ca dépend beaucoup! Ça dépend beaucoup! À notre niveau, sur Lyon. C'est aussi parce que dans l'administration pénitentiaire, la politique d'éducation pour la santé, il y a une responsable régionale, Mme Demichelle, qui porte aussi cette dimension là. Donc il y a des budgets spécifiques. Il y a à la fois une préoccupation des deux côtés, à la fois du côté de l'administration pénitentiaire et à la fois du côté de la santé pour développer un certain nombre de programmes ce qui permet une certaine dynamique.

F.E : Donc l'administration pénitentiaire était aussi demandeuse?

C.B : L'administration pénitentiaire est demandeuse, oui, d'un certain nombre de programmes de son côté puisqu'il y a des financements sur ça et puis il y a des gens dans l'administration pénitentiaire qui ont eu cette responsabilité là aussi, de développer cet aspect là. S'il y a une politique au niveau du ministère et des gens qui sont en charge de la mettre en place alors il y avait des initiatives.

F.E : Et cette formation auprès du personnel pénitentiaire, c'est en quelle année?

C.B : On a pu l'organiser il y a trois ans peut-être. C'est un travail sur l'éducation pour la santé de trois quatre jours, on développait à la fois un peu les grandes conceptions, qu'est-ce que c'est l'éducation pour la santé? Donc on revient sur qu'est ce que c'est la santé. On sort d'une définition strictement biomédicale de la santé qui se définit uniquement par l'absence de maladie pour aller vers une notion de la santé comme quelque chose de construit et qui fait appel aussi... Qui est provoqué aussi et dont les gens sont les acteurs et dont les médecins sont aussi des acteurs. Donc on a travaillé sur la responsabilité dans le champ de la santé en ajoutant d'autres types de professionnels. Le directeur de la prison, il produit aussi de la santé. Les gardiens produisent aussi de la santé. Ce n'est pas simplement le médecin qui intervient et qui produit de la santé. Donc on a travaillé ces différentes dimensions et puis comment faire que différents types de professionnels puissent mieux travailler ensemble, de manière moins cloisonnée. Le monde de la prison c'est un peu comme les autres mondes, c'est un monde qui est cloisonné. Entre les services d'insertion, entre le service qui est centré sur la sécurité et d'autres types de services. L'idée aussi, c'est que la santé, comme c'est quelque chose qui est coproduit, c'est une manière un peu de revisiter les collaborations avec les autres.

F.E : Quand vous dites que la prison est un monde un peu comme les autres, vous pensez à quoi?

C.B : N'importe lequel. L'université par exemple. Tous les mondes sont cloisonnés. L'une des difficultés les plus importantes c'est d'essayer de décloisonner un peu les choses et de renforcer les liens entre chacun. C'est normal. Les compétences sont de plus en plus spécialisées, de plus en plus complexes et c'est pas facile d'ouvrir les choses. On voit que les trajectoires sont souvent parallèles il faut trouver des séquentes. Comme diraient les sociologues, la santé fonctionne dans le marginal séquent. C'est la

sociologie des organisations. Souvent quand on n'est pas en position de pouvoir central, il y a moins de mécanismes de défense. L'éducation pour la santé c'est quand même marginal et donc c'est l'un des moyens qui permet d'accéder de façon transversale aux différents domaines. Parce qu'on n'est moins au centre et on est plus décalé.

F.E : Et cette première formation était tournée vers qui?

C.B : Ce n'était pas seulement le personnel pénitentiaire mais c'était aussi... L'idée c'était d'organiser une formation commune au personnel de santé, au personnel pénitentiaire de surveillance et puis on voulait aussi des gens des SPIP. J'ai participé à la formation. J'en ai retenu qu'il est possible de faire des formations qui ne se résument pas à une suite d'enseignements mais qui est un travail construit avec un groupe et qui intègre beaucoup leurs attentes. Et c'est possible de faire rencontrer les différents types de professionnels qui interviennent en prison. C'est possible aussi sur des dimensions de fonds, par rapport à l'éthique même. On a des contradictions fortes. La prison ça brise un peu les contradictions, d'autant plus que normalement l'éducation pour la santé c'est normalement un système qui promeut des choix, qui se construit sur la liberté des personnes. Or, il y a très peu de choix en prison et le système est justement un système qui ne laisse pas de place aux détenus. Il est contraignant. Donc ce n'est pas simple, ce n'est pas évident. Il s'agit de faire regagner les pouvoirs et de manière différente par rapport à la société habituelle. Mais c'est possible. Et l'évaluation était très positive.

F.E : Qu'est-ce qui vous fait dire que c'est possible? Vous me parlez d'une évaluation...

C.B : Dans l'évaluation, les gens trouvaient que ça les avait fait avancer. Mais on ne fait pas une évaluation après pour savoir ce que ça a transformé après dans la pratique. On n'a pas les moyens de le faire. C'est très compliqué. Très complexe.

F.E : Et vous avez vu des contradictions émerger durant la formation ?

C.B : Forcément. Entre le monde de l'insertion, de la surveillance et le monde de la santé, les choses sont pas forcément simples. Les surveillants qui donnaient pendant un moment les médicaments et qui ne les donnent plus maintenant. C'était une manière pour eux aussi de gérer un certain type de relations. Ils ne l'ont plus maintenant. Ils ont pu percevoir aussi que finalement ils avaient moins de pouvoir qu'avant. Que les prisonniers pouvaient jouer sur plusieurs tableaux [...] La formation c'est le lieu de travail de ces contradictions ! Mais ça renvoie aussi au fait que la situation ne peut avancer que s'il y a une certaine politique d'établissement. C'est-à-dire qu'il y a pas mal de propositions qui peuvent être faites mais ça suppose qu'il y a toujours un peu une problématique de crédit, une problématique de politique d'établissement. C'est toujours un peu compliqué dans ses dimensions là. Et puis c'est sûr que la période actuelle n'est pas favorable à cela dans le sens où la priorité n'est plus là. Il s'agit du nombre de prisonniers qui s'est accru de manière significative et donc les questions de sécurité se posent, les questions de fonctionnement de la structure en sur-effectif de prisonniers. Ce n'est pas simple je pense. Ça signifie que la dimension éducative des surveillants est progressivement plus difficile à assumer parce que la mission de sécurité et puis le fait d'arriver à ce que ça tienne, et donc la gestion dans l'immédiat des relations, devient un enjeu permanent. Ce n'est pas simple.

F.E : Et vous pensez que c'est une évolution récente?

C.B : On peut dire que c'est un conflit de rôle. Il y a toujours... Le rôle premier d'un surveillant c'est quand même de surveiller, c'est de s'assurer que la peine est effective. Ce sont des questions de contrôle, de fouille. Et puis à côté de cela il y a un rôle éducatif, un rôle d'accompagnement c'est une dimension importante et qui se fait dans la relation entre les surveillants et les prisonniers et qui peut être constructive par rapport à la suite mais qui suppose un certain nombre de conditions d'exercice qui peuvent être remis en cause quand il y a un trop grand nombre de nouveaux arrivants. J'ai l'impression que c'est souvent ça maintenant. Dès que la politique pénale de la justice est plus dure, il y a de plus en plus d'emprisonnements. Les murs ne sont pas extensibles. Je pense que ça rend plus complexe et plus difficile le travail des surveillants. Et ça fait que des dimensions peut-être complémentaires par apport à l'accompagnement et la santé deviennent plus difficiles à exercer.

F.E : Vous pensez que les conditions étaient plus favorables auparavant?

C.B : Non! Je pense que les conditions étaient favorables dans la mouvance de ce programme [réforme de 1994]. Mais là, je pense que le nombre de prisonniers croissant rend plus difficile un certain nombre de choses pour l'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé, c'est une priorité plus difficile exercer car les gens ont d'autres missions prioritaires par rapport à ça.

F.E : Est-ce que cela ne compromet pas les programmes d'éducation pour la santé ?

C.B : Ca ne les rend pas impossibles mais ça les rend plus difficiles [...] Bien sûr il y a des contradictions et il y a des limites très fortes liées à l'environnement. Mais en général, les conditions effectivement... Les travaux d'éducation pour la santé tiennent compte des conditions qui peuvent se dégrader et qui peuvent aussi s'améliorer. Oui, c'est évident que le cadre et que toute une série d'éléments liés à la dégradation du cadre ne sont pas des facteurs très favorables vis-à-vis de la santé et on peut imaginer... Je ne sais pas si le secrétaire d'Etat à l'immobilier pénitentiaire va accélérer la construction de nouvelles prisons mais c'est certain qu'il y a besoin de prison qui sont autres. Avec des contradictions aussi! On sait que les prisonniers ou certains prisonniers peuvent préférer vivre dans des conditions qui apparaissent moins favorables matériellement mais qui peuvent être plus humaines. Par exemple avec moins d'isolement. Ce n'est pas simple. On avait travaillé la question de l'hygiène qui est compliquée. Parce que le rapport avec les gens n'est pas le même. Il peut y avoir une concentration de personnes qui se lavent moins que d'autres. On va maintenant faire un nouveau système avec des douches plus individualisées... Mais on s'est aperçu que les nouvelles prisons que l'on construit selon de nouvelles normes de fonctionnement de sécurité etc avec beaucoup de vidéo, moins de clés, peuvent poser d'autres problèmes en termes d'équilibre psychique. Les anciennes prisons pouvaient avoir un certain nombre d'avantages d'ordre relationnel.

F.E : Vous m'avez parlé d'une étude aussi...

C.B : On a fait une étude mais qui n'est pas très pertinente sur ce qu'il se passait un moment donné dans les prisons. Donc c'est une sorte de photo. Ça montrait un peu que finalement l'éducation pour la santé fonctionnait autour d'un certain nombre d'axes

relativement limités qui était l'alcool, le sida ou la toxicomanie avec l'importance du 1er décembre pour le sida mais il n'y avait pas de politique. Il n'y avait pas de politique et c'était avant la mise en oeuvre de la loi de 1994 où il y a eu plus de formation, plus information et où la dynamique a changé.

F.E : Et au niveau du comité de Lyon comment cela s'est déroulé?

C.B : Là c'était dans le cadre... Vous savez que les prisons de Lyon ont un programme annuel d'éducation pour la santé et dans l'un de ces programmes annuels d'éducation pour la santé ils ont fait appel à nous et ils nous ont intégrés dans une commission qui se réunit régulièrement et dans ce cadre là on a travaillé ensemble à une démarche de formation-action avec une enquête.

F.E : Lors de ses réunions les différents acteurs du monde pénitentiaire étaient assez mobilisés ?

C.B : Le personnel médical était très mobilisé puisqu'il était parti prenante dans cette chose-là. L'administration pénitentiaire était... favorable. Certains d'entre eux étaient assez intéressés. La directrice adjointe venait assez régulièrement. Il y a des gens qui venaient plus ou moins régulièrement. Le SPIP a décroché je trouve un peu trop rapidement. Chacun jouait son rôle car à un moment donné... Tout est compliqué en prison. La démarche d'enquête auprès des surveillants, la communication pour demander la participation aux journées demandait tout un dispositif un petit peu lourd. Donc il fallait l'accord et l'implication de chacun. Chacun voyait l'intérêt de cette formation et se disait que c'était l'un des moyens qui pouvait permettre au monde des surveillants d'élargir leur vision et de leur apporter des outils complémentaires par rapport à l'intervention, permettre aussi un recul par rapport aux pratiques qui étaient perçues comme positives.

F.E : Il y avait une représentation des surveillants lors des réunions?

C.B : Oui, oui ! Bien sûr. Il y avait une représentation des surveillants à différents niveaux. Il y avait tout le temps la représentation des surveillants. Parce que l'enjeu c'était un peu celui-là. C'était justement l'idée que le programme soit monté en commun.

F.E : Et le but c'était de les faire intervenir par la suite en tant que formateurs?

C.B : Oui le but c'était tout d'abord de leur fournir des outils complémentaires de compréhension par rapport à la compréhension de certaines problématiques de santé en prison, qu'ils travaillent ensemble afin de produire un certain nombre de solutions qui fassent avancer un peu le schmilblick par rapport aux différents thèmes travaillés et puis qu'ils les soumettent... Et puis que ces solutions puissent à la fois impliquer des comportements de leur part ce qui supposait aussi des comportements différents de l'administration pénitentiaire et donc il fallait qu'ils voient dans quelles conditions des changements pourraient avoir lieu. On s'était dit à ce moment-là que souvent les surveillants avaient l'impression que tout était fait pour les prisonniers et pas assez pour eux. Et qu'ils en étaient réduits uniquement à leur rôle de garde schioume. Donc là, le modèle était un peu le modèle inverse en disant "on vous considère comme des interlocuteurs privilégiés et par rapport à la santé des prisonniers on travaille avec vous sur ces dimensions là".

F.E : Vous pensez que ce sentiment est légitime en partie ?

C.B : Je pense que ça peut être lié au fait que... S'ils sentent qu'ils ne sont pas pris en compte. C'est un métier difficile d'être surveillant en prison. C'est stressant. C'est compliqué, on a pu le voir. S'ils ont l'impression qu'on ne tient pas assez compte d'eux alors ils peuvent utiliser, ce qu'ils n'ont pas du tout fait avec nous, ils peuvent utiliser les moyens qu'ils ont, qui sont les moyens de la sécurité, les moyens de contrôle. Donc ça nous paraissait à nous très important qu'ils puissent être impliqués dans une politique de santé au niveau de la prison.

F.E : Dans quelle l'optique vous parlez de contrôle?

C.B : Si par exemple ils ont impression qu'un programme est fait sans eux, ne tient pas compte d'eux ou ne leur a jamais été proposé ou que ça va réunir les prisonniers sans qu'on ne leur dise rien. Alors ils peuvent utiliser des dimensions un petit peu de contrôle ou de sécurité en jouant sur le fait que pour rentrer il faut avoir passé certaines portes [...] Je pense que les surveillants peuvent avoir parfois l'impression qu'on ne s'occupe pas assez d'eux, qu'on les contourne, qu'on ne les implique pas assez et qu'on les laisse trop dans une mission de pur contrôle et qu'on ne les associe pas assez à une démarche d'accompagnement des prisonniers.

F.E : Vous aviez participé à la formation?

C.B : J'essayais de suivre à peu près à l'ensemble des journées de formation. On a participé car il y avait une stratégie avec des ateliers qu'on animait. Je me suis rendu compte justement qu'il était possible de construire quelque chose. Par contre on a rencontré des difficultés parce qu'il faut qu'il y ai assez de monde et souvent le groupe était quand même petit. Il y avait des problèmes d'emploi du temps qui faisaient que ça n'était pas simple pour les gens de se dégager. Mais il était possible de travailler avec les personnes pour construire un certain nombre de choses et avoir une démarche de travail qui les incite à développer...

F.E : En revanche, il y avait beaucoup de personnel de surveillance mais assez peu de personnel médical dans la formation...

C.B : Je pense que ce sont des problèmes soit d'emploi du temps, soit des éléments où ils pouvaient se dire qu'ils n'avaient pas forcément beaucoup de choses à apprendre dans ce domaine là [...] On n'a pas eu de journée sida car je crois justement qu'il y avait une journée de formation sur les maladies infectieuses mais les ressources internes étaient assez fortes. Ce n'était pas la peine de mobiliser les autres associations.

F.E : Il y avait une journée de formation sur la toxicomanie?

C.B : Ca n'était pas demandé. Ça n'était pas demandé dans l'enquête qu'on avait faite auprès des surveillants. Il y avait le problème du stress, le problème du sommeil ou de l'hygiène. L'aspect de la toxicomanie n'est pas ressorti dans le questionnaire. Non c'était vraiment ce que souhaitaient les surveillants. Je pense aussi que ça venait du fait qu'il y avait déjà pas mal de choses sur la toxicomanie. C'est là où il y a le plus de choses car c'est là où il y a le plus d'angoisse.

F.E : Je voulais savoir sinon quel est le but de faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral? C'est d'améliorer au quotidien la vie des détenus?

C.B : Oui effectivement, c'est de se dire que même s'il y a des contraintes très importantes. Au niveau de la vie, des limitations objectives liées à la vie, il était possible de travailler quand même un certain nombre de dimensions sur l'hygiène, sur le stress, sur la connaissance d'un certain nombre de problèmes, sur le sommeil, sur l'alimentation et qu'il y avait toujours la possibilité... Une démarche d'éducation pour la santé était possible et elle pouvait améliorer les choses si elle était portée aussi bien par l'administration que par les professionnels de surveillance que par les professionnels de santé que par les détenus eux-mêmes. Il y a une démarche d'amélioration de la situation, de la vie et de ses conséquences dans la prison. Il y a des choix possibles. On peut agir différemment. Il y un certain nombre de marges de liberté possible pour travailler différemment sur un certain nombre de questions.

F.E : Donc il s'agissait aussi bien d'une action sur les détenus eux-mêmes que sur les surveillants?

C.B : De toute façon tout est lié. On voit bien chaque fois qu'on a travaillé sur l'une des dimensions que ça posait toujours des questions à l'administration pénitentiaire, à la surveillance, aux détenus et aux professionnels de santé. N'importe quel problème... L'amélioration de n'importe quel problème renvoie au comportement des uns par rapport aux autres et de la décision des uns par rapport aux autres. On le voyait tout le temps ça et on pouvait essayer de trouver chaque fois quelque chose qui améliore les relations entre les surveillants et les détenus, une offre complémentaire de l'administration pénitentiaire dans des manières de faire... Il y avait des choses possibles.

F.E : Est-ce qu'il y avait un suivi aussi de l'administration pénitentiaire des réflexions qui sont faites ?

C.B : On n'en sait rien. On n'en sait rien. On ne maîtrisait pas la chose dans cet aspect là. Sinon qu'à part nous, les autres personnes, les professionnels de la santé par exemple... Il y avait la production politique d'un certain nombre d'axes de travail possibles. Est-ce que ça a amélioré les choses? Comment ? Ou est-ce que les choses sont restées complètement en l'état ? On n'en sait rien du tout. Tout cela est complètement contrebalancé par l'arrivée de nouveaux problèmes comme l'arrivée de nouveaux prisonniers. Il y a toujours plus de prisonniers et la densité en cellule s'accroît.

F.E : Est-ce que le taux de turn over des personnels pénitentiaires ne rend pas plus difficile de l'éducation pour la santé en milieu carcéral ?

C.B : C'est sûr que la situation n'est pas très favorable forcément parce que... C'est ce qu'on a dit tout à l'heure... Parce qu'il y a des contraintes... Mais ça c'est... Il y a des contraintes qui sont particulièrement importantes mais vous savez c'est comme dans l'établissement scolaire où les profs font une heure et puis après ils partent... Vous voyez il y a des contraintes partout. La méthodologie en santé publique c'est aussi ça. C'est d'analyser les contraintes et les problèmes mais aussi les ressources. Et les ressources, il y en a toujours. On peut faire un certain nombre de choses. A quelles conditions on peut le faire ? Ça c'est le problème. La première condition est d'avoir un certain consensus et puis que ce consensus soit porté afin que les propositions soient faites. C'est sûr qu'en prison c'est particulièrement difficile. Ce n'est pas simple. Il y a un problème permanent de gestion du personnel. Les postes de sécurité font que s'il y a moins de personnel, on

s'assure que ça continue à marcher.

F.E : Et les ressources vous les situez où dans la prison ?

C.B : Les ressources c'est le fait qu'en termes d'organisation, en termes d'implication des personnes, en termes de politique de direction, les choses peuvent être plus favorables. Ça peut renforcer les partenariats, on peut renforcer des applications, ça peut renforcer l'accompagnement que peuvent faire des surveillants par rapport à des détenus. Il y a des choses qui peuvent se faire.

F.E: Vous pensez que l'éducation pour la santé peut avoir une incidence sur la réinsertion ?

C.B: Je pense que l'éducation pour la santé un rapport avec l'estime de soi et la manière... Non seulement l'estime de soi mais aussi la manière dont les autres nous considèrent. Voilà. Et puis ça a une incidence aussi, je pense, sur la conservation même de la santé. Et ça c'est autant de facteurs qui peuvent être mobilisables dans le cadre de la réinsertion. Est-ce qu'ils le sont? Comment? Et à quelles conditions? Je ne peux pas vous le dire. C'est très complexe parce que parfois par rapport à certains types de personnes, la prison a été l'instrument du recours aux soins. Par rapport à des gens qui ne s'étaient jamais soignés. La prison peut-être la première occasion ou par exemple pour le dentiste ou encore on fait un bilan, ou on peut faire un bilan psychologique. Pour des gens qui étaient perdus. Complètement. Ce n'est pas le cas généralement mais la prison peut redonner un cadre à un moment donné et des opportunités par rapport à la santé pour des gens qui avaient complètement laissé glisser le truc. C'est la même chose qu'un certain nombre de gens qui se remettent aussi dans une démarche d'études. Donc ça c'est une dimension positive, les dimensions négatives c'est que la prison peut être extrêmement destructrice. Les conditions dans la prison peuvent être extrêmement difficiles à vivre. Les relations peuvent devenir infernales...

F.E : Vous pouvez en quelques mots m'expliquer l'apparition des politiques d'éducation pour la santé?

C.B : On est passé très progressivement d'une vision basée sur les risques, sur la prévention des risques, des grandes pathologies et des fléaux sociaux à une démarche qui était de se dire finalement on n'est pas obligé de travailler uniquement sur les facteurs de risque mais on peut travailler aussi sur les facteurs de protection et les facteurs de promotion de la santé [...] C'est un ensemble de courants qui sont aussi des courants de transversalité, ils essayaient de sortir d'une vision réduite pour aller vers une vision beaucoup plus ouverte. La démarche de promotion de la santé, c'est une démarche qui est très ouverte puisqu'elle essaye de voir la responsabilité au niveau des politiques publiques. Il y a une montée de la réflexion de la santé dans une approche plus globale et qui implique une espèce de crédibilisation de l'éducation pour la santé qui est l'un des outils du domaine de la promotion de la santé.

F.E : Est-ce que vous pensez que l'éducation pour la santé est en train de devenir une priorité notamment en termes budgétaire?

C.B : Pas encore. Mais on peut dire que c'est une préoccupation de beaucoup d'acteurs et de structures et qui devient un peu plus crédible aujourd'hui. On se dit

effectivement que c'est un gisement intéressant par rapport aux progrès à attendre dans le champ de la santé. La dimension éducative liée au comportement des gens est certainement une ressource réelle afin d'améliorer les progrès réalisés en santé. Derrière c'est un peu l'idée qu'on ne peut pas... Il y a une idée de responsabilisation des individus. Ça va de pair avec le courant qui aujourd'hui valorise l'individu par rapport au collectif et qui dit que les comportements individuels ont une importance très grande. L'éducation joue dans ce domaine un rôle potentiel très important. C'est toute une évolution, l'éducation pour la santé est dans un ensemble est aujourd'hui il y a une volonté de l'organiser un petit peu mieux en affirmant des valeurs, en affirmant deux modes de fonctionnement.

F.E : Et vous pensez que qui sont les principaux défenseurs de l'éducation pour la santé? Il s'agit plutôt des professions médicales, les pouvoirs publics ou le secteur associatif?

C.B : Je pense que les trois la défendent aujourd'hui. Le milieu associatif, les enseignants. Il y a un espèce de consensus sur l'idée que l'éducation pour la santé c'est un secteur à promouvoir que ce soit dans le cadre du soin, on parle beaucoup d'éducation du patient aujourd'hui, au niveau des associations bien sûr ça apparaît comme une dimension importante et que les pouvoirs publics disent régulièrement que la prévention est trop souvent la part congrue du système et que ça devrait se développer. Qu'est-ce qu'il se passera? On ne se le sait pas trop car la période n'est pas vraiment propice au développement de la prévention. En période de crise, ce qui compte c'est ce qui existe et ce qui est en dur. Avec la crise actuelle on peut craindre le pire. Le champ de la prévention et un secteur mou et c'est le premier à être compressé.

F.E : L'éducation pour la santé et c'est donc un mouvement général à l'ensemble de la société. Par rapport à ça vous pensez que la prison est une étape de plus?

C.B : Oui. Je pense que c'est l'idée que finalement il y a un espace de droit commun, un enjeu commun à l'éducation pour la santé et auquel doit pouvoir avoir accès à peu près toute la population. C'est donc la question de l'accès à la prévention qui est une question importante. Elle se pose pour les populations qui sont dites "empêchées"... Les personnes handicapées, physiques, mentales ou sociales, les personnes emprisonnées ou les personnes marginalisées. Donc ça fait partie des politiques avec plus ou moins de succès.

F.E : Oui on peut imaginer que l'éducation pour la santé se réalise mieux dans un milieu plus ouvert comme la famille ou l'école?

C.B : Bien sûr. Normalement, les parents sont les premiers éducateurs de santé. L'éducation pour la santé se développe à l'école. Il était question d'avoir davantage d'heures d'éducation pour la santé et d'implication des enseignants. C'est une tendance générale.

Entretien n°6 : Mme Vacquier, psychologue dans l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud,

27/02/2002, 1h25.

Note : L'enquêté évoque à de nombreuses reprises au cours de l'entretien les difficultés rencontrées dans le milieu carcéral au cours des années quatre-vingt (« Je suis vraiment tombé au mauvais moment moi »).

F.E : Vous m'aviez dit que vous aviez travaillé huit ans dans le milieu carcéral, c'était à quel titre ?

M.V : C'était en tant que psychologue. J'avais mis en place l'antenne toxicomanie des prisons de Lyon. C'était en 1990. Il y a eu quatre antennes pilotes en France. Lyon, Varces qui est la prison de Grenoble, Fresnes et Bois d'Arcy. Donc on a travaillé... Normalement les antennes ne comprenaient pas de médecins sauf à Lyon où il y avait un médecin épidémiologiste et c'est là justement où on a fait de la prévention et de l'éducation pour la santé en voyant tous les arrivants. C'est un gros travail d'épidémiologie. C'était au niveau des conduites de dépendance et puis du coup on élargissait. C'était un questionnaire de plusieurs pages qui était fait en collaboration avec l'INSERM. Il y a eu donc des fonds débloqués pour tout ça et les antennes se sont développées puisque aujourd'hui il y en a 16 qui sont réparties dans toute la France. Donc on avait un travail à faire auprès de chaque arrivant sur toutes les prisons de Lyon, que ce soit Saint-Paul, Saint-Joseph ou Montluc. Moi j'allais à Montluc une fois par semaine et donc je voyais toutes les arrivantes. Justement pour voir un petit peu quels étaient les problèmes de santé, les problèmes de conduite de dépendance au niveau alcool, drogue ou tabac. Et puis c'est vrai qu'on avait élargi sur des données plus sociologiques. Donc c'était des gros questionnaires et il y a eu des rapports de fait puisque c'est l'INSERM qui les a traités. Comme c'était des antennes pilotes, il fallait fournir un certain travail pour savoir si c'était justifié d'en créer de nouvelles. Et toujours, tous les arrivants ont été vus. Ce n'était pas uniquement l'antenne mais aussi les gens du SMPR. Car ça représentait un sacré travail de voir tous les arrivants. Il y en a au moins une dizaine par jour sur les prisons de Lyon.

F.E : Vous étiez combien à travailler dans l'antenne toxicomanie ?

M.V : Au début on était deux. On était deux psychologues et puis après il y a eu des éducateurs dont une éducatrice madame Bouthara qui y est toujours. Donc on a travaillé et on a fait un groupe pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des détenus rencontrant un problème de dépendance à un produit licite ou illicite dans les prisons de Lyon. C'est un groupe fait de médecins, de magistrats. Ça vient juste de se créer. C'est le docteur Barlet, qui est le responsable du service réservé aux personnes incarcérées où je travaille, avec l'éducatrice de l'antenne toxicomanie, le procureur du TGI, le professeur Chardus des urgences d'Édouard Herriot où il y a un centre spécialisé pour toxicomanes, le docteur Guillard qui est psychiatre à la prison de Villefranche, Denis Hamelin qui est aussi d'un CSSP, le docteur Lamothe qui est médecin chef du SMPR, Mme Marié, le directeur de la prison de Saint-Quentin, Mme Robert des SPIP. Voilà, on a fait un groupe et on a fait tout un questionnaire.

F.E : Vous pouvez m'expliquer le service qui est à Lyon sud?

M.V : Alors, c'est un service pilote encore aujourd'hui. On a voulu créer, la prison dans l'hôpital. Il y avait deux structures, l'hôpital de Fresnes avec un bloc opératoire mais qui ne fonctionne plus et les gens sont opérés dans les hôpitaux parisiens et puis il y avait un hôpital à la prison des Baumettes qui a été supprimé il n'y a pas longtemps. Il y a eu une réflexion... Mais je ne sais pas, ce service a mis dix ou douze ans à aboutir. On disait que les détenus…parce qu'il y avait beaucoup de bruits qui circulaient comme quoi on en faisait des cobayes et on en profitait parce que c'étaient des détenus... Car ce service a été créé dans un CHU pour que les détenus aient la possibilité de bénéficier tout le plateau technique d'un centre hopitalo-universitaire. Ils ont droit à être soignés comme tout le monde. Donc c'est vrai que si c'est un problème cardiologique, ils sont vus dans le service cardiologique et puis toute la chirurgie est faite ici, sauf des chirurgies très pointues qui peuvent être faites à Édouard Herriot. Sinon, ils ont des consultations comme vous et moi. Sauf qu'ils sont menottés.

F.E : Combien y a-t-il de patients détenus?

M.V : Il y a seize lits. Donc c'est un service qui est beaucoup trop petit. Donc il y a un projet qui va redémarrer de construction et d'extension de vingt-quatre lits. Mais qui s'avérera trop petit car il y ait une petite unité à Villefranche qui va fermer et puis il va y avoir la construction d'une nouvelle prison et donc avant que le service soit reconstruit il sera trop petit.

F.E : C'est pour quel genre de soins que ce service a été construit?

M.V : Tous. C'est un service de médecine polyvalente. Toutes, toutes les pathologies. Ce sont surtout des grosses pathologies. On reçoit par exemple les gens de Villefranche quand ce sont de lourdes maladies car ils ne peuvent pas les traiter à Villefranche. Sinon, ce sont des pathologies psychiatriques, somatiques. Le cancer... Il y a vraiment des pathologies très diverses. Et puis c'est vrai qu'il y a la loi de 1994. Avant c'était les infirmiers de la Croix-Rouge qui étaient gérés par l'administration pénitentiaire. Tout a été redistribué autrement, ce qui est mieux. Les soins sont gérés par les hôpitaux avec du personnel des hospices civils qui interviennent en milieu carcéral. Alors moi je n'ai pas vraiment connu ce changement car c'est l'année où j'ai quitté.

F.E : Et vous avez suivi un petit peu la situation avant 1994 qui a amené à voter cette loi ?

M.V : Parce que les soins étaient quand même plus que dramatiques. C'était pas structuré. Pas assez structuré, pas assez suivi. Et puis on sentait bien qu' avec l'administration pénitentiaire c'était toujours des budgets serrés. Ils n'avaient pas les moyens de prendre tout en charge. Le soin en prison, il était plutôt primaire. Il y avait une visite d'entrée durant laquelle on essayait de repérer les gens qui étaient le plus demandeurs. Les soins dentaires n'étaient pas organisés comme maintenant. Avec des cabinets qui dataient de... Donc il fallait vraiment faire un effort là-dessus. C'est vrai que la psychiatrie était déjà prise en charge par l'hôpital car le SMPR dépend de Vinatier. Désormais, il y a des budgets prévisionnels. Tout ce qui est pharmacie aussi. Il y avait avant ces fameuses distributions de médicaments dans la fiole. Il y en avait pour des sommes faramineuses. Rien n'était vraiment géré. Il y a eu des déficits, des choses

comme ça. Il fallait tout restructurer. Et ça ne pouvait être fait que par des gens compétents, du médical. Des hospitaliers.

F.E : Et justement, les hospitaliers étaient demandeurs de cette réforme?

M.V : Non! Ah ben non! Ça posait des problèmes dans certaines régions car il fallait trouver des chefs de service qui aient un peu de charisme. Par exemple pour implanter le service ici, il a fallu faire tout un travail préparatoire car les gens disaient qu'avec les détenus il allait y avoir des gros problèmes d'agression, des choses comme ça. Et puis les patrons, ils savaient qu'ils allaient recevoir des détenus et devant la clientèle ça fait mauvais effet. C'était très négatif. Il a fallu faire tout un travail d'approche. Ou alors, il y a un patron qui a suffisamment de charisme et qui manage tout ça. Mais pour nous c'est spécial car on a un service spécialisé. Mais quand même il faut faire des liens car maintenant il y a des chirurgiens qui viennent voir leurs patients dans le service. Alors qu'avant, ils avaient la trouille. Il y a encore pleins de consultation où les médecins n'osent pas dire aux flics de sortir car ils ont peur d'être agressé par le détenu. Ils voulaient se protéger alors que c'est inadmissible. Il y a le secret. Le secret médical. Et puis d'autres au contraire... On laisse toujours une petite fente car c'est obligatoire au niveau sécurité mais ils n'assistent pas à la consultation. Il y a eu tout un mouvement qui fait que... Les gens ont peur des détenus. Le détenu fait peur. Alors c'est vrai, qu'on peut mettre tout ça en parallèle avec la violence qu'il y a actuellement.

F.E : Il y a eu des problèmes déjà ici ?

M.V : Il y en a eu oui dans le service. Il y a eu une prise d'otages. Des évasions... Car les évasions ont toujours eu lieu aussi entre deux consultations. Il y a eu évasions et tentatives d'évasion. Je pense qu'il y en a eu quatre depuis le début. Par contre le service a failli sauter la nuit de Noël. Parce qu'il y avait un gros truand et il y avait un contrat d'évasion. Ils ont fait rentrer des armes et des grenades. Le policier qui rentrait dans la chambre a pu plonger pour récupérer la grenade sinon tout sautait. Personnels et détenus compris. Tout le monde. Et c'est vrai que depuis, l'accès au patient est devenu très difficile. On ne peut pas ouvrir plus de deux portes à la fois. Alors qu'avant... J'ai été pendant huit années en entretien enfermé avec le détenu. Alors que maintenant il faut laisser la porte ouverte. Moi je ferme quand même parce que sinon je ne fais pas mon entretien. Mais il y a des vitres et il y a quand même une ronde. Depuis quatre ans, c'est l'horreur. Si un avocat arrive, il est prioritaire. Si un expert arrive, il est prioritaire. Donc ça bloque. S'il y a les familles, ça mobilise un policier. Mais dans le nouveau service ça sera mieux car ce sera la pénitentiaire qui surveillera les détenus. Parce que les policiers ne sont pas habilités à surveiller les détenus. Seulement les gardes à vue. Donc ils appliquent déjà le régime de garde à vue qui est beaucoup plus strict que le régime de détention. Ils leur enlèvent les lacets par exemple... Ça crée d'énormes problèmes. Donc le prochain service, on a pu obtenir que ce soit la pénitentiaire et puis les bâtiments vont être gardés par la police et la police fera les transferts pour les consultations. La pénitentiaire ne peut pas apporter tout le personnel pour garder le bâtiment en raison des finances.

F.E : Il y a déjà eu des mouvements du personnel hospitalier en faveur de la suppression de ce service?

M.V : Non. Ce sont des volontaires. Tout le monde ne supporte pas l'enfermement. Si vous allez voir le service, vous allez sentir l'enfermement. Il a été très mal conçu. Il n'y a pas de place dans les chambres. Les architectes avaient conçu ce service en disant que ce seraient des détenus qui seront dans les lits. Point final. Dans le nouveau service, on a conçu une salle d'activité. Quelque chose de beaucoup plus adéquat. Mais là, le personnel a été associé. Il y a eu des groupes de travail et des réunions. Le personnel a été associé à la construction du site.

F.E : Et par contre au niveau des financements...

M.V : Oui on a pu avoir tous les financements. Tout le personnel qu'on a demandé, tout a été accepté. Comparativement à ce qu'on voit dans les autres services, c'est un service qui est mieux doté.

F.E : Par contre vous parliez tout à l'heure d'un chef de service charismatique. Sur Lyon, il y a eu quelqu'un ?

M.V : C'est M. Barlet qui a réfléchi à ce projet. Et puis dans les autres hôpitaux, effectivement ce sont des médecins qui se sont désignés. Il y a le site de Nancy qui va bientôt démarrer et donc on reçoit peu à peu toute l'équipe. C'est un médecin volontaire qui prend la tête du service. Heureusement, sinon ça ne serait pas possible.

F.E : Sinon vous me parliez d'un projet d'éducation pour la santé dans l'antenne toxicomanie ?

M.V : Oui alors, avec la création de l'antenne, il y avait déjà des groupes de paroles. Il y a eu des groupes d'écritures, il y a eu des groupes de lectures, il y a eu le sport aussi. On a mis en place des activités soit avec des intervenants extérieurs, soit intérieur. Et puis il y a la création de l'UPS, l'unité pour sortants, qui est managée par l'antenne toxicomanie. Tout ce qui a été ouvert, c'était ouvert à tous les détenus pour ne pas cristalliser les toxicomanes. Donc les patients qui sortent bientôt, sont transférés dans un bâtiment sur Saint-Joseph où il logent et où ils ont cinq semaines d'activité et de préparation à la sortie. Il y a des médecins qui viennent leur parler. Moi je fais un groupe de parole où je présente les structures sanitaires à l'extérieur. Il y a du sport. Il y a aussi des interventions au niveau du logement, du monde du travail. On avait des budgets pour faire intervenir des intervenants extérieurs. Il y avait aussi une alcoologue et Pascal Chevry, le médecin épidémiologiste, avait monté un groupe d'écriture.

F.E : Et toutes ces activités étaient à l'initiative de l'antenne toxicomanie?

M.V : Oui au départ. Maintenant avec le groupe d'éducation pour la santé, c'est beaucoup plus global. Il y a un groupe aussi actuellement qui réfléchit sur le suicide. Comme il y eu beaucoup de suicides. Il y a un détenu qui nous a écrit une lettre et le directeur nous a renvoyé une réponse en disant qu'il avait vraiment des propos suicidaires et qu'il fallait être attentif conformément à une nouvelle disposition de vigilance par rapport à certains comportements, dans le cadre de la prévention du suicide. Mais moi à l'époque où j'y étais, c'était le sida. Et puis alors, les surveillants étaient paniqués. On s'est aperçu qu'il n'y avait pas d'information et qu'ils ne savaient pas. On les rencontrait dans les couloirs et certains nous disaient "j'ai coupé les cheveux à untel, je n'aurais pas dû. Comment est-ce qu'on peut choper le sida?". Ils étaient paniqués à l'époque. Donc et il y

a eu tout un tas d'information pour le personnel pénitentiaire. Ça ne se chope pas comme ça. Par exemple si quelqu'un se faisait hara-kiri dans le tunnel, il disait "on n'y va pas, on n'y va pas. On ne veut pas choper le sida". Donc et il y a eu l'introduction de gants pour les fouilles, maintenant ne fait plus de fouilles sans gants. Et puis, il y a eu aussi l'arrivée des préservatifs dans les UCSA. Où est ce qu'on les mettait? Et puis on s'est aperçu que c'étaient les surveillants qui les prenaient [rires] Il y a eu des messages aussi, il y a un canal télévisé intérieur à la prison et on annonçait les actions de l'antenne. On a essayé d'imaginer des choses.

F.E : Le préservatif par exemple ça été facile de l'introduire dans la prison,

M.V : Eh bien non. Parce qu'on est en contradiction avec la loi. Pas de rapports sexuels en prison. Donc on a fait intervenir les médecins, la DDASS... Oui et puis avec la pénitentiaire [soupir]... Pour aboutir à quelque chose, il faut mettre le paquet. Dans le cas de la prévention, il fallait des préservatifs. Tant pis pour la loi, il fallait bien que la pénitentiaire comprenne que toutes ces choses-là ça se passe par en dessous. Donc c'est contradictoire avec la loi. C'était une époque où il y avait pas mal de sida. Tous ces jeunes qui venaient mourir et qu'on accompagnait à la mort. C'était régulier. Maintenant c'est fini avec les multithérapies. Il y en a beaucoup moins.

F.E : Ca avait une influence sur le climat de la détention ?

M.V : Oui. Moi j'étais dans cette période là. Il n'y a pas un jour où un surveillant ne me coinçait pas et moi je lui disais "je ne suis pas médecin". Il fallait les rassurer. Et c'est là qu'on s'est aperçu, qu'il fallait faire de l'information.

F.E : Les surveillants avaient accès au dossier des détenus ?

M.V : Oui, c'est un problème. Moi j'ai eu des juges avec lesquels je me suis engueulé car ils mettaient en gros sida entouré en rouge avec le dossier qui arrivait [exclamation]. C'était dur. Alors qu'il fallait que ce soit mis dans une lettre adressée dans une enveloppe cachetée et adressé au médecin. Alors là, le secret en prison c'est quelque chose. Parce qu'en plus... Si ça se savait, il était mis à l'index par ses codétenus. Eux aussi, les détenus ils avaient la trouille.

F.E : Il y eu des épisodes de discrimination?

M.V : Oui bien sûr. Et puis en plus, il y avait des pointeurs, les violeurs.

F.E : Et par contre dans les risques de transmission avec la toxicomanie, vous avez trouvé des seringues?

M.V : Pas fréquemment. Mais on en trouvait. Et puis j'avais des détenus qui me disaient "j'ai essayé un shoot", donc ça voulait bien dire qu'ils arrivaient à se procurer des seringues. Mais c'est en souterrain.

F.E : Et par rapport à ça vous avait déjà envisagé la distribution de seringues?

M.V : Non. On savait que ce n'était pas possible. On l'a peut être évoquée mais ça nous semblait tellement... On a plus axé sur le préservatif en fait. La drogue en prison c'est strictement interdit. Alors c'est vrai que maintenant. Il y a eu le fait des sevrages de personnes qui sortaient de prison. Sevrage à l'héroïne. C'est le cannabis surtout en prison. Les surveillants ferment les yeux. Ça arrange tout le monde. Ça calme les

détenus. Donc le haschisch circule et maintenant c'est le Subutex. On trouve toujours des gens qui sont initiés au Subutex par les co-détenus et si votre co-détenu vous fournit alors le type est en manque. Il y a des problèmes de trafic de médicaments et puis de Subutex. Il y a un marché noir. Il y a des risques d'injection. J'assure ici une consultation de toxicomanie et j'ai beaucoup d'injecteurs de Subutex. Au bout de quelques années ils ne le supportent plus. Ils le prennent comme une drogue. Il y a des gros toxicomanes de dix ou quinze ans d'héroïne et dans ce cas-là il ne faut pas utiliser le Subutex car il n'y a pas de prise en charge. Il vaut mieux la méthadone comme substitution. Le Subutex s'est quand même réservé à des gens qui sont socialisés, qui ont un boulot. Et puis c'est pour faire le sevrage aux opiacés. Mais là, c'est prescrit un peu à tout va. Parce qu'il y a beaucoup de médecins aussi qui n'ont pas fait la formation, qui ne se sont pas portés volontaires et qui prescrivent à tout va. Ce sont de médecins dealers comme ils les appellent. Ils sont connus sur la place de Lyon. Ils savent qu'ils auront le Subutex.

F.E : Et par contre l'antenne toxicomanie proposait une prise en charge médicalisée ?

M.V : Oui. On travaillait avec le médecin, on travaillait avec les psychiatres. C'était une prise en charge médico-psychologique et sociale. Avec une préparation à la sortie. Parce que souvent aussi en maison d'arrêt, les peines sont inférieures à trois ans. Et puis il y a eu la substitution. Donc on a fait un essai avec sept places. Maintenant, ils n'initient plus la méthadone. Quelqu'un qui est sous traitement continue normalement, par contre ils ne font plus de primo-prescription de Subutex. Avec le Subutex, il n'y a pas de cadre thérapeutique, mis à part la relation avec le médecin. Si c'est un médecin qui s'investit, il passe du temps avec le patient mais les médecins n'ont pas beaucoup de temps. Tandis qu' avec la méthadone, il y a un protocole et la personne s'engage. Il y a une triple prise en charge, médicale, sociale et psychologique. Il faut venir tous les jours au centre prendre sa méthadone devant l'infirmier ou l'infirmière. Et puis petit à petit on peut équilibrer et on peut espacer. La méthadone ce n'est qu'une indication médicale. On ne peut pas mettre n'importe qui sous méthadone. Et puis il y a un engagement quand même.

F.E: Par contre c'est vous qui effectuiez la prise en charge psychologique?

M.V : Au départ oui. Surtout sur les inclusions. On a fait aussi des erreurs. Maintenant de toute façon, la population a changé. On ne trouve plus beaucoup d'héroïnomanes de quinze ans. C'est là qu'on s'est aperçu qu'ils n'avaient jamais contacté les centres spécialisés. Ils les connaissaient, ils avaient des adresses. Ils étaient en marge du soin. C'était souvent leur premier contact avec le soin. Maintenant, ce sont souvent des déçus du Subutex qui retournent vers l'héroïne et qui demandent un cadre car ils n'ont pas été cadrés. Il y a beaucoup de demandes dans ce sens là. Donc on a des jeunes qui se shootent depuis beaucoup moins longtemps mais qui partent dans tous les sens, ils ont pris du Subutex, ils sont déçus, ils se le shootaient, ils faisaient n'importe quoi et ils réclament un cadre de ce soin.

F.E : Et vous pensez justement que la prison a des capacités thérapeutiques par rapport à ça ?

M.V : Certaines oui. Dans notre étude épidémiologique, on s'est aperçu aussi que les

arrivants c'était leur première rencontre avec un soignant. Alors que c'était en milieu carcéral. Ils étaient plus de 60 %. Ils savaient, ils connaissaient tout le réseau mais... J'en ai rencontré beaucoup qui inconsciemment faisaient un hold-up pour être arrêtés car ils avaient d’énormes problèmes financiers, une santé très dégradée et ils n'en pouvaient plus. Ils n'avaient pas la force psychologique pour entamer une démarche de soins. Donc ils se faisaient arrêter et c'était le soulagement. Ils rentraient dans un cadre. C'est là qu'on s'est rendu compte, des bienfaits, entre guillemets, de cette prise en charge car on pouvait démarrer un soin durant le temps carcéral parce que le soin est lié au temps carcéral. Il y en a qui restaient une semaine, un mois, deux mois, six mois. On travaillait avec ça.

F.E: Mais justement une démarche thérapeutique ça se construit sur le long terme?

M.V : La méthadone oui, le Subutex moins. Mais la méthadone oui bien sûr. On ne faisait pas d'initiations pour de brefs séjours. Je sais que Fresnes avait décidé de mettre trois mois avant la sortie les gens sous substitution. Ils avaient eu un protocole comme ça. Je ne sais pas ils le font toujours. Et après quand ils sortaient, ils se shootaient et ils allaient chercher n'importe quoi. Mais c'est vrai qu'il faut penser à prévoir ces choses.

F.E : Et sinon quel suivi y avait-il à l'extérieur?

M.V : Il y a des gens que je suivais très régulièrement et je me disais tiens j'ai un pôle de consultation en ville et donc on va pouvoir poursuivre. Mais non. Le dedans, c'est le dedans. Le dehors, c'est le dehors. Par contre je les voyais des fois après, ils venaient me voir ou deux ans ou trois ans après. Mais pas dans l'immédiateté. Je m'en suis rendu compte assez vite et dont il fallait trouver un relais. Autrement la prise en charge s'arrêtait. La prison, c'est le dedans et le dehors. Il ne fallait pas que ce soit une continuité de la prison, du statut d'incarcéré avec tout ce que ça représente. Pourtant j'intervenais en tant que soignante.

F.E : Et l'éducation pour la santé s'effectue comment selon vous ?

M.V : Par exemple, je cite un exemple, quelqu'un qui fume beaucoup et qu'il nous dit "tiens, je pourrais peut-être arrêter". Il y a une consultation antitabac pour leur proposer des traitements. On essaie de les orienter. Là, ça n'est pas de la prévention, c'est déjà du soin. L'idée, c'est de profiter un peu d'un moment propice pour saisir une demande. C'est aussi le fait de conseiller. Par exemple il y a beaucoup de diabètes en prison. On avait introduit une diététicienne en prison. Ils maltraitent tellement leur corps. On avait essayé d'introduire de nouvelles pratiques. Pas de faire un régime en prison car je pense que ce n'est pas possible. Mais au moins d'essayer de fournir des conseils.

F.E : La prison n'est-elle pas défavorable à une démarche d'éducation pour la santé?

M.V : Ce sont des changements qui peuvent avoir lieu au niveau individuel. Après c'est vraiment une question de culture. Il faut vraiment avoir intégré cela dans sa tête. Il faut avoir les conditions adéquates. Si vous n'avez pas de boulot, si vous n'avez pas de logement, quand vous allez dans un foyer, comment voulez-vous faire attention aux problèmes de santé ? Certains n'ont pas accès psychologiquement à la santé. J’ai un patient par exemple qui n'arrête pas de boulotter des couteaux, des fourchettes. Il a été opéré. Enfin, c'est dingue. Il ne sent même pas son corps. Donc par exemple pour lui,

l'éducation pour la santé, je ne vois même pas ce que l'on peut faire. Il est inaccessible à tout discours. Il y en a d'autres qui ont très envie, qui demandent, qui veulent des conseils, qui posent des questions sur ce qu'ils peuvent faire en prison d'affaires par rapport à leur santé.

F.E : Comment vous expliquer ce comportement d'auto-mutilation?

M.V : On en a très régulièrement qui viennent pour auto mutilation. Ils retournent toute l'agressivité qu'ils ont contre eux. Ils n'ont pas tellement accès à la parole et passent à l'acte. Ce sont des gens en général qui fonctionnent par passage à l'acte. Ils ne sont pas très accessibles à un raisonnement et à une élaboration de ce qu'il se passe. Ils ne parlent qu'avec leur corps. Et ça c'est souvent à répétition. Ils essayent de se machiner les jugulaires. Il y a beaucoup de choses. La souffrance psychologique passe souvent par le corps. Et c'est comme cela qu'on s'est aperçu que la première demande d'aide passait par le corps. C'est aussi ça qui nous a interpellé. Avant de dire quoi que ce soit, il fallait écouter le langage du corps. C'est le corps qui s'exprime chez les trois quarts des détenus. Il y a pas mal de gens primaires qui n'ont pas accès à la pensée abstraite ou qui sont tellement dans le passage à l'acte que ça passe par le corps. Donc ça a été une porte d'entrée vers le soin. Ça n'était pas vraiment une révélation parce qu'on le voit bien dans nos consultations mais c'est très présent en prison. Les gens ne peuvent pas s'exprimer. Car ça demande un travail. Ils n'ont pas confiance en eux ils sont toujours marqués par le fait qu'ils sont des ratés de la vie. Il y a beaucoup d'écorchés vifs. Ils ont souvent eu une enfance terrible.

F.E : J'imagine que la prison peut accentuer ses faiblesses?

M.V : Oui, c'est pourquoi ils ont besoin d'une prise en charge. Il y a besoin de les renarcissiser un peu.

F.E : Et par rapport au corps donc, vous aviez différentes activités?

M.V : On avait fait venir à une psycho motricienne qui faisait de la relaxation. Ça avait des effets certains. C'est sur que vous ne pouvez pas en faire avec un psychorigide car il risque de décompenser mais avec des gens plus équilibrés on obtient des résultats.

F.E : Les programmes d'éducation pour la santé étaient avant beaucoup plus ciblées sur le sida et ont tendance à s'élargir aujourd'hui...

M.V : C'est l'époque où j'y étais. C'était vraiment les premiers programmes de prévention qui se sont mis en place en prison. Parce que les années 80, ce sont des années où il y a eu énormément de morts. Tous les gens sont morts finalement mais on ne savait pas ce qu'était le sida. C'était une population jeune et donc ça interpellait d'autant plus. Le mode de contamination avait aussi de quoi provoquer des peurs. C'était une population très ciblée, les toxicomanes, les MST.

F.E : Il y avait des détenus en fin de vie?

M.V : Oui. Oh oui. Il y en a eu plusieurs fois. Il y en avait beaucoup qui venaient mourir à l'hôpital. J'en ai vu un qui passait aux assises et le lendemain, il était très mal avec une grosse fièvre. Et on a appris qu'il était en fin de vie. Il y avait eu un bilan médical mais rien n'avait été détecté. La famille avait dit qu'il avait été empoisonné en prison.

C'était impossible à l'époque d'accepter ça. J'avais téléphoné à son avocat qui était stupéfait. Il m'avait dit qu'il l'avait visité régulièrement et qu'il ne s'était jamais douté.

F.E : Et il n'y avait pas de grâce médicale dans ces cas-là?

M.V : Les grâces médicales... On bataille là-dessus. Oui parce que la population carcérale est vieillissante. Vous savez que la loi sur l'inceste... Les gens ont droit de déposer plainte dix ans après leur majorité. Donc on est dans la période, où il y a beaucoup de petite-filles qui ont déposé plainte contre un voisin ou contre un grand-père ou un père. Et ce sont des gens qui ont plus de soixante ans et qui étaient en liberté, qui se retrouvent devant les assises et qui prennent plus de dix ans. Ils ont des grosses pathologies, des cancers ou des problèmes cardiaques. Ils viennent mourir. C'est une population très vieillissante. Il faudrait peut-être créer des structures. Pour nous, ça encombre les lits... Enfin façon de parler. Il nous arrive de demander des grâces médicales mais de toute façon c'est tellement long que les gens ont le temps de mourir avant. Donc ils viennent de créer une commission. On en a quelques-uns en cours. Mais il y en a un qui est mort la semaine dernière. Ou alors on essaie de faire des suspensions de peine. Je connais une femme qui est à la prison centrale de Joux la ville. Il y a eu un débat contradictoire. Elle a un cancer et elle est en pleine chimio avec un pronostic assez sombre à court terme. Elle devait être auditionnée et ils ont refusé, ils ont été odieux. Il y a un juge qui a dit "de toute façon, elle n'a plus que quatre mois à vivre"... Et devant la patiente. C'est terrible. Et du coup, la demande a été celle d'une suspension de peine. Mais bon. C'est-à-dire que si toutefois il y avait une rémission de ce cancer, elle serait incarcérée à nouveau. C'est un coup à faire chuter... Je l'ai revu encore hier et elle ne s'en remet pas. C'est vrai que pour la guérison ça ne va pas l'aider.

F.E : Et par contre maintenant avec la tri thérapie, il y a beaucoup moins de fins de vie chez les sidéens?

M.V : Oui. Il n'y en a plus. D'ailleurs il y a très peu de sida. Si, cette année il y en a eu plusieurs. Mais en ce moment il y a une recrudescence. C'est souvent aussi des gens qui rentrent en prison et qui ne voulaient pas être soignés. Ça a totalement changé. Donc on essayait là aussi, le docteur Chossegros essaye de les amener à avoir un traitement. C'est pareil, il y a des protocoles qui coûtent cher et on ne peut pas mettre quelqu'un dont on sait qu'il ne s'engagera pas. Donc là aussi... Alors qu'on sait qu'il y a des traitements qu'on doit appliquer très rapidement si l'on veut prolonger l'espérance de vie. Les médecins ne veulent pas les mettre sous protocole s'il n'y a pas de suivi. Il y a des financements. La plupart des porteurs ont entre 22 et quarante ans. Par contre ce ne sont pas forcément des toxicomanes. Avant oui. Avant c'était toujours des toxicomanes ou des homosexuels. Maintenant non. Ce n'est plus autant ciblé. Il y a de moins en moins de cas. Je trouve par contre que ça recommence. Ils sont de toute façon plutôt envoyés dans d'autres hôpitaux car ici il n'y a aucun médecin qui s'occupe du sida. Il n'y a pas de consultation ici du sida alors qu'il y en a dans tous les autres hôpitaux.

F.E : Et sinon pendant votre travail à l'antenne toxicomanie, quelles étaient vos relations avec l'administration pénitentiaire?

M.V : Moi avant de voir les détenus, j'ai passé trois mois sans voir les détenus et à arpenter les prisons de Lyon sur tous ses sites, St Luc, Saint-Joseph et Montluc afin de

voir les surveillants et de leur expliquer ce qu'était cette antenne toxicomanie, à quoi elle allait servir, comment on allait pouvoir travailler ensemble. Ils avaient envie de parler. Ils me parlaient beaucoup du sida. Les gens étaient contents de pouvoir parler. Donc c'est vrai que j'ai eu trois mois à prendre uniquement contact avec tout le personnel, ce qui a facilité après les liens. Et moi j'ai énormément travaillé avec les surveillants. Pour ça, ça c'est bien passé. Justement il y avait eu l'expérience du service ici et on avait prévu. Les surveillants sont toujours en rivalité en disant "vous créez des structures"... D'ailleurs il y avait d'énormes problèmes d'alcoolisme dans les prisons de Lyon. Il y avait des surveillants qui ne pouvaient pas assurer la nuit et des collègues qui étaient obligés de venir en catastrophe. Les surveillants un peu plus âgés avaient des gros problèmes avec l'alcool. Énormément. Les jeunes boivent moins. Il y avait une utilisation abusive du mess et le directeur a même menacé de fermer le mess. Ils allaient toujours boire. Il y a eu des actions pour le personnel. Parce que le personnel de surveillance mettait toujours en parallèle en disant "vous faites ça pour les détenus et nous?". Et tant qu'ils sont dans cette problématique, ça ne peut pas changer. Ils se mettent en rivalité avec les détenus. "Vous faites beaucoup de choses pour eux et rien pour nous". Comme ils se positionnaient en position de victimes. Je leur disais que tant qu'ils seraient dans cette problématique en ne pourrait pas avancer. Maintenant il y a des psychologues de la pénitentiaire et ils sont pris en charge.

F.E : Vous pensez que ce genre de préoccupation est légitime ?

M.V : Il faut dire aussi qu'ils sont très infantilisés. L'administration pénitentiaire, c'est une administration extrêmement archaïque [exclamation]. Quand j'ai découvert ça... Il y avait des directeurs complètement fous. Pour une peccadille, certains surveillants étaient menacés, insultés voire rétrogradés. Nous on a fait une formation pour le personnel pénitentiaire sur la toxicomanie, les conduites de dépendance, les conduites à risques. Ça s'est fait à l'intérieur de la prison au début. Et là encore, il y avait des surveillants encadrant et les autres surveillants ne pouvaient pas parler. Et dès qu'ils parlaient un petit peu, ils se faisaient foutre à la porte. C'était très scolaire. On s'est dit qu'il fallait arrêter. Donc on a travaillé avec l'université de Lyon 2 et les formations se sont faites là-bas. C'était un petit peu pour les renarcissiser aussi. Et ça s'est passé bien mieux. On ne voulait pas d'encadrement. On a pu dire "Non, ce ne sont pas des gamins". Ils ont une formation, ce sont eux qui la demandent et ils font une démarche. Ils n'ont pas besoin d'être surveillés. C'était inconcevable. Mais quand même c'est une administration... D'une lenteur. Et puis pour aboutir à quelque chose, ça vous fait dépenser une énergie folle. Oh là là! Pour mettre en place quelque chose. C'est pourquoi je n'ai pas regretté l'avoir passé trois mois à prendre des contacts et puis de passer un peu de temps dans les couloirs à écouter. Alors après c'est vrai, qu'ils venaient me voir pour des problèmes personnels mais c'est dans toutes les institutions. Les gens avaient beaucoup envie de parler. Parce qu'il n'y a pas la parole en prison. On passe à l'acte constamment [..] cette formation à Lyon 2 ça devait être en 1990.

F.E : Quel était le contenu de cette formation?

M.V : C'était sur la toxicomanie, sur les dépendances. Donc ça portait sur les détenus mais elle était adressée au personnel. Ils demandaient comment repérer quelqu'un qui ne va pas bien et qui est toxicomane par exemple. Ou encore ils demandaient quel était leur

rôle, à part le rôle répressif de porte-clés." On peut avoir une autre dimension qui donnerait plus intérêt à notre travail de surveillant dans la relation aux détenus et comment entrer en relation?". Ils étaient eux-mêmes demandeurs. C'était avant tout des volontaires. Enfin, au début je ne suis pas sûr. Ça s'est fait tellement... Je pense qu'il y en a qui devaient être ciblés. Ceux qui buvaient par exemple. Et ils venaient aussi avec toutes leurs revendications et donc il fallait recentrer. Car ils étaient à l'extérieur et donc c'était la première fois qu'on leur permettait de parler. Alors il fallait recentrer quand même sur le thème de la formation. C'était un lieu d'écoute aussi. Qu'est-ce qu'ils étaient souffrant ces surveillants. Et puis c'est là aussi on voit toutes les pathologies. Le surveillant qui exerce son sadisme. À tous les niveaux. Et puis d'autres qui avaient justement ce rôle de prévention. Un peu comme les flics. Ce sont un peu des missions impossibles. Il faut réprimer et en même temps avoir un rôle de prévention. Ce n'est pas possible mais c'est extrêmement dur. Il faut être extrêmement clair avec soi-même. Je fais des formations auprès des écoles de police et je dis qu'il vaut mieux quelqu'un qui fait de la répression mais pour qui se soit clair plutôt que de bricoler dans le paternalisme. Il faut être clair dans sa démarche et les gens ne le sont pas toujours. Il y avait vraiment ceux qui étaient dans un rôle de répression et d'autres qui voulaient nouer des relations. Et c'est vrai que plus la relation est bonne entre eux et mieux ça se passe. D'ailleurs les détenus savaient très bien cerner quels étaient les surveillants répressifs et ceux avec lesquels il était possible de parler. Et puis il y en a beaucoup qui faisaient ça par défaut. Et encore maintenant [...] Souvent se sont des personnes qui étaient en échec scolaire, qui n'ont pas réussi. Ils avaient l'uniforme et ça leur donnait tous les pouvoirs. Des abus de pouvoir j'en ai vu à la pelle. Car ils n'avaient pas toujours raison mais quasiment. Donc il y en a qui s'acharnaient sur des détenus. Vraiment du sadisme. Sous prétexte d'avoir l'uniforme. Il y a des gens pathologiques bien qu' il y ait une sélection. Et puis maintenant ils manquent tellement de gens.

F.E : Et quelles sont les possibilités de réinsertion à la sortie de prison selon vous?

M.V : Ca c'est individuel. Ça dépend de ce qu'il y a dehors. S’il y a un environnement, c'est déjà bon signe. Si vous êtes suivis. Si la prison par exemple n'a pas rompu les liens. S’il y a des visites déjà en prison, ça commence là. Si la famille soutient ou accompagne le détenu. S'il y a des courriers. Mais s’il n’y a rien, ce sont des structures anonymes. La personne commence à aller au café pour rencontrer des gens. C'est pour ça qu'il y a un effort et qu’il existe des projets de sortie mais... Les SPIP ont un rôle à jouer mais quand vous les entendez... La rencontre est obligatoire avec un travailleur social. Mais ils sont en sous effectifs. Les services socio-éducatifs ont toujours été lésés. Ils se plaignent d'avoir toujours trop de dossier

[...]

F.E : Je voulais savoir ce que vous pensez du livre de Véronique Vasseur? Que pensez-vous des gens qui travaillent en prison et qui dénoncent ce qui peut se passer?

M.V : Je pense que c'est nécessaire de dénoncer. Alors c'est vrai qu'il faut ne pas non plus tomber dans l'extrême inverse car ça peut desservir. Mais c'est pour ça qu'aujourd'hui les prisons ouvrent leurs portes à des journalistes des étudiants. Il y a beaucoup de visites en prison. D'ailleurs il y en a eu tellement qu'après ils ont tout revissé

car il y a des surveillants qui se sont plaints. Il y avait beaucoup trop de gens qui venaient de l'extérieur et c'était pour eux des dangers potentiels. Il y a eu un retour en arrière. Mais dans l'ensemble ça s'est ouvert. Car il y avait des violences phénoménales en prison. Alors c'est vrai qu'il y a toujours un effet pervers comme on dit. Mais la prison moi je la vois tous les jours. Des jeunes qui arrivent complètement fracassés avec des fractures et qui me disent qu'ils sont tombés du lit. Ils sont tous tombés du lit. Ils ne peuvent pas se plaindre parce que sinon ils en reçoivent deux fois plus. Il y a du racket en prison qui phénoménale. Parce que la population carcérale a changé. Maintenant se sont des jeunes, des caïds et le détenu qui est un peu faiblard. Il y en a beaucoup qui se font castagner. On pourrait dénoncer tout ça mais il faut que ça suivi derrière. On ne peut pas changer une administration comme ça. Et puis la prison c'est la prison, c'est quand même un domaine bien particulier. Toute cette violence dans les relations qui sont très verticales. C'est pour ça que dire que la prison est thérapeutique, c'est dire beaucoup. Je vois par exemple pour les toxicomanes ça n'a pas de sens. Par contre cette rencontre avec la loi oui. Cette loi qu'ils n'ont pas intégrée. C'est important.

F.E : Et l'administration pénitentiaire vous pensez qu'elle s'est décloisonnée un peu ?

M.V : Un petit peu. Mais bon ça dépend aussi du politique. On a eu des périodes. Au début on avait des réunions avec le directeur de l'administration pénitentiaire à Paris. C'est une personne qui essayait de s'impliquer. Mathhillac. Il essayait de discuter lui. Et puis d'autres... Et la maintenant avec Sarkozy. Qu'est-ce qu'on construit? Des prisons. La réponse se sont les prisons. On sait bien qu'il faut des petites structures et on continue à construire des prisons de 400 personnes. On sait très bien que c'est ingérable.

F.E : Que pensez-vous des nouvelles prisons "13000"?

M.V : Les gens n'aiment pas. À Villefranche, tout est automatique. Donc les détenus sont toujours seuls. Il n'y a pas de lien. Alors qu'aux prisons de Lyon, tout le monde circule. Il y a beaucoup de bruit. On se salue. Il y a de la communication. Et les détenus, plusieurs oui, préfèrent les prisons de Lyon qui sont plus vétustes mais plus humaines. Ces prisons "13 000" sont froides. C'est surtout l'ambiance. Beaucoup se plaignent car ce sont des structures froides. J'ai une collègue qui a écrit un livre sur le froid pénitentiaire. Parce que les détenus ont toujours froid à l'intérieur. La vue qui baisse. La santé se dégrade en prison. Ils ont la vue qui baisse car le champ de vision est très restreint avec la butée des murs donc automatiquement la vue s'accommode et baisse. Ils ont des problèmes dentaires. Oui la santé se détériore en prison. Ça a été aussi pour ça que ça a été repris par l'hospitalier. Et puis à la fois ça permet un dépistage. Il y en a qui sont dans un état lamentable aussi bien au point de vue physiologique que psychologique et ça permet une prise en charge, de faire de la prévention. C'est quand même une population qui est défavorisée dans la majeure partie. Des gens qui n'ont pas l'habitude, qui n'ont pas une hygiène de vie... Et puis qui ont un peu besoin d'éducation. Au moins une éducation à la santé qu'il faut reprendre. Donc pour ça c'est positif. Mais je ne peux pas dire que la prison soit vraiment thérapeutique. Quand vous voyez les centrales actuellement, tout est en train d'exploser. Clairvaux, Moulins... Mais il faut dire aussi que ce sont des perpétuités souvent. Ils tentent de s'évader car ils n'ont rien à perdre. Ils savent qu'ils passeront toute leur vie en prison. Moi je pense que si j'étais à leur place je

ferai pareil, je fermenterais un plan d'évasion. Quand vous savez que vous sortirez de la prison à cinquante ou soixante ans. Donc tout ça explose.

F.E : Et comment était le rapport entre les surveillants et l'administration pénitentiaire à Lyon?

M.V : ça dépend des directeurs.

[...]

M.V : Soin et prévention c'est très mêlé. Parce que les détenus arrivent et il faut faire des soins. On ne peut pas faire de la prévention car ils sont trop dégradés. Ça se fait après parce que normalement ça devrait être inverse dans la logique. Le problème aussi c'est que le rôle entre la prévention et le soin est inversé. Parce que normalement ont fait de la prévention pour restreindre le soin. La prévention précède le soin. Alors que là en prison c'est l'inverse. Lors de l'entrée en détention, on fait un bilan de santé et on réalise les soins les plus urgents. Ce n'est qu'après qu'on va rentrer dans une démarche de prévention.

[...]

M.V : Je pense que pour travailler dans une logique de prévention, il faut redonner un autre sens à l'incarcération. Par exemple quand il y a des rechutes, il ne faut surtout pas que ce soit vécu comme un échec. Alors que d'habitude c'est toujours vécu comme un échec. On revient en prison et c'est l'échec. Non, pour certains ce n'est pas un échec.

Entretien n°7 : Docteur Gilg, médecin à la Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'Hôpital Edouard Herriot, 07/04/2003, 1h10.

D.G : Je n'ai pas à proprement parler d'expérience au sein du milieu carcéral car je suis toujours intervenue en tant que médecin du CDAG. Je suis intervenue à plusieurs reprises au sein du centre de détention de Saint Quentin Fallaviers. En fait, je connaissais le médecin responsable du service de santé de St Quentin. Il était vacataire a Edouard Herriot et il m'a proposé de faire des interventions.. Je crois que c'était en 1992. Au début c'était uniquement à l'occasion du premier décembre, donc ça a été reconduit du premier décembre au premier décembre et c'était donc de façon très ponctuelle. Et puis on s'est dit qu'on pourrait lancer quelque chose d'un peu plus sur le long terme et on a voulu faire un atelier… un groupe de paroles auprès des détenus. Ce qui était bien c'est que ça se déroulait en quartier de détention et donc on était vraiment très près des détenus ! Parfois, j'étais presque en cellule. Donc c'était un groupe de parole sur le sida et tout ce que ça implique.. la sexualité ; l'homosexualité, la toxicomanie. C'était dans le but de donner un espace de parole aux détenus et d'essayer de soulever des tabous un petit peu. Ca marchait vraiment très bien car les gens parlaient beaucoup. Ce n'était pas une leçon mais c'était vraiment dans le but de leur donner l'opportunité de s'exprimer !

F.E : Et comment ça se passait avec le personnel de surveillance ?

D.G : Très bien. En fait, on a essayé de les inclure dés le début dans le projet. Donc

on organisé des réunions en petits groupes avec les surveillants pour leur expliquer notre démarche et pour leur demander leur avis et des conseils. Qu'est ce qui leur semblait réalisable et qu'est ce qui ne leur semblait pas réalisable… Ils étaient dans l'ensemble très favorables. Bien sûr, il y en avait quelques uns probablement qui étaient contre, il y en a quelques uns qui étaient homophobes. Du moins, c'est ce que je pense. Mais ceux-là, on les repérait vite ! Ca a vraiment été réussi grâce à l'implication d'un chef de détention qui pensait que c'était très important de faire de la prévention et de l'éducation pour la santé en milieu carcéral. Je crois que sans lui rien n'aurait été possible. Parce que sans les surveillants, rien n'aurait été possible. C'est que ça représentait pour eux une charge de travail supplémentaire. Ils nous accompagnaient en quartiers de détention, ils nous nous ouvraient les portes. Ils allaient chercher les détenus dans leur cellule, leur demandaient s'ils voulaient participer. Ils auraient très bien pu ne pas vouloir participer et dans ce cas rien n'aurait été possible. Et puis pour eux, ça représentait une sacré responsabilité car on était seul avec les détenus et l'infirmière qui m'accompagnait avait un peu peur parfois. Elle me disait qu'on y allait fort quand même. Et s'il arrivait quelque chose, un incident, ça serait retombé sur la responsabilité des surveillants, du chef de détention et de l'administration donc c'était assez risqué pour eux.

F.E : Et les surveillants assistaient aux groupes de parole ?

D.G : Non pas directement. On était seul dans la salle, l'infirmière et moi, avec les détenus, et les surveillants de toute façon ne se trouvaient pas loin. Ils étaient derrière la porte pour surveiller. C'est que ce n'est quand même pas rien d'être enfermé avec une dizaine de détenus. D'autant plus qu'on est intervenu avec les délinquants sexuels, les pointeurs comme on les appelle.

F.E : Le secret médical était respecté vis à vis des détenus, par rapport à leur séropositivité par exemple ?

D.G : Moi, vous avez, j'interviens très fréquemment dans différents lieux au sujet du sida car je suis médecin de santé publique. Donc je vais en parler dans des entreprises par exemple et je ne me pose pas ma question de la séropositivité des gens. Je sais qu'il y a toujours un risque pour qu'il y en ai au moins un dans la salle en face de moi. D'autant plus en prison où il y a beaucoup de toxicomanes. Donc je fais attention. Mais je ne cherche pas a savoir qui peut être séropositif car ça ne m 'intéresse pas.

F.E : Et vous avez eu des questions de la part des surveillants ?

D.G : Non jamais, je ne crois pas que ça les intéressait vraiment. En fait, ils posaient plutôt des questions pour eux. Car eux aussi ils avaient peur. Je me souviens où très souvent on se retrouvait à discuter de façon informelle dans les couloirs et ça débouchait sur quelque chose de similaire au groupe de paroles avec les détenus. Et ça dépassait largement le cadre du sida. Il étaient contents de parler, ça se voyait. Là aussi ; ça permettait de libérer la parole.

F.E : Et dans le groupe de paroles, quels thèmes étaient abordés ?

D.G : Alors, l'objectif initial c'était le sida et tout ce que ça implique, c'est à dire les pratiques sexuelles, la toxicomanie, etc. Ca n'était pas trop les hépatites à cette époque, en 1992, mais c'était surtout le sida. Donc les gens parlaient beaucoup de leurs peurs.

Alors on parlait de drogues, d'homosexualité. Moi en en réponse, je leur parlais des pratiques à risque et de la prévention des risques car j'ai beaucoup travaillé sur ce thème là. Bien sur, les détenus ne parlaient presque jamais d'eux même directement, ils parlaient d'amis qu'ils connaissaient à l'extérieur. C'est souvent comme cela que ça se passe ! Mais ils parlaient beaucoup de l'extérieur. Comment ça allait se passer à la sortie. « Comment ma petite amie va me considérer ? ». « Est ce que je serais encore accepté ? ». Le groupe de paroles dépassait donc largement le cadre de notre objectif initial. Ça allait bien plus loin que le sida. Ils avaient envie de parler d'eux. Car il y en a beaucoup en prison qui ont peur de sortir. La prison c'est un cocon. On peut s'y sentir bien car ça protége de l'extérieur, de ce qui a pu les faire souffrir avant. Et certains craignent la sortie. Le personnel médical me le disait beaucoup et ça se sentait. Donc, ce groupe de parole c'était un moyen pour aborder des sujets difficiles et commencer à imaginer le retour à l'extérieur. Je pense que c'était surtout un moyen de préparation à la sortie. Et l'éducation à la santé pour moi c'est cela. Ce n'est pas de faire de la prévention du sida ou du dépistage du cancer. C'est arriver à aborder une autre partie d'eux mêmes. C'est pour cela que le terme d'éducation a la santé ne convient pas très bien au milieu carcéral. Pour moi, c'est davantage une éducation à la vie. Ca dépasse largement le cadre de la santé. En tout cas, c'est surtout de santé psychique dont il s'agit. Car c'est le principal problème en prison, c'est cela. On le voit au niveau des maladies infectieuses comme le sida L'épidémiologie nous montre bien que les risques d'infection en prison ne sont pas si élevés. Bien sûr, il s'agit d'un milieu à risque car il y a de la drogue. Mais les risques ne sont pas beaucoup plus élevés qu'a l'extérieur. ce qui est important surtout ce sont les peurs, comme à l'extérieur d'ailleurs. la santé est un domaine qui suscite de nombreuses peurs et d'autant plus quand cela touche à la sexualité car c'est ce que nous avons de plus intimes. Donc aussi bien chez les surveillants que chez les détenus, c'était au niveau des peurs que nous avons travaillé. Il s'agissait de faire tomber les peurs en quelques sortes.

F.E : Il y avait un contrôle de l'administration sur votre activité, vous donniez des comptes rendus ?

D.G : Je me rappelle avoir très peu écrit de comptes rendus ou de rapports sur l'activité elle-même. En revanche, on avait fréquemment des réunions avec l'administration ou on faisait un peu le bilan de l'activité. Mais on ne relatait jamais directement ce qui nous avait été raconté par les détenus. Je ne pourrais pas non plus vous le dire car il y a la confidentialité. Cette confidentialité, c'était d'ailleurs un peu la condition de ces réunions. On avait promis aux détenus de ne rien transmettre à l'extérieur de ce qui nous avait été dis au sein du groupe de parole.

F.E : Et au niveau du personnel médical, il y avait quelle implication ?

D.G : Tout a été rendu possible car il y avait le médecin chef de l'UCSA qui était très impliqué. C'est à son initiative que tout a été entrepris. D'ailleurs lorsque il est parti, il a décide de revenir dans sa région d'origine, il a été remplacé par un autre médecin pour qui la prévention du sida et l'éducation pour la santé n'étaient pas du tout des priorités et le groupe de parole n'a pas survécu à son départ. La force de ce médecin c'est donc d'avoir réussi à mobiliser tout un ensemble de groupes comme la détention,

l'administration pénitentiaire, les détenus et d'avoir réussi à construire un projet commun. Il y avait vraiment une dynamique de groupe. On formait vraiment un collectif. Bien sur le projet reposait sur des individus. Dans chaque groupe, il y avait une personne qui était le relais ou le meneur si vous voulez, par exemple, il y avait ce médecin, il y avait aussi le chef de détention dont je vous ai parlé qui était vraiment central. Et puis, j'étais toujours accompagné par une infirmière pour aller voir les détenus. C'était soit une infirmière de l'UCSA, soit une infirmière psychiatrique car il y en avait une qui était vraiment très motivée. Elle était vraiment douée pour arriver à établir le contact avec les détenus et pour arriver à les faire parler d'eux. Donc, il s'est vraiment formé un trio entre ce médecin, le surveillant chef et cette infirmière et c'est ce trio qui a permis que les chose se fassent. Vous savez, je pense qu'un projet ça doit partir d'une réponse à des besoins précis, en l'occurrence c'était le sida car c'était vraiment le boom de l'épidémie au sein du grand public. Mais pour qu'un projet se fasse, je pense que ça demande surtout qu'il y ai un ensemble de personnes qui se mobilisent au niveau individuel. Car ça demande du temps un projet comme cela. Ca constitue une charge de travail supplémentaire pour chacun d'entre nous et ça se fait souvent sur notre temps libre.

F.E : Vous me disiez que les surveillants étaient demandeurs eux aussi de conseils ?

D.G : Oui, très souvent j'en rencontrais dans les couloirs et on commençait à discuter. Ils me posaient des questions sur leurs propres peurs. On a pas fait de groupe de parole spécifique pour les surveillants. En fait, on y a pensé plusieurs fois et on a pas eu le temps. Je pense que si l'expérience s'était prolongée, quelque chose de ce genre se serait mis en place car ils étaient vraiment demandeurs de ce côté là. Mais ces discussions de couloir constituaient, je crois, quelque chose de très important. Car il ne suffit pas de discuter comme cela. Il n'y avait pas de copinage ou de choses comme cela entre nous. Il s'agit de se comporter de façon professionnelle aussi dans ces moments là, même s'ils sont plus informels. Cela n'empêche d'ailleurs pas un peu de convivialité. Car ce n'est pas si différent des groupes de discussion en tant que tel. Mais ce qui ne pouvait pas se dire dans une réunion ou autour d'une table de façon plus officielle se faisait comme cela de façon informelle. En fait je crois que si le projet a fonctionné, c'est en partie pour cela. C'est parce qu'il y avait différents niveaux de travail. Il y avait d'une part les réunions auprès du personnel que nous avons voulu organiser dès le départ. Car les surveillants n'étaient pas une pièce rapportée au projet, on les avait inclus dès le départ comme un élément à part entière du projet. Et puis à côté, il y avait toutes ces discussions informelles. Je pense que notre travail se situait des deux côtés. Mais le principal problème que nous avons rencontré, c'était le temps. Le temps en prison est quelque chose de vraiment incroyable. On en a pas idée des fois. J'ai déjà attendu des heurs pour qu'on m'ouvre certaines portes. Et c'est pour ça qu'une action d'éducation pour la santé ne peut pas être envisagée de façon seulement ponctuelle, comme on faisait au début pour le premier décembre. Car il faut établir des contacts et il faut fréquenter assez longuement le personnel qui travaille en prison si on veut arriver à quelque chose. Je l'ai vraiment ressenti dans mon rapport avec les surveillants et avec les détenus aussi. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois de rencontres et de fonctionnement, qu'on a pu obtenir une véritable implication des surveillants. Pour obtenir de vrais changements il faut du temps. Pour les détenus, c'est la même chose. Il ne suffit pas d'envoyer des intervenants

extérieurs dans la prison pour qu'ils soient écoutés. Il faut du temps pour arriver à établir un rapport de confiance et arriver à provoquer la parole. C'est qu'ils se méfiaient un peu au début. L'éducation pour la santé ça demande de s'impliquer sur le long terme. C'est une démarche de projet, pas d'actions ponctuelles.

F.E : Vous avez poursuivi avec d'autres actions ?

D.G : Oui, par exemple pour une action du premier décembre on a souhaité inaugurer une fresque qui avait été peinte par quelques détenus sur le thème du sida. Et on a réussi à obtenir qu'une soixantaine de détenus soient présents lors de l'inauguration. Il y avait aussi des délinquants sexuels ce qui n'est quand même pas rien car ils sont d'habitude toujours séparés des autres détenus. Et puis, on a fait venir un groupe de musique brésilienne que je connais bien et on a organisé un buffet avec des boissons et des petits fours. Vous imaginez pour une prison, c'est quelque chose qui arrive rarement ! Mais ça a été le résultat d'une longue démarche. Ca n'a été possible que parce qu'on y travaillait depuis un an déjà. Et puis il y a eu des ateliers plutôt artistiques qui ont été mis en place. Avec un groupe d'écriture et un atelier d'art plastiques. Il y a eu l'organisation ensuite d'un théâtre forum auquel les détenus pouvaient prendre part.

F.E : Vous pensez que le domaine de la santé est une porte d'accès pour un travail de réinsertion ?

D.G : Oui, je pense que c'est possible mais ce n'est pas le plus facile. Je disais souvent qu'on était concurrencé par d'autres activités. Déjà, il y avait le parloir que les détenus préfèrent et ça peut se comprendre. Après, il y avait l'atelier. Car les détenus sont souvent obligés de travailler s'ils veulent pouvoir acheter en cantine. Car il faut reconnaître que ce à quoi ils ont droit ce n'est vraiment pas terrible. Ou parfois, ils veulent se faire un petit pécule en vue de la sortie. Et puis, surtout il y a le sport car il y a certains détenu qui font énormément de sport. C'est pour eux un moyen de compenser le vide qu'il y a en prison. Je me rappelle, à Saint Quentin, on me disait souvent que certains détenus faisaient du sport de façon excessive. Donc, entre les parloirs, l'atelier et le sport il ne reste pas beaucoup de place pour la santé. En plus ça peut sembler parfois un peu contradictoire de vouloir parler de santé en prison car le cadre ne semble pas vraiment s'y prêter. Donc on est parfois un peu en contradiction. C'est pourquoi que plutôt que « éducation pour la santé », je préfère parler d' « éducation à la vie » ou quelque chose comme cela. Je ne sais pas quel nom lui donner exactement mais le terme santé ne me semble pas vraiment approprié en prison. Et puis, il faut reconnaître que parmi les angles d'approches possibles, le sida n'est pas forcement le meilleur. C'est un sujet qui est très discriminant. Mais la logique de toutes façons, c'est toujours la même. Il s'agit d'intervenir sur une question ciblée, afin de répondre à des besoins précis. Et cette question c'est une prote d'entrée qui permet une ouverture de la prison. Ca permet d'ouvrir un dialogue et de libérer la parole. Ca permet d'envisager d'autres questions comme par exemple une préparation à la sortie.

F.E : Malgré ces contradictions, vous pensez que la prison se prête à un travail d'éducation pour la santé ?

D.G : C'est vrai que la prison cumule de nombreux handicaps. Que dans la prison, il y a de la drogue, qu'il y a des relations sexuelles qui sont cachées, qu'il y a beaucoup de

violence entre prisonniers. C'est vrai que c'est un milieu qui est très hostile mais je pense malgré tout que la prison a certains avantages qui font que ce genre de travail est possible. Je pense que les ressources de la prison se situent aussi bien sur le plan interne que sur le plan externe. En interne, vous avez de nombreuses personnes qui interviennent dans la prison et c'est en regroupant les efforts de ces différents groupes qu'il a été possible de mettre au point le projet de groupe de discussion. Et en plus vous avez la possibilité de faire intervenir des personnes extérieures qui sont toutes considérables. Il s'agit par exemple des professionnels de la santé comme moi. Mais je me rappelle aussi que l'aumônier a apporté sa contribution à notre projet car il avait des contacts avec plusieurs prisonniers. Le groupe de musiciens dont je vous parlais et que nous avons fait intervenir était également un atout. Il a réussi à trouver les mots exactes pour s'adresser aux détenus le jour de l'inauguration. Donc je pense que l'éducation pour la santé ne se limite pas au personnel médical mais c'est quelque chose de beaucoup plus large. C'est pour cela que l'appréhender uniquement sous le terme de santé me semble un peu restrictif. Donc c'est vrai que la prison n'est pas un milieu favorable à l'éducation pour la santé et que ça peut être parfois un peu hypocrite de parler de leurs conditions de vie à des individus qui vivent dans des conditions déplorables comme c'est le cas à Saint Paul. Et le plus dur, c'est peut être de gréer cette contradiction. Mais c'est aussi pour cela, je pense, que l'éducation pour la santé ne peut être faite que dans des maisons d'arrêt où les individus ont un espoir de ressortir à l'extérieur car ils peuvent encore construire des projets. Alors que par exemple je travaillais un petit peu sur la centrale de Moulins passé un temps. Et on m'avait proposé d'y travailler mais j'ai refusé. En partie parce que je ne pense pas que ce soit possible de construire un projet sur le long terme lorsque les individus n'ont plus d'espoir de sortie. Toutes ces actions deviennent alors, selon moi, impossibles.

F.E : Quel était votre rapport avec les détenus du fait que vous étiez extérieure à la prison ?

D.G : Je pense que c'était une très bonne chose, qu'il y ait à la fois une personne du milieu carcéral. Alors dans ce cas, c'était une infirmière soit de l'UCSA, soit une infirmière psychiatrique qui connaissait les détenus et qui savait comment aborder la relation avec eux. Et puis d'autre part, j'intervenais de l'extérieur. D'autant plus que j'étais présenté comme une experte aux yeux des détenus et donc c'était très valorisant pour eux. C'était complètement un acte de reconnaissance, le fait de reconnaître qu'on leur attribuait une importance

Entretien n°8 : Docteur Barlet, responsable de l'unité d'hospitalisation pour détenus incarcérés de l'hôpital Lyon Sud, 18/04/2003, 2h15.

F.E : Déjà j'aimerais bien connaître vos fonctions par rapport à l'UCSA?

D.B : Oui. Pour cela il va falloir passer un petit peu par l'histoire, rapidement. Si Lyon a eu une position pilote dans l'évolution de la médecine en milieu pénitentiaire, elle le doit essentiellement à un professeur de médecine légale qui s'appelait Louis Roche qui a eu dès son entrée en fonction, c'est la génération qui précède la mienne, l'idée que l'avenir

de la médecine légale était de quitter le champ des morts pour investir le champ des vivants. Ca l'a amené dans un premier temps à créer à Lyon le premier service d'urgence médicale à l'hôpital Édouard Herriot dont il a été responsable jusqu'à son départ en retraite. Et puis par ailleurs, il nous a dit, à un certain nombre de ces jeunes collaborateurs, « il y a un autre champ d'activité qui est le monde pénitentiaire et dans lequel je pense que vous devriez vous investir ». C'était d'autant plus facile à l'époque que la médecine pénitentiaire se situait tout entière sous la tutelle de l'administration pénitentiaire c'est-à-dire dans une grande pauvreté et une attractivité de fait qui était très modeste. Donc elle avait beaucoup de mal à pourvoir ses postes et c'est comme ça que quelques camarades et moi-même nous avons pris possession de quelques postes vacants en tant que vacataires de l'administration pénitentiaire. La chance que nous avons eue par rapport à tous les collègues vacataires des établissements pénitentiaires de France, c'est précisément ce rattachement universitaire à travers la médecine légale qui nous permettait à la fois de ne pas être seul et qui permettait un partage expérience et un travail de recherche. L'université était un support et c'est un support auquel je suis moi-même très attaché parce que je pense que l'université fournit une transparence dont le monde pénitentiaire a grand besoin. C'est par définition un lieu de débat, l'université. Mais de débats ouverts à toutes les idées et à tous les courants. À partir de notre réflexion commune, sont venues d'abord un certain nombre de constatations. Et parmi ces constatations, il y avait que la mission de soin auprès des personnes détenues était incommensurable à ce que l'on pouvait attendre d'une population d'hommes à plus de 95 %, jeune avec une moyenne d'âge de trente ans qui est normalement dans la population générale celle qui a la consommation médicale la plus faible, dans cette tranche là, alors qu'on se trouvait confronté à des besoins sanitaires considérables liés au fait d'une part à ce que ces personnes pour la plupart d'entre elles étaient depuis leur naissance dans une grande négligence des soins, souvent dans des conduites de risque, et d'autre part que l'institution elle-même est pathogène. Donc nous avons dit qu'il s'agit plutôt d'une mission de santé publique et qu'elle était peu compatible avec la dépendance à l'administration pénitentiaire. En effet, le ministère de la Justice a toujours été un des plus pauvres de l'Etat et il rattrape très lentement d’ailleurs cette pauvreté. Le ministère de la Justice a de nombreuses sections autres que l'Administration pénitentiaire, ce qui fait que l'Administration pénitentiaire n'est pas la mieux pourvue. Quant à l'Administration pénitentiaire elle-même, sa mission principale n'est pas le soin. Ce qui fait que l'Administration pénitentiaire se situait au fond d'un entonnoir de pauvreté qui la coinçait et la figeait dans ces pauvres moyens du droit. Deuxième observation que nous avons faite, c'était le problème des hospitalisations. Il y avait à l'époque des hôpitaux pénitentiaires, essentiellement celui de Fresnes et celui des Baumettes, dont on voyait bien qu'ils étaient dans une impasse. Il n’y avait alors que deux possibilités : ou bien transformer les hôpitaux en mini CHU, ce qui était quand même peu envisageable compte-tenu de la population desservie en nombre, ou bien alors on laissait le fossé se creuser entre les moyens diagnostics et thérapeutiques dont disposait la population générale et ceux offerts aux détenus. L'autre option possible c'était dans certains établissements hospitaliers, comme c'était le cas Lyon, de mettre en place des petites unités réservées aux détenus. À Lyon elle se trouvait à l'hôpital de l'Anticaille qui disposait de huit lits. Mais ce sont des unités qui ont très vite trouvé un discrédit. Pourquoi ? Eh bien parce que quand on les

ouvrait, on les rattachait (elles n'avaient pas encore d'autonomie) à un chef de service volontaire. Ce chef de service volontaire partait en retraite et était remplacé par quelqu'un que ça m'intéressait pas. Il filait ça à l'assistant. Il y en a que ça intéressait et d'autres que ça intéressait moins. Il donnait ça à l'interne et puis ça devenait pratiquement des lieux qui n'avaient aucune crédibilité de soin. Alors, nous avons dit qu'il faudrait qu'on crée à l'intérieur des hôpitaux publics des services réservés aux personnes détenues, ce qui avait l'avantage de mettre à leur disposition les techniques déjà en place. Et j'avais même ajouté assez maladroitement que ça permettrait de rentabiliser l'hôpital par l'apport d'une clientèle supplémentaire. Les échos n'avaient pas toujours été très positifs. Et c'est comme ça qu'en 1982, qu'on avait fait remonter au Garde des sceaux de l'époque un projet dans lequel on disait qu'il fallait transférer la mission de soin aux hôpitaux publics et créer des unités d'hospitalisation à l'intérieur des hôpitaux réservées aux personnes détenues. Alors seule la deuxième partie de la proposition a été retenue, et encore on nous a dit :« Vous avez eu une idée, essayez de la mettre en oeuvre à Lyon. Si vous réussissez alors on verra ce que l'on peut faire pour la généraliser et si vous échouez on ne vous connaît pas ». C'est quelque chose qu'on entend souvent quand même. C'est comme ça, qu'après deux bonnes années de négociation, en mars 1985, on a ouvert l'unité d'hospitalisation réservée aux personnes détenues de la région pénitentiaire Rhône-Alpes Auvergne. Ça n'a pas été chose facile. Le soutien principal... Il y a eu deux soutiens principaux. Le premier, ça a été le préfet de police. Le préfet de police qui trouvait qu'il y avait une véritable hémorragie sur les corps de police urbains du fait des hospitalisations en milieu libre. C'est-à-dire que quand un détenu avait besoin d'une hospitalisation, il allait dans un service de la spécialité dont il avait besoin avec deux policiers à son chevet. Il y avait besoin de six policiers pour 24 heures et par malade et dans des conditions de sécurité qui étaient extrêmement médiocres. L'autre soutien, ça a été à titre plus personnel, Pierre Truche qui a fini comme président de la cour de cassation. C'était un magistrat qui voyait l'intérêt humain d'organiser une qualité du soin pour les personnes détenues. Du côté des hôpitaux, on a dit quel est le risque pour l'image de l'hôpital, quel est le risque budgétaire, quel est le risque pour la sécurité des autres malades et du personnel. C'est donc surtout en termes de risque que les choses se sont manifestées. Moyennant cela, le projet a cheminé tout de même et il s'est trouvé au niveau des hospices civils de Lyon une opportunité architecturale ici. Ici nous sommes dans l'ancien Perron. Cet hôpital s'appelait le Perron à Lyon et il avait très mauvaise réputation puisque c'était l'hôpital des tuberculeux. Comme il n'existait pas de traitement, à l'époque on les mettait ici pour mourir dans des séjours très longs. Ces séjours longs avaient justifié la création d'une salle de spectacle dans l'hôpital pour les malades. Cette salle de spectacle qui n'avait plus beaucoup de raison d'être dans les années 80, compte-tenu de l'évolution des traitements de la tuberculose et des durées de séjour. Donc il y avait là un grand espace libre et les hospices ont dit qu'on pouvait caser deux projets qui existaient à l'époque, un service de radiothérapie et puis un service d'hospitalisation pour les personnes détenues. Les confrères de la génération précédant la mienne avaient ramé très dur pour restructurer une meilleure image de cet hôpital et le démarquer de la tuberculose, tant et si bien que quand je suis venu me présenter en 1985 à l'un d'entre eux, il m'a dit presque avec émotion "Monsieur Barelet, on nous en veut. On a hérité la tâche du bacille de Koch et maintenant on nous met les tollards " [sourire].

C'était quelqu'un de très, très bien et une fois qu'on a été installé, il nous a aidé, comme tous les autres d'ailleurs sur l'hôpital. Mais enfin, sa première action a été celle-ci. Donc, nous avons ouvert en mars 1985 et il a fallu toute l'équipe pour assurer l'insertion du service au sein du tissu hospitalier avec un facteur chance comme je dis toujours qui fait que nous n'avons pas eu d'incidents marquants qui aurait remis en question notre présence sur le site. L'esprit c'était de s'appuyer sur tout un plateau technique déjà en place mais encore faut-il pour le faire, et c'est ce que j'essaye d'expliquer à mes collègues qui tentent d'installer un service semblable en France, avoir une crédibilité. C'est-à-dire qu'il faut que l'on s'insère de façon stable dans les projets de soin que peuvent avoir nos confrères pour les malades qui relèvent de leur spécialité. Je prends un exemple concret: nous passons en préanesthésie avant d'opérer en bloc de chirurgie viscérale par exemple et nous prenons en charge la sortie en salle de réveil et il est bien clair qu'il faut que le service post opératoire qui constitue une charge lourde pour les infirmières soit assuré à peu près aussi bien que s'il avait été effetué dans le service de chirurgie correspondante. Sinon nos confrères diraient : "On ne voit pas très bien comment on peut opérer". Mais il faut voir de l'autre côté que nos infirmières sont les seules sur les hôpitaux de Lyon à faire des suivies de chirurgie thoracique, de chirurgie viscérale, de chirurgie cardio-vasculaire, etc. Ce sont les seules et c'est une charge assez lourde. Premier point. Le deuxième point c'est que si nous nous étions contentés de fonctionner comme cela, nous aurions pu paraître comme étant des consommateurs de soin, voire comme des prédateurs à l'intérieur de l'hôpital. Or, ce n'est pas comme cela que ça fonctionne dans un site hospitalier où l'on fonctionne sur un mode d'échange car chacun apporte son savoir aux autres. Donc on a cherché quel type de savoir on pouvait apporter aux autres et on en a trouvé assez rapidement deux. Le premier, ça a été la médecine légale bien sûr qui est une discipline qui préoccupe de plus en plus mes confrères car il y a de plus en plus de problèmes de médecine légale et pour cela nous avions une formation. Et le deuxième ça a été, comme nous étions des 1985 saisi de plein fouet par le sida, nous sommes devenus très vite le service référant par rapport au sida et nous le sommes toujours et nous sommes aussi le service référant par rapport aux accidents liés au sang. Donc le service est un service qui est perçu comme consommateur, certes, mais aussi sur lequel on peut s'appuyer dans certains domaines. Donc ce n'est pas à sens unique et c'est ça qui est important. Les choses poursuivant leur chemin, l'idée qu'on puisse transférer l'ensemble des missions de soin aux services hospitaliers a avancé. On a créé à Lyon en 1989, le premier poste de praticien hospitalier détaché à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire, en l'occurrence les prisons de Lyon, comme coordonnateur médical. C'est le poste qu'occupe d'ailleurs depuis sa création Pascale Baupaire. Et puis en 1992, le ministère de la Santé et le ministère de la Justice ont décidé de faire une expérience pour mettre en concurrence le secteur privé et le secteur public dans les soins aux personnes détenues. C'était l'époque du programme 13 000. Trois établissements du plan 13 000 au niveau national ont été retiré de ce système, Lans, Châteauroux et St Quentin-Fallaviers et ont été confié aux hôpitaux publics de façon à comparer les deux fonctionnements. Donc tout naturellement, les hospices civils de Lyon ont pris en charge le centre pénitentiaire de St Quentin Fallaviers. Ça a aboutit à la loi du 18 janvier 1994 qui a repris à peu près ce que nous avions proposé en 1982 c'est-à-dire la filiation du détenu au système général de sécurité sociale, l'administration pénitentiaire n’intervenant plus que

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

pour payer les cotisations *per capitis et pro rata temporis* et sont ensuite confiées aux hôpitaux publics les missions de prévention, d'éducation pour la santé, de diagnostic et de soin. À partir de là, les hospices civils de Lyon ont monté les trois UCSA de Lyon, Lyon St Paul, Lyon St Joseph et Lyon Montluc. Puis en 1998, nous avons demandé de mettre en place la première UCSA dans un centre de rétention administratif, en l'occurrence celui de l'aéroport St Exupéry. Nous avons réuni tout cela en un service qui est celui de médecine pénitentiaire des hospices civils de Lyon et dont je suis responsable.

F.E: Vous m'avez dit auparavant que le fait d'enseigner la médecine légale en milieu universitaire, vous avez permit de ne pas être seul. Pouvez vous expliquer un peu plus en détails?

D.B: Si vous voulez, qu'est-ce que c'était en 1970 qu'un médecin pénitentiaire ? C'était un médecin vacataire, en général un médecin généraliste, qui acceptait à titre philanthropique ou encore tout ce que vous voulez, de venir une fois ou deux fois par semaine de passer une demi-journée dans un établissement pénitentiaire. Il était donc totalement seul avec une infirmière, soit de la Croix-Rouge comme cela était dans un premier temps, soit une infirmière pénitentiaire, dans une totale dépendance vis-à-vis de l'établissement pénitentiaire puisqu'il en était un salarié ce qui fait que quand il déplaisait à un directeur, celui-ci lui disait "Docteur, je me passerai de vos services à la fin du mois". Il pouvait faire vingt ans ou vingt-cinq ans, il avait toujours le même statut, toujours la même rémunération, aucune perspective de carrière, aucune possibilité d'échanger avec quelqu'un d'autre puisqu'il n'y avait que lui dans cette fonction. Il était impossible d'élaborer une réflexion sur son activité en milieu pénitentiaire afin de faire par exemple quelques enquêtes épidémiologiques, de mieux connaître les besoins des détenus. Vous voyez. C'est ça l'intérêt d'un support universitaire, c'est que ça vous donne un temps, un temps de partage car vous n'êtes pas tout seul, on était cinq autant que je me souvienne sur l'ensemble des prisons de Lyon. Alors vous n'êtes pas tout seuls, vous avez un peu de temps pour réfléchir, vous pouvez élaborer une étude, vous pouvez constituer un dossier ou une thèse... Vous avez des moyens. Très rapidement, on avait monté des journées de médecine pénitentiaire. Alors dans un premier temps, ça a été des journées lyonnaises de médecine pénitentiaire, après c'était des journées régionales de médecine pénitentiaire et puis après ça été des journées où se sont joints nos amis suisses de Berne et de Genève puis une équipe allemande... Vous voyez... Cela ne pouvait se faire un peu parce qu'il y avait ce cadre universitaire. Quelqu'un seul ne peut pas organiser cela.

F.E: La notion de médecine pénitentiaire était à l'époque nouvelle?

D.B: Tout à fait. On n'avait pas de souci sur les bibliographies à l'époque [rires] elles étaient faites en cinq minutes car il y avait rien! C'était un désert bibliographique.

F.E: Et le projet que vous avez présenté au garde des sceaux en 1982 était constitué par qui?

D.B: C'était un projet lyonno-lyonnais. Ça n'est pas que l'on était plus intelligent mais c'est parce qu'on avait des moyens de prendre un peu de recul et puis d'essayer d'imaginer d'autres conditions de fonctionnement. On était en mesure de critiquer mais aussi de proposer autre chose.

F.E: Je voulais savoir quand votre service s'est implanté dans l'hôpital, si vous aviez des soutiens ou des adversaires particuliers?

D.B: Tout le monde était réticent. Tout le monde. Ca a même conditionné un peu la construction du service car l'impératif absolu, la priorité des priorités, c'était la sécurité. Elle a engloutit la majorité du budget mais je ne le dis pas en critique car à l'époque c'était probablement impossible de raisonner autrement. Je vais vous donner un exemple qui amuse beaucoup les directeurs de prison qui viennent nous voir. Ce sont les fenêtres. Nous avons des fenêtres qui sont protégées à l'intérieur par des protections en béton, derrière lesquelles on trouve des grilles métalliques contre les passages d'objets, et derrière la grille métallique vous avez des vitres équipées de détecteurs de choc et à l'épreuve des balles. Dans n'importe quelle prison, vous avez les mêmes vitres que chez vous. Chaque fois que les directeurs de prison viennent ici, ils disent que nous avons un luxe de précaution extraordinaire. Mais ce n'était sûrement pas envisageable autrement. Le résultat, ça été que le budget pour le reste, c'est-à-dire le confort des soignants ou le conforts des patients est resté particulièrement exigu. De la même façon, on a ajouté l'exiguïté à l'enfermement. Le service est beaucoup trop petit et on travaille dans des conditions médiocres et ça s'ajoute effectivement à l'enfermement. On dit actuellement que c'est le modèle national car on est en train de construire cet autre service et je dis fréquemment que c'est le modèle de ce qu'il ne faut pas refaire, c'est une erreur à ne pas commettre [...] La loi de 1994 qui a prévu la création des UCSA, a eu une mise en place qui a duré à peu près jusqu'en 1998 et il fallait bien ça car c'était un énorme chantier et à ce moment-là on a repris la réflexion de la clé du dispositif qui était l'hospitalisation et donc on a envisagé la création de neuf services hospitaliers car il y a neuf régions pénitentiaires, un par région pénitentiaire implanté dans la ville siège de la direction régionale pénitentiaire et qui se trouvait être dans tous les cas une ville siège d'un CHU. Et puis une étude de la population nous a montré que la région Bourgogne Centre n'avait pas à l'époque une population carcérale suffisante pour justifier la création d'un service à Dijon et on a décidé de diviser cette région en deux, la moitié nord qui serait rattachée à l'Ile de France et la moitié sud qui serait rattachée à Lyon. Évidemment, ça donne à Lyon une importance considérable puisque nous représentons pratiquement 1/5 de la France. Des services vont ouvrir à Lille, Marseille, Bordeaux, Nancy, etc.

F.E: Quel est le nombre de patients moyen en termes de lit dans votre service?

D.B: Alors actuellement, nous avons seize lits dont un est réservé aux personnes en garde à vue. En fait comment on manque de lit, lorsqu'il n'y a pas de prévenu on l'utilise pour un détenu. Puisque les gardes à vue sont des séjours très brefs qui dépassent rarement quarante-huit heures. La durée moyenne des séjours est entre 10 et 11 jours, ce qui est bien sûr en décalage par rapport à la durée moyenne de l'hôpital qui de cinq ou six jours. En fait c'est un exploit. C'est un exploit, si vous considérez que nous n'avons aucune alternative à l'hospitalisation. Il n'y a pas d'hospitalisation à domicile, il n'y a pas de maison de longue convalescence, il n'y a pas de centre de rééducation et il faut quand même que les détenus soient en état de regagner le centre pénitentiaire. Et je vous prie de croire que pour tenir à cette durée de séjours là... Il faut savoir par exemple que la durée moyenne des séjours à Fresnes était de deux mois et demi! Mais on ne peut pas faire ça en CHU, ça n'est pas possible. On engendrerait alors des dépenses qui ne sont

pas compatibles avec les lignes de conduite d'un CHU ou avec le coût par pathologie CHU, et qui en plus démarquerait ces unités du reste de fonctionnement de l'institution d'une façon inévitablement préjudiciable. Ça n'est pas possible. Ça n'est pas envisageable.

F.E: Et vous pouvez me dire combien de personnel travail dans votre service?

D.B: Alors ici, travaillent deux praticiens hospitaliers à plein temps, moi et mon adjoint. Alors, ce n'est pas ici seulement puisque l'on travaille sur l'ensemble du service qui est un service qui a pour difficulté d'être morcelé géographiquement donc on travaillait si l'on travaille aussi dans les UCSA, plus les fonctions d'enseignement, expertise. Et il y a toujours au niveau médical ici, deux internes. Alors deux internes pour le service ça peut paraître beaucoup mais en fait ces internes travaillent par alternance, ils font une semaine sur deux, mais pendant cette semaine nous leur demandons d'être d'astreinte 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Alors pourquoi ce régime un petit peu particulier? D'une part, parce que nous travaillons sur deux modes qui sont l'hospitalisation programmée, c'est-à-dire que quand un malade arrive, tout est programmé déjà pour maintenir les délais de séjour, mais aussi l'accueil d'urgence. La deuxième raison c'est notre spécificité, c'est-à-dire la médecine légale et l'ensemble des activités liées au sida aux hépatites. Il est clair qu'un certificat médical qui part de chez nous pour coups et blessures est un acte particulier pour lequel on ne peut pas se permettre d'erreur. Or les jeunes internes sont très mal formés là-dessus et on forme particulièrement nos internes pour ses certificats. Concernant le problème d'intervention dans le traitement d'un sidéen ou le problème d'exposition au sang, on ne peut pas avoir recourent aux autres internes de garde étant donné qu'il faut que ce soit de nos internes. Nous avons en plus une psychologue à mi-temps, un kinésithérapeute, huit infirmières, huit ASD [aide-soignantes] et quatre ASH [agents hospitaliers qui s'occupent des tâches courantes (ménage, repas)]. C'est un effectif qui est un peu surdimensionné par rapport aux normes hospitalières mais en contrepartie nous avons le devoir de nous auto-remplacer parce que pour des raisons de sécurité, que je comprends tout à fait, la police ne veut pas avoir un tourbillon de têtes inconnues qui servent de pool de remplacement. Donc s'il y a défection, dans la mesure du possible, c'est un collègue de l'équipe qui assure le remplacement.

Pour l'UCSA, des prisons de Lyon, ce sont les praticiens hospitaliers à temps partiels qui fonctionnent. Vous avez actuellement un poste de praticien hospitalier en plein temps qui est celui de Mme Baupaire et vous avez trois postes de praticiens hospitaliers à temps partiels. Vous avez trois postes de praticiens odontologistes à mi-temps, deux sur Lyon et un sur St Quentin Fallaviers. On continue à essayer d'avoir un rôle un petit peu pionnier sur la grille des personnels. Par exemple, auparavant il n'y avait pas de poste de kinésithérapeute et maintenant on a un poste de kinésithérapeute. Auparavant il n'y avait pas de postes d'assistant dentaire, alors on a dit que les soins dentaires en prison sont un gouffre, on a fait une étude et on a montré qu'un poste d'assistant dentaire permet d'économiser 30 % du temps d'activité spécifique au praticien odontologiste et il ne coûte pas très cher. Donc ça vaut le coup. Ça vaut d'autant plus le coup, que sa permet d'assurer une meilleure prévention des risques infectieux parce qu'il y a quatre mains au lieu de deux. Et puis troisièmement, et ça on s'en est rendu compte après, ça permet de sécuriser le cabinet dentaire. C'est-à-dire, le fait de la présence de l'assistant dentaire

évite des situations un peu angoissantes dans lesquelles le détenu se retrouverait seul avec le dentiste. Ça présentait donc pas mal d'avantages et la direction du personnel des hôpitaux de Lyon nous a permis d'essayer et on a fait un rapport très positif sur la création de ce poste. On innove donc assez régulièrement. Je suis en train d'essayer de créer un poste de praticien pharmacien. Jusqu'ici nous n'avions qu'un poste d'assistant hospitalo-universitaire de pharmacie ce qui a un inconvénient important car les personnes font deux ans et tous les deux ans ça tourne. Et deux ans, c'est rapide et ça ne permet pas bien une continuité des projets alors comme on a actuellement une augmentation de charges assez considérable, je pense que ça peut justifier la création d'un poste de praticiens hospitaliers de pharmacie.

F.E: Les augmentations de charges auxquelles vous vous référez son liées à quoi?

D.B: L'augmentation de charges est liée à l'augmentation de la population carcérale qui ne semble pas de voir à diminuer à court terme. C'est lié au fait que dans le cadre de la carte nationale d'hospitalisation, nous allons passer de 16 à 23 lits et donc notre unité s'accroît de 45 % en termes de capacité et c'est lié au fait que notre région de desserte s'accroît également de près de 30 % avec l'arrivée de la région de la Bourgogne Centre. Donc, on a de quoi justifier notre demande de moyens supplémentaires. Raisonnablement supplémentaires d'ailleurs car les enveloppes ne sont pas élastiques, les enveloppes nationales. Demander plus que ce que nous avons besoin, cela signifie priver les autres de ce dont ils ont vraiment besoin. On est personnellement bien doté. Je pense qu'il y a un juste retour des choses car Lyon a beaucoup donné à la médecine pénitentiaire, alors en retour Lyon a une dotation de personnel qui est très importante. Le service de médecine pénitentiaire va devenir en 2004 le plus gros service des hospices civils de Lyon avec plus de quatre-vingts agents. Donc je pense que l'on est correctement doté et j'essaie plutôt de persuader mes confrères qui n'osent pas ou qui ne pense pas demander, qui sont pourtant dans des établissements pénitentiaires importants et qui par exemple n'ont pas encore de postes de kinésithérapeute parce que le responsable n'a pas encore osé demander la création du poste. J'essaye de leur dire "Demandez!".

F.E: Comment vous expliquez qu'ils n'en font pas toujours la demande?

D.B: C'est par rapport... C'est par rapport au fait qu'ils n'ont pas toujours l'habitude des démarches médico-administratives, c'est parce qu'ils sont complexés et qu'ils n'osent pas dire qu'ils font de la médecine pénitentiaire, ils pensent que ça ne passera pas a priori. Or ce n'est pas vrai, ce n'est pas cela [...] Un chef d'établissement voit passer devant lui les chefs de services qui font des demandes. Et ensuite vous avez les dossiers, il y a des dossiers qui sont bien argumentés, d'autres qui le sont moyennement et d'autres enfin qu'ils le sont mal. Ensuite, il y a les tutelles. Il faut avoir des liaisons directes avec les tutelles puisque les budgets pénitentiaires restent malgré tout des budgets fléchés à l'intérieur de la direction des hôpitaux. Les budgets fléchés ce sont des budgets qui, en réponse à des pathologies nouvelles comme le sida ou à une branche de recherche prometteuse, vont être mis en priorité par le ministère à côté des budgets de fonctionnement, de routine. Donc il faut savoir avoir des liens avec la DDASS, avoir des liens avec la DRASS, avoir des liens avec l'ARH, ne pas craindre de porter ses demandes, de porter ses dossiers. Je vous disais par exemple que j'essayais de transformer ce poste d'assistant pharmacien en praticien hospitalier à plein temps et

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

j'étais pendant que vous m'attendiez en communication avec le médecin inspecteur de la DRASS pour la pressentir, c'est-à-dire pour aussi de savoir quelle serait sa position au moment où ce dossier va lui passer sous le nez. Elle m'a dit qu'elle soutiendrait. Donc à partir de là, je sais que je peux monter ce dossier et le transmettre.

F.E.: Vous cherchez donc à contacter les différentes personnes représentées dans l'ARH?

D.B: Mais si vous ne le faites pas, votre dossier n'avance pas... Mais ça c'est... Je ne dirais pas qu'on est payé pour mais le chef de service est quand même payé pour défendre les équipements dont il a besoin.

F.E: Vous expliquiez auparavant que la médecine légale vous avait aidé à faire reconnaître la place de votre service ?

D.B: Alors la médecine légale permet de répondre aux problèmes qui se posent en ce qui concerne les droits des malades, le libre consentement, l'information du malade. En ce moment, c'est la création de la personnalité référant du malade car le malade a le droit de choisir parmi son entourage proche une personne... Ce sont également les saisies de dossiers dont mes confrères ne connaissent pas le plus souvent les formes légales. Ou encore dans une désignation d'experts car les tribunaux désignèrent les experts à partir d'une liste mais pas toujours, ils prennent alors le responsable d'un service quelconque mais la plupart ne savent pas comment se déroule une l'expertise, ni comment on procède, ni qui on doit contacter, ni comment ça se rédige. Alors ils viennent me voir et me demande de les aider sur le plan médico-légal, pas bien sûr sur le plan de leur discipline où je suis complètement incompétent. Ça arrive constamment. On a une mineure qui veut faire un IVG par exemple et qui ne veut pas que ses parents le sachent, qu'est ce que j'ai le droit de faire? Et je pense que c'est important qu'ils aient ce lieu de ressources car ce sont des situations dans lesquelles, ils se disent qu'il y a ce service de médecine pénitentiaire parmi eux qui leur à quelque chose. À côté des très nombreuses fois au contraire où nous leur demandons de l'aide.

F.E: Et vous me disiez également que votre service était devenu un centre de référence par rapport au problème du sida?

D.B: Ca a été une coïncidence. C'est une spécificité lyonnaise. Près de vingt ans après l'apparition de la pathologie, les traitements restent concentrés sur un petit nombre de services. Il se trouve que sur Lyon Sud, nous étions de très loin le service qui avait le plus expérience car c'est nous qui avions accueilli le plus de patients séropositifs. C'est tout. Moi je n'avais aucune compétence dans ce domaine là puisque je suis un psychiatre, j'ai une formation analytique et de légiste. Mes connaissances de virologie en 1985 correspondait à ce qu'était la virologie au temps de mes études, c'est-à-dire un petit fascicule qui se contentait de nommer les virus, c'est à dire une nomenclature. Quand je me suis trouvé responsable du service en 1985, j'ai demandé au professeur Trepos qu'il était un grand spécialiste du sida à Lyon et qui était par hasard un camarade d'enfance et d'étude de me donner à la hâte une couche de vernis. Et puis, je me suis battu aussitôt pour obtenir la création d'un poste de collaborateur qui soit qualifié dans ce domaine là et le professeur Trepos m'a confié l'un de ses proches collaborateurs et à partir de là les malades atteints de sida et d'hépatite C ont été en pris en charge très correctement. Voilà

comment j'ai tiré une certaine crédibilité puisque je me suis retrouvé coordonnateur du CISIH de Lyon et j'ai été le seul psychiatre de France à avoir été coordonnateur d'un CISIH.

F.E: Et au niveau des différentes pathologies présentes dans votre service, vous me disiez que le sida était auparavant très représenté?

D.B: Oui, mais ça a beaucoup diminué. Le problème actuel c'est hépatite C. Ce n'est plus le VIH même si on en voit encore quelques-uns. Par contre l'hépatite C...

F.E: Et sinon quelles sont les autres motifs d'hospitalisation?

D.B: Ah, c'est ça le problème! La médecine pénitentiaire c'est du 360 degrés de la pathologie. Nous sommes le seul service des hospices à faire les 360 degrés de la pathologie. C'est ce qui fait qu'on est bien choisi au niveau de l'internat car ça intéresse les internes. Et puis c'est aride car si vous allez d'une chambre à une autre, vous avez de tous. Vous avez de la médecine, vous avez de la chirurgie, vous avez des soins médico-psychologiques par vraiment psychiatrique car vous avez au sein des prisons de Lyon un service détaché de l'hôpital psychiatrique que dirige Pierre Lamothe, qui est chargé de la santé mentale. Donc nous accueillons les conséquences des troubles du comportement, en particulier suicidaires ou équivalents suicidaires, les ingestions de corps étranger par exemple ou les automutilations et puis des pathologies psychiatriques dont la gravité momentanée ne peut pas être pris en charge par manque de moyens par nos confrères du SMPR. C'est d'une extrême diversité. Alors ce que l'on observe actuellement, cet est un vieillissement de la population carcérale qui est liée à la chasse aux sorcières des infractions sexuelles [...] Alors actuellement, c'est vraiment le type de mise en examen qui vous conduit au mandat de dépôt à coup à peu près le plus sûr. Ca entraîne un vieillissement de la population carcérale, ça entraîne un accroissement très net des plus de soixante ans. C'est-à-dire d'une tranche d'âge qui était alors la moins représentée en prison et qui arrive avec les pathologies de son âge, c'est-à-dire essentiellement la cancérologie et les pathologies cardio-vasculaires et ça nous pose de gros problèmes avec des séjours de plus en plus fréquents, de plus en plus prolongés.

F.E: Avez-vous déjà été exposé à des accusations de médecine expérimentale en utilisant les détenus comme cobayes ?

D.B: Pas tellement de cet ordre là. La médecine pénitentiaire revient de loin dans son image de marque auprès des personnes détenues, de leur entourage et auprès du reste du corps soignant. Là il faut être lucide. L'image s'est profondément remaniée en moins de dix ans, depuis la loi de 1994 et la très grande majorité des personnes détenues estime que les soins reçus pendant la période de détention étaient au moins de qualité équivalente à celle qu'ils avaient pu connaître auparavant. Enfin ça n'a pas toujours été comme ça. Il y a eu à côté de ça, quelques erreurs ici et là, qui ont été largement montées en épingle pour conforter l'image que tout ce qui se passe derrière les murs d'une prison est trouble. C'est pour ça que je vous parlais tout à l'heure de la transparence universitaire. Je pense que l'administration pénitentiaire a vraiment intérêt à être plus transparente. Exemple, le scandale des grâces. Bon... Effectivement, dans les années 80, un certain nombre de collègues du sud de la France se sont mis à se laisser convaincre de faire des certificats de complaisance, rémunérés ou pas je n'en sais rien, peut-être

rémunérés mais peu importe d'ailleurs... C'était des médecins véreux... Je ne connais pas beaucoup de profession dans laquelle il n'y ait pas de véreux. Ces médecins ont fait contresigner ses certificats par le médecin inspecteur national de l'administration pénitentiaire qui était le docteur Solange Troisier à l'époque. C'est une femme que je connaissais très bien et qui a pour seul défaut de faire confiance à ses collaborateurs. Elle pouvait signer n'importe quoi par confiance. Et ça c'est une faute. Ce n'est pas une faute par malhonnêteté mais c'est une faute professionnelle car elle était payée pour vérifier ses certificats et ça lui a coûté son poste d'ailleurs. Alors on a trouvé sur la Costa brava un certain nombre de truands du sud de la France, soi-disant cancéreux et mourrants. Alors, c'est sûr que ça a profondément contribué à entacher l'image de la médecine pénitentiaire.

Un autre exemple, c'est le don du sang. Il y a eu dans certains endroits de France des prélèvements de sangs qui ont été faits en milieu carcéral auprès de patients volontaires sans que les repérages sérologiques soient faits correctement et avant que ces repérages soient en place au niveau des CTS car les techniques n'étaient pas encore en place. Il ne faut pas oublier que les premières sérologies fiables datent de 1985. Alors aussitôt, le sang des détenus est devenu la source de contamination principale! Bon! L'ennui, c'est qu'en 2003, alors qu'il n'existe pas de collectivité dans laquelle le dépistage soit mieux fait que les collectivités pénitentiaires, il est aujourd'hui strictement interdit de prélever du sang à des détenus qui souhaiteraient en donner. De même, que le don d'organes, je parle des organes vivants, est tout à fait interdit. C'est pour moi interdire aux détenus qui le souhaitent d'apporter un témoignage de solidarité qui à leurs yeux serait une démarche de réhabilitation. Il est normal, je pense, que toutes les précautions doivent être prises, je ne parle pas au niveau sérologique parce que maintenant elles le sont, cela va de soi, mais au niveau du recueil de la demande du malade. C'est-à-dire je pense que là, il faut vraiment... Parce que c'est trop facile de dire qu'on a obtenu l'accord d'un détenu... Alors que lui, on l'a endormi d'arguments et on lui a laissé entendre une remise de peine. Il faut vraiment que l'accord soit retenu par un praticien n'appartenant absolument pas, ni de près, ni de loin au milieu carcéral et que c'est à sa demande que l'intéressé souhaite faire un don. Mais je pense que c'est discréditer une collectivité *a priori*, que de laisser entendre que sa moelle ne vaut rien, que son sans ne vaut rien, voire même sont suspects. Le détenu est suspect jusque dans son corps. Alors, j'essaye de le dire.

[interruption]

D.B: Vous me parliez tout à l'heure du sida, là aussi c'est un exemple où le malheur a été bon. Ça a été en effet le *starter* de la loi du 18 janvier 1994. Si on regarde les choses, la prison est un univers figé, c'est un univers minéral qui ne bouge, et encore, que sous les coups de boutoirs importants et majeurs de la réalité extérieure. Alors ça, on la très bien vu à travers la guerre de 39-45. Ce séisme va faire connaître la prison à deux vagues de populations successives qui sans cela qui n'y seraient jamais passé et qui vont être suffisamment bouleversé par la détresse de ce qu'ils vont découvrir pour que ceux qui se retrouveront au pouvoir dès 1945 vont réorganiser la médecine pénitentiaire qui jusque-là été uniquement charismatique. Et c'est là que vont apparaître les médecins vacataires de l'administration pénitentiaire, le corps infirmier, d'abord détaché de la Croix-Rouge et puis

ensuite les infirmières créées par l'administration pénitentiaire. Et le deuxième coup de boutoir, ça va être le sida. Alors le sida, non pas parce que notre groupe social se préoccupe de la santé des détenus. Non. Mais par crainte que la prison devienne un lieu de dissémination de l'épidémie, d'où l'idée impérative qu'il y ait une prise en charge et un dépistage à l'intérieur et que tout ce qui doit être fait soit fait pour que le péril pénitentiaire soit écarté. Et c'est ça qui va faire le *starter* de la loi de 1994. C'est très clair.

FE: En l'absence de relevés épidémiologiques dans les prisons, il est toutefois difficile d'évaluer la prévalence du taux d'infection des détenus...

D.B: Non. Les taux de prévalence on les a tous eu. On connaissait les importantes variations locales. C'est-à-dire que l'Ile de France, PACA et à un moindre degré l'Aquitaine ont été les trois foyers pénitentiaires de l'épidémie. Lyon ne l'a jamais vraiment été car on était en cinquième position. Pour Lyon, c'était intéressant car on avait mis en place au niveau des hospices civils de Lyon un relevé de toutes les séropositivités découvertes ou prises en charge au sein des prisons de Lyon. Donc on pouvait suivre de façon très précise le phénomène. C'était des données nominatives afin que l'on puisse faire des croisements nominatifs, mais de façon tout à fait confidentielle, afin de ne pas compter deux fois la même personne comme par exemple celle qui aurait était comptée une fois par son passage en détention et ensuite parce que suivie à Édouard Herriot. Et donc on pouvait situer avec grande précision, l'évolution de la pathologie, les différents stades et la place des personnes détenues dans les personnes infectées, la place des toxicomanes, la place des bisexuels. C'était un travail est tout à fait remarquable.

F.E.: Qu'elles ont été les conséquences justement sur la médecine pénitentiaire?

D.B: Cela aussi a été variable avec les sites, c'est-à-dire selon la capacité de ceux qui avaient la médecine pénitentiaire en charge à créer des liens. Il est certain qu'en 1989 est parue une circulaire nationale disant qu'il fallait que les prisons s'appuient sur les CISIH pour mettre en place des dispositifs de dépistage, de prévention et de soi. Nous, on l'avait fait depuis longtemps. Notre service est membre fondateur du CISIH de Lyon. Il faut aussi des fois ne pas attendre les circulaires nationales [...] J'ai fait le lien entre un détenu grec et la pathologie du sida qui venait à peine d'être découverte par le fais du hasard. Mais là aussi à partir de là, il faut viser à la réflexion collective. Qu'est-ce que je pouvais moi tout seul avec cette information? Rien. Je ne pouvais rien en faire. Donc j'ai été voir Christian Trepos et je lui ai demandé ce que l'on pouvait faire. Et puis comme ça on a monté le CISIH et puis on a fait des enquêtes épidémiologiques et puis on s'est mis à suivre de très près la littérature mondiale, à participer à des essais thérapeutiques. Alors là aussi, dans les essais thérapeutiques... Où est la limite? Je vous donne un exemple d'éthique médicale. La convention internationale d'Athènes interdit l'expérimentation médicamenteuse en double insu chez les détenus. Le double insu consiste, à l'insu du patient et à l'insu du prescripteur, de créer deux lots de malade, l'un recevant un placebo et l'autre le produit qu'on est en train d'essayer. Ni le médecin qui suit, ni le malade ne sait ce qu'il prend. Ce sont des observateurs extérieurs qui essayent de voir s'il y a une différence significative dans l'évolution. La plupart des expérimentations des produits issus du sida se faisaient en double insu. Si on respectait la convention d'Athènes, les détenus séropositifs n'ont accès à aucun traitement. Donc je vais voir si on peut tourner la chose en disant qu'ils ne recevront que du produit actif, c'est ce que l'on a fait. Mais ça n'a

pas tardé à se savoir sur Lyon et en particulier dans le milieu des séropositifs. Ils se sont dits, si on veut être sûrs d'avoir du produit actif, il faut être détenu. Ils n'avaient pas tort. Parce que peut-être qu'ils étaient en train de prendre du placebo et que la maladie était peut-être en train d'évoluer alors que le détenu... D'un autre côté ils avaient raison car si on avait laissé faire, on savait ce qui allait se passer, c'est-à-dire que les détenus auraient reçu le produit actif s'il avait été soupçonné d'être dangereux. Évidemment. Ils auraient reçu le placebo si on s'était rendu compte que le produit actif n'était pas dangereux, ils auraient constitué alors le lot placebo. Ce n'était pas envisageable non plus. Ce n'est pas facile.

F.E: Quelles étaient vos relations avec l'administration pénitentiaire?

D.B: Il n'y a aucune relation de dépendance. Nous sommes une équipe hospitalière qui dépend uniquement du milieu hospitalier. Ceci dit, on ne peut pas s'en tenir à ce raisonnement là, nous sommes dans une interdépendance quotidienne. Si je mets en tant que soignant la sécurité en jeu, ça ne sera bon pour personne, ni pour les détenus, ni pour les surveillants, ni pour les soignants. Si les pénitentiaires rendent la vie impossible aux soignants, ça veut dire que les détenus ne seront pas soignés et ça ne pas être bon pour parce que l'ambiance va monter très vite et c'est eux qui vont affronter en première ligne l'ambiance. Bon. Donc on est obligé de travailler ensemble et donc ça n'est pas sous cet angle que nous avons abordé l'analyse. L'analyse c'est deux choses. La première, c'est que la création des UCSA a introduit dans les prisons un îlot de richesse dans un océan de pauvreté. Je ne sais pas si vous avez visité les UCSA de Lyon mais ce sont des dispensaires de qualité, propres. Tout le monde a joué le jeu, l'administration pénitentiaire nous a fourni les locaux, les hospices civils de Lyon nous ont fourni l'équipement et ce sont de beaux outils de travail. Vous avez par exemple des sièges de qualité comme ceux que vous avez dans cette pièce. Et si vous allez dans le bureau du surveillant, vous avez une vieille chaise éventrée en skaï dont il demande le remplacement depuis deux ans et pour laquelle il n'a pas de réponse. C'est cela que j'appelle un îlot de luxe dans un océan de pauvreté. On a créé deux missions parallèles, une mission noble, habituellement reconnue comme telle, qui est la mission de soins, et une mission mercenaire qui est celle de sécurité. Cela ne peut que conduire à un affrontement. Donc quel est l'enjeu de la loi de 1994? C'est que la réforme de la médecine pénitentiaire soit le *starter* de la réforme de l'institution pénitentiaire. C'est cela l'enjeu. Ou on se dirige vers cela ou c'est l'affrontement. Mais si ça peut être le *starter* d'une réforme de l'institution pénitentiaire, alors nous sommes en présence d'une extraordinaire richesse. Et ça va de soi et ça ne va pas de soi. C'est vrai que le soin par définition, c'est une démarche qui est tournée vers l'avenir. On ne soigne jamais en référence au passé. Quand vous venez en tant que patient vers moi, peu importe ce qu'est votre passé, ce qui m'intéresse, c'est votre avenir. L'institution pénitentiaire, hélas, jusqu'à aujourd'hui, est tout entière tournée vers le passé, et pire vers la sanction d'un passé fautif. C'est-à-dire que quand on regarde un détenu, on regarde sa faute. Alors qu'à mon point de vue, ça ne sert rigoureusement à rien, pas plus qu'en médecine, du fait que l'acte fautif est révolu et il est définitif. L'intérêt du groupe social c'est qu'il n'y ait pas de récidive. Mais la prévention de la récidive suppose de se tourner vers l'avenir. À partir de quand? Pas à partir de la veille de la sortie dans ces espèces de pansements misérables que sont les unités de préparation à la sortie. C'est

un effroyable mensonge que de croire qu'en mettant pendant 8 jours quelqu'un dans un endroit et en lui distribuant des plaquettes et des adresses de soins, de logements... C'est une honte! C'était dès l'entrée qu'il faut effectivement se tourner vers l'avenir avec le sujet. Comment on va pouvoir l'aider à faire en sorte que sa vie prenne une autre orientation que celle qu'elle a eue avant? Cela ne suppose pas de nier ce qui a eu avant mais ça suppose d’aider l'intéressé à ce que cela prenne sens en lui et de travailler avec lui l'avenir. Et là-dedans, le rôle des surveillants est essentiel. Ce sont les surveillants qui sont au contact permanent des détenus et ce ne sont pas les médecins ou les infirmières mais ce sont les surveillants. Donc il serait essentiel de donner au personnel de surveillance, à côté de la mission de sécurité qu'il ne s'agit pas de supprimer, cette mission là de réinsertion. Et c'est cela l'enjeu de la loi de 1994. Que le développement des moyens médicaux entraîne le développement d'une institution soignante, répressive mais soignante. C'est-à-dire tournée vers l'avenir. Vous ne pouvez pas avoir dans la même institution une partie des intervenants qui regardent vers l'avenir et une partie qui regarde vers le passé. Ça n'est pas possible. Quand on voit... Je ne le dis pas en critique. Moi, je ne suis pas Madame Vasseur, je pense qu'elle a fait beaucoup de mal. Je ne suis pas contre l'administration pénitentiaire mais je dis qu'il y a une négation du détenu en tant que sujet dans le fonctionnement de l'administration pénitentiaire qui ne peut faire sortir de prison que des gens détruits ou révoltés, c'est ou l'un ou l'autre. Quand on voit comme les choses se passent, quand on voit cette régression, c'est infantile. Leurs activités se limitent au sommeil, à la promenade et aux repas. Ce sont les bébés qui font cela. La vie des enfants ce sont les repas, la promenade et le sommeil mais cela ne convient pas pour des adultes de 30 ans. Quand vous n’avez pas la possibilité d'être acteur de quoi que ce soit, même pas de vos changements d'affectation, de rien. Vous êtes transférés sans que vous sachiez quoi que ce soit. Votre poste de radio a disparu pendant votre hospitalisation mais on n'y peut rien, ça doit être quelqu'un qui vous l'a volé. Ce n'est pas de la malveillance, mais c'est de l'ignorance qu'on s'adresse à du vivant. Alors évidemment quand vous mettez en fasse une équipe soignante qui se situe dans un dialogue permanent, dans un échange avec l'idée de consentement par exemple, on voit bien qu'il y a un écartèlement de la personne détenue. Il y en a qui le tirent d'un côté et il y en a qui le tirent de l'autre. Ce n'est pas possible. Alors on avait une chance, c'est la crise économique qu’on vient de traverser et qui a mené un certain nombre de jeunes, qui avaient un niveau culturel plus élevé et qui n’envisageaient pas de travailler en milieu pénitentiaire auparavant et qui ont postulé. Des gens avec un bac plus un, bac plus deux voire bac plus 3 et qui sont rentrés comme surveillants et qui très souvent nous ont dit "Nous on n'a pas envie de porter des clés pendant trente ans". Donc il y avait là une opportunité, de leur dire qu'on était tout à fait d'accord. On gardera l'option de sécurité car on est dans une prison mais ils ont également une autre mission qui est de participer à la réinsertion sous toutes les formes envisageables, aussi bien de la relation duelle, c'est-à-dire dans une relation d’home à homme avec le détenu que dans la participation à des activités de réinsertion. Et on voit dans les cas où cela peut se passer, que cela se passe étonnamment bien. Quand on voit par exemple la richesse des rapports humains qui peuvent s’établir, c'est-à-dire entre surveillants et un détenu si chacun se montre dans la réalité de lui-même et pas uniquement à travers son uniforme ou sa fonction. Un surveillant est un homme qui a sa vie propre. Il peut parler de sa vie d'homme et de ses

expériences, non pas comme un modèle mais comme un témoignage d'une vie autre que celle que le détenu a pu connaître et donc d'une ouverture sur autre chose que ce qu'il a connu auparavant.

F.E: Et vous pensez que l'éducation pour la santé est un moyen d'insister sur ce rôle d'insertion des surveillants?

D.B: Oui, absolument. L'éducation pour la santé si vous voulez pour moi, c'est l'inscription dans la durée de personnes qui sont habituées à vivre dans l'immédiateté, dans le jour le jour. Je prends souvent l'exemple des vaccinations car à un moment la Direction générale de la santé nous avait demandé une enquête sur la faisabilité de la vaccination de l'hépatite B en prison. Donc on a fait cette enquête et on s'est aperçu avec surprise que la plupart des détenus raisonnaient en termes de vaccination à injection unique. "J'ai fait une injection donc je suis protégé". Ce qui était extrêmement dangereux, surtout s'agissant de l'hépatite B, puisqu'ils allaient avoir leur injection, ils n'allaient pas avoir d'anticorps et n'allaient donc pas être protégés et considérant qu'ils l'étaient, ils allaient enlever leur protection et risquaient d'être contaminés. Ça augmentait donc le risque. Et je pense que cela reflète la façon dont vivent beaucoup de jeunes détenus qui ont toujours fonctionné comme ça et qui vivent au jour le jour. L'état étonnant des dentures en prison chez des personnes qui sont jeunes, on a parfois des records extraction sous anesthésie générale de 22 dents... Sur 32, vous voyez ce qu'il reste. Alors on met notre collègue dentiste au travail. À quoi ça sert si le sujet va sortir deux ans plus tard dans la même négligence de l'hygiène dentaire dans laquelle il a toujours vécu. C'est un travail totalement stupide. Ça n'a d'intérêt que s'il a compris que son capital dentaire faisait partie de son capital santé et qu'il fallait qu'il le protège car ce n'est pas un dentiste qui peut miraculeusement refaire sa dentition une fois toutes les dix ans. Et pour protéger son capital santé, il faut avoir conscience de valoir quelque chose soi-même à ses yeux et aux yeux des autres. Pourquoi voulez-vous que je protège mon capital santé si je pense devant mon miroir et devant vous que je ne vaux rien. Or c'est de là que tout part. C'est-à-dire que notre rôle de soignant en détention, c'est avant tout l'intérêt porté aux personnes détenues. Cet intérêt qui témoigne que tels qu'ils sont et avec ce qu'ils ont fait, pour nous, ils sont encore dignes d'intérêt. Et c'est dans cet intérêt qu'ils vont pouvoir faire un ancrage, du moins nous l'espérons, pour commencer à s'intéresser à eux-mêmes. Et ce n'est qu'à partir du moment qu'ils sont passés de la négligence du risque à un intérêt pour eux-mêmes que l'éducation pour la santé aura porté ses fruits. Sinon c'est un travail de Sysiphe.

F.E: Ne pensez-vous pas que les conditions d'incarcération rendent la transmission d'un message difficile?

D.B: Mais les conditions d'incarcération, il ne faut pas généraliser ce sont surtout celles des prisons de Lyon car si vous allez à St Quentin Fallaviers, elles sont très différentes... Mais les conditions d'hébergement ne signifient pas le respect de la personne détenue. Donc on ne peut pas amener le détenu à se respecter en le mettant dans un lieu tel que. Mais je ne peux pas non plus demander à quelqu'un de se respecter si je m'adresse à lui et en lui disant "Dupont, au parloir!". Ça n'est pas possible. C'est toute la journée. "Dupont, debout!", "Dupont, promenade!", "Dupont, parloir!'". Ce n'est pas possible. Car en disant cela je sous-entends deux espèces différentes, celle à

laquelle j'appartiens en tant que surveillant et celle à laquelle je m'adresse. Ça n'est pas un semblable à qui je m'adresserai sur ce ton là.

F.E: J'aurais aimé savoir en quoi la sécurité poser des problèmes par rapport aux soins?

D.B: ça en créé des problèmes. Nous avons par exemple seize chambres. Ces chambres sont fermées à clef. C'est la police qui détient les clés, et ça j'y tiens tient pour le coup pour qu'il n'y ait pas de confusion des rôles, et donc chaque fois qu'un soignant veut aller dans une chambre, il demande aux policiers de lui ouvrir la chambre et pendant ce temps soit le policier est dans le couloir et laisse la porte ouverte et une fois fini il referma porte. Donc, vingt fois ou trente fois par jour, un policier ouvre la porte pour avoir accès à un patient qui n'est pas en état de quitter son lit ou qui est dans un fauteuil de malades avec une jambe fracturée ou qui est en chimiothérapie donc vous imaginez qu'il peut avoir difficilement l'idée d'aller galoper. Donc les policiers disent "Quand même, moi je ne suis pas rentré dans la police pour faire ça !". C'est-à-dire que la gravité des pathologies que nous accueillons valorise la fonction de soignant et dévalorise celle des surveillants. Tant et si bien que je suis content quand il nous arrive un détenu particulièrement surveillé parce que ça revalorise momentanément le rôle de la police.

En plus que les choses se compliquent chez nous du fait que ce n'est pas l'administration pénitentiaire qui assure la sécurité mais la police nationale. Et la police nationale raisonne en terme de ce qu'elle connaît, c'est-à-dire la garde à vue. Donc pour elle, tout détenu est en garde. Ça aboutit à des situations cocasses, c'est-à-dire qu'un détenu qui a déjeuné le matin en prison avec sa fourchette, son couteau et sa cuillère mange à midi avec sa cuillère car il n'a pas droit à la fourchette ou au couteau ici. Alors, il ne comprend pas bien car il est toujours détenu, il est toujours écroué et il se demande ce qu'il a fait entre le petit déjeuner et midi. Il avait une ceinture de pantalons, on lui enlève sa ceinture. Il avait des lacets de basket, on lui enlève ses lacets. C'est tout ça qui est difficile au quotidien. Alors nous, on essaye de négocier. Alors on demande et à ce moment-là on nous demande un effort de traçabilité puisqu'il faut tout faire à l'écrit, disant que nous demandons que la porte du malade reste ouvert en permanence par souci thérapeutique et on lui laisse la porte ouverte et les policiers sont très contents qu'on laisse la porte ouverte, mais ce n'est pas sous leur responsabilité. C'est quasiment de la prescription médicale.

Et puis il y a une seconde forme plus intelligente qui est le fait de nos collègues policiers qui cherchent à trouver une fonction propre. Ils le font de plus en plus et j'apprécie beaucoup. Alors par exemple, lorsque le malade part au bloc opératoire avec ses deux policiers, il y a un temps d'attente et les deux policiers sentent que l'angoissé est là et ils engagent la conversation en parlant de choses et d'autres. De leurs propres opérations par exemple qu'ils ont subies ou de leurs proches. On parle de choses et d'autres et puis on plaisante. Le malade dit "Et si je ne me réveillais pas", "Oh, on sera là pour vous pourrez veiller". Il y a toute cette dimension humaine qui se tisse à travers des liens. Il y a des moments de soins un peu plus creux et à ce moment-là, notre ancienne directrice leur a demandé si c'était possible qu'ils sécurisent un peu l'hôpital car il y a de nombreux vols dans les voitures. Ils ont dit oui et ils font des rondes dans l'hôpital à pied et on voit des patrouilles de trois policiers. Ce n'est pas une sécurité réelle mais c'est très

dissuasif car effectivement le nombre de vols a baissé et qui fait qu'on se dit que la médecine pénitentiaire à son utilité. Et ça valorise le rôle des policiers car c'est un ensemble de choses qui les écartent de ce sentiment de porte-clés inutile. Mais les relations je dirai sont forcément bonnes car si elles n'étaient pas bonnes, elles seraient franchement mauvaises. J'ai reçu ce main la nouvelle équipe d'interne et je leur ai dit qu'ici il y avait deux équipes, une équipe en bleu et une équipe en blanc et si on voulait que l'équipe en bleu respecte l'équipe en blanc, il faut que vous respectiez la leur. Si on met délibérément le personnel de surveillance en difficulté, par exemple en transmettant des jours de sortie, alors le pire est à craindre.

F.E: Et par contre vous avez des relations avec l'administration pénitentiaire ?

D.B: Oui bien sûr. On pourrait difficilement faire autrement. On a des relations avec la direction régionale par rapport aux problèmes d'affectation, pour voir dans quel établissement pour affecter telle personne qui a été hospitalisée, et puis avec la direction des prisons de Lyon avec laquelle on a des liens de façon permanente. Mais cela s'est construit avec le temps. Et puis on a des liens avec des magistrats et cela aussi est un héritage du temps de Louis Roche car il avait compris l'importance de la médecine légale et des liens à faire avec les magistrats. Il avait organisé des réunions régulières. Il y a un temps pour lever la timidité de territoire, c'est le temps où on écoute même pas l'autre de peur qu'il vienne empiété sur votre territoire. J'ai organisé également plusieurs séances de formation pour les surveillants et ça offre tout un ensemble de possibilités de travailler ensemble et c'est intéressant. Il y a les études criminologiques et les associations, l'association française mais aussi l'association lyonnaise, dont je suis membre nous a également permis de dresser un réseau de relations sur ces questions.

F.E: Mme Vacquier me parlait également de la création d'un groupe, vous pouvez m'en parler?

D.B: Il s'agit d'un groupe que nous avons monté pour répondre à la circulaire sur l'addictologie en milieu carcéral. Nous sommes allés présenter le projet au préfet. Ca part des directives nationales mais nous le faisions déjà à Lyon, nous avons décidé de mettre l'accent sur deux éléments qui ne nous semblaient pas très performant, à savoir le travail auprès des familles. Le devenir des personnes addictives incarcérées après la libération dépend largement de la présence ou non d'un soutien familial. D'où l'importance de travailler au retissage de ses liens et à la préparation d'un groupe familial. Et puis d'autre part on essayait de rétablir de nouvelles relations avec les magistrats notamment pour que les aménagements de peine soient mieux adaptés aux exigences de soins [...]

F.E: J'aurais aimé savoir ce que vous pensiez au sujet de Véronique Vasseur?

D.B: Je pense qu'il n'y a pas à critiquer l'administration pénitentiaire. Il n'y a rien à attendre de l'élection d'un coupable qui peut d'ailleurs être bilatéral. En même temps que je dis que l'administration serait composée de sadiques qui pendent les détenus, on peut très bien imaginer que les surveillants disent que le corps soignant est composé de gauchistes qui n'ont qu'un rêve qui est d'ouvrir les portes des prison et de laisser les détenus violer nos femmes et nos enfants. Vous voyez, ça ne mène à rien. Ces visions-là ne mènent à rien. L'administration pénitentiaire ne comporte pas plus de sadiques, de voyeurs ou de malades mentaux que dans n'importe quel corps de métier. Par contre, il y

a des conditions de travail qui sont particulièrement difficiles. Il suffit de penser à ce qu'est qu'être surveillant quand il est seul, par exemple, dans une coursive de quatre-vingts détenus sans avoir le droit d'ouvrir une porte de cellule, mais sachant que s'il y a un incident dans une cellule, il a deux possibilités. Ou bien il appelle les brigadiers qui vont ouvrir la porte mais s'il appelle trop souvent il est un mauvais surveillant car il dérange les brigadiers pour rien. Mais s'il n'appelle pas et que le lendemain matin on retrouve le détenu pendu dans la cellule, sa carrière est foutue car c'est lui le responsable. Vous voyez la difficulté de l'exercice. Il est seul avec ses quatre-vingts détenus. Sans compter les conditions de pauvreté ambiante dans lesquelles il travaille, par la pauvreté des équipements. Sans compter, une hiérarchie parmi les plus archaïques. Beaucoup plus archaïque celle de l'armée. L'armée ne se permettrait certainement plus aujourd'hui de fonctionner comme fonctionne l'administration pénitentiaire. L'ambition de l'administration pénitentiaire, c'est d'être un cimetière, un endroit où il ne se passe rien. Il y a que les cimetières où il ne se passe rien. Quand il y a un incident en milieu pénitentiaire, cet incident donne lieu à la rédaction de deux rapports, l'un concerne le détenu par lequel l'incident est arrivé et l'autre le surveillant qui aurait dû prévenir l'incident. Plus vous avez de rapport d'incidents en tant que surveillant et moins vous avez de chance de réaliser votre rêve qui jusqu'ici était de vous rapprocher progressivement du midi. Avant de tirer à boulets rouges sur l'administration pénitentiaire et les surveillants, il faut réfléchir. On ne peut s'en tirer qu'en ayant une position de défense institutionnelle. Être clair avec son éthique à soi de façon à donner aux autres l'envie d'en avoir une.

F.E: Qu'est-ce que vous appelez justement par défense institutionnelle?

D.B: Avoir une position de défense de l'institution pénitentiaire à laquelle je fais partie en tant qu'intervenant extérieur chargé du soin. Je me bats pour les progrès de l'institution pénitentiaire et je ne me bats pas uniquement pour avoir plus de moyens de soins. Je me bats pour que l'ensemble de l'institution puisse évoluer.

Entretien n°9 : Mme Demichelle, responsable du bureau d'action sanitaire de la Direction régionale des services pénitentiaires (DRSP) Rhône-Alpes, 22/04/2003, 2h20.

[Dans une conversation téléphonique qui a lieu au début de notre entretien, Mme Demichelle explique à son interlocuteur, un personnel d'un service économique d'un établissement pénitentiaire de la Région Rhône-alpes un point administratif dans la prise en charge sanitaire des détenus. Elle explique, sur un ton visiblement agacé, que depuis la circulaire de 1999, la prise en charge du ticket modérateur s'effectue directement par l'Administration pénitentiaire pour les personnes aux ressources faibles dans le traitement des prothèses dentaires justifiées médicalement. Elle ajoute en fin de conversation : « Il y a eu des réunions dans les établissements au moment de la diffusion de la circulaire et c'est dommage que tant d'années après on ne l'applique toujours pas »].

M.D: Pourtant on en avait parlé après la loi mais c'est toujours la même chose. Celui-ci en plus il a changé d'établissement et on lui répète toujours la même chose. Vous savez, il y a des résistances culturelles de la part de nos propres services par rapport à la

loi de 94. On entend souvent des réflexions du style « Ce n'est pas normal de prendre en charge les prothèses dentaires ». C'est un membre du service économique d'un des établissements. Vous savez, on travaille directement avec les différents services des établissements. On ne fait pas vraiment de la gestion mais on fait un travail de liaison par rapport à l'interprétation de la loi. Et il y a des foyers de réticences culturelles, je dirais. Donc le fait de toujours expliquer un peu les choses, c'est un peu... Et là-dessus il y a des résistances de la part des services économiques. Quand on leur dit qu'il faut prendre en charge la partie du ticket modérateur pour les prothèses. Et c'est vrai qu'à l'extérieur, ça représente un gros problème pour tout un chacun. Donc la part qui revient à l'administration pénitentiaire passe par le service économique.

F.E: Mais la part essentielle revient à l'hôpital?

M.D: Oui, c'est cela, depuis 1994, la part prise en charge par la sécurité sociale était prise en charge directement par la Sécu et puis ils ont changé la procédure à partir de 1999 et ils ont dit que c'était à l'hôpital de la prendre en charge dans sa dotation globale hospitalière. Déjà… On a aussi des résistances de la part des hôpitaux pour prendre charge cela. Ce changement devait être transitoire. Je ne sais pas pourquoi mais je suppose que ça doit être intégré dans le calcul de la dotation globale hospitalière. Puisqu'ils ont à prendre en charge tous les soins, y compris les soins dentaires. Pourquoi ils ne l'ont pas mis au départ, je n'en sais rien. Peut-être pour des problèmes administratifs. Et le fait est que depuis 1999, toute la part Sécu doit être prise en charge directement par l'hôpital. Et là on a des gros problèmes. On a des résistances. Alors il y a des endroits où ça fonctionne bien et on voit qu'il y a des prothèses dentaires qui se font. Moi je demande systématiquement le nombre de prothèses dentaires qui est fait dans l'année et c'est minime, alors qu'on sait très bien que c'est une difficulté. Il faut expliquer sans arrêt afin de vaincre un peu les résistances. Mais d'une part et d'autre.

[…]

M.D : Il existe neuf directions régionales, la région de Lyon comprend 12 départements, la région administrative Rhône-Alpes et la région administrative Auvergne ce qui représente une vingtaine d'établissements pénitentiaires en milieu fermé. Actuellement, on tourne autour de 5000 détenus sur la région. Et puis une douzaine de services au niveau départemental de services de probation et d'insertion pénitentiaire qui gèrent les anciens services sociaux éducatifs qui existaient auparavant en milieu fermé et ce qui existaient auprès des tribunaux, les comités de probation et d'assistance libérée, tout ce qui gère les peines alternatives à l'incarcération, les aménagements de peine, les libérations conditionnelles.

La direction régionale est structurée en départements. Vous avez un département « Patrimoine et équipement » qui gère tout le bâtiment. Le département de « Gestion de la population pénale » qui gère avec les établissements milieu fermés les effectifs de la population pénale, la gestion de la peine, la gestion des incidents et tout ce qui a trait aux requêtes individuelles des détenus, ce qui est disciplinaire. Le département des « Ressources humaines » qui s'occupe de la gestion des personnels. Le département des « Affaires financières » et puis le département d' « Insertion et probation » auquel j'appartiens. Il regroupe toutes les activités d'insertion et donc ça va de l'enseignement, il

y a une personne qui s'occupe de la gestion du travail, un collègue qui s'occupe de la formation professionnelle, moi qui m'occupe de la santé et j'ai une collègue qui s'occupe des actions socio-éducatives. C'est un organigramme que l'on retrouve dans toutes les directions régionales. Vous avez également la cellule sécurité auprès du directeur adjoint qui à l'heure actuelle est très importante, au niveau politique et dans la réalité. On a une psychologue depuis les années 90, qui au départ était là pour s'occuper de l'orientation des détenus et elle intervient aussi depuis avec les problèmes liés au personnel, c'est-à-dire pour la prise en charge des personnels notamment à l'occasion des incidents. Il y a eu par exemple des prises d'otages et on développe maintenant, si vous voulez, tout ce qui est politique de prise en charge des personnels. Mais c'est relativement récent d'avoir mis en place des psychologues pour les personnels alors que c'est un milieu qui nécessiterait une prise en charge beaucoup plus importante. Ça commence à peine. C'est depuis deux ou trois ans qu'on commence à avoir des psychologues vacataires et on les place sur les gros sites comme Lyon, valence ou Grenoble. Les départements sont ensuite structurés en unités. Nous, au niveau de notre département, par exemple, on est seul par unité alors que dans les autres départements comme aux ressources humaines aux affaires financières, il y a des unités où il y a plusieurs personnes. On est une douzaine de personnes dans notre département. On est un tout petit département. Et nous, au niveau de notre unité, on a plus un rôle de mission si vous voulez. On a peu de gestion. Les organigrammes de la direction régionale datent de 1994 avec cette structuration département et l'unité "Actions sanitaires" date de cet organigramme, les autres services existent depuis des années dans l'administration pénitentiaire alors que l'unité "Actions sanitaires" et l'unité "Pédagogie" sont les deux dernières unités créées.

F.E: Ca a un rapport avec la loi de 1994?

M.D : L'organigramme des directions régionales date de 1994 mais c'est une coïncidence. Mais comme il y a eu la loi de 1994, ils ont intégré l'unité d'actions sanitaires. Au niveau de l'unité actions sanitaire, comme dans les autres directions régionales, le poste n'a pas été pourvu dès le départ. En fait, l'unité a été mise en place au sein des D.R pour la mise en place des protocoles qui ont été signés avec les hôpitaux et il y a eu des chargés de mission nommés ponctuellement pendant quelques mois pour négocier avec les autorités sanitaires la rédaction des protocoles. Après, les postes n'ont pas été couverts de façon continue. Je suis à mon poste depuis mars 1997. Avant il y avait deux personnes mais qui ont été là quelques mois et qui sont parties autre part. Et sur les autres directions régionales, la personne la plus ancienne avant moi, c'est ma collègue de Dijon qui est en poste depuis septembre 1996. Les postes n'ont pas été pourvus tout de suite. Par exemple celui de Strasbourg vient d'être pourvu depuis le mois de janvier. Avant, soit c'était le chef de département qui s'en occupait, c'était très variable selon les DR. Tous ces postes sont occupés mais c'est relativement récent. Toulouse a été pourvue il y a deux ans […] Moi je suis pas du tout de formation sanitaire puisque je suis juriste de formation. Avant je travaillais au département des ressources humaines, j'ai travaillé au ministère, j'ai travaillé en établissements pénitentiaires. Je travaille dans le milieu pénitentiaire depuis 1980 […] C'est un secteur qui m'intéresse. Et puis si vous voulez gérer... C'est un poste qui m'intéresse car vous n'avez pas d'équipe à gérer. Dans les précédents postaux où j'ai été, on avait des équipes à gérer et c'était très difficile. Au

bout d'un certain temps, c'est très confortable j'ai envie de dire de travailler comme ça de ne pas avoir d'équipe à gérer. On est dans un rôle de conseil, d'accompagnement, car vous n'avez pas vraiment de décision à prendre et c'est un poste assez confortable. Et je trouve que c'est cool et le travail est très confortable. En plus, on a davantage d'autonomie. Je suis pas assaillie constamment de problèmes de personnel. En plus on a vraiment un rôle d'interface entre le côté pénitentiaire et le côté sanitaire.

F.E: Comment se déroule ce rôle d'interface?

M.D: Alors notre rôle c'est de relayer les politiques de santé publique, de les faire comprendre, de les faire admettre, de les faire accepter par les services de l'administration pénitentiaire et donc le chef d'établissement principalement et le directeur des SPIP. Côté directeur des SPIP, ils ont moins de mal à intégrer la prise charge des politiques de santé publique que les chefs d'établissements pénitentiaires. C'est une question de culture, je pense. C'est vrai que ça renvoie un petit peu aux missions de l'administration pénitentiaire qui sont un peu ambivalentes. C'est-à-dire qu'on a à la fois la garde et la réinsertion, et très souvent les personnels en uniforme ont plus tendance à privilégier et ce qui est garde que la réinsertion. Il y a toujours cette... Pas cette opposition mais cette difficulté où ce paradoxe à gérer ces deux missions. Alors selon les personnes, ça va plus ou moins bien se passer. Alors que dans les services des SPIP, ce sont des travailleurs sociaux, pour la plupart d'anciens éducateurs ou des assistants sociaux, et qui sont donc plus tournés, culturellement parlant, vers la réinsertion des personnes. Il faut faire cohabiter tout cela et ce n'est pas toujours simple. D'autant plus qu'actuellement, on est très axé sur le côté sécuritaire et la mission de réinsertion n'est pas toujours... Actuellement ce n'est pas ce qui est mis en avant politiquement. Donc, on a un rôle de relais des politiques de santé publique vis-à-vis des chefs d'établissement pénitentiaire, on a un rôle vis-à-vis des sanitaires, de leur faire intégrer aussi le fonctionnement de l'institution pénitentiaire avec ses contraintes, de faire en sorte si vous voulez que ces deux mondes travaillent de manière la plus harmonieuse possible. Il s'agit d'articuler et de relayer de l'information sur le plan institutionnel. Moi, je n'interviens pas sur le contenu des soins. Ce n'est pas notre rôle. Ça c'est le rôle des autorités sanitaires. Il faut bien qu'on fasse attention à ne pas empiéter sur le contenu de la mission des sanitaires. Donc on a un rôle d'interface au niveau institutionnel, on a un rôle de relais, un rôle de suivi aussi car je suis l'application de la réforme. On a passé des protocoles avec tous les établissements hospitaliers et on a un rôle de suivi du respect de ces protocoles. Théoriquement, chaque chef d'établissement devrait le faire mais souvent ça leur passe au-dessus de la tête. Ils ne voient que le dessus de l'iceberg car je trouve qu'ils ne vont s'y intéresser que lorsqu'ils vont avoir un problème. Par exemple, s'il y a un développement des actions médicales, ça va leur poser un problème d'accompagnement des personnels pénitentiaires avec une hausse de la charge de travail et ils vont peut-être s'inquiéter du développement des extractions médicales ou de l'absence du praticien qui n'est pas venu par rapport aux protocoles où il y a un certain nombre d'heures prévues. Là, ils vont peut-être se poser des questions. J'exagère un peu, je caricature mais quand même je trouve que c'est ça. Donc nous, on est là un peu pour les inciter à se préoccuper de la question santé. Et puis on a un rôle de suivi des protocoles à travers les rapports d'activité que normalement les services médicaux doivent rendre puisque c'est prévu par

les textes. On a un rôle d'animation un petit peu, on participe à des réunions institutionnelles qui sont prévues par les textes également, puisque chaque année il doit y avoir au minimum une réunion entre les signataires des protocoles pour examiner le rapport annuel d'activité, c'est la réunion de la commission annuelle UCSA. Là aussi, encore, ce n'est pas dans la culture hospitalière, si vous voulez. La loi n'est pas encore, y compris au niveau des hôpitaux, n'est pas encore très bien connue. J'ai encore des directeurs d'hôpitaux qui ne la connaissent pas vraiment. Donc ce n'est pas encore dans la culture. Aujourd'hui encore, dix ans après la loi, j'entends encore des directeurs d'hôpitaux qui me disent "On ne trouve personne pour aller travail en prison, ils ne veulent pas y aller". Alors je leur dis "Je regrette mais c'est inscrit dans votre mission"… Autant quelques années après la loi, on peut laisser le temps aux choses se mettre en place... D'autant plus que le service UCSA est un service externalisé par rapport à l'hôpital, les gens qui travaillent dans ces services là, et qui sont des personnels hospitaliers, travaillant sur un site externalisé. En plus, ils ont du mal à se faire reconnaître par leur propre direction hospitalière. Ils me le disent et puis je m'en rend compte si vous voulez lors des réunions, on voit bien que les directions hospitalières sont très loin de l'UCSA. Il y a des choses qui se disent en réunion annuelle des comités de coordination et qui pour moi devraient être dites avant, directement entre l'UCSA et la direction hospitalière et donc ça démontre bien qu' il n'y a pas de dialogue [...] Je me souviens par exemple d'une réunion annuelle du comité de coordination où par exemple j'ai découvert que c'était un détenu qui faisait l'assistant dentaire et ça allait à contre-courant de la loi de 1994 qui a voulu que la mission de soins soit dévolue aux personnels hospitaliers et c'est ce qui se dit en réunion du comité de coordination annuelle. Moi, je trouve ça aberrant. Il y a plein de choses et on le voit très bien.

Si vous voulez, si vous ne connaissez que la région lyonnaise, je ne dis pas ça pour la région lyonnaise parce que vous ne pouvez pas vous baser sur ce qui se passe à lyon. Parce que si vous voulez à Lyon, traditionnellement au niveau de la santé carcérale, il y a toujours eu une équipe qui s'est beaucoup engagée pour le développement de la santé en milieu carcéral et là ça n'est pas du tout le cas parce que, que ce soit le docteur Barelet ou le docteur Lamothe, ce sont des gens qui sont dans la médecine pénitentiaire depuis longtemps, qui sont bien ancrés aussi dans le milieu hospitalier. Je dirais que Lyon, c'est un contre-exemple. Donc on a une vingtaine d'établissements avec 20 hôpitaux différents et il n'y avait pas déjà cette imprégnation de l'hôpital dans la prison avant la loi de 1994. Parce que je vais dans de nombreux petits établissements comme à Aurillac, à Bonneville, à Chambéry et ce sont des endroits où il n'y avait pas du tout le même travail qui se faisait déjà avant la loi de 1994 en milieu carcéral sur Lyon. Donc il ne faut pas vous baser sur l'exemple lyonnais. Parce qu'effectivement, si vous voulez, chaque UCSA est rattachée à un chef de service de l'établissement hospitalier qui est responsable de l'UCSA. Il y a des chefs de services qui sont responsables de l'unité fonctionnelle à laquelle est rattachée l'UCSA qui ne connaissent pas l'UCSA et qui n'ont jamais mis les pieds dans la prison. Donc, si vous voulez, ce n'est pas normal. Voilà. Mais ça n'est pas le cas à Lyon.

F.E : Mais les chefs de service sont souvent des personnes volontaires pour prendre en charge la direction de l'UCSA...

M.D : Ah, non! Ah, non! Non, non, non! La loi de 1994 a été imposée aux hôpitaux. Ça, il faut le savoir et donc les chefs de service n'étaient pas du tout volontaires pour prendre en charge cette mission. Enfin moi, c'est ce qu'on m'a raconté car je n'étais pas là en 1994. Non, ils n'étaient pas du tout volontaires. Et on sent bien très souvent que c'est une charge supplémentaire qui leur pose problème. Parce qu'effectivement, prendre en charge la santé en milieu pénitentiaire... Si vous voulez, très souvent, ç'a été mis en avant dans un rapport qui a été fait par un médecin qui était un député européen et qui avait fait un rapport à un moment où les deux ministères se sont posés la question de savoir s'ils devaient dans les établissements à gestion mixte où la santé était confiée au secteur privé, vous savez dans le cadre du marché de fonctionnement… Le marché arrivant à échéance, on s'est demandé, puisque entre-temps il y a eu la loi de 1994 qui est intervenue, donc les ministères se sont posés la question pour savoir s'il fallait revenir dans le droit commun, c'est-à-dire confier au secteur hospitalier la santé dans ces établissements et donc ne pas renouveler le marché sur la gestion de santé ou conserver les choses comme elles étaient. Il y a eu à l'époque une mission confiée à un médecin qui a fait une comparaison entre le public, c'est-à-dire le service public hospitalier gérant la santé, et le "13 000". Et il a fait une réflexion intéressante en disant, qu'effectivement avec la loi de 1994, les hôpitaux ont pris ça comme un ressort de population, c'est-à-dire les effectifs du milieu carcéral, comme un ressort de population supplémentaire à prendre qui venait s'ajouter au ressort de population générale. Mais si vous voulez, ils n'ont pas perçu le fait que c'était une population qui avait quand même des dimensions d'insertion et de prise en compte de la politique judiciaire, avec tout ce qui est politique d'aménagement peine, la préparation de l'aspect sanitaire à la sortie... Plein de choses qui n'existent pas à l'extérieur car vous et moi, quand nous allons-nous faire opérer on ne prend pas en compte que cette dimension là. Ça n'est quand même pas la même chose entre la santé d'une personne qui est incarcérée et la santé d'une personne en milieu hospitalier. Ça n'a rien avoir. Et je pense qu'ils n'ont pas perçu ça. Et d'autre part, plus que très souvent, les UCSA ont été rattachées, et c'est même marqué dans le guide d'application de la loi qui a conseillé de rattacher ces services-là au service d'urgence des hôpitaux parce que les gens qui ont conçu la loi ont pensé qu'effectivement, on avait beaucoup de difficultés, nous, le week-end ou le soir. Donc ils ont dit qu'il faudrait mieux rattacher les UCSA aux services d'urgence. Donc, ça fait percevoir la santé en milieu carcéral comme étant une médecine d'urgence. Je caricature mais il y a quand même un peu de ça et ça n'est pas faut. Le détachement de certains médecins, pas tous puisqu'il y a des chefs de service qui sont très différents... Certains médecins ne connaissent pas le fonctionnement de l'UCSA parce qu'ils n'ont pas perçu cette dimension d'insertion, de politique d'aménagement de peine, de préparation à la sortie.

F.E: Et sur la région Rhône-Alpes, les UCSA sont souvent rattachées à des services d'urgence?

M.D : Sur notre région pénitentiaire, oui. Il y en a pas mal. Oui, tout à fait.

F.E: Et vous observez une différence entre une UCSA qui serait rattachée à un service d'urgence et une UCSA qui serait rattaché à un autre service? D'ailleurs quels sont les autres services auxquels sont rattachés les UCSA?

M.D : Oh! On a un peu tout et n'importe quoi. Je pense à une UCSA où c'était le service d'ophtalmologie. Parce que si vous voulez, à l'époque, ça a été imposé parfois. Ça n'était pas des gens volontaires et ça a été imposé à un chef de service. Ce qui était une très mauvaise chose puisque après il y a eu des conséquences. Et puis alors après, vous avez aussi des chefs de service, je pense à quelqu'un qui est très investi, car ce sont des choix personnels. Ce sont des gens qui sont très portés sur tout ce qui est précarité et donc voilà. Je caricature mais enfin bon. Donc ça marche que quand vous avez un chef de service reconnu déjà dans son propre hôpital, c'est-à-dire par sa direction hospitalière et à qui on n'a pas donné ça de manière… Si on ne lui a pas imposé et s'il l'a pris par intérêt. Mais bon, je pense que le côté hospitalier… Il faut que cette position là soit reconnue, soit légitimée par la direction hospitalière. Des fois, j'ai affaire à des directeurs d'hôpitaux qui ne savent pas ce que c'est et je trouve ça un peu étonnant. Mais bon, on essaie de travailler pour ça. Nous, on a aussi un rôle qui est de faire reconnaître tout ce qui est santé en milieu carcérale vis-à-vis des autorités sanitaires, de travailler avec eux, par des groupes de travail, par des réunions, par l'entretien d'un réseau. Voilà. Parce que très souvent, il y a des médecins inspecteurs de santé publique des DDASS qui ne connaissent pas la loi de 1994. On est sans arrêt en train de réexpliquer les choses, nous, les référents pénitentiaires, que je trouve que les autorités sanitaires devraient connaître. Ca montre bien que pour la DDASS, la santé en milieu carcéral est vraiment très souvent sur un coin de bureau. On a pas véritablement un interlocuteur à qui on peut s'adresser. Il faudrait au moins qu'au niveau de l'Agence régionale hospitalisation où il y a une direction régionale de l'administration pénitentiaire comme Lyon, qu'il y ait un référant en matière de santé en milieu carcéral est contenait un homologue. Car dans les DDASS, il y a normalement des inspecteurs de santé publique qui normalement dans leurs fonctions ont la santé en milieu carcéral, dans les DRASS, si vous voulez il y a aussi des médecins inspecteurs qui sont normalement chargés de la santé en milieu carcéral mais de manière très... Enfin, pas globale. Il y a des bribes. On manque d'un interlocuteur unique avec une vision globale sur l'ensemble de la santé en milieu carcéral. Car tout est lié si vous voulez. Nous, on gère l'ensemble de la fonction santé et donc ça va du problème de la sécurité dans les hôpitaux, à la toxicomanie, à l'éducation pour la santé. Et dans les DDASS où les DRASS, tout est séparé. Donc il n'y a personne qui ait une lecture globale. Et moi je le dénonce. Enfin, je le regrette.

F.E: Sur Lyon au niveau de l'ARH, vous avez un interlocuteur?

M.D : Non! Non! De toute façon, ils nous renvoient sur les DRASS. Et les DRASS, si vous voulez, nous renvoient sur les DDASS. Car c'est vrai qu'ils n'ont pas du tout... Nous dans l'administration pénitentiaire, on est très hiérarchisé. Il y a une direction centrale, il y a les directions régionales, il y a les chefs d'établissement et les SPIP. Donc si vous voulez, chez nous, l'information redescend et remonte assez vite. Côté direction hospitalière... Ne serait-ce qu'à travers ça, c'est-à-dire pour la transmission, ne serait-ce que des circulaires, que ce soit pour des réunions, l'information circule très mal. C'est vrai que les hôpitaux sont des grosses structures. Le ministère de la Santé est quand même beaucoup plus important. Mais ne serait-ce que pour ça, je vois par exemple il y a pourtant eu une circulaire interministérielle sur la prévention du suicide en milieu carcéral. Combien de praticiens exerçant dans les UCSA l'ont reçue par leurs propres institutions ?

C'est nous qui donnons les circulaires et qui sont pourtant des circulaires Santé et Justice. Et c'est pour tout comme ça. On sent bien, qu'il n'y a pas au niveau des UCSA de personnes qui managent l'équipe. Et c'est regrettable. En plus, on a des liens avec deux hôpitaux puisque on a des protocoles pour le secteur somatique avec des hôpitaux généraux et pratiquement sur tous les sites, à quelques exceptions près, on a un deuxième protocole qui est complémentaire au premier et qui est passé avec un hôpital psy, un CHS, pour le secteur psychiatrique. Donc, on a affaire à deux hôpitaux. Je ne vous dis pas. C'est vraiment... Je trouve qu'il y a problème. On n'a pas de personnes vraiment responsables de l'UCSA. Donc, c'est très gênant au niveau de la mise en place des politiques car on sent bien encore que entre le secteur psychiatrique et le secteur somatique, il y a une séparation, alors que pour moi, je dis toujours ça à mes interlocuteurs, il n'y a qu'un service médical. Mais c'est vrai qu'au niveau institutionnel, ça n'est pas tout à fait ça. Et ça a des répercussions sur le fonctionnement.

F.E: Entre le secteur psychiatrique et somatique, il y a un manque de coordination?

M.D : Ah, oui! Tout à fait! Il y a un manque de coordination. Déjà, quand vous avez deux institutions hospitalières qui interviennent, forcément, il y a des difficultés. Ét sur la majorité de nos sites, on a souvent affaire à deux hôpitaux. Et c'est quelques chose qui demande à être clarifié davantage par la loi car ça soulève des questions par exemple au niveau de la responsabilité. Du fait de cette double institution qui intervient, moi de manière très pragmatique, je réponds que pour moi il y a un seul service médical, il y a des protocoles complémentaires au protocole général et pour moi il y a un seul responsable au bout du compte et c'est l'hôpital général. Mais je pars d'une réponse très pragmatique et je ne sais pas si je suis juste quand je dis ça. Mais j'ai posé clairement la question au ministère pour la révision du guide méthodologie de la loi, de la circulaire d'application. Parce que si vous voulez, quand sur des sites il y a une divergence d'appréciation sur certains points, par exemple actuellement on a des problèmes sur tout ce qui est l'organisation des temps infirmiers. Donc, quand on a passé les protocoles, on a des moyens qui sont inscrits dans le protocole avec tant d'heures pour les infirmiers ou les médecins. Et au niveau des temps infirmiers, par exemple, vous avez tant d'infirmières somatiques et tant d'infirmières psychiatriques. Or, normalement avec la réforme du diplôme, vous n'avez plus de distinction entre les infirmiers psy et les infirmiers somatiques. Donc déjà, on a différentes interprétations entre les directions hospitalières sur ces problèmes d'application de statut. Après, ça pose des problèmes au niveau de l'organisation du service infirmier en milieu carcéral parce qu'il y a des hôpitaux psy qui refusent que leurs infirmières participent, par exemple, à la distribution des médicaments et ils préfèrent les cantonner sur une tâche et sur un rôle uniquement d'entretien. Donc la, si vous voulez, c'est un problème d'organisation très important. Il y a deux ou trois sites sur lesquels ça bloque actuellement. Donc moi je dis que la DDASS devrait trancher car ça n'est pas à moi de trancher, moi, je fais attention à respecter mon champ d'intervention. Mais si vous voulez, on évite ces difficultés car ça a une répercussion sur le fonctionnement. Moi je vois, par exemple, au niveau de la distribution des médicaments ou au niveau du temps d'intervention des infirmières, j'ai un site où, du fait qu'il y a un conflit entre les deux hôpitaux sur ce point-là, il y a actuellement une diminution de l'ouverture de l'UCSA et moi je pense que ça n'est pas normal. Parce que, côté

somatique, ils disent que si les infirmières psy ne participent pas à la distribution pendant les week-ends et aux permanences des week-ends et bien leur temps pendant la semaine se raccourcit pour pouvoir faire la permanence du week-end et donc l'ouverture de l'UCSA est réduite. On a eu par exemple sur un site, mais ça s'est réglé car on est intervenu auprès de la DDASS et auprès de l'ARH et ça a mis deux trois mois... On a eu à l'automne 2002 une fermeture de l'UCSA sur un site à cause d'un conflit comme ça car c'était un problème entre les deux hôpitaux. Et moi je jouais à la balle de ping-pong entre les deux hôpitaux. Je leur ai dit aux directeurs hôpitaux, c'est un problème interne à régler et s'ils n'y arrivent pas il faut que la DDASS tranche. Mais c'était un problème comme ça. Donc moi je souhaiterais que dans le nouveau guide méthodologie qu'on soit plus précis sur la responsabilité des hôpitaux. En plus, par rapport à la politique de santé publique, ce qu'on doit mettre en place normalement est une prise en charge globale de la personne et il ne devrait plus y avoir cette distinction entre le somatique et le psychiatrique. On prend en charge la personne de manière globale.

F.E: Et comment ça s'explique qu'il y ait souvent deux conventions?

M.D : Eh bien lorsque dans l'hôpital général n'a pas de secteur psychiatrique, vous êtes obligés pour le secteur psy de passer une convention avec l'hôpital spécialisé car il y a encore cette distinction au niveau de la structuration hospitalière, mais maintenant de plus en plus on trouve un secteur psy en hôpital général. Donc par exemple, on a deux ou trois sites où on n'a qu'un seul hôpital avec lequel on travaille et c'est beaucoup plus facile parce que le service de médecine pénitentiaire est rattaché à un seul chef de service.

F.E : Et donc j'ai l'impression que vous a un rôle de médiation ?

M.D : Moi je fais attention à ne pas rentrer, à ne pas aller au-delà de ma mission mais j'appelle l'attention des autorités sanitaires pour les conséquences que ça peut avoir par rapport à la prise en charge des détenus. Donc sur le dernier conflit qui a eu lieu, il n'y a plus eu d'UCSA l'après-midi, l'UCSA était fermée et c'est absolument anormal. On ne respecte pas du tout le protocole. Je suis intervenue par téléphone, les deux directeurs hôpitaux se renvoyaient la balle. On a fait des courriers à la DDASS avec des copies à l'ARH. Le conflit s'est réglé au bout de deux ou trois mois.

F.E : Et qui vous demande d'intervenir dans ce type de conflit?

M.D : Parfois les chefs d'établissements m'appellent ou m'envoient des courriers. Et puis moi je vais sur les sites de temps en temps et je rencontre des équipes. En septembre, on avait eu une réunion et personne en avait parlé. C'est au mois d'octobre, que le chef d'établissement m'a interpellé là-dessus. Très souvent on est face au fait accompli. Parce que très souvent sur les sites, il n'y a pas assez d'articulation au niveau local entre les deux institutions. Alors moi je préconise, qu'il devrait y avoir des réunions au minimum une fois par mois entre le chef d'établissement pénitentiaire et l'UCSA pour résoudre les problèmes pour que ça ne devienne pas ensuite des conflits. Mais si vous voulez, ça n'est pas encore dans les mœurs. Il faut sans arrêt le répéter. Sur des sites ça marche, sur d'autres sites ça ne marche pas.

F.E : Et ce type de réunion n'a pas été prévu par la loi de 1994 ?

M.D : C'est préconisé mais ça ne suffit pas. Quand il y a eu la loi de 1994, ça a été

imposée aux hôpitaux et ils n'étaient pas du tout d'accord. En général… Parce que par exemple sur Lyon il n'y a pas eu de problèmes parce qu'il y avait une tradition intervention. Et du côté des chefs d'établissement pénitentiaire, puisque avant c'était l'administration pénitentiaire qui prenait en charge directement tout ça, ils ont dit "Nous maintenant on ne s'occupe plus de rien". Alors que ça n'est pas du tout ça. Autant le rôle de la loi, c'est effectivement de confier le soin aux services hospitaliers mais nous on doit s'occuper de tout ce qui peut permettre aux détenus d'accéder aux soins et ça renvoi à l'organisation de la prison, mais on a encore un rôle à jouer très important du fait qu'on doive assurer la sécurité du personnel sanitaire qui intervient. Et ça n'est pas toujours simple parce qu'on doit veiller à ce qu'il y ait les moyens mis en place à la fois pour assurer la sécurité des personnels, donc des fois on a des problèmes d'accompagnement des personnels sanitaires en détention et des fois les problèmes de poste puisqu'on doit avoir normalement un surveillant dans chaque UCSA est là aussi j'interviens parfois auprès des directions de ressources humaines. Au départ, il y a plus peu de créations de postes même si on a obtenu des renforcements sur tous les sites, mais après vous savez que sur tous les établissements pénitentiaires on a des problèmes de personnel et le chef d'établissement peut avoir tendance à piquer le poste de l'UCSA pour faire autre chose. Comme, il peut piquer aussi le rôle des ateliers, ça n'est pas non plus spécifique à la santé. Mais très souvent je suis obligée d'intervenir car le personnel sanitaire me renvoie les difficultés. Donc, il y a forcément une articulation à trouver au niveau de l'organisation, de logique fonctionnelle.

F.E : Vous me disiez auparavant que vous essayez de ne pas dépasser votre champ d'intervention?

M.D : Si vous voulez, moi je n'interviens pas sur le contenu du soin. C'est le rôle des autorités sanitaires et je n'ai pas de rôle à jouer en la matière.

F.E : Parce que certains personnels soignants vous ont déjà fait des remarques?

M.D : Non. Pas du tout. Mais je fais attention. Et je leur rappelle aussi le chef d'établissement, la loi de 1994 a eu justement pour objectif de biens séparer et il faut veiller à ce que ce soit respecté, y compris de de notre côté. Ça me paraît normal. Il faut veiller là-dessus. On a chacun notre champ de compétences et voilà. Après effectivement, il faut oeuvrer de façon à ce que ça soit le plus harmonieux possible par rapport aux intérêts de la personne détenue. Il faut essayer de mettre un peu d'huile dans les rouages parce que du côté sanitaire, ils ne sont pas toujours simples non plus, ça n'est pas toujours facile... Il faut faire en sorte que les gens dialoguent entre eux. Par exemple, on a le problème du partage des informations... C'est souvent une source de conflit entre les deux institutions parce que les sanitaires restent sur leurs positions. Certains, pas tous, car par exemple à Lyon ça n'est pas le cas. On a parfois des gens qui sont sur une conception du secret médical très pointue et qui ne veulent pas partager les informations alors qu'à l'heure actuelle, avec l'application de toutes les politiques qu'on essaie de mettre en place par rapport à la personne détenue, s'il n'y a pas de partage de l'information, on ne peut pas fonctionner, ça ne peut pas. Même chose, il faut expliquer aux sanitaires, qu'il y a des choses qui se partagent. On ne peut pas faire de la réinsertion de la personne, on ne peut pas faire un suivi, on ne peut pas faire de la politique

d'aménagement des peines, s'il n'y a pas de partage de l'information et ça aussi ceux des changements culturels à mettre en place.

F.E : Il se pose le problème du secret médical...

M.D : Tout à fait. Mais tout dépend si vous voulez comment on définit le secret médical. Voilà. Il y a des gens qui ont une position très tranchée et c'est absurde. Si vous voulez faire une politique de prévention du suicide, vous êtes obligés de partager des informations. Vous ne pouvez pas le faire sans cela. Par exemple sur la politique de prévention du suicide, on a le cas d'une personne par exemple qui a tenté de se suicider une nuit et c'est un codétenu qui l'a dépendu. Il est allé se faire soigner à l'UCSA. L'UCSA n'a pas formé le chef d'établissement pénitentiaire, ce qui est grave. Enfin nous, on trouve que c'est très grave. On l'a appris le lendemain parce qu'en fait le détenu a envoyé une lettre au chef d'établissement lui disant qu'il avait été mal soigné par l'UCSA et on a appris qu'il avait tenté de se suicider. Alors qu'une tentative de suicide, c'est quand même un événement grave. En plus on ne sait pas ce qui s'est passé dans la cellule. Il est fort possible que cela se soit passé comme ça et qu'il ait tenté de se suicider et que l'autre l'ait dépendu mais c'est également possible qu'il se soit passé autre chose. Et là je trouve que c'est une information qui aurait dû être donnée au chef d'établissement. Le chef d'établissement est également tenu au secret professionnel. On ne va pas aller divulguer cela. Par exemple la conception de Lyon, et je trouve qu'ils ont raison, c'est de dire que le médecin n'a pas à partager avec l'administration pénitentiaire ce qui est de l'intimité de la personne. Mais si vous voulez ce genre d'événements… J'ai posé la question à d'autres équipes qui m'ont dit "Mais, nous, on aurait informé le chef d'établissement". Comment voulez-vous après faire de la politique de prévention du suicide. La circulaire Santé-Justice est d'ailleurs très claire là-dessus, on doit faire attention à tout ce qui est tentative de suicide car ça peut être précurseur d'un suicide. Comment voulez-vous qu'on travaille sur la prévention du suicide si on ne partage pas ce genre d'infos? C'est inconcevable. Donc on a deux ou trois équipes qui sont très rigides là dessus et d'autres où il n'y a pas de problème. Mais c'est pour tout. Donc là par exemple, actuellement, et c'est une chose sur laquelle on insiste, un chef d'établissement a eu un problème car il a été interpellé par une réquisition judiciaire à propos d'un détenu qui avait tenté de se suicider mais il n'avait pas été mis au courant par le service médical. Et on a demandé des explications au chef d'établissement pénitentiaire. Alors qu'il y avait une personne qui a été hospitalisée par absorption médicamenteuse. Moi j'aurais été le chef d'établissement, à son retour, j'aurais quand même demandé au service médical ce qui s'était passé. Il n'a pas eu ce réflexe. Mais un an après, il a été interpellé par le procureur qui lui a demandé des explications. L'UCSA aurait quand même plus dire "Il faut faire attention, il faut le surveiller". Donc par rapport à la prévention du suicide, on met en place une politique d'observation et si le médical n'y participe pas, ça n'a pas de sens! Ça n'a pas de sens! On dirait que par rapport à certaines équipes médicales que le détenu vient à l'UCSA, que c'est une personne, que c'est leur propriété et que lorsque le détenu sort, ça ne les regarde pas, que tout ce qu'il se passe en détention ça ne les regarde pas. Moi je trouve ça archaïque comment raisonnement. Je leur dis d'ailleurs. On doit prendre en charge les toxicomanes. Comment peut-on prendre en charge les toxicomanes, on sait bien que la toxicomanie est un problème global, s'il y a pas un suivi global incluant aussi

l'aspect sanitaire. Je trouve c'est inconcevable.

F.E : Il y a des liens qui sont actuellement en train de se faire comme par exemple avec le projet d'éducation pour la santé sur Lyon?

M.D : Oui, car on essaie de favoriser les formations pluridisciplinaires par rapport à la politique de prévention du suicide, par apport à l'éducation pour la santé car ça permet aux gens de développer une articulation et de mieux travailler dans l'intérêt de la personne. Il ne faut pas perdre de vue cela. De toute façon, le secret médical ou professionnel, il est par rapport à l'intérêt de la personne et pas par rapport à la protection du soignant. Et très souvent, ils le mettent en avant par rapport à la protection de leur profession. Or, ce n'est pas ça. Le secret il a pour but la protection de la personne et quand l'intérêt de la personne est en jeu, il faut partager l'information. Nous, ça ne nous intéresse pas de savoir que quelqu'un a le sida. Quand des pénitentiaires me disent "Oui mais on n'est pas au courant", moi je dis non. Je dis "Vous avez des mesures de prévention à prendre, vous appliquez les mesures de prévention" et on peut avoir un collègue de travail et qui a le sida ou qui est séropositif et vous n'avez pas à lui demander à le savoir. Et pour les personnes détenues, c'est la même chose. Je pense que sur les maladies elles-mêmes, on n'a pas à être informé. Très souvent les gens qui mettent en avant le secret médical, c'est pour se protéger par rapport à l'exercice de leur profession. Or, le secret c'est pour la protection de la personne soignée.

F.E : Vous pensez qu'ils auraient peur de quoi justement?

M.D : D'une remise en cause. Alors que le secret médical a pour objet la protection de la personne soignée et pas pour le soignant. Et souvent j'ai l'impression qu'ils mettent en avant pour ça. Donc là aussi, il y a un travail à faire. Parce que je vois que toutes les équipes n'ont pas la même conception. Je pense qu'il y a quand même une sacrée responsabilité pour les gens qui refusent de donner certaines informations, je pense que c'est dangereux car elles ne vont pas dans l'intérêt de la personne détenue. Parce que la personne qui a tenté de se suicider, elle se serait suicidée après, il y aurait eu des enquêtes et selon moi il n'y a pas que nous qui aurions été inquiétés, il n'y aurait pas eu que le chef d'établissement. On nous dit prévenir le suicide mais si on fait pas attention à certains signes avant-coureurs. Il faut qu'il y ait un dialogue entre les personnes. Et si vous voulez, je trouve que des fois les soignants sont souvent dans leur position de vouloir se faire passer pour les bons et les autres sont méchants. Je pense qu'il faut sortir de ça. Il faut aussi leur rappeler de temps en temps. C'est pareil, il faut aussi rappeler au personnel pénitentiaire les mêmes choses. Il y a des choses à recadrer et des deux côtés.

[...]

M.D : On assure aussi un rôle de suivi et d'application des protocoles, de faire connaître la santé en milieu carcéral. Je participe par exemple à un groupe de travail qui fonctionne sur la région lyonnaise sur la santé publique en milieu carcéral et on essaie de créer du lien entre les différentes institutions par le biais de l'information. Moi je suis la seule pénitentiaire à y participer mais ça me semble important que quelqu'un de l'institution y participe. On échange des informations. Il y a une lettre d'information qui a été créée mais qui n'existe plus depuis un an deux ans. On essaye de développer des relations avec les DRASS, les collèges d'éducation pour la santé, tout le réseau, pour

faire connaître et pour faire reconnaître ce qui se passe en milieu carcéral. Quand il y a eu par exemple la mise en place des programmes régionaux de santé avec la DRASS, on s'est inséré dedans. Ça me semble important qu'on y participe parce que normalement ça devrait être naturel de la part des DRASS car normalement c'est elles qui sont chargées de dynamiser la politique de santé en milieu carcéral. C'est leur rôle normalement. Normalement, c'est elles qui devraient animer les politiques de santé en milieu carcéral. Moi je trouve personnellement que ça fait un petit peu défaut car il y a pas de référant. Actuellement, il y a un médecin et quand j'ai pris mes fonctions j'avais deux référents à la DRASS Rhône-Alpes et ça fonctionnait bien, plus il y a eu pendant pas mal de temps où il n'y avait personne qui était chargée de ce dossier et actuellement il y a un médecin qui en est chargé mais il n'en est pas chargé à plein temps. Ce ne peut pas se faire uniquement quand on a le temps. Moi je le sens bien quand je l'ai au téléphone qu'il a mis le dossier qui est posé sur un coin de son bureau. Enfin, c'est une façon de parler.

Moi je vois par exemple il y a plusieurs années j'ai interrogé la DRASS sur tout ce qui est politique de substitution car je trouvais qu'il n'y avait pas une véritable politique de substitution en milieu carcérale. Moi je m'en rend compte quand je vais sur les sites, ne serait-ce que par rapport aux modes de substitution en milieu carcéral, il y a une circulaire là-dessus et on se rend compte que les équipes font un peu ce qu'elles veulent. Tout ça, un peu derrière, parce qu'il y a des problèmes de moyens puisqu'au début il y avait très peu de traitements de substitution en milieu carcéral et il y a une politique à mettre en oeuvre qui dit qu'il faut les développer et donc ça demande du temps supplémentaire, du temps de soignant. Tout est lié car si vous n'avez pas des gens qui ont une vision globale du fonctionnement est bien ça ne suit pas.

F.E : Pouvez me décrire les politiques au sujet de l'éducation pour la santé?

M.D : Alors il y a eu une enveloppe budgétaire par rapport aux actions d'éducation pour la santé. La loi de 1994 prévoit la mission de soin, la mission de prévention et la mission d'éducation pour la santé et donc ça appartient au champ de compétence de l'UCSA. Moi je pars toujours de ça et je le rappelle toujours car il y en a beaucoup qui ont tendance à l'oublier. C'est donc aux médecins à élaborér le programme d'éducation pour la santé en liaison avec le chef de l'établissement pénitentiaire et en liaison avec le SPIP depuis la réforme de 1999. Donc nous dans ce cadre-là, l'administration pénitentiaire a alloué une enveloppe spécifique, qui est fléchée, au sein du crédit santé puisqu'on a une enveloppe particulière pour le crédit santé des détenus qui nous permet de rembourser les hôpitaux sur le ticket modérateur, de rembourser aux hôpitaux les forfaits journaliers et d'hospitalisation. On peut rembourser également dans le cadre des protocoles les frais de transport de matériel comme pour les médicaments ou les analyses. On a une enveloppe de crédit santé des détenus et à l'intérieur de cette enveloppe, on a une enveloppe fléchée pour l'éducation pour la santé qui doit être réservée aux actions pour l'éducation pour la santé. Dans la loi de 1994, dans le schéma, le médecin est responsable dans l'élaboration du programme en liaison avec nous et normalement l'établissement de santé, donc l'hôpital où le médecin, doit chercher les financements de cette action là. Théoriquement. Parce qu'en principe ça ne se passe pas comme ça. Théoriquement, l'hôpital devrait rechercher les cofinancements auprès des DDASS, qui ont des crédits de prévention et de santé, auprès du Conseil général, auprès de réseaux mutualistes, auprès

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

de la CPAM et auprès de l'administration pénitentiaire. Ce qu'il faut dire c'est qu'actuellement, ça ne se passe pas du tout comme ça et très souvent les projets sont la plupart du temps financés par l'administration pénitentiaire ce qui est absolument anormal. Donc on essaye de rectifier et de demander les cofinancements parce que chaque année il y a cette enveloppe là, moi je fais un appel auprès des chefs d'établissement pénitentiaire en rappelant bien la procédure, c'est-à-dire que le médecin doit élaborer le programme et demander les cofinancements. Et les deux ministères en 1997 et 1998 ont organisé en colloque sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire et il y a eu tout un travail de fait entre les deux ministères qui a aboutit à l'élaboration de ce livre qui est un outil de la méthodologie de projets pour l'éducation pour la santé. Il a été diffusé en 1998 par les deux ministères. Bon, côté santé, les médecins ne les ont pas eus et ça a été toujours été le même problème que je vous ai expliqué. C'est très difficile de faire descendre de l'information du côté sanitaire. Les ministères ont accompagné la diffusion de ce guide, d'une mesure nationale de formation action à l'éducation pour la santé. C'est-à-dire qu'il y avait des mesures d'accompagnement avec un appel à candidature pour dix sites pilote qui ont bénéficié de crédits [...] Et donc l'orientation qui était fixée à la préparation par la direction de l'administration pénitentiaire, parce que pour le côté sanitaire je ne suis pas sûr que ce soit passé de la même façon. Nous, on nous a dit en 2002, que normalement tous les sites pénitentiaires devraient avoir bénéficié d'une formation actions d'ici 2005. Donc moi je leur dis lorsque je vais dans les SPIP et auprès des chefs d'établissement mais ces projets-là ce sont des projets qui sont quand même lourds à mettre en place car ça demande un fort investissement et je considère qu'il faut que les équipes soient volontaires car il faut des volontaires pour porter ce projet, il faut que ce soit porté par la direction de l'administration pénitentiaire et si ça n'est pas porté, ça n'est pas la peine. Donc on essaye de développer ça avec le réseau du CFES mais ça n'est pas simple à mettre en place.

F.E : Il y a eu des réticences à mettre en place ses formations actions?

M.D : Ce sont pas des réticences, si vous voulez. Mais d'une part c'est le problème, de manière générale car à l'extérieur ça existe et c'est encore pire en prison, de la reconnaissance, de la légitimité de l'éducation pour la santé, de manière générale. En plus en milieu carcéral, ce n'est pas simple à mettre en place car selon le type d'établissement, vous savez en maison d'arrêt les gens tournent et l'éducation pour la santé normalement ça s'inscrit dans la durée et il faut s'adapter. Il y a tout un tas de contraintes par rapport au fonctionnement du milieu carcéral et c'est peut-être plus facile à mettre en place dans un établissement pour peine. Donc ce n'est pas non plus simple à mettre en place en dehors des problèmes de disponibilité des personnes, de la reconnaissance de ce qu'est l'éducation pour la santé. Et nous avec ça on essaye de mettre en place ces formations actions. Nous à côté de ça on a mis en place avec la région dans les modules de formation de l'administration régionale pénitentiaire… j'ai demandé de mettre en place une section d'éducation pour la santé et on a eu trois formations. La première année a eue lieu en 1998. Après on l'a suspendu car on n'avait plus de responsable de formation. Au départ je ne l'avais fait ouvrir qu'au personnel pénitentiaire parce que pour moi normalement les sanitaires savent ce qu'est l'éducation pour la santé. Ils sont censés, selon moi, avoir l'éducation pour la santé dans leur champ

de compétence. Nous, si vous voulez, on intervient à titre... On ne peut pas faire de l'éducation pour la santé... Une mission ne pas être rempli s'il y a pas la participation de l'administration pénitentiaire, donc on peut être enrôlé, on peut faciliter la mise en place. Donc la formation je ne l'avais ouverte au départ qu'au personnel pénitentiaire car je trouvais que c'était intéressant de former le personnel pénitentiaire à l'éducation pour la santé pour qu'après ils se sentent un peu plus concerné. Mais après on a fait cette formation pluridisciplinaire et je pense que c'est beaucoup mieux et c'est ce qui s'est passé les deux autres années. Voilà. Mais cette année, ça n'a pas été très concluant dans la mesure où je n'ai pas eu de personnel de surveillance pénitentiaire et je n'ai eu que du personnel des SPIP. Celle d'avant, il y avait eu des personnels de surveillance et je trouvais que c'était beaucoup plus intéressant.

F.E : Les SPIP ont quelle implication dans ces projets?

D.M : Alors, là aussi il y a parfois ambiguïté et c'est pour ça que moi je rappelle toujours que c'est le médecin de l'UCSA qui est responsable en liaison avec l'administration pénitentiaire et avec le SPIP. Alors dans la circulaire sur les compétences du SPIP, il était marqué qu'en éducation pour la santé ils avaient un rôle de coordination. Mais c'est faux puisque la loi de 1994 établit que la coordination appartient aux médecins responsables de l'UCSA. Donc après dans une brochure, ils parlaient de contribution à l'éducation pour la santé. J'essaie d'être assez pragmatique selon l'outil qui va servir de support à l'éducation pour la santé, car si c'est un outil qui passe par le biais du théâtre par exemple alors le SPIP va peut-être avoir un rôle plus important à jouer car en effet le SPIP a l'établissement un rôle dans tout ce qui a trait aux réseaux et au développement d'actions culturelles donc et si vous voulez ils peuvent avoir une connaissance du réseau théâtral plus importante que le médecin. Il faut toujours qu'il y ait un travail de collaboration. Si c'est une action qui va avoir lieu par rapport au problème du sport et du dopage ou de l'alimentation, on va s'appuyer sur le moniteur de sport. Tout dépend du contenu de l'action. Donc moi je préconise qu'il y ait un travail pluridisciplinaire autour du montage du suivi des actions d'éducation pour la santé. Donc on essaye d'impulser cela et qu'il y ait au moins des réunions régulières, un groupe de travail autour de cela. Mais c'est très difficile. Vous n'avez aucun site qui soit au même rythme et au même niveau. C'est très différent selon les sites. A Lyon, il y a un groupe de travail qui s'est constitué et qui se réunit régulièrement mais ça existe très peu. Sur les autres sites, il y a des réunions mais une fois de temps en temps. Donc moi je leur dis qu'il faut qu'il y ait des réunions pour élaborer les actions, pour les suivre pour refaire les bilans.

F.E : Vous pouvez me dire combien il y eut de projets de formation action sur la région Rhône-Alpes?

M.D : Il y en a eu très peu puisqu'il y a eu à Lyon, Grenoble et il y avait eu deux sites pilotes mais actuellement il y a des velléités à la maison d'arrêt de Clermont et j'ai l'impression que ça va capoter.

F.E : Et quelle implication ont les directeurs d'établissement?

M.D : Elle est très minime. C'est minimaliste. J'exagère parce qu'il y a quelques sites où il y a des réunions de travail autour de l'éducation pour la santé et parfois certains sont plus investis que le médecin de l'UCSA. C'est variable. C'est très dépendant des

personnes. Il y a un site où il y a le directeur adjoint qui s'en occupe, à Riom aussi. Il y a eu la création de postes de directeur adjoint sur plusieurs sites et ça permet de faire évoluer les choses. Sur d'autres secteurs, ça peut être le chef de détention qui s'en occupe. Au niveau de l'école pénitentiaire, ils sont censés théoriquement faire quelque chose là-dessus mais c'esr minime ce qui a fait apparemment.

F.E : Quel est l'intérêt pour vous de faire de l'éducation pour la santé en milieu carcéral?

M.D : Moi je pense d'une part que les détenus, à part certains comme les toxicomanes, ont très souvent très peu d'accès aux soins en dehors même de la prison car ils ont une faible connaissance du système de soins. Et puis je pense que très souvent avec les profils qu'on a, c'est des gens qui avant de pouvoir accéder à autre chose qui leur permettra de se réinsérer, ils ont tellement de problèmes à régler avec eux mêmes que pour moi c'est une étape préalable indispensable pour pouvoir après... Moi je le vois au niveau aussi de la formation professionnelle, mon collègue qui s'en occupe le dit souvent. Les gens avant de pouvoir entrer dans une démarche de formation professionnelle et de travailler, ont tellement de problèmes psychiques à régler et même au niveau somatique par rapport à leur prise en charge sanitaire globale. Ce n'est pas simplement soigner un bobo, c'est beaucoup plus global. Avant de parler de réinsertion, on est obligé de régler d'autres problèmes qui entrent dans la prise en charge globale sanitaire et l'éducation pour la santé, c'est effectivement un moyen de régler ces problèmes-là. C'est bien de réaliser une prise en charge des dépendances mais je ne sais pas si quelqu'un qui un problème de conduites addictives peut rentrer, je ne parle pas des héroïnomanes qui sont bien intégrés dans la société… S'ils ne règlent pas leur problème de conduites addictives alors ils auront du mal à régler leur problème de réinsertion. Moi c'est un peu à travers ça que l'éducation pour la santé est indispensable. Après, l'évaluation de l'éducation pour la santé est très difficile. C'est très difficile d'évaluer ces actions là mais je dis que même s'il reste qu'un petit peu c'est déjà ça de gagné pour la personne. Je pense qu'il faut que le temps de la détention soit utile à la personne et qu'on profite de ce temps pour essayer de faire en sorte que les gens prennent conscience de certaines choses et même si c'est un minimum, c'est toujours mieux que rien. Je pense qu'il reste toujours quelque chose. En je vois par exemple sur un site où il y a des actions assez intéressantes qui se font et apparemment il y a un bienfait qui se fait sentir tout de suite même au niveau du comportement des gens. Les gens deviennent moins agressifs, ils reprennent confiance en eux. Donc déjà on voit un bien fait par rapport à ça.

F.E : Et le fait que l'éducation pour la santé repose avant tout sur le consentement de la personne est-ce que l'éducation pour la santé reste possible en milieu carcéral?

M.D : Il y a sûrement des travers. Ça doit jouer. Mais je pense que si ça peut toucher quelques personnes, ça vaut le coup quand même. C'est plus simple de vouloir faire travailler des gens mais la plupart ne peut pas aller travailler avant de régler les problèmes qu'ils ont avec eux-mêmes. C'est difficile de faire de l'éducation pour la santé. Je pense que ça ne peut l'être qu'encore plus en prison. Déjà le fait de la durée d'incarcération qui est faible dans les maisons d'arrêt, bien qu'elle augmente actuellement puisqu'elle tourne autour de sept mois… mais je crois qu'il reste toujours quelque chose.

Théoriquement ça devrait participer au projet de réinsertion. Théoriquement mais après entre la théorie et la pratique, il y a un fossé. Déjà on a du mal à mettre des actions d'éducation pour la santé et donc on essaie d'en mettre en place. Après, peut-être que dans dix ans on aura déjà évolué parce que très souvent il y a aussi le problème de la nature des actions qu'on met en place et c'est justement fait pour donner de la méthodologie de projets aux gens et pour partir des besoins des personnes. Je crois qu'il faut partir de la base, c'est-à-dire des besoins des personnes, et ne pas faire, comment on le fait encore, que ce soient les soignants ports où on prend à peine à la mode. Il faut partir des besoins des publics et travailler avec les publics. Mais pour l'instant on a pas assez de recul sur les actions. Il y a peut-être encore trop d'actions à but informatif et il faut qu'avec le temps les gens s'approprient cet outil, s'approprient ce qu'est l'éducation pour la santé. Actuellement aussi on a du mal à mobiliser les équipes là-dessus car il y a tellement de contraintes sur le fonctionnement de l'institution avec la surpopulation. On n'a peut-être pas forcément un contexte très favorable. Mais si on part de ce prétexte-là, on ne fait rien. Car il y a des gens qui ont tendance à dire qu'en raison des conditions de la prison, on ne peut rien faire. Non. Moi je me suis pas partisan de cela car sinon je ne serais pas à ce poste là. Je vois quand même quelques comptes-rendus qu'on a, car certaines équipes nous donnent des évaluations, et il y a quand même des choses intéressantes qui se font.

F.E : Est-ce que vous pensez que ça peut modifier la relation entre les surveillants et le détenu?

M.D : On aimerait, si vous voulez. Mais ça c'est très difficile, je pense que pour l'instant c'est un peu de l'utopie. Mais c'est vrai que peut-être dans des établissements pour peine... Mais dans des maisons d'arrêt, c'est difficile. Les surveillants sont pris dans tellement d'autres choses, qu'ils n'ont pas de temps pour développer le relationnel même si certains le font. Mais je pense que c'est intéressant qu'il y ait une formation pluridisciplinaire car ça permet d'avoir une autre relation avec la personne détenue. Beaucoup vous disent qu'ils n'ont pas le temps de faire cela et je pense que c'est vrai souvent. Il y a une amélioration qui se fait car on a beaucoup mit le paquet sur la prise en charge des mineurs. Il y a des surveillants par exemple qui sont spécialement affectés dans ces quartiers et je pense que là, il y a travail plus intéressant qui est fait. Mais c'est des quartiers mineurs. Il faudrait que cette politique soit développée à toute la gestion de la détention mais ça demande un personnel qui est énorme. Il y a eu une volonté politique derrière car c'est toujours un échec que d'avoir des mineurs incarcérés et donc il y a une politique menée depuis plusieurs années de développer la prise en charge des mineurs. Il y a une véritable amélioration de la gestion des équipes de travail qui devrait être appliqué à l'ensemble de la détention. Mais faute de ressources, ça ne se fera pas.

F.E : Est-ce que vous pensez que l'institution carcérale puisse représenter une institution de soins pour les détenus?

M.D : Moi je pense qu'il ne faut pas tous mélanger. Vous pensez à des prisons-hôpitaux? Non, moi je pense qu'on ne peut pas développer ce genre de choses. Moi je trouve... C'est un vieux débat à savoir est-ce que la prison est un lieu de soins. On est dans un système où les prisons existent. Tous les débats intellos pour savoir si la prison est un lieu de soins... On n'a pas trouvé d'autres systèmes que la prison et je

trouve que c'est mieux de soigner les gens que de les laisser comme cela. Je pense qu'il y a des gens qui devraient être autre part qu'en prison et il faudrait que les politiques changent la loi. Mais on a eu des politiques qui ont fait que de plus en plus de gens se trouvent incarcérés alors qu'ils devraient être dans des institutions psychiatriques par exemple. Mais en tant que fonctionnaire pénitentiaire, je trouve que c'est mieux de soigner les gens que de ne pas les soigner. Par exemple par rapport aux personnes qui ont des handicaps, effectivement il y a des gens qui disent que ces personnes ne devraient pas être en prison mais pour l'instant ils y sont. Alors est-ce qu'on ne devrait rien faire selon certaines théories? Moi je préfère qu'il soit pas la partir du moment où ils y sont, je préfère qu'il soit soigné et pris en charge. Il est vrai qu'on a de plus en plus au problème par rapport à la prise en charge de certains actes de la vie quotidienne et actuellement ce qu'on fait dans les prisons, c'est de la débrouillardise. Ce sont les surveillants qui font des tâches qu'ils ne devraient pas faire et on risque, avec le mouvement général de la société, d'avoir un procès. Par exemple un surveillant peut avoir un procès parce qu'il aura porté une personne, que cette personne sera tombée, se sera cassé quelque chose et qu'on va mettre en avant la responsabilité du surveillant qui n'avait pas à faire cette tache là. Il faut qu'on essaye d'améliorer les choses. Essayons de faire entrer des associations de soins à domicile en prison. Même si vous voulez au départ il serait mieux que ces personnes là soient ailleurs qu'en prison mais que par la loi elles y sont. Donc souvent fait rien et je trouve pas anormal, soient alors les politiques décident de ne pas mettre ces gens-là en prison. Ce n'est pas nous, ce n'est pas la pénitentiaire qui décide des incarcérations.

F.E : Je voulais savoir si la taille de l'établissement pénitentiaire avait un impact sur les différents projets d'éducation pour la santé ou sur l'organisation de soins?

M.D : Oui je pense. Effectivement dans un petit... Enfin, il y a pas de... C'est très différent. Si vous voulez, en fait non. La structuration hospitalière intervient. Je pense à un petit établissement qui a un développement important de la prise en charge sanitaire des détenus et vous en avez un autre qui est à peu près de la même taille et où c'est très différent. Les personnes y font pour beaucoup. C'est difficile de donner une position très tranchée. C'est très variable d'un site à un autre.

F.E : Je voulais savoir si vous suivez l'unité pour sortants?

M.D : Oui un peu puisque normalement on doit suivre ce dispositif. On intervient parfois directement dans la mesure où il y a eu beaucoup de difficultés d'intégration de cette unité dans l'établissement. Ils ont quand même rencontré quelques écueils et on a essayé de les soutenir. Si vous voulez, à un moment donné il y a eu des velléités parce que la direction n'avait apparemment pas intégré cet outil là dans leur fonctionnement et on rappelle parfois à la direction certaines choses. Par exemple, les eaux eues des problèmes de sélection des stagiaires et on a essayé d'organiser l'agrandissement du ressort de sélection des stagiaires pour le fer sur d'autres établissements et il y a une coordination affaire est encore assez de mobiliser les autres chefs d'établissements. On a fait des réunions sur d'autres établissements pour expliquer ce quelle unité pour sortant. Et puis l'année dernière en a fait une réunion de bilan. Tant qu'on est une mission de faire connaître auprès des différents sites ce qui se déroule. On a un rôle d'interface.

[…]

Ne vous basez sur Lyon. Il y a d'abord à Lyon une présence très importante de la prise en charge de la santé en milieu carcéral avant même la loi de 1994. Pour eux, par rapport à d'autres sites, il n'y a pas eu une grande modification. Alors que si je pense à d'autres sites, il y a eu un revirement beaucoup plus important. Ils ont beaucoup oeuvrer pour faire évoluer la prise en charge sanitaire en milieu carcéral et la loi de 1994 est venue pour eux un peu concrétiser et officialiser ce qui se faisait déjà ici. Ce qui n'est pas du tout le cas sur d'autres sites. Si vous alliez à Chambéry, je pense que vous auriez un autre son de cloche, ou à Valence, ou a Clermont.

F.E : Et vous suivez également les unités d'hospitalisation?

M.D : C'est dans le cadre d'un schéma national d'hospitalisation qui date d'août 2000 et ça concerne uniquement la médecine somatique. On a décidé de créer des unités hospitalières régionales, il y en a sept. Lyon était déjà dans une région atypique et pour nous ça n'a pas apporté un grand changement car il y avait déjà une unité fonctionnelle à Lyon et une à Villefranche. Nos détenus sont déjà hospitalisés dans ces unités qui sont au sein des hôpitaux alors que d'autres régions en envoyés beaucoup à l'hôpital de Fresnes, non on envoie jamais à Fresnes parce que cette unité là fonctionne depuis 1985. Pour nous ça va quand même être une nouveauté car sa lettre nouvelle structure qui va regrouper celle de Villefranche et celle de Lyon.

F.E : Et pourquoi ce regroupement?

M.D : C'est le ministère. C'est le ministère qui a voulu ça. Nous, on aurait souhaité que Villefranche subsiste. Mais bref... Les créations de lits d'hospitalisation dépend des ARH et nous on a appelé leur attention sur le fait qu'à mon avis le service allait être très *just* au niveau de la capacité puisque dans le schéma chacune des unités desservira une région géographique et pour nous ça sera la région pénitentiaire de Lyon et toute la partie sud de la région pénitentiaire de Dijon et donc on va voir beaucoup plus de détenus à prendre en charge. Et on pense que ça va être très difficile. Donc ça c'est uniquement pour les hospitalisations somatiques programmées parce que toutes les urgences ou les actes de courte durée se font déjà dans les hôpitaux généraux avec lesquels on a passé un protocole et où la on doit aménager des chambres de sécurité. Et là aussi ça n'est pas simple à mettre en oeuvre. Par contre à l'intérieur de cette nouvelle unité, la garde sera confiée à l'administration pénitentiaire et c'est une nouveauté. Ca va avoir une conséquence sur le suivi des protocoles. Parce que la loi avait au départ pour objectif de réduire les extractions médicales et de réduire les sorties de détenus. C'est un peu simpliste mais on a dit qu'il fallait réaliser de plus en plus de soins à l'intérieur de la prison pour éviter que les détenus sortent. Or ça n'est pas ce qui s'est passé puisqu'on a assisté à une explosion des extractions médicales, c'est vrai que la loi a amenée un plateau beaucoup plus important que ce qui existait auparavant et on a de plus en plus de moyens, mais comme on a des profils sanitaires qui ne vont pas en s'arrangeant et puis comme l'offre créée la demande, comme à l'extérieur, donc on a beaucoup d'extraction médicales. Ce qui est une répercussion sur notre fonctionnement. C'est vrai qu'il faut veiller à ce que les temps inscrits dans les protocoles soient respectés et c'est important qu'il y ait une légitimation de la santé en milieu carcéral mais il y a des problèmes parce

que par exemple certains praticiens ne veulent pas aller exercer en prison mais ce n'est pas normal parce que ça s'appartient à la mission de l'hôpital. Il faut faire la distinction entre les problèmes de démographie médicale sur certaines spécialités car il y a des exceptions réelles... Moi j'ai un site par exemple où depuis 1998, l'ARH a donné un mi-temps de psychiatre qui n'est pas mis en place. Pourquoi? Parce qu'au début on a dit que c'était un problème de démographie médicale et c'est vrai qu'on manque de psychiatres mais en fait j'ai appris récemment à la dernière réunion que ce n'est pas un problème de démographie médicale de psychiatrie sur cet hôpital mais c'est un problème d'organisation médicale car le service ne veut pas envoyer un psychiatre sur la prison. Donc là je viens de préparer un courrier au directeur de l'hôpital. Donc ça entraîne une perturbation du fonctionnement car comme le suivi régulier ne se fait pas, il y a des hospitalisations d'office qui ont lieu dans les hôpitaux et qui posent des problèmes au niveau des extractions. Tout est lié. Donc les hospitalisations qui avaient eu lieu au sein des SMPR vont être supprimées dans la nouvelle loi et on va créer des unités d'hospitalisation dans les hôpitaux spécialisés. Il y aura des unités de soins aménagées pour la prise en charge psychiatrique.

F.E : Et comment ça s'explique?

M.D : Ils trouvent que ça ne sont pas véritablement des unités d'hospitalisation. C'est vrai que par exemple la nuit il n'y a pas d'équipe médicale. Donc c'est un peu bâtard. Il y a donc plus que des soins ambulatoires en prison. Mais à mon avis avant que ce soit créé... Je pense que les hôpitaux ne vont pas se battre pour avoir ça et dont on a encore dix ou quinze ans difficiles à passer parce que dans les établissements pénitentiaires c'est vrai qu'on a de plus en plus de gens qui ont des troubles psychiatriques et que les personnels pénitentiaires ne sont pas formés pour réagir sur les comportements par rapport à ça. Ce qui fait qu'il y a des dérives qui arrivent en raison d'un manque de formation. Il y a des gens qui réagissent parfois mal à un certain type de comportement par méconnaissance et ça crée des incidents. C'est pour ça que je pense que ceux qui travaillent avec des œillères en disant que ce qui se passe en détention ne les regarde pas… C'est un peu archaïque comme raisonnement. Il faut bien voir que tout est interdépendant. Les gens qui ont des troubles de comportement posent d'énormes problèmes en détention pour le personnel pénitentiaire. Ça n'est pas évident de gérer ce type de trouble. Car c'est quand même les surveillants qui sont en relations constantes avec les détenus alors que les personnels soignants ne sont là que quelques heures par jour. Vous avez des médicaux qui ont des positions, justement au nom de certaines positions idéologiques... J'étais très frappée par une réflexion d'une infirmière qui m'a dit "Moi, je ne vais pas en cellule car je pense que ça n'est pas un lieu de soins". Je lui dis que je respecte sa position mais que je ne la comprends pas car aujourd'hui on soigne dans la rue. Moi je pense que c'est un peu étonnant. Bien sûr que ça n'est pas en soi un lieu de soins et récemment par exemple en a eu un suicide, la personne avait été signalée par le chef d'établissement parce que effectivement aussi les soignants ne vont jamais en détention, ils ne vont pas voir les personnes dans leur environnement. Ça me paraît nécessaire à la prise en charge de la personne. Par exemple lui, c'était un type qui était replié sur lui-même, sa cellule était dégueulasse et il vivait retranché à l'intérieur un. Il avait été signalé au service psychiatrique car il semblait bien qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas bien. Comme certains psy on dit "Nous, on ne travaille qu'avec le consentement au soin il faut donc que

les gens viennent nous voir" et bien ce type-là n'a pas été vu et s'est suicidé et ça pose quand même des questions. Autant rejeté fort le fait qu'on doive respecter le service médical avec un espace médical car c'est important au point de vue symbolique pour le détenu. Mais dans certains cas il faut aussi savoir en sortir et je pense que ne pas aller voir quelqu'un dans sa cellule qui ne vient pas depuis plusieurs fois à un rendez-vous... Il faut parfois sortir de certains raisonnements idéologiques. Je trouve actuellement que le soin va vers la personne. Je connais un service où il y a une équipe psy qui refuse, mais je pense que c'est par protection d'elle-même parce que c'est plus facilitant de dire "On attend que les gens viennent à nous et on ne bouge pas", c'est très facile comme position... Alors que la loi dit au contraire qu'on essaye d'amener la personne à rentrer dans une démarche de soins par quelque moyen que ce soit, passablement avec des entretiens individuels où la personne vient volontairement. L'idée de la loi c'est pour essayer de mettre en place des outils diversifiés et en matière psy, il y a des équipes qui le font car il y a une prise en charge collective avec des groupes de paroles parce qu'il y a des gens qui ne sont pas capables de rentrer dans une relation par le biais d'entretiens individuels mais qui vont avancer par une démarche d'actions de groupe. Ça va déclencher à travers le travail de groupe direction qui vont leur permettre d'entrer dans des entretiens individuels. Moi j'ai une équipe psy archaïque qui ne démord pas de sa conception alors que j'ai un établissement pour peine où il y a des actions de groupe. Mais je pense que c'est par peur. Je sais que c'est par peur dans leur cas car il y a aussi les soignants qui ont la pétoche. Je trouve que ça n'est pas normal. Alors là aussi je prépare une action mais je ne dis pas "il faut", je dis "dans d'autres sites, il y a des actions de groupe qui se développent parce qu'il y a des personnes détenues qui ne peuvent par entrer dans une démarche de soins par des entretiens directs". Bien sûr qu'il y a le principe du consentement au soin, c'est l'idéal. Mais il faut aussi inciter les gens à entrer dans une démarche de soins. Il y a un psychologue qui m'a répondu, car j'étais étonné qu'il ne fasse pas d'actions de groupe, "je n'ai pas été formé" et je lui répondu "il faut bien peut-être bien pensé à vous former". J'ai des équipes qui font des activités de groupe et où ils interviennent à deux, tous assez les techniques appartiennent aux sanitaires. Mais il faut les former. Combien de fois je l'ai dis aux médecins de la DDASS qu'il faut les mobiliser là-dessus. Moi je ne peux rien faire directement car ce n'est pas mon rôle. Je n'ai rien à faire dans la technique de soins. Mais ça a quand même des répercussions parce que plus il y a de gens qui rentrent dans une démarche de soins et plus c'est intéressant.

[…]

E.F : Mais l'enjeu est-ce que ça n'est pas justement d'aboutir à la naissance d'une médecine pénitentiaire?

M.D : Ah surtout pas! Ne dites surtout pas ça car c'est au contraire ce que la loi a combattu. Elle a permis de mettre fin à l'idée qu'il y aurait en prison une autre médecine, une sous-médecine pour les détenus. Si les médecins vous entendaient, ils vous sauteraient dessus. Non en revanche, il s'agit de reconnaître que le milieu carcéral est un milieu spécifique et que donc la médecine doit répondre à certaines conditions. Par exemple, en prison le détenu n'a pas le choix du médecin, sauf dans des conditions particulières, et c'est une différence de taille avec l'extérieur. Alors en prison, certains

médecins se réfèrent à ce fameux « colloque singulier » mais moi je leur réponds que s'ils ne veulent pas se plier à leur milieu de travail, ils n'ont qu'à changer de travail. Maintenant je l'entends quand même moins. Mais c'est vrai qu'en prison, la médecine ne pourra jamais être exactement la même.

Entretien n°10 : Mme Bouthara, éducatrice à l'Antenne toxicomanie des prisons de Lyon, 22/04/2003, 1h50.

B.F : Dans les années 80, il n'y avait pas d'établissements spécifiques en prison pour les toxicomanes et à l'époque c'était le CMPR, les Centres médicaux psychologiques régionaux. Il s'agissait à l'époque essentiellement de personnes assez âgées et héroïnomanes qui étaient mal connues, d'une part parce qu'il y avait peu de demande de soins à l'extérieur et d'autre part parce qu'il s'agissait essentiellement d'une approche de type psychiatrique ou social et les gens étaient essentiellement repérés à partir de leurs délits d'ILS, Infractions à la loi sur les stupéfiants. Ça concernait peu de personnes chez les toxicomanes. Mais il y avait quand même l'idée déjà qu'il y avait des gens qui étaient toxicomanes en détention. On ne savait pas trop qui ils étaient et on n'avait pas une réelle connaissance de leurs difficultés. La MILDT a commencé à s'intéresser à la politique de prise en charge des toxicomanes incarcérés. Dans la même mouvance, il y a eu des enquêtes qui ont été mises en place notamment par Ingold qui a entrepris des recherches en milieu carcéral pour essayer de mieux cerner la population toxicomane notamment à l'héroïne. Dans la même dynamique, le SMPR de la prison de Fresnes qui, du fait de sa pratique de prise en charge des problèmes psychiatriques, était confronté à des personnes souffrantes qui étaient toxicomanes a voulu aussi mieux connaître cette population et a eu les autorisations et le financement de la DDASS pour pouvoir mettre en place une recherche action. Cette recherche action a eu deux conséquences. D'une part, elle a mis en évidence qu'il y avait beaucoup de gens qui étaient concernés par la toxicomanie et ces gens-là étaient éloignés du secteur sanitaire. C'étaient des personnes qui étaient là pour des délits qui n'avaient rien à voir mais qui étaient connexes à la toxicomanie et c'était des gens qui avant leur incarcération n'avaient fait aucune démarche de soins. Il y a eu un effet, qui n'était peut-être pas l'effet recherché au départ, c'est que cette recherche a permis l'émergence d'une demande de la part des détenus car après avoir été rencontrés une ou deux fois dans le cadre de l'enquête, ils ont commencé à vouloir être traité et ça posait la question de savoir quel type de structure mettre en place pour répondre à cette problématique. À cette époque-là, en 1986, on était encore dans une vision de la toxicomanie qui était très proche du modèle psychanalytique. La toxicomanie était perçue comme un symptôme d'une souffrance psychoaffective et/ou sociale et pas une maladie et, en tant que tel, elle n'appelait pas une réponse de type médical. Du coup, on a pensé les structures sous une forme non médicalisée avec une prise en charge qui se devait, d'une part de les inciter à une prise en charge et puis aussi d'essayer de répondre au niveau de leurs difficultés, soit au plan psychoaffectif, soit au plan social. C'est là que nous est venue l'idée de créer des antennes toxicomanie, il y a quatre sites pilotent qui ont été créés, une à Fresnes, une à Bois d'Arcy, une à Varces et une à Lyon. Ces antennes étaient expérimentales avec un cahier des charges

conséquent avec notamment une mission très importante du côté de l'épidémiologie. Il y a eu une recherche menée en épidémiologie avec un groupe témoin. Une action de dépistage, une meilleure connaissance de ces personnes, une coordination de toutes les actions menées en la faveur des toxicomanes en milieu carcéral. C'était la coordination de ce qui était à l'époque la médecine pénitentiaire car il n'y avait pas encore les UCSA, le service social des prisons qui est maintenant le SPIP et puis du service de psychiatrie. L'antenne toxicomanie c’était la structure qui devait harmoniser et rendre cohérentes toutes les démarches qui étaient faites en faveur des détenus toxicomanes dans la perspective de préparer le détenu à la sortie. Il s’agissait donc d'avoir un lien étroit avec le secteur spécialisé situé hors de la détention. Il fallait que ces antennes soient référées à une institution pénitentiaire, elles ne pouvaient pas l’être à l'institution médicale puisque à l'époque la santé était pénitentiaire. Et donc on avait un paradoxe car il fallait faire avouer ou déclarer à une personne un comportement qui était un délit et c'était un petit peu compliqué. Donc notre service était rattaché à la psychiatrie, c'est quelque chose qui est apparu très naturel car la toxicomanie est décrite par l'Organisation mondiale de la santé comme un trouble mental. L'antenne toxicomanie était donc sous l'autorité médicale du médecin-chef du SMPR. Notre budget était un budget annexe qui'était géré par l'hôpital de rattachement. Les personnes habilitées à travailler dans les antennes étaient les gens des SPIP de façon très claire. Il ne pouvait pas y avoir de médecins car la prise en charge devait être non médicalisée. Il devait y avoir des assistants sociaux et des spécialistes de la santé mentale, psychologues ou un infirmiers psychiatriques. Très rapidement, ce modèle de fonctionnement s'est étendu aux autres maisons d'arrêt. Il y a en tout 16 antennes toxicomanies en France. Leur fonctionnement a peu changé mais leur statut a changé puisqu'en 1992, elles sont passées du niveau expérimental et ont été considérées comme des centres de soins spécialisés pour les toxicomanes et elles ont eu les mêmes attributions que les CSST et leur budget a fait partie de la même ligne budgétaire. Il y a eu un petit changement 2003 puisqu'en janvier 2003 toute la toxicomanie est passée en France à l'assurance maladie. Mais le problème, c'est que qui dit anonymat dit difficultés à rentrer dans l'assurance maladie car dans l'assurance maladie, dès qu'on bénéficie de soin, il faut donner son nom. Ca posait donc un problème et en janvier 2003 on a assuré que les soins restent anonymes et gratuits tout en étant pris en charge par l'assurance maladie. Et au sein de l'assurance maladie, la toxicomanie a été rattachée aux soins médico-sociaux qui s'occupent par exemple des maisons de retraite [...] Alors d'un côté, on peut penser qu'en sortant d'un régime d'exception, on perd peut-être une certaine liberté qui faisait qu'on pouvait peut-être être plus créatif et on avait peut-être moins de pressions notamment économiques au niveau de la rentabilité par exemple. Mais l’intérêt c’est de pérenniser ces structures qui étaient quand même relativement fragiles malgré tout car il y avait des comptes qui étaient rendus annuellement aux DDASS et c'est vrai qu'on a eu des fermetures de structure notamment lorsqu'on a souhaité des résultats plus rapides et qu'on est passé à la substitution, plusieurs centres ont fermé parce qu'on a décidé qu'ils n'étaient pas adaptés à l'évolution des comportements et des usages des toxicomanes. Mais c'est une modification qui est uniquement budgétaire car on reste toujours sous la responsabilité des SMPR et notre budget qui dépendait avant de l'hôpital, qui correspondait à une sorte de ligne exceptionnelle, va être maintenant un budget qui va être versé par l'assurance maladie. Mais sur le plan structurel, c'est toujours le même

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

fonctionnement. On est toujours sous l'autorité médicale du médecin-chef, pas du SMPR. Par rapport au SMPR, on a une autonomie de fonctionnement. C'est lié aussi au fait que notre médecin-chef, le docteur Lamothe, a respecté le cahier des charges et les règles qui étaient indiquées lors de la création des centres et il n'a pas phagocyté l'antenne. Parce qu'on a des antennes toxicomanie qui ont été complètement phagocytées par le SMPR et où il n'y avait plus de distinction entre les personnels. C'était le SMPR qui prenait en charge au sens large les malades mentaux mais aussi les toxicomanes et là il y a confusion totale entre le personnel de l'antenne et le personnel du SMPR. Alors qu'à l'antenne de Lyon, ce n'est pas le cas. Ce sont deux structures séparées et nous y tenons beaucoup, ce qui n'est pas sans poser de problèmes avec l'équipe du SMPR qui est quand même proche puisque nous avons les mêmes locaux, et qui quelquefois supporte assez mal notre fonctionnement qui est très différent du fonctionnement hospitalier car c'est un fonctionnement beaucoup plus libre qui fait que nous on travaille plutôt comme travaillerait un centre de soins associatif. C'est-à-dire qu'on est très porteur à la fois du projet et on est très soucieux du fonctionnement de la structure car on se soucie de la file active, ce qui n'est pas le souci d'un infirmier hospitalier qui vient effectuer son horaire et n'a pas le souci de la pérennisation de la structure par exemple alors que nous on fonctionne comme ça par exemple. Chaque membre de l'antenne a le souci que la structure se pérennise.

On un mode de fonctionnement qui nous a permis d'être très créatifs et de créer par exemple à l'antenne toxicomanie à Lyon de nombreux dispositif nouveaux. Ça vient de notre statut particulier qui fait qu'on dépend du secteur hospitalier et qu'on ait un fonctionnement très différent, qui est beaucoup plus proche du schéma associatif. Depuis 1986, les missions sont restées les mêmes mais ce qui a évolué ce sont les pratiques. Il y a une évolution très nette des toxicomanes, dans leurs usages et dans leurs comportements et dans leurs attentes et il a fallu développer des dispositifs plus adaptés. Au niveau de l'antenne de Lyon, le personnel a changé brutalement au bout de dix ans. Au point de vue de l'organigramme, il y a un médecin de santé publique et c'est une particularité de l'antenne de Lyon car les antennes sont non médicalisées. Ça s'explique car lors de la création de l'antenne toxicomanies, le docteur Lamothe souhaitait qu'il y ait un poste de médecin de santé publique. Une psychologue, deux éducateurs et voilà. On a également une éducatrice qui est détachée par l'hôpital mais c'est un cadeau de Vinatier et on a un médecin alcoologue qui fait des vacations. Ce sont des personnes qui travaillent avec nous mais qui sont rémunérées sur des budgets annexes. Par exemple le budget de l'UPS a été décidé dans le cadre de la MILDT et il est maintenant complètement englobé dans le budget de l'antenne. On a dans le cadre de l'UPS des personnes qui travaillent à mi temps, une infirmière et une secrétaire, et on a des intervenants qui viennent pour la durée d'un module. Dans d'autres prisons, le choix est d'utiliser le budget pour des postes permanents et donc ils ont un autre fonctionnement que nous.

Notre mission épidémiologique au niveau de l'antenne toxicomanies est toujours d'actualité. Pour la mener à bien on accueille tous les jours les détenus entrants sur les prisons Saint-Paul et Saint-Joseph, mais comme depuis quelques années notre charge de travail a augmenté, on a demandé au SMPR de participer à cet accueil. L'objectif de

cet accueil est double. Il s'agit d'une part de repérer, comme nous avons affaire actuellement à des polytoxicomanes qui intègrent dans leur consommation autant des produits interdits que des produits prohibés, l'objectif est de repérer les gens qui font un usage de substances psychoactives et qui sont problématique pour eux. Donc soit un usage abusif, soit une dépendance. C'est un repérage qui a aussi deux objectifs puisque c'est un objectif purement scientifique de type épidémiologique sur les consommations et le deuxième objectif est l'orientation de ces personnes dans la détention. Donc cet entretien a lieu par un questionnaire qui a été élaboré par l'INSERM et depuis l'arrivée de M.Sahadjan on a aussi un deuxième outil qui est un deuxième questionnaire qui est passé à toutes les personnes qui arrivent. En fonction de notre formation initiale, on a tendance à le faire passer différemment. C'est-à-dire que les éducateurs pourront avoir des difficultés car ils ne vont pas le voir comme intrusif, alors que les psy vont avoir plus de difficultés et vont le remplir de façon plus subjective que nous. C'est quelque chose qu'on essaie de travailler afin d'harmoniser les données pour obtenir quelque chose de plus scientifique. À la fin des années 80, on a créé une association qui s'appelle le GRAD, le Groupement régional des antennes décentrées, et qui a pour but de penser ensemble nos pratiques et pour améliorer notre prise en charge. On trouvait que l'ANIT nous correspondait peu car elle était très éloignée des problématiques qui ont lieu en milieu carcéral et en plus il y avait quand même beaucoup d'hostilité à notre encontre. Ils imaginaient qu'il y avait une sorte de collusion entre nous et l'institution répressive. C'est une idée un peu ancienne mais qui a durée très longtemps, qui était de dire que si on met en place des structures soignantes en milieu carcéral, c'était quelque part une façon d’améliorer ou d’aménager le système carcéral pénitentiaire français et du coup on était dans une espèce d'aménagement et qu'on permettait la survivance de ce système là. On s’est même fait traité une fois de médecins nazis. C'était surtout des gens du secteur associatif qui étaient aussi très empreints... Vous savez que dans la prise en charge des toxicomanes... Vous savez que si l'ANIT s'appelle l'Association nationale des intervenants toxicomanies ça n’est pas par hasard car le fait d'utiliser le mot intervenants, c'était en lien avec une vision communautaire de la prise en charge des toxicomanes où il n'y avait pas de distinction entre les personnes qui prenaient en charge et les toxicomanes. Il ne s'agissait pas de vivre avec mais de vivre à côté. Il y avait une très grande perméabilité par exemple entre la sphère professionnelle et la sphère privée. Il y avait par exemple des soignants qui accueillaient des toxicomanes chez eux. Avec l'idée que comme la toxicomanie n'était pas une maladie, il ne fallait pas y avoir une réponse de type institutionnel mais il fallait y avoir une réponse qui était à côté de la vie et être ainsi dans un accompagnement au long cours, en arrivant pas avec une casquette de psychologue, d'éducateur ou de médecin afin de mieux saisir la demande. Et nous on a gardé quelque chose de ce mouvement à l’antenne toxicomanie car il n'y a pas de hiérarchie. Il y a un médecin, un psychologue et deux éducatrices et une secrétaire mais il n'y a pas de pouvoir hiérarchique d'une personne sur une autre. Il n’y a pas d'intermédiaire entre le chef de service et nous. C'est très riche et en même temps pas évident du tout parce que du coup on doit sans arrêt s'auto légitimer. On essaie de mettre en place actuellement quelques repères parce que sinon dans le fait de s'auto légitimer, on est très exigeant par rapport à soi-même car c'est donc notre cadre de travail. Il y a une autodiscipline qui est compliquée mais qui en même temps est plus intéressante car tout le monde est plus actif

car on attend pas que quelqu'un vienne résoudre notre problème et on essaie de trouver des solutions aux problèmes. C'est pour cela que je vous parlais d'un esprit associatif, car il y a un investissement personnel important et qui est du coup sauve un peu l'antenne. Car comme on est une petite structure, si on avait un fonctionnement très institutionnalisé du type institutions médicales, je pense que ça ne serait pas possible. Par exemple, si on monte un groupe ou un atelier, on doit être là et on ne peut pas poser nos vacances au moment où le groupe se fait. Alors que dans un fonctionnement classique hospitalier, les gens posent leurs vacances, et ce n'est pas un problème s'ils sont là où ce ne sont pas là.

F.E : Et au SMPR, ils ont un mode de fonctionnement très différent?

B.F : Oui. Au SMPR, c'est très différent. Alors comme il y a eu des problèmes parfois où n'il y avait personne pour les groupes, ils commencent à se remettre en cause et à se dire qu'ils ne peuvent pas fonctionner comme ça en milieu carcéral. Alors au sein du SMPR, tout le monde ne fonctionne pas de la même façon. Il y a par exemple un infirmier qui fonctionne un peu plus comme l'antenne et ça pose des problèmes parce que du coup il est hors normes. Il travaille beaucoup avec les mineurs et il a beaucoup de contact avec l'extérieur et il est un peu remis en cause dans son équipe parce qu'il ne distribue pas les médicaments le matin à huit heures... Parce que le SMPR a un fonctionnement qui est très structuré. Tous les matins, il y a les gens qui viennent prendre leur méthadone et qui défilent dans l'infirmerie, donc l'infirmière doit être là avec ses médicaments, ils ont des horaires de 7h30 à 17 h 30 alors que pour nous si tout le monde n'est pas là un jour, ça n'est pas problème parce que nous on suit les gens dans un travail individuel et quand on met en place des activités on se doit d'être là. On est plus libre qu'eux car ils ont plus de contraintes. D'autant plus qu'ils travaillent avec des populations plus difficiles que la nôtre car ils travaillent avec des malades mentaux qui sont vraiment très malades, très très malades. Ils ont des problèmes de violence. Ils sont donc soumis à un stress qui est très important. Ils sont beaucoup plus interdépendants les uns des autres.

Et le troisième objectif de cet entretien, c'est de créer un espace de parole qui permette à la personne de faire un petit retour sur elle-même. Ce n'est pas une thérapie mais c'est de permettre à la personne de faire des liens à partir de ce questionnaire. Peut-être que la personne va commencer à faire un lien entre sa consommation d'alcool ou de drogue et un problème psychoaffectif. Parce qu'en général, les populations qu'on rencontre en détention ne sont pas dans cette perspective là. Si je suis toxicomane, c'est souvent pour des raisons extérieures à moi. Il s'agit de faire des liens entre sa conduite, son comportement et quelque chose qui appartiendrait à son vécu. C'est nous permettre également de signaler des gens qui ont des troubles psy et qui seraient passés inaperçus au niveau de l'UCSA. Tous les détenus entrants passent d'abord par l'hôpital pour voir un médecin et font un bilan de santé, s'ils prennent un traitement de substitution ils en parlent et dans ce cas-là le médecin généraliste en parle au SMPR, car à Lyon, tout ce qui concerne la substitution est pris en charge par la psychiatrie à part le sevrage pour les alcooliques qui est pris en charge par l'UCSA. Cette personne va dans un deuxième temps rencontrer quelqu'un du SPIP, un professeur par rapport aux problèmes d'illettrisme, une personne de la détention pour l'orientation en détention et puis nous. Nous déjà, on se présente comme du personnel soignant et donc on garantit la confidentialité de l'entretien, car en effet ils vont faire état de comportement délictueux. Un

entretien dure entre dix minutes et une demi-heure. En générale, il n’y a aucun dénis de toxicomanie. En revanche pour les alcooliques on a un plus gros problème. Dans l'entretien, il y a beaucoup de résistances et on va en rester à un niveau somatique et on va leur proposer un rendez-vous avec le médecine. Alors là, c'est bien parce que ça reste au niveau somatique mais il ne faut surtout pas leur parler du psychique. Si la personne est toxicomane, alors on a un deuxième questionnaire pour la toxicomanie qui est plus centré sur les modes et les consommations de produits. On propose alors une prise en charge de la personne, soit individuelle de type éducatif ou psychologique. Si la personne est sous substitution, elle va poursuivre sa substitution. Si la personne est sous traitement psychiatrique, on le signale aussi au médecin psychiatre. Si un héroïnomane arrive, il ne veut pas de substitution, en revanche il veut un traitement pour dormir ou s'il veut être sevré, alors il sera traité par le SMPR. Après on demande à la personne si elle a un type de suivi privilégié par rapport à un autre et si la personne ne répond pas c'est nous qui déterminerons en fonction de ce que l'on perçu de la personne. Nous on ne s'occupe pas du tout de la substitution car c'est en général la personne qui le demande, soit elle avait un traitement qui était déjà commencé à l'extérieur et ce sera continue à l’intérieur, mais il sera revu par le médecin car il y en a qui arrivent avec une substitution affolante et le médecin la revoit, le médecin psychiatre prend contact avec le médecin prescripteur et avec la pharmacie mais très souvent il ne connaît pas son médecin prescripteur. L'un des avantages des antennes toxicomanie.. C’est qu’à Lyon en 1994 qu'il y a eu un gros rappel de la part des autorités de tutelle concernant la substitution. Parce que les CSST étaient très réticents. Il y a eu des médecins de la santé qui sont descendus à Lyon. Et en gros c'était c’était soit vous décidez de faire de la substitution, soit le centre est remis en cause. Donc la plupart des centres de soins pour toxicomane se sont mis à faire la substitution. Du coup, la plupart des centres qui n'avaient pas de médecins psychiatres, se sont mis à en embaucher, voire même des médecins généralistes. Il faut savoir qu'il y a une réticence de la part de l'école lyonnaise à la substitution. L'école lyonnaise est encore très attachée au modèle psychanalytique. Il faut dire aussi qu'à Lyon, il y a une grosse tradition de la psychiatrie qui est liée à l'histoire de la médecine légale car les premiers médecins psychiatre comme le professeur Roche appartenait à un courant de la psychiatrie sociale qui ont été à l'origine des deux centres associatifs lyonnais les plus connus pour le traitement de la toxicomanie, le centre A3 et la Puce. La toxicomanie était prise en compte à Lyon sur son versant psychiatrique et toxicologique, car le professeur Roche était un psychologue, et sur le plan social. Du coup la substitution a eu du mal à s'implanter. Et l'avantage pour nous dans les antennes, c'est qu'on ne fait pas de substitution. Avant par exemple, les détenus passaient beaucoup de temps avec nous dans l'entretien pour essayer de nous convaincre de voir un psychiatre et d'avoir des médicaments. Ils essayaient de faire pression sur nous pour avoir des traitements. Ça occupait une grosse partie de l'entretien dans cet aspect de négociation et maintenant qu'il y a la substitution, on ne s'en occupe plus car c'est le SMPR qui gère cela. Avant la substitution, du temps de l'héroïnomanie, le détenu était sevré, il ne prenait pas de traitement et il y avait du coup l'émergence d'une demande car on parlait beaucoup plus. Maintenant avec l'évolution de la toxicomanie vers des poly toxicomanies relativement banalisées et admises parce que peu voyantes, surtout par rapport à l'héroïnomanie. Du coup, les demandes sont très opératoires. C'est "Je viens pouvoir pour cela". Mais le

travail psychosociale est plus difficile à aborder. Par exemple, je me rappelle, il y a dix ans de cela on avait des familles qui appelaient régulièrement parce que l'héroïnomanie d'un membre de leur famille mettait vraiment à mal la famille sur le plan psychique et sur le plan de la réalité avec des vols et des problèmes de coups et blessures. Donc on avait beaucoup de coup de fil pour essayer de faire quelque chose. Maintenant, on en a plus du tout parce que c'est vrai qu'aujourd'hui un poly toxicomane peut ne pas se voir car il est sous traitement de substitution et il va s'envoyer en l'air de temps en temps avec le produit. Dans l'entretien d'accueil, il nous arrive également de contacter l'UCSA pour leur communiquer plusieurs informations, notamment par rapport aux alcooliques. Ça peut entraîner des problèmes pour le détenu car le sevrage pour les alcooliques peut-être très dangereux, contrairement au sevrage pour les héroïnomanes. Si on arrête l'alcool brutalement, la personne peut faire des convulsions. On va également revoir notre collègue du SPIP pour partager des informations. Avant on avait peu de liens car ils n'étaient pas obligés d'être là mais maintenant on a des liens plus importants. Auparavant, on téléphonait aux familles alors que maintenant on ne le fait plus.

F.E : Depuis quand ont ils l'obligation d'être là?

B.F : Je ne crois pas qu'ils aient l'obligation légale car je ne crois pas que ce soit inscrit dans le Code de procédure pénale. Je crois que c'était à la demande du directeur de la prison, au temps où il était le supérieur hiérarchique du SPIP, c'est-à-dire avant la départementalisation. Mais avant effectivement, ils n'étaient pas présents et on palliait à cela en répondant aux urgences. Pour les alcooliques, on va leur proposer plusieurs choses. Un médecin alcoologue mais aussi un groupe alcool qu'on a mis en place. C'est un groupe qui s'étale sur quatre séances par semaine sur quatre semaines animé par un psychologue vacataire et par un infirmier du SMPR et ce groupe a pour objectif de mobiliser les gens autour de leurs problèmes d'alcool. Ce sont des gens qui sont à des niveaux très différents, ça va de l'alcoolique à la personne qui boit régulièrement mais qui n'a pas la conscience d'être alcoolique. L'objectif est qu'à travers les échanges, s'opère une autoévaluation des participants. L'objectif est de mobiliser les individus pour qu'ils puissent ensuite faire des demandes individuelles. Parce qu'en outre de ce groupe, les individus peuvent être suivis de façon psychologique. Pour les autres, pour ceux qui ont moins de vingt et un ans, la psychologue avait initié un groupe de prévention des risques chez les jeunes adultes et qui a pour objectif de regrouper des jeunes pour leur permettre de se rencontrer. Il s'agit de provoquer une réflexion autour de leurs conduites à risque. On va évaluer le statut de la personne par rapport à son état psychologique, pour voir si elle en mesure de suivre régulièrement des consultations avec un psychologue et en fonction de la durée de sa peine. Mais si la personne fait une demande, même si notre avis est défavorable, on va répondre à sa demande. Et puis il y a des gens qui ne sont pas en mesure d'avoir une relation duelle mais qui souhaitent travailler des choses plus ponctuelles comme par exemple la gestion du stress. Donc on a un groupe de relaxation et de sophrologie qui fonctionne très bien. Ces groupes ont été mis en place à partir de notre expérience dans l'UPS. L'UPS nous sert un petit peu de lieu d'expérimentation et c'est suite à un travail que j'avais fait avec mes collègues psy dans le cadre de l'UPS qu'on a décidé de mettre en place un groupe de sophrologie. A l'UPS, on travaille beaucoup sur les comportements et on s'est rendu compte des spécificités du milieu

carcéral. Donc on a souhaité donner aux détenus quelque chose qui puisse leur servire à tout moment. On sait bien que les détenus ne peuvent pas s'allonger à tout moment avec une lumière tamisée et mettre de la musique pour se relaxer et du coup on a souhaité leur apporter quelque chose qui puisse être mobilisé à n'importe quel moment de la journée. Et les médecins nous ont orienté des personnes qui pensaient avoir des problèmes somatiques au départ et qui sont traités sur un mode plus psychologique. C'est un groupe qui marche très bien puisque les détenus en parlent à d'autres détenus. Donc on peut avoir certain détenus qui vont être repérés par l'antenne mais qui ne seront pris en charge que par des activités de groupe parce que la personne n'est pas en mesure par exemple de faire des entretiens individuels. On un groupe écriture également qu'il est en suspens faute de financement. Et il y a un groupe de réductions des risques autour de la toxicomanie et qui va être animé par un médecin qui travaille à l'association A3.

F.E : Et au niveau des financements?

B.F : Nous, au niveau de l'antenne toxicomanies on a un budget qui ne dégage aucune marge qui ne nous permette de créer quoi que ce soit. Après on a le budget de l'UPS qui permet le paiement des vacataires. On bénéficie de financements de la politique de la ville qui finance plusieurs groupes. L'administration pénitentiaire nous apporte également des financements.

F.E : Et vous pouvez me décrire votre parcours personnel ?

B.F : Je suis devenue éducatrice un peu sur le tard puisque j'ai fait de la sociologie, et j'avais travaillé comme éducatrice de remplacement sans formation au début pour une association de handicapés mentaux et puis j'ai trouvé un poste dans un foyer pour jeunes délinquants et j'ai beaucoup travaillé sur la relation d'aide. J'ai suivi une formation sur la toxicomanie et j'ai fait un stage à l'antenne toxicomanies des prisons de Lyon et j'ai remplacé un assistant social qui partait. Je suis arrivé en 1990. J'ai fonctionné au départ sur un modèle très classique d'entretiens individuels à visée très psy, c'est ce qu'on appelait la mentalisation. C'était un processus de type analytique. À l'époque, on avait des héroïnomanes qui étaient sevrés en prison et qui ne prenaient pas de traitement et le fait de ne plus être sous-produit libérait la parole. C'est l'un des atouts du milieu carcéral car il n'y a plus de passage à l'acte et la parole est libérée. Il y avait déjà l'idée de faire du travail de groupe. On avait monté dès 1994 un dispositif qui était l'ancêtre de l'UPS qui avait demandé beaucoup d'énergie car en prison il y avait eu beaucoup de résistance. Et ce type de structures à intéressées la MILDT et c'est à partir de là qu'il y a eu la création des UPS.

F.E : Vous parliez de démarches dans la réalité?

B.F : Par exemple pour quelqu'un qui a des problèmes à la sortie ou quelqu'un qui souhaite faire une demande de COTOREP ou qui veut être pris en charge par un centre de soins à sa sortie. On participait également à la restauration des liens familiaux.

F.E : Mais c'est le travail du SPIP également?

B.F : Alors, vous soulevez un problème qui est effectivement la répartition des taches. À la prison de Lyon, on n'est jamais arrivé à vraiment formaliser cela. Actuellement on reste un peu flou. Aujourd'hui par exemple j'étais en réunion avec le

SPIP pour leur expliquer ce que l'on fait car on travaille sur les mêmes champs. Alors, soit c'est une collaboration et nous profitons de l'expérience des uns et des autres, soit le fonctionnement se fait de façon séparée avec le risque d'avoir des projets contradictoires. Mais les demandes qu'on reçoit de la part des détenus sont beaucoup du côté du soin et notamment de la mise en place d'un soin à l'extérieur ou la prise en charge pendant la détention pour travailler tout ce qui fait problème. Mais on travaille beaucoup avec La Puce, le centre associatif d'aide aux toxicomanes, qui intervient en prison notamment dans l'UPS et c'est vrai que par exemple ils s'occupent des problèmes de logement alors que nous on intervient pas forcément auprès des structures de logements.

F.E : Ce que je ne comprends pas c'est qu'alors que depuis des années 1990 il y a une médicalisation de la toxicomanie, le fonctionnement de l'antenne toxicomanies semble aller à l'encontre de cela?

B.F : Elle ne va pas à l'encontre mais l'antenne toxicomanies est restée fidèle à ce qui se faisait auparavant. Parce que nous, on pense toujours que la toxicomanie n'est pas une maladie et que le traitement médical de la toxicomanie est un traitement à courte vue. Il peut être intéressant et ça peut être un outil très utile mais si elle ne s'accompagne pas d'une prise en charge psychosociale du détenu, à mon avis elle est vouée à l'échec. Ou alors ce ne sont pas des toxicomanes mais on a affaire à quelqu'un qui aurait eu incidemment un problème de substances mais ça me semble inconcevable. Je ne dis pas que les traitements de substitution non pas leur intérêt, ils ont un intérêt notamment dans le cadre d'un accès aux soins afin de soulager les personnes de la violence du besoin de drogue. Sauf que nous, les gens qu'on voit en prison et qui sont sous substitution, il y en a aucun quasiment qui soit dans une démarche de soins. La substitution leur sert à gérer leur toxicomanie. Ils sont une minorité à prendre leur traitement en observant la prescription, pour la plupart c'est une gestion de la toxicomanie. Ce sont des gens qui cumulent les handicaps aussi, ils sont désinsérés depuis longtemps et ont peu de perspectives sur le plan social. Les antennes toxicomanies ont eu ce luxe mais je pense que les centres de soins aux toxicomanes seraient restés sur la même ligne s'ils n'avaient pas été obligés de changer. Pour le moment, il n'y a pas d'évaluation, mais on n'a pas l'impression qu'il y ait un modèle de prise en charge qui soit plus utile. Avec les traitements de substitution, ce qu'on voit, c'est que la demande de sevrage arrive mais elle est différée dans le temps. Par exemple avant, on avait affaire à un héroïnomane et au bout de cinq ans il demandait à être sevré. Maintenant quelqu'un qui prend du Subutex, ça va arriver plus tardivement

F.E : Mais les traitements de substitution s'inscrivent dans le cadre des politiques de réduction des risques...

B.F : Je ne sais pas parce que moi ce que j'ai vu au niveau de la prison, ce qui a fait chuté le taux de séropositivité et encore plus le taux de sidéen c'est la vente de seringues en vente libre. C'est ça qui a fait chuter. De façon étonnante. En vente libre et aussi en distribution gratuite. Moi ce moment je suivais quelqu'un qui n'était pas séropositif et j'ai appris qu'il partageait sa seringue et je me demandais comment c'était possible car c'était quelqu'un qui était intelligent et qui était assez différent des gens qu'on recevait et lui, il me disait qu'avec l'argent qu'il avait il achetait d'abord la came et que s'il lui en restait un peu c'était la seringue. La distribution des seringues a fait chuté le taux d'infection, mais

actuellement le problème c'est avec le Subutex, on voit de nouvelles pratiques se développer et c'est l'injection de Subutex. Donc je pense que la médicalisation est un outil intéressant mais on ne peut pas imaginer que la substitution va traiter la toxicomanie. Et aujourd'hui on assiste à un développement de la pollytoxicomanie et on voit même des gens devenir toxicomane au Subutex alors qu'ils n'avaient rien pris d'autre. À courte vue, c'est rassurant car on n'a plus la figure du toxicomane qui errait dans la rue, qu'on repérait tout de suite, qui était maigre et qui embêtait tout le monde. C'est vrai qu'ils sont moins embêtants, les familles se plaignent moins. Mais c'est vrai que sur le plan des problèmes de contamination, le fait de pouvoir gérer son manque et cette instabilité permet de mieux gérer son rapport à la santé et au corps. Je pense que quand on n'est pas torturé par l'idée du manque... Peut-être que le fait d'avoir du Subutex gratuitement avec la CMU permet de gérer ce genre de risque et d'avoir un rapport à soi plus raisonnable.

F.E : J'imagine que ça a permis de pacifier les relations au sein des prisons?

B.F : Ça dépend parce que dans les prisons vous savez il y aussi du trafic de Subutex. C'est vrai qu'on n'a plus les gens qui se coupent mais déjà quand la polytoxicomanie est arrivé en prison, ça alargement fait baissé le niveau de tension car ce qu'ils demandaient justement c'était de l'attention et nous on pouvait les recevoir assez rapidement contrairement aux médecins qui ont des files d'attente de trois kilomètres de long. Donc que le fait d'être reçu rapidement... Car nous on était vraiment pris comme un objet de drogue. C'était la même logique. « J'ai eu un problème au parloir, je n'ai pas de drogue et je ne peux pas traiter mon problème, donc j'ai besoin de parler à quelqu'un ». Donc déjà il y a eu une baisse de tension chez les toxicomanes avec beaucoup moins de coupures, beaucoup moins de toxico qui se frappaient aux portes. Mais effectivement le Subutex... Je ne sais pas si ça a pacifié mais en tout cas, ça a donné la parole à la pacification. Mais ça a développé un trafic, un trafic de Subutex avec des gens qui ne le prennent pas et qui le revendent pour acheter du cannabis. Mais ce que je vois c'est que pour beaucoup ça permet de mettre de côté le problème de la toxicomanie car ça les insère dans le droit commun et du coup le problème de la toxicomanie est écarté. Alors que ça n'est pas conjoncturel, la toxicomanie est vraiment en rapport avec leur vécu. Et maintenant c'est très dur de pouvoir en parler. Alors des fois je leur demande "Mais votre médicament ils traitent quoi?", alors ils me répondent la toxicomanie et puis au bout d'un moment ils reconnaissent que c'est le manque. Le Subutex traite le manque.

F.E : Et les gens du SMPR par contre partagent cet accord pour le Subutex?

B.F : Oui. Oui. Que ce soient les psychiatres ou les infirmiers... Déjà pour eux, c'est pire que nous car ils sont des distributeurs de Subutex et pour eux c'est intolérable car ils n'ont pas été formés pour ça, pour voir défiler tous les matins des types qui viennent prendre leurs comprimés. Eux, ils sont quand même plus sensibles que nous aux aspects médicaux mais moi aussi je suis sensible car quelqu'un qui est en manque je ne vais pas lui refuser et je vais aller voir un psychiatre pour lui faciliter l'accès aux Subutex. Je ne suis pas hostile à la substitution. Elle peut convenir à certaines personnes, par exemple quand certaines personnes prennent beaucoup de médicaments et qu'ils font de l'auto substitution alors je pense que les traitements de substitution peuvent leur permettre d'avoir une substitution cadrée. Mais au sein du SMPR, ils ont aussi conscience que la prescription est un acte thérapeutique car il est entouré par une parole et il n'y a pas de

substitution seule. Il y a certaines personnes qui ne sont que sous substitution mais ils voient un psychiatre, sans qu'il y ait pour autant de suivi psychothérapeutique car ils n'ont pas envie de parler. Tout le monde n'en est pas au même niveau du travail sur soi. Il y a tout les cas de figure. Pour les médecins psychiatre du SMPR, c'est un outil, ce n'est pas une réponse.

F.E : Vous me parliez de la distribution de seringues mais pourtant ça ce n'est pas fait en milieu carcéral?

B.F :Oui mais en milieu carcéral, il y a peu d'addictions. Je pense que ça reste une vue de l'esprit des gens qui sont à l'extérieur. On est en train de mettre en place une étude de dépistage de l'hépatite. Je crois qu'il y en a mais peu. D'une part parce que c'est très mal vu le fait de s'injecter. Je pense que même aux prisons de Lyon, le produit qui circule le plus c'est le cannabis. Après il y a sûrement de l'héroïne, mais je pense que c'est quand même compliqué de s'en procurer. Et puis il y a du vol de seringues aussi. En revanche, les détenus ont de la Javel à disposition. Elle est mise à disposition par l'administration pénitentiaire. Je pense que la transmission des hépatites se fait surtout par la promiscuité et la saleté, avec les rasoirs ou les brosses à dent aussi. C'est pareil, je pense que la vie sexuelle des détenus est très faible. Alors peut-être qu'il y a des gens qui sont homosexuels et qui trouvent un partenaire et qu'ils vont continuer. Mais je leur souhaite bien du courage parce qu'en étant quatre par cellule, il faut vraiment faire très vite durant les sorties de promenade. En plus, l'homosexualité est souvent très mal vue en prison.

F.E : Vous pouvez m'expliquer un peu le fonctionnement de l'unité pour sortant?

B.F : On avait monté une structure initiale qui s'appelait un sas de sortie après la mise en évidence du nombre de récidives. Les récidivistes nous expliquaient que c'était très dur dehors. Donc on s'était dit qu'il fallait faire entrer un peu plus l'extérieur à l'intérieur de la prison. D'une part, il fallait travailler sur ce qui faisait problème pour eux dehors et donc c'était par exemple les problèmes de savoir être en rapport aux autres et les problèmes de limites de soi. D'autre part, travailler avec des gens qui auraient un regard plus extérieur. Et troisièmement, travailler en groupe. On a mis en place l'UPS en 1996 sous la coordination de l'antenne toxicomanie. Au début on nous avait imposé le modèle de ce qui se faisait à Fresnes car la personne de la direction des affaires sociales avait été subjuguée. Là-bas, ils font des semaines de façon thématique par exemple une semaine sur les droits sociaux, une semaine sur la vie psychique. Et nous on a refusé, surtout à l'époque parce qu'on disait que les détenus des prisons de Lyon étaient des détenus ré- insérables et on voulait élaborer un véritable projet de réinsertion qui allait être travaillé pendant les quatre semaines. On organisait ça en collaboration avec la direction de l'administration pénitentiaire car à l'époque on avait un directeur qui était très favorable et qui nous a octroyé un bâtiment qui n'était pas affecté. En même temps, ça lui servait bien car ce bâtiment était destiné aux surveillants. En plus quand on parlait du taux d'occupation des prisons de Lyon, on prenait aussi en compte ce bâtiment. Du coup il a aussi sauté sur l'occasion. Il nous a favorisé et il est utilisé l'UPS, ce qui fait qu'on a créé l'unité dans ce bâtiment-là. D'ailleurs les syndicats ont beaucoup grogné [...] À l'époque, c'était encore Nicole Mastreacci qui était présidente de la MILDT et elle était très favorable aux unités pour sortant car elle pensait que ça pouvez modifier la culture

pénitentiaire. Et c'est vrai que ça contribue à modifier la culture pénitentiaire. Ça a une incidence sur la façon dont les surveillants peuvent concevoir une prise en charge globale des détenus. Ça n'a pas été facile au départ car on a fait du sport, de la peinture, de l'informatique et pour les surveillants c'est une récompense et ils ne comprenaient pas trop. Donc je pense que l'UPS a permis de renouveler la conception qu'ont les surveillants de la prise en charge et du soin. On peut soigner quelqu'un en prison et par le soin on peut même lui procurer du plaisir.

F.E : Et vous n'avez pas rencontré le même problème avec l'antenne toxicomanie?

B.F : Non parce qu'on est dans le bâtiment de l'antenne et ce sont nos collègues du SMPR qui servent d'intermédiaires. Mais c'est vrai qu'on a eu des problèmes aussi car quand on appelle quelqu'un pour participer à une activité comme la sophrologie, parfois il ne vient pas car le surveillant dit par exemple que ça n'existe pas le groupe de sophrologie. Il n'est pas au courant ou pour lui ça n'a pas existé. Mais c'est vrai qu'on a du mal à organiser ce type d'activité en détention. D'une part, car la détention fonctionne à courte vue, au jour le jour et on a du mal à lancer des actions de longue durée. Il n’y a aucune histoire. À chaque fois que j'organisais l'UPS, je devais tout expliquer aux surveillants. Ce sont les personnes qui portent le projet et si les personnes partent, le projet s'écroule. Et pour l'instant à l'UPS, ça marche bien car il y a une bonne équipe mais si demain l'équipe part, on va se retrouver avec les mêmes problèmes qu'au début. Au début on a eu des problèmes d'affectation car il n’y avait pas de surveillants affectés. Ça nous a puisait toute notre énergie. En travail en détention, on doit se dire que 50 % de notre énergie passe dans ce travail de négociation et de tractation pour faire accepter le soin. Si le soin est directement médical, il est compris. S'il est une gestion de la crise, il est compris et même demandé. Les détenus appellent sans arrêt la détention pour dire qu'ils pètent les plombs. S'il n'apparaît pas comme ça et qu’il relève d'une prise en charge de type psychosocial avec une médiation ludique, alors ça n'est pas compris.

F.E : Et vous procédez à une information auprès du personnel de surveillance?

B.F : Oui chaque fois qu'on organise l'UPS, on informe les surveillants de ce que c'est et de ce qu'on fait. Mais ça va au-delà de l'information. Et c'est vrai qu'il faut qu'on fasse un travail de communication plus développé. Alors là, on vient obtenir le passage de quatre semaines à cinq semaines et en aura sûrement des surveillants qui seront souvent les mêmes. Donc ce sera plus facile de faire circuler l'information et de les impliquer. L’unité dure quatre semaines de façon continue et si quelqu'un part, on ne le remplace pas. C'est toujours avec le même groupe. Et ça la détention a du mal à l’accepter. On considère qu'il y a une vie de groupes qui se met en place et on s'est rendu compte que l'introduction d'une nouvelle personne au cours de la formation déstabilise complètement le groupe. C'est une activité groupale et on ne peut pas en faire un self service. L'unité pour sortant n'est pas réservée aux toxicomanes et elle est ouverte à tous les volontaires. Au cours de la formation on se rend compte qu'ils sont presque tous plus ou moins toxicomanes ou ont un problème de dépendance. On travaille sur le développement des potentialités notamment comme dans le sport. Le problème des projets qui sont montés en prison c'est souvent qu'ils sont complètement inadéquats aux besoins des détenus. Ils ne sont parfois pas du tout cohérents avec la personne. On leur propose par exemple de travailler en prison mais les personnes n’arrivent déjà pas à se lever le matin. On a

beaucoup de liens avec l'extérieur par la présence d'intervenants, une avocate, un professeur de sport de l'UFRAPS, un psychologue extérieur, des intervenants dans le domaine du logement, un conseiller municipal qui vient parler de citoyenneté. On pourrait imaginer que toute la détention fonctionne comme ça mais ça demanderait des moyens énormes. On pourrait imaginer par exemple que des quartiers des détentions soient attribués à cela et les gens viendraient tout au long de la prison pour faire tout d'abord une étape de bilan par exemple. On peut imaginer par exemple que sur une détention de deux ou trois mois, qu'il y ait un mois de bilan et puis après on peut imaginer un temps de découverte et d'orientation. On peut l'imaginer. Alors c'est vrai que l'unité pour sortant fait un lien avec l'extérieur. C'est-à-dire que normalement ça doit être repris lors de leur passage à l'extérieur. Pour les moins de 25 ans, ça a lieu dans le cadre des missions locales, pour les autres ça va être parfois dans le cadre des centres de soins aux toxicomanes avec lesquels on est en relation.

F.E : Et vous avez une connaissance du suivi?

B.F : C'est très difficile. C'est très difficile. La plupart du temps, non. La prison, c'est la prison. On a essayé d'instaurer des rencontres après l'UPS et on a même essayé de faire des repas mais c'est très, très difficile. On se dit que si ces gens ont pu expérimenter pendant quatre semaines un autre rapport aux autres, un rapport à eux plus respectueux, ouvrir un petit peu leur univers, alors c'est déjà pas mal. Donc même si c'est pas signifiant sur le moment, ça laisse des traces auxquelles ils vont pouvoir se référer et qui va leur permettre dans le futur d'avoir une autre démarche.

F.E : Je voulais savoir aussi si vous aviez des relations avec l'administration pénitentiaire?

B.F : À cause de l'UPS notamment, oui. Parce que justement avec l'UPS... Avant l'UPS, je dirais qu'on n'en avait peu car il y avait les surveillants du SMPR qui faisaient l'accueil des détenus mais on n'avait pas une bonne représentation du fonctionnement du système carcéral. Et avec l'UPS, on a été confronté à ce fonctionnement carcéral. Déjà, on a la question de l'admission qui fait qu'on se voit avant chaque UPS. On a un bilan après chaque UPS où il y a la direction de la prison. Et puis maintenant on a envie de travailler sur le protocole de la prise en charge des détenus toxicomanes et on a beaucoup vu l'administration pénitentiaire. Là aussi ça dépend beaucoup des personnes. Ça fonctionne très bien pour le moment car ces personnes là sont très sensibles à toutes les questions liées à la santé. Si demain, il y a une autre direction et qu'elle n'est pas du tout intéressée par ça, ça va être plus compliqué [...] On a constitué un groupe de projet dirigé sur Lyon par le docteur Shadjan et moi même car j'ai beaucoup de liens avec le réseau associatif sur Lyon que je connais bien et le docteur Sahadjan est plus spécialisé sur le côté épidémiologique. Donc on est assez complémentaire. Donc on a constitué un projet autour de la prise en charge des toxicomanes autour de l'administration pénitentiaire, l'UCSA, le SPIP et puis les centres de soins extérieurs à la prison. L'administration pénitentiaire a toute sa place dans l'élaboration de ce protocole non pas en tant que soignant mais pour favoriser l'accès aux soins. Elle peut faciliter le soin de deux façons, d'une part de façon matérielle et d'autre part en mobilisant et en formant les agents pour les sensibiliser à ces questions et à ce type de problématique qui leur permettra de comprendre un petit peu mieux ce qui se joue et d'être peut-être plus parties

prenantes. Et si ce n'est pas parties prenantes, au moins d'être moins hostiles [...] Une formation interdisciplinaire avait été faite entre les services de toxicomanie, le SPIP, les surveillants et les directeurs de prison. L'option prise ça n'était pas de faire une formation par les médecins mais de travailler ensemble sur un objet commun. La formation se faisait avec une psychologue expert en communication qui était extérieure à la prison. Mais les surveillants sont venus deux fois et ne sont plus jamais revenus. Après elle a voulu faire aussi une formation sur l'alcool à destination des surveillants. Et puis elle a rencontré tous les surveillants au sujet de la toxicomanie pour répondre à leurs questions. Et puis ça échoué car elle ne pouvait pas être disponible. Et puis Pascale Chevry, qui a précédé le docteur Sahadjan, avait organisé une conférence de consensus sur le thème de l'angoisse à partir de questionnaire qui avait été remis détenus et aux surveillants. Il y avait eu une espèce de conférence à laquelle des surveillants avaient participé.

Entretien n°11 : Stéphanie Combe et Christine Misto, Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIPP) des prisons de Lyon, 6/05/2003, 1h20.

Le service des SPIP est divisé à Lyon entre deux structures : le milieu ouvert et le milieu fermé. C'est une structure départementale qui intervient auprès des établissements pénitentiaires et des tribunaux. La mission de probation intervient plus spécifiquement en milieu ouvert notamment pour les mesures de mise à l'épreuve qui exigent un suivi judiciaire, les travaux d'intérêt général et les aménagements de peine comme la libération conditionnelle ou la semi-liberté. Le service en milieu fermé s'adresse à l'ensemble des détenus qu'ils soient prévenus ou condamnés. Il y a une mission de connaissance de la population carcérale, une mission de maintien de lien avec l'extérieur, des liens familiaux ou ldes iens sociaux, une mission de préparation à la sortie et une mission d'animation de la vie sociale et culturelle. Les SPIP des prisons de Lyon comportent sept membres. La réforme de 1998 a mis fin à la distinction entre le milieu ouvert et le milieu fermé et impose à chaque travailleur social de prendre en charge aussi bien le suivi de détenus au sein des quartiers de détention que de personnes se situant l'extérieur. Les personnels sont soit des assistants sociaux qui ont passé un concours de l'administration pénitentiaire ou bien des conseillers d'insertion et de probation après un concours et de formation de deux ans à l'ENAP. Le personnel travaillant au sein des prisons de Lyon, en milieu fermé, est constitué essentiellement de conseiller d'insertion et de probation.

C.M est rentrée en formation à l'ENAP en 1991, après quoi elle est rentrée en poste à la maison d'arrêt de Meaux en 1993 puis elle est arrivée en 1995 aux prisons de Lyon.

S.C a passé le concours de l'administration pénitentiaire en 1998 et était en poste deux ans au centre de détention de Melun et travaille en poste à Lyon depuis septembre 2002.

S.C: J'étais avant dans un établissement pour peine et c'était très différent dans mon travail car il n'y a que des condamnés et ce sont des longues peines. Ça n'est pas du tout la même chose que la maison d'arrêt où il y a un gros *turn over*. On connaît beaucoup mieux les gens qu'on suit en établissement pour peine. Le nombre de dossier qu'on

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

suivait était beaucoup moins important puisqu'on avait en moyenne une cinquantaine de dossiers chacun. Alors que maintenant j'en suis 110. Et puis avec un *turn over* plus important, et donc ça veut dire que sur une année il y a un flux beaucoup plus important parce qu'il y en a certains qu'on voit passer car il y en a certains qui restent deux ans et puis d'autres qui partent au bout d'un mois. A Meaux, je n'en avais pas 150 dans une année car c'était vraiment des longues peines, il y avait des perpet. Donc là-bas, on pouvait mieux connaître les gens, on n'avait plus le temps. On était moins dans l'urgence. Le régime de détention n'est pas le même, ils ont accès au téléphone et ils ont donc des relations plus soutenues avec leurs familles. Ils font un travail de préparation à la sortie qui se fait plus en profondeur [...] Ici on est beaucoup plus dans l'urgence. C'est une population plus jeune qu'à Melun, c'est une population qui avait en moyenne 40 ans avec un parcours social très différent car c'était des gens qui étaient très intégrés, ils avaient un travail et un logement jusqu'au moment où ils faisaient une faute de parcours et devaient aller en prison . Ce n'est pas du tout le même type de délinquance.

F.E: Vous être entrée en poste en 1993 et vous avez connu le passage de la loi de 1994?

C.M: Personnellement je ne l'ai pas trop vu. Car dans la maison d'arrêt où je travaillais j'étais le seul travailleur social. Il y avait une infirmière qui était présente presque tous les jours et un médecin qui faisait des permanences et donc ça n'était pas une grosse structure. Je sais que maintenant ça a changé. J'ai gardé quelque contact et j'ai appris que l'établissement était doté désormais d'une véritable infirmerie. Même si j'étais en poste au moment de la réforme et qu'il y ait eu des mesures de prise, je ne les ai pas connues car je pense qu'il y a eu un temps pour signer des conventions avec l'établissement de santé local. Je pense qu'il y avait certaines conditions notamment par rapport aux locaux car moi quand j'y étais, mon bureau c'était une cellule qui avait été aménagée et c'était pareil pour le service médical.

F.E: Vous aviez développé les actions de santé?

C.M: Non car c'était mon premier poste et j'étais toute seule. Je veux pas dire que la santé ça n'était pas ma priorité. J'étais en contact forcément avec l'infirmière car nos bureaux étaient l'un à côté de l'autre mais je n'ai pas travaillé sur cette action la car il y avait un *turn over* assez important et ma priorité était de travailler sur le maintien des liens sociaux. J'ai mis en place une action collective à partir de ma seconde année. On avait organisé un cours pour le passage du brevet de secourisme. On n'avait pas non plus de locaux adaptés pour mener des actions collectives. Et puis si on avait voulu montrer quelque chose au niveau de la santé ça aurait demandé un travail collectif. Moi je n'avais pas de contact particulier avec le médecin. C'était un médecin, je vais dire privé. Il avait un statut particulier et il n'était donc pas là tous les jours. On n'avait pas de réunions. Et la maison d'arrêt était assez particulière puisque c'était un chef de détention qui avait la responsabilité de l'établissement. Et forcément il n'avait pas la même formation qu'un directeur. Donc les aspects de détention prenaient le pas sur les autres questions. Il n'avait pas la même culture vis-à-vis du social ou de la santé. Donc ce sont des choses qui ne se sont pas mises en place.

F.E: Vous dépendez de qui hiérarchiquement?

C.M: À l'époque j'étais encore sous l'autorité du directeur de détention et on n'avait pas de directeur spécifique. Maintenant, on a un directeur départemental.

F.E: Est-ce que ce passage a modifié quelque chose ?

C.M: Ça peut modifier le fonctionnement mais ça dépend des prisons. Sur les prisons de Lyon, le directeur a pas beaucoup d'exigence vis-à-vis de notre service et ne fait pas beaucoup de demandes. Donc je ne pense pas que si on était en dépendance ça fonctionnerait d'une façon très différent.. Je ne sais pas. Par contre la conséquence qu'on a vu à partir de cet réforme, c'est un problème par rapport à notre chef de service. On manque de cadre. Avant on avait un chef de service à demeure ici et une fois que la réforme a été mise en place le chef de service est passé adjoint et on n'a plus de chef de service ici. On a eu un chef de service pendant un an et maintenant on n'a plus rien. Peut-être que l'année prochaine on en aura un. Mais ça c'est plus par manque de cadre. Normalement on devrait avoir beaucoup plus de cadre que ça sur une équipe comme la nôtre. Parce que nous pendant qu'on s'occupe de chercher des projets et des structures pour répondre aux missions qui auraient été attribuées au service, il faut qu'on ait un chef qui puisse négocier au niveau départemental. L'objectif de la réforme c'était d'ailleurs ça, c'était d'avoir un peu de cohérence au niveau départemental. Pour que Villefranche et Lyon ne fasse pas des choses chacun dans leur coin. Et ça demande d'avoir un encadrement. Il faudrait aussi plus de cadre pour assurer une cohérence au niveau du service. On n'est pas les seuls à Lyon à souffrir de la pénurie de cadre.

F.E: Et comment se sont déroulés vos rapports avec le service médical lors de votre arrivée à Lyon ?

C.M: Disons que, peut-être... Déjà il y avait un choix beaucoup plus large de professionnels qui intervenaient. Avec l'antenne toxicomanie, la coordination alcool… Ne serait-ce que là-dessus, moi à Meaux il n'y avait personne de spécialisé dans la prise en charge. J'étais en lien avec une association extérieure qui s'occupait des détenus pour les problèmes de toxicomanie. Après j'étais en lien avec une association qui s'occupait des gens qui avaient des problèmes d'alcool mais c'était des associations qui ne traitaient pas forcément le côté santé, c'était plus le côté éducatif. C'était surtout dans le but de créer des liens avec des structures extérieures dans un objectif de préparation à la sortie. C'est vrai qui il y a des services très spécialisés comme le SMPR. Il y avait un psychiatre qui venait faire des vacations mais pas toutes les semaines. J'ai eu des contacts avec lui et je le sollicitais quand j'essayais d'avoir un peu d'information sur certains détenus mais ça n'a rien à voir avec la prise en charge. C'est vrai qu'ici les détenus sont peu nombreux mais en même temps il y a une organisation beaucoup plus complète. Je pense que c'est une très grande richesse au point de vue des interlocuteurs. Je ne sais pas toi quel service tu avais...

S.C: Pour nous, il y avait aussi beaucoup moins à Melun. Il y avait deux psychologues et deux psychiatres. Et en fait, c'était... À part avec les psychiatres ou ça se passait bien mais avec les psychologues c'était très conflictuel. Il y avait 85 % des personnes incarcérées qui étaient là pour délinquance sexuelle. Et en général lorsqu'il y avait une demande de permission ou de remise de peine, le juge demandait une expertise. Les détenus étaient suivis en détention par une psychologue et on essayait

d'avoir un dialogue avec elle quand la personne était dans une démarche d'aménagement de peine. Il y avait une expertise. Bon, l'expertise valait ce qu'elle valait. Elle visait à évaluer l'évolution de la personne au cours de ses années en détention. Et c'est vrai que là, il y avait un refus, elle ne voulait absolument pas nous communiquer quoi que ce soit. Donc en fait il n'y avait aucune communication possible car elles étaient campées sur le secret de leurs interventions et du lien qu'elles avaient avec leurs patients. Nous quand on les appelait au cas par cas, il y avait vraiment un mur. Et moi quand je suis arrivée là, j'étais très surprise car ici les gens sont beaucoup plus ouverts et on peut discuter. Mais après je pense que c'est une histoire de service. Avant que j'arrive à Melun, il avait dû y avoir des problèmes qui avaient fait qu'il n'y avait plus aucun dialogue entre les psychologues et le service insertion.

F.E: Le personnel de santé mentale relevait de qui?

S.C: Je ne me rappelle plus exactement mais il y avait les psychologues et les psychiatres et je ne crois pas qu'ils relevaient de la même structure. En fait, je pense qu'ils faisaient des vacations. Je sais qu'avec les psychiatres, ça se passait très bien. On n'avait pas du tous les mêmes échanges avec les psychiatres qu'avec les psychologues où là c'était... Mais il faut dire aussi que c'était faussé par le système, entre guillemets, car en fait le juge octroyait quelque chose comme une permission ou autre à un délinquant sexuel à condition que la personne soit engagée dans une démarche de soins. Et donc les détenus le savaient et ils s'inscrivaient tous plus ou moins dans cette démarche. Ils allaient voir la psy car ils savaient qu'à la clé il y avait la carotte de l'aménagement de peine. Mais après le problème qu'il y avait derrière, c'est que la psy ne voulait pas rentrer là-dedans et refusait de communiquer quoi que ce soit.

C.M: C'est vrai que quand moi je suis arrivé ici, je pense qu'il y avait des liens depuis longtemps car c'était très différent mais il y avait pour les détenus qui étaient hospitalisés au SMPR, il y avait une collègue du service qui était responsable de tous les détenus hospitalisés au SMPR. Et je sais qu'elle était très en lien avec les médecins. Toutes les personnes hospitalisées et les médecins n'avaient ainsi qu'un seul interlocuteur. Mais à ce moment-là, il n'y avait pas d'assistantes sociales comme il y en a une maintenant. Il y a un travail qui existait. Et puis il y a d'autres liens qui ont été faits. Par exemple sur la coordination alcool, il y a eu un travail avec un médecin de santé publique et un médecin alcoologue qui venaient comme on fait aujourd'hui avec l'antenne toxicomanie. On se rencontrait avec les médecins pour le suivi des détenus et on discutait notamment sur les possibilités de prise en charge ou sur la préparation dans le cadre du projet de sortie. Avec les UCSA, je pense que les choses étaient moins formelles car je n'ai pas le souvenir d'avoir participé à des réunions mais il y a quand même des rencontres dans le cadre du groupe d'éducation pour la santé. Il y a différentes choses qui se sont passées depuis que je suis ici comme collaboration avec les services médicaux. Dans le cadre de l'UPS, c'est un peu l'antenne toxicomanie qui s'en occupe puisqu'il y a des éducateurs. Quand je suis arrivé il y avait des stages de préparation à la sortie avec une participation du service et j'ai des collègues qui ont participé à l'élaboration de l'UPS. Maintenant on y participe comme d'autres intervenants car on peut toujours être porteurs de propositions. Surtout, on nous sollicite pour le repérage des détenus et notre collaboration avec l'antenne se situe surtout là. Mais c'est vrai que c'est eux qui sont porteurs du projet et il

n'y a pas une co-production même si on y a participé à un moment donné. Et puis j'ai des collègues qui ont organisé une activité d'esthéticienne qui a été organisée et financée par le SPIP. Il y a une collaboration qui existe mais c'est vrai qu'elle pourrait être plus importante. On pourrait imaginer plus de choses. Moi je sais que l'une des réunions à laquelle j'ai participé, les médecins, parce que c'est quand même les médecins qui sont porteurs de certains projets qui sont mis en place... Certains médecins disaient qu'organiser un travail collectif ça leur prenait du temps et qu'ils ne pouvaient pas s'investire dans beaucoup d'actions car il y a des difficultés d'organisation et le temps de partage du travail fait qu'ils ne peuvent pas s'impliquer autant qu'ils veulent. J'avais l'impression de retrouver, tu sais [à sa collègue], le discours qu'on a en disant la priorité ça n'est pas le travail collectif, même si ça un intérêt mais vu le temps que ça prend et qu'on est toujours pris par le suivi individuel, les médecins ont aussi leur activité de consultation et ne peuvent pas faire l'impasse sur les arrivants et sur le suivi médical lié au quotidien et les actions de prévention santé, même si elles font partie de leur travail, je pense que c'est quelque chose en plus et ce n'est pas la priorité. Ça m'a fait rigoler intérieurement car j'ai retrouvé chez eux les mêmes difficultés que l'on rencontre. Ça fait partie de nos missions également mais on ne les met pas en priorité car on a le suivi individuel et on a des comptes à rendre sur le suivi individuel notamment pour les aménagements de peine. Ça n'est pas possible de traiter ça en priorité. Il y a une question d'investissement en temps que sa demande notamment au démarrage d'un projet et puis après sur la mise en place.

F.E: Vous avez participé à la création du groupe d'éducation pour la santé?

C.M: J'ai participé à une réunion il y a quelques mois car ça traitait des actions et des financements autour des mineurs et comme je suis référent du groupe sur les mineurs on s'est dit qu'avec ma collègue que c'était logique d'y participer. On y a participé mais on n'a pas servi à grand-chose si on peut dire car il y avait un projet qui était présenté par le GENEPI et qui n'a pas été retenu car il y avait d'autres actions. C'était plus pour faire le point sur les projets qui avaient été déjà décidés. C'était plus que ça qu'une réunion d'élaboration et de réflexion. C'était une conclusion des actions. On n'était pas dans l'élaboration de projets. Je ne me suis pas tellement investie dans les actions de prévention santé. Après notre service a participé à beaucoup de réunions mais les difficultés c'est la cohérence entre celles-ci. Alors l'année dernière notre chef de service assistait systématiquement aux réunions mais c'est vrai que maintenant en l'absence de chef de service, ce sont des choses un peu compliquées à prendre en charge.

F.E: Vous avez déjà participé à une formation?

C.M: Oui j'avais participé à une formation qui regroupait les différents types de personnel sur le thème des problèmes d'alcool et c'était une formation qui intéressait uniquement le personnel de l'établissement et qui avait été faite en partie par un médecin alcoologue qui intervenait ici et puis une psychologue. C'était il y a trois ans. Il y avait des surveillants, il y avait quelqu'un de l'éducation nationale, il y avait une de mes collègues. Il devait y avoir une infirmière. Après, la difficulté c'était pour le personnel de surveillance car la formation se déroulait en pleine journée et il y a toujours les mêmes difficultés car il y avait un surveillant par exemple qui était au parloir avocat à Saint-Joseph et il fallait qu'il

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

se trouve un remplaçant durant l'après-midi pour venir assister à la formation. Je crois que la formation était sur plusieurs séances et lui par exemple il est venu au début et après il n'a pas pu se faire remplacer. Cette formation avait une double fonction je dirais car il s'agissait d'informer les personnels sur la problématique alcool même temps faire en sorte que les gens des différents services se rencontrent. Ça pouvait permettre aussi d'échanger des points de vue sur le domaine dans lequel on intervient. C'était aussi un peu seul objectif de cette formation.

F.E: Et ça avait marché?

C.M: En partie, la seule chose que c'est qu'à la fin de la formation je crois qu'il n'y avait plus de surveillants. Ils étaient vraiment sous représentés et je pense que ça ne traduit pas vraiment un manque de demande mais un manque de disponibilité. Car la formation devait durer une ou deux heures en pleine journée et puis on pouvait reprendre notre poste de travail après tandis que pour les surveillances s'est compliqué. Les surveillants dépendaient de la bonne volonté de leurs collègues.

F.E : Et vous avez été à l'origine de projets ?

C.M: C'est notre service à Montluc qui a été à l'origine du projet de l'esthéticienne. Ce projet n'était pas porté directement par l'équipe médicale. Pour le financement des actions santé, je pense qu'il y a un financement au niveau de la direction régionale. Mais nous on n'a pas de budget spécifique. On fait des demandes de subventions à l'administration pénitentiaire qui sont répertoriées par la direction régionale.

F.E : Je voulais savoir à quelles occasions dans votre travail quotidien vous faites appel à l'UCSA ou au SMPR?

C.M: Il y a des instances qui prévoient des réunions où l'on peut se rencontrer. Il y a la commission de placement qui a lieu deux fois par mois par exemple où il doit y avoir le service médical. Je pense qu'ils ne sont pas forcément très présents dans cette commission là. C'est une commission pour classer les détenus au travail ou à la formation professionnelle. Le service médical est invité à assister à ces réunions pour savoir si un détenu est apte pour faire tel ou tel travail. Il y a une commission de prévention du suicide et là je pense que le service médical y participe. C'est une commission qui a lieu une fois par mois. Notre service y participe et le service médical aussi. Après il y a un rapport de direction hebdomadaire mais l'UCSA n'est pas forcément toujours représenté mais le SMPR est plus souvent représenté par son cadre. Après, il y a une réunion institutionnelle mensuelle où tous les services se réunissent mais c'est davantage les cadres ou le chefs de service qui se retrouvent. On a une réunion institutionnalisée avec l'antenne toxicomanie depuis peu de temps qui a été mis en place. Une réunion mensuelle qui se fait juste entre deux services. Au niveau institutionnel c'est tout, après on peut les solliciter de manière ponctuelle. Je vais solliciter plus fréquemment le SMPR que l'UCSA ou l'antenne toxicomanie notamment par rapport à des détenus sur lesquels on souhaite avoir des informations si on veut savoir si un travail de préparation à la sortie est en train de se faire. C'est d'ailleurs plus souvent les psychiatres que les psychologues avec lesquels je suis en lien. Si on rencontre un détenu qui ne va pas très bien par exemple, il m'arrive de contacter les infirmiers psychiatriques. Comme les services de santé peuvent nous appeler en nous disant que untel ou untel souhaite nous voir. Ça m'arrive aussi

d'appeler les services médicaux quand la famille me contacte pour nous demander des nouvelles ou nous communiquer des problèmes de santé dont le détenu n'aurait pas parlé lors de son arrivée. Ce sont des choses que l'on va répercuter auprès des services concernés. Moi j'ai des contacts plus particuliers avec les spécialistes de santé par rapport aux mineurs parce qu'il y a une réunion hebdomadaire qui regroupe tous les intervenants et c'est un infirmier psychiatrique qui vient ou encore une fermière de l'UCSA qui est plus référent pour les mineurs. Et puis il y a une réunion mensuelle qui est beaucoup plus large et qui regroupe des magistrats ainsi que tous les services de la prison. Après c'est vraiment au cas par cas. J'ai contacté récemment le docteur Meunier pour des détenus qui font des aménagements de peine et j'ai discuté avec lui de voir comment il évaluait le projet des détenus et ceux qu'il en pensait. Savoir si pour lui c'était cohérent. J'avais par exemple un détenu qui voulait faire une demande d'allocation handicapé.

F.E : Comment se déroulent vos relations? Est-ce que par exemple vous rencontrez parfois des réticences de la part du service médical à vous communiquer certaines informations?

C.M: Non, c'est ce que disait ma collègue, ici les médecins sont assez... Alors je pense qu'ils ne nous disent pas tout car on n'a pas besoin de tout savoir. Mais c'est vrai que par exemple j'ai besoin de savoir si la demande d'un détenu qui a envie de travailler est réaliste ou ne l'est pas. Ça nous est utile aussi dans la préparation à la sortie pour le détenu. Ça n'est pas par exemple utile de préparer un accès à l'emploi dans le monde du travail traditionnel sachant que ça n'est pas réalisable, si la personne souffre de certains troubles psychologiques par exemple. Ça nous donne des indications sur la manière dont on doit travailler avec la personne. Un autre exemple c'était un détenu que suivaient les médecins ici depuis un certain temps et les médecins m'ont dit que si on avait besoin d'un document de prise en charge il y a pas de problèmes. Ça peut permettre d'appuyer une demande. Pour un autre détenu par exemple, il avait été question d'une hospitalisation d'office et le médecin avait dit non. Des fois on leur demande aussi des conseils lorsqu'on a des difficultés de relations avec un détenu mais c'est souvent plus difficile. Nous n'avons pas ici dans le service de psychologue. Nous sommes en demande et en attente. Comme nous n'avons pas de cadre pour gérer ce dossier. Je pense qu'il y a des soucis financiers aussi car comme notre administration ne paye pas bien chère en plus.

F.E : J'aimerais savoir comment se déroule le suivi des toxicomanes et vos rapports avec l'antenne toxicomanie?

C.M: Il y a des réunions mensuelles avec l'antenne toxicomanie qui se sont mis en place depuis trois mois. Il y a eu plusieurs tentatives. Il y a eu une convention de signée récemment et c'est donc suite à ça que nous avons mis en place quelque chose de plus institutionnel mais il y avait eu des tentatives avant. La difficulté, c'est de trouver la disponibilité pour les uns et les autres et après il y a toujours un lien, comme nous pouvons avoir avec les psychiatres, au cas par cas. Les réunions peuvent permettre de se connaître un peu mieux car je pense que la difficulté c'est aussi que dans le service il y a un renouvellement et il faut aussi que les gens soient repérés pour savoir qui fait quoi. Et au niveau de l'antenne toxicomanie, c'est pareil. Il y a eu des changements. Pendant longtemps il y a une équipe fixe qui était bien repérée et il y un changement du personnel

avec une nouvelle psychologue et un nouveau médecin de santé publique. Ça demande du temps à se connaître et à créer des liens, à savoir qui on peut solliciter et quel retour on peut en avoir. On va voir comment avec cette réunion institutionnelle, la communication peut être améliorée.

F.E : La prise en charge des toxicomanes est un peu double entre vous et l'antenne toxicomanie, comment vous partagez-vous les tâches?

C.M: C'est vrai que pour l'instant... Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu de situation où j'ai eu à partager quelque chose. Soit les choses se sont faites et c'est peut-être le détenu qui a choisi la personne qu'il voulait solliciter, c'est possible. Les détenus sont libres de faire appel à nous ou pas. Notre intervention va être obligatoire s'il y a une demande d'aménagement de peine car on a un rapport à faire et c'est à nous qu'on va demander des informations et ils vont être obligés de se mettre en lien avec nous. Mais après le détenu peut bien décider de ne pas nos saisir. On voit systématiquement les détenus à leur arrivée et après il faut qu'ils le sollicitent car on ne va pas aller les voir. S'ils font une demande d'aménagement de peine alors on les voit systématiquement mais si les détenus ne demandent pas à nous voir on ne va pas les rencontrer. Si l'antenne toxicomanie ne nous sollicite pas non plus de l'autre côté.

S.C: Sur la recherche d'hébergement par exemple si le détenu sollicite directement l'antenne toxicomanie et qu'elle ne nous contacte pas, et bien voilà...

C.M: Moi je ne me rappelle pas avoir eu à partager sur des situations avec des éducateurs de l'antenne. La mise en place de l'UPS leur a pris beaucoup de temps et il y avait peut-être un peu moins de suivi individuel. Je pense qu'au niveau du suivi individuel, il y a peut-être une moindre prise en charge. Parce que maintenant depuis que l'UPS est en place, la prise en charge individuelle va davantage se faire sur les détenus qui sont présents dans le cadre de l'UPS. C'est l'impression que j'ai mais ça n'est peut-être pas du tout la vérité.

F.E : Vous prenez beaucoup de toxicomanes en charge?

C.M: Oui, il y a beaucoup de toxicomanes ici. Il y a déjà une prise en charge médicale de toutes façons et puis après au niveau éducatif, je sais qu'ils sont vus de manière systématique par l'antenne toxicomanie ou le SMPR puisqu'ils font des permanences chacun à leur tour et il peut y avoir une prise en charge de l'antenne. Maintenant avec nos réunions on échange des informations et on peut savoir s'ils sont suivis et par qui ils le sont. Mais s'il n'y a pas cela et s'ils ne nous sollicitent pas nous et s'ils ne sollicitent personne, à part la prise en charge médicale il n'y aura pas d'autre prise en charge.

F.E : Parce que par exemple si le SMPR établit une prise en charge médicale, il ne vous contacte pas automatiquement pour vous signaler que telle personne est prise en charge?

C.M: Pas forcément. Non. Non. Sauf si le détenu les sollicite pour une question d'hébergement alors j'imagine que le médecin va leur répondre que ce n'est pas son rôle et il va leur dire de s'adresser à nous. Il peut être interpellé pour cela. Mais si le détenu fait les demandes adaptées et ne pose pas des questions relatives à l'hébergement ou à la famille, s'il adresse uniquement une demande médicale aux médecins alors il n'y aura

pas forcément de suivi. Mais je pense que vu le nombre de détenus pris en charge, le médecin n'a pas forcément trop le temps de se pencher sur les difficultés annexes aux problèmes de soins. Sauf si le détenu en parle comme certains le font qui nous parlent par exemple de leurs problèmes de santé ou de problèmes de cellule qui ne sont pas de notre compétence. Dans ce cas-là on va les orienter ou on va intervenir auprès de la personne concernée.

F.E : Est-ce qu'il vous arrive de contacter le SMPR afin de savoir si un détenu toxicomane est sous traitement de substitution?

C.M: Ça m'est déjà arrivé, oui ça m'est déjà arrivé. En général les détenus en parlent facilement. En principe s'ils sont sous Subutex, ils le disent. Ce sont des choses qui se disent facilement. Mais oui, ça m'est déjà arrivé de contacter le médecin pour avoir un peu d'information. Il n'y a pas longtemps d'ailleurs un détenu qui avait arrêté son traitement et qui avait écrit à son médecin pour lui dire qu'il voulait le revoir car ça faisait un moment qu'il ne l'avait pas vu et j'en ai discuté avec le médecin. Ça m'est arrivé aussi quand le détenu parle de sa prise de médicaments de savoir s'ils sont en augmentation en diminution de traitement. Des fois, c'est à l'insu du médecin et des fois c'est en accord avec le médecin. Je ne demande pas forcément à savoir quels sont leur traitement.

F.E : Et par rapport à un détenu qui serait séropositif ou sidéen, vous est-il arrivé de contacter le service médical ?

C.M: Non. Après les détenus en parlent plus ou moins. Dans tous les cas j'ai moins d'informations. Je ne sais pas si c'est parce qui il y en a moins. Il y a un certain nombre qui le disent et il y en a d'autres qui ne vont pas le dire et s'ils ne le disent pas je ne peux pas le savoir car ça n'est pas marqué dans le dossier des détenus. J'ai l'impression qu'il y avait plus de détenus il y a quelques années qui disaient "je suis séropositif ". Mais ça arrive beaucoup moins alors soi ils ne me le disent plus, soit il y en a moins. J'ai le souvenir à une époque où quand on demande aux détenus à leur arrivée s'ils ont des problèmes de santé et il y en a qui nous disent oui et qui iraient presque jusqu'à nous donner le traitement qu'ils prennent, il y en a d'autres qui disent une partie et qui ne disent pas tout, il y a qui nous disent "j'ai vu le service médical et voilà" et qui ne veulent pas donner d'informations sur leurs problèmes de santé. Mais il y a longtemps que je n'ai pas vu un détenu déclarer qu'il était séropositif.

F.E : Quelles peuvent être les répercussions sur le traitement d'un détenu séropositif au point de vue de votre travail?

C.M: Ça peut être notamment au point de vue des demandes d'aménagement de peine car il faut qu'ils puissent fournir les justificatifs mais ça n'est pas propre aux personnes séropositives mais ça concerne toutes les demandes d'aménagement de peine d'un détenu dans le cadre de problèmes de santé. Ils doivent fournir des justificatifs médicaux. Le médecin fait le certificat médical à la demande du détenu. Ce certificat médical est transmis au détenu qui le transmet ensuite aux personnes concernées. J'ai déjà vu des demandes d'expertise médicale dans le cadre d'un aménagement de peine, le dossier est alors transmis au magistrat. Au niveau de la prise en charge, je dirais que ça dépend de l'état du détenu. Pour, par exemple, les détenus séropositifs qui n'ont pas de symptômes particuliers, ils vont peut-être moins en parler tandis que pour ceux qui

nécessitent une prise en charge un peu plus lourde... J'ai le souvenir de discussions sur le fait de prendre des traitements ou de ne pas prendre des traitements pour certains par exemple qui n'avaient pas de symptômes et qui refusent par exemple de prendre des traitements. J'ai vu un détenu par exemple qui refusait de prendre un traitement en disant "j'ai plein de copains, ils ont pris des traitements ils sont morts donc moi je ne prends pas de traitement". Ça dépend aussi comment le détenu en parle. On peut être sollicité par le médecin mais c'est davantage les UCSA que le SMPR. Je me rappelle que plusieurs contacts avec les médecins des UCSA. On peut être sollicité par les médecins effectivement sur la prise en charge du côté social. Mais il me semble qu'il y a très longtemps que je n'ai pas entendu parler de problèmes de séropositivité ou de sida. Je fais un entretien pour les primo arrivant une fois tous les dix jours et il y a très longtemps que je n'ai pas vu quelqu'un déclarant avoir ce type de problèmes de santé. Des consommateurs de produits stupéfiants, oui.

F.E : Vous pouvez m'expliquer le déroulement des demandes d'aménagement de peine pour raisons médicales ?

C.M: C'est plus souvent des demandes de libération conditionnelle ou alors j'ai également vu des suspensions de peine pour des raisons médicales. Ça n'arrive pas forcément très souvent. Je pense que actuellement il y a une collègue qui travaille à l'hôpital et qui se trouve davantage confrontée à ce type de demande car on peut imaginer que les personnes hospitalisées sont plus concernées. C'est ma collègue qui va gérer que les demandes d'aménagement de peine pour les détenus qui sont dans un état de santé très dégradé. J'ai également vu des mesures de semi-liberté pour quelqu'un qui était dialysé par exemple, car un détenu dialysé c'est assez compliqué à gérer en détention, car ça demande de nombreuses extractions s'il est en détention normale et c'est donc assez lourd à gérer. Donc moi, j'ai déjà vu une demande de semi-liberté pour des problèmes de dialyse. Après il y a les problèmes de tous les risques de décès et de pronostic vital négatif. Quand il y a une demande de suspension de peine ou de libération conditionnelle, j'ai vu le juge d'application des peines demander une expertise. Ils ne se limitent pas au certificat médical qui peut être établi par le médecin et ils vont demander une expertise supplémentaire. Je ne l'ai pas vu tellement pour des problèmes psychiatriques car il y a une unité d'hospitalisation au SMPR.C'est plus pour des problèmes de santé physique que psychologique.

F.E : Je voulais savoir également quel était votre rapport avec le personnel de surveillance ? Avez-vous des relations ?

C.M: On a des rapports forcément quotidiens puisqu'on passe les portes. Donc déjà au quotidien on doit se voir. On est bien obligé. Après on a des contacts avec les surveillants des parloirs avocats pour rencontrer les détenus. Après on a plus de contacts avec les surveillants chef car on se rencontre dans le cadre de réunions institutionnelles à la commission d'application des peines et puis lorsqu'il y a des difficultés, c'est plus eux qu'on va solliciter car ils ont un pouvoir décisionnaire. On a par exemple des demandes d'autorisation pour faire sortir des chambres les détenus. Quand il y a des problèmes de cohabitation en cellule, quand on voit qu'un détenu n'est pas bien alors je le signale à la détention, ça peut être le directeur mais c'est le plus souvent un surveillant chef, et au

SMPR. On le signale aux deux car l'administration a également des obligations, car lorsque quelqu'un ne va pas, il va être mis sous surveillance particulière et on va demander à ce que les surveillants soient plus attentifs. De même que lorsque les surveillants chef ont des problèmes, ils vont nous contacter. C'est plus au cas par cas. Après le personnel du bâtiment c'est très ponctuel. Il y a certains qui vont nous appeler et nous solliciter parce qu'il y a quelque chose d'urgent à régler. Ça peut arriver parfois lorsqu'il y a des parloirs fantôme. C'est-à-dire qu'un détenu est appelé au parloir et qu'il y a personne car la personne n'est pas venue. Le détenu va être appelé pour aller à sa visite et il n'y a personne en face et on appelle ça un parloir fantôme. On peut être sollicité pour savoir ce qu'il se passe, pour appeler la famille et avoir des informations. En cas de transfert aussi, il y a des détenus aussi qui par l'intermédiaire des surveillants demande à appeler leur famille. Donc les contacts avec les surveillants à l'étage vont plus se faire comme cela car physiquement ne va pas sur les étages. On rencontre uniquement les détenus aux parloirs avocats. Après j'ai des contacts avec les surveillants du quartier des mineurs car les mineurs je peux les rencontrer aux parloirs avocats mais en général je vais en détention. Et là j'ai un autre rapport avec les surveillants je suis en relation directe avec eux et comme j'y vais je leur demande quel est l'ambiance et comment ça va. C'est un fonctionnement aussi assez différent car c'est une équipe de surveillants fixes comme au SMPR. Il y a un autre fonctionnement. Mais dans la détention habituelle, les surveillants tournent sur leurs postes et on a pas forcément de contacts à part de façon très ponctuelle. Lorsqu'il y a quelque chose de particulier, ils vont nous solliciter. Mais ça reste très ponctuel. Donc c'est vrai que nos interlocuteurs sont plus les surveillants chefs.

F.E : Et lorsque vous leur communiquez un problème, quelle est leur réaction?

C.M: Ça dépend. Soit ils connaissent déjà la situation car le détenu a tapé à toutes les portes, soit ils ne la connaissent pas et dans ce cas là, ils vont se renseigner pour savoir ce qu'il se passe. Et soit ils la connaissent et ils ont pris une décision et il n'y aura pas forcément satisfaction. On peut recevoir une demande par exemple de la part du détenu et on peut avoir un complément d'information quand on va voir le surveillant chef car il va nous faire un historique de ce qui s'est passé auparavant et il va nous dire quand le détenu exagère. Ce qu'on va dire peut être pris en compte par exemple si ça correspond à la même évaluation qu'ils ont pu faire. Des fois les détenus de nous disent pas tout. Il y a des éléments de la détention qu'on ne connaît pas bien sûr. Les surveillants non plus ne nous disent pas tout. Il y a des surveillants chef qui parle facilement et qui ne font pas de secret particulier et il y en a d'autres, ce sont surtout les premiers surveillants, qui sont davantage dans leurs prérogatives de surveillance et qui ne savent pas ce qu'il peut dire ou ne pas dire et qui vont être plus limités dans les informations qu'ils vont nous fournir.

F.E : Vous n'êtes pas associés directement à la résolution du problème en détention?

C.M: Non. On peut être associé à la résolution du problème en intervenant dans la baisse de tension. Dans cela, on peut être associé. Quand un détenu ne va pas bien et qu'on peut parfois apporter une réponse. J'ai eu d'appel il n'y a pas longtemps, c'était vendredi, d'un surveillant chef qui m'appelait pour un détenu et qui me disait "il est inquiet est-ce que vous pouvez vous renseigner auprès de sa famille car sa femme accoucher et

est-ce que vous pouvez avoir des nouvelles de sa femme et de ses enfants". J'ai appelé la famille et j'ai eu des informations, il avait eu des jumelles et elles avaient été hospitalisés. Le surveillant ne m'avait pas tout dit mais peut-être que le détenu n'avait pas donné toutes les informations au surveillant. Mais le détenu exprimait vraiment une forte angoisse et l'information qu'il voulait avoir pouvait le rassurer et faire qu'il se sente un petit peu mieux. J'ai eu des informations et je les ai transmises aux surveillants chef qui les a transmis ensuite au détenu. Si le détenu n'avait pas eu l'information, il aurait angoissé et ça aurait pu finire par créer un incident parce qu'il ne savait pas et qu'il peut ne pas comprendre qu'on ne lui donne pas l'information. Sinon il aurait fallu attendre lundi. Dans ce cas là son angoisse était justifiée. Il y a d'autres car ça ne sera pas aussi important et on peut décider d'intervenir ou pas. Mais c'est plus dans l'idée de faire baisser une pression. Je pense qu'il y a beaucoup de tensions qui peuvent être créées par un manque de communication et un manque d'information. Tout dépend du service.

F.E : Je voulais savoir en quoi selon vous la santé et l'éducation pour la santé participent à la réinsertion? Est-ce que ça a un rôle?

C.M: Pour moi c'est évident qu'elle a un rôle. C'est forcément évident. Il y a ceux qui ont des problèmes de santé. Je pense qu'il y a des actions qui ont un intérêt notamment dans la démarche de soins. Pour tous ceux qui ont des problèmes de dépendance par exemple, c'est important de faire en sorte qu'ils puissent avoir une vraie démarche et une volonté de se soigner. Il y a des actions qui peuvent avoir un intérêt. Les problèmes de dépendance concernent une bonne majorité des détenus entre l'alcool et les problèmes de stupéfiants et je pense que les actions qui peuvent permettre que les gens puissent entreprendre une démarche pour régler leurs problèmes sont toujours à développer. Ça peut se faire par petites étapes mais c'est au moins une première démarche. Ce n'est pas parce que le détenu participe à un groupe de paroles que son problème est réglé, mais c'est des choses qui sont indispensables. Ce n'est pas uniquement le traitement à partir de médicaments car je pense que tous les problèmes de santé qui sont liés à ce qui est de la dépendance nécessite un travail à faire autour et tout ce qui peut faire que la personne soit dans une démarche de soins peut régler tout un tas de problème. Ce sont souvent des problèmes de dépendance comme les problèmes par rapport à l'alcool qui entraîne des ruptures de famille , la perte du travail. Ce sont également les consommateurs de produits stupéfiants qui vont commettre des infractions et les conséquences que leurs problèmes de la diction engendrent sur le plan social fait que ce sont des actions qui peuvent avoir une portée autre que simplement le soin physique. Même si ça c'est important, il n'y a pas que ça. Après les processus par lesquels quelqu'un cherche de régler ses difficultés, on peut le prendre par le biais de la santé, on peut le prendre par le biais du culture aussi et tout dépend du fonctionnement de la personne. Chez les jeunes par exemple parler des problèmes de sommeil ou d'alimentation ça peut permettre qu'ils réfléchissent sur d'autres choses. Les mineurs par exemple je ne sais pas comment ils se comportent chez eux mais quand ils sont en prison ils ne mangent pas forcément bien car il n'y a personne qui va les obliger à manger ce qui peut être bon pour eux. Donc ceux qui ont de l'argent vont s'acheter des bonbons et des gâteaux, du coca. Ils vont se nourrir de cela et ils vont délaisser les légumes ou les fruits. Ça peut avoir des conséquences sur leur santé après, je pense que c'est tout un

ensemble. Le fait de passer par la santé permet d'aborder tout un ensemble de choses. Là, c'est sur l'hygiène de vie. Je pense que ça peut être un biais pour parler d'autre chose. Ça peut ouvrir sur une autre démarche de réflexion et pas spécifiquement sur la santé. Je sais qu'à un moment donné il y avait une action spécifique sur les sortants et on avait mobilisé des gens de la caisse primaire d'assurance maladie pour qu'ils puissent venir faire des choses avec des actions et de prévention santé. Il y avait aussi le service médical qui intervenait. Ils venaient parler de sommeil et des choses comme ça qui pouvait concerner les détenus mais pas simplement le fait d'être détenu. Parler du sommeil ou de l'alimentation, ça ne stigmatise pas un problème de santé mais ça concerne l'hygiène de vie en général. Je pense que ça a forcément un intérêt sur la démarche et la position de la personne dans d'autres domaines.

Entretien n°12 : Patrick Caillon, médecin effectuant une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) aux prisons de Lyon, 7/05/2003, 50 min.

F.E : Depuis combien de temps travaillez vous au CDAG?

P.C: Je travaille ici depuis trois ans mais je travaille dans les centres de dépistage de Lyon puisque j'ai commencé Édouard Herriot il y a bientôt huit ans. Sachant que les CDAG ont été créés en 1988 et que je n'étais donc pas là lorsqu'ils ont été créés. Je travaillais auparavant dans une clinique psychiatrique [...] Au niveau du dépistage en milieu carcéral, c'est beaucoup plus récent car c'est depuis 2002 que je fais des vacations à la prison Saint-Joseph et depuis septembre 2001 à Saint-Quentin Fallaviers.

F.E : Comment se déroulent vos permanences?

P.C: Je vais tous les lundis après-midi à Saint-Joseph essentiellement pour les rendus de résultats de dépistage et un après-midi tous les quinze jours à Saint-Quentin. Les centres de dépistage anonymes et gratuits doivent développer des antennes en milieu carcéral qui doivent essayer de fonctionner aussi de façon anonyme. Donc c'est un peu compliqué en prison et pour moi c'est un peu illusoire mais enfin... Les prisonniers peuvent demander un dépistage à l'UCSA du centre pénitentiaire et ce dépistage VIH ou hépatite doit leur être présenté en principe à leur entrée et c'est pourquoi je vois surtout des primo-arrivants. Moi je ne vois pratiquement jamais des personnes qui viennent me demander des dépistages car ce sont généralement les médecins des centres qui proposent ces tests. Ces tests sont réalisés par les infirmières et infirmiers selon un protocole garantissant l'anonymat. C'est-à-dire que pour chaque personne qui vient demander un test il y a un numéro, il y a un cahier avec un numéro, le tube est envoyé donc non pas avec le nom mais avec le numéro au laboratoire et le résultat est renvoyé avec le numéro et c'est moi normalement, et les infirmières aussi mais... qui peut faire le lien entre le numéro et la personne.

F.E : C'est soit vous, soit les infirmières?

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

P.C: Non, normalement ce n'est que moi qui peux faire ça. Normalement les résultats doivent être mis dans une pochette pour moi et il y a que moi qui peux faire la liaison et préserver éventuellement l'anonymat. C'est-à-dire que si une personne est positive et qu'elle me dit qu'elle ne veut pas que ça se sache alors ça reste anonyme. Je ne le dis à personne.

F.E : Même les médecins de l'UCSA?

P.C: Ah non, même les médecins l'UCSA. Je n'ai pas le droit de me délier du secret médical si la personne ne le souhaite pas.

F.E : Et lorsque vous me disiez qu'il était difficile de préserver l'anonymat vous pensiez à quoi?

P.C: C'est-à-dire que lorsque les résultats sont reçus à la prison par le personnel infirmier, ils se rendent bien compte qu'il y a un résultat positif et il leur est facile de faire la liaison en se reportant au cahier et de voir qui a passé le test. Mais aux aussi, ils sont liés au secret médical. Si la personne dit qu'elle veut pas que cela se sache alors on ne peut rien faire et ça restera dans le dossier médical. Dans la mesure où le médecin est détenteur d'un secret, il n'a pas à le confier un confrère sans assentiment de la personne normalement. Il y a souvent des entorses à cela. Il y a par exemple la notion de secret partagé, c'est-à-dire que les médecins souvent se disent les choses sur des patients mais si un patient veut que personne ne le sache alors le médecin qui détient cette information est tenu de respecter ce secret et même vis-à-vis d'un confrère.

F.E : Il vous arrive parfois d'avoir des demandes alors dans ce sens là?

P.C: Ça m'est arrivé une fois à Saint-Quentin. Un patient qui était VHC positif à l'hépatite C et qui m'a dit, parce qu'il le savait déjà, qu'il avait l'hépatite C et qui voulait faire un test pour savoir s'il avait encore. Ce qui était illusoire parce que quand on a été positif au test de l'hépatite C, même si on guérit on reste positif au test. On reste séropositif alors qu'on est guérit. Donc cette personne pouvait faire des tests à répétition, ça ne changeait rien. Ça n'indiquait pas l'évolution de la maladie. Toujours est-il que quand je lui ai proposé de le mettre dans son dossier médical, elle a refusé. J'ai essayé d'insister mais ça n'a rien fait.

F.E : Pourquoi?

P.C: Pour son intérêt. En essayant de lui expliquer que ce test positif ne disait rien par rapport à l'évolution de sa maladie et qu'il faudrait faire d'autres examens et que ces examens pouvaient être faits en prison par des médecins de l'UCSA et que ceux-ci respectent le secret médical.

F.E : Et quelle est l'attitude d'un détenu qui apprend sa séropositivité vis-à-vis des traitements ?

P.C: Ça fait très peu de temps que je suis en poste et je n'ai eu que trois cas de séropositivité au VIH et dans les trois cas les personnes étaient d'accord pour qu'il y ait des soins et donc que ce soit mis dans le dossier médical. On fait attention bien sûr que ça ne déborde pas de l'UCSA car en prison si on sait que le détenu est séropositif, ça risque d'être délicat.

F.E : Vous n'avez jamais rien rencontré de la part de l'administration pénitentiaire?

P.C: Non, enfin moi non. Ça ne fait pas longtemps que je suis là mais je n'ai jamais eu de pressions pour savoir des renseignements.

F.E : Vous avez quels rapports avec l'administration pénitentiaire?

P.C: J'ai beaucoup de contact avec les surveillants de l'UCSA puisque ce sont eux... Vous savez en prison pour pouvoir voir quelqu'un, c'est tout un... Il faut les appeler, il faut qu'ils soient emmenés et c'est donc assez lourd. Je donne la liste des personnes que je souhaite voir en début d'après-midi.

F.E : Vous n'avez pas de difficultés à les rencontrer?

P.C: Non. Non. J'ai une collègue qui était là avant moi avec un autre surveillant et qui avait des problèmes parce que les surveillants étaient un peu, avaient tendance à être un peu paresseux. Elle avait du mal à voir les personnes.

F.E : Et par contre l'entretien se déroule dans l'UCSA?

P.C: Oui. Je suis toujours seul avec le détenu. Il n'y a jamais un surveillant. Éventuellement ça m'est arrivé, notamment à Saint-Quentin, qu'il y ait un infirmier qui parle bien arabe, l'espagnol et l'anglais. Ça m'est arrivé de faire appel à lui notamment pour des détenus séropositifs boliviens qui ne parlaient pas du tout le français. En demandant bien sûr si la personne était d'accord que l'infirmier serve interprète.

F.E : Dans quel cas rencontrez vous le détenu, uniquement en cas de test positif?

P.C: Non, tous les tests sont rendus. C'est très important dans le cas du dépistage VIH. On insiste bien que tous les dépistages sont importants. Même les résultats négatifs. C'est important que les personnes sachent qu'elles ont été testées. On voit trop souvent des gens qui disent "j'ai été hospitalisé et j'ai fait un bilan. J'ai fait des tests mais comme on m'a rien dit, je pense que c'était négatif" et du coup ils ne sont pas sûrs qu'ils ont fait le test VIH. En prison, ils savent qu'ils ont été testés mais c'est important que quelqu'un leur dise que le test est négatif. Ils se rappellent mieux qu'ils ont été testés. Et puis il y a des informations aussi notamment pour l'hépatite C et le sida car le test ne reflète que ce qu'il s'est passé quelques mois avant le test et en cas de risque récent, notamment ça m'est arrivé pour des personnes toxicomanes ayant eu des pratiques à risque comme des échanges de seringues très récents, avec un test VHC négatif, il fallait bien que je les vois pour qu'on fasse un contrôle trois mois après. Ne serait-ce que pour cela, pour bien expliquer la signification du test, c'est important de rendre les résultats mêmes les négatifs.

F.E : Vous le savez déjà si la personne est toxicomane ou vous lui demandez?

P.C: Oui éventuellement. Ça dépend si c'est marqué dans le dossier car il l'a parfois déjà dit en arrivant au médecin, d'autant qu'il y a beaucoup de gens qui sont incarcérés ces temps-ci pour usage de drogues ou trafic. Donc c'est déjà marqué dans le dossier. Et puis quelquefois, les gens le disent. Ça m'arrive éventuellement de le demander. Ça dépend comment se déroule l'entretien. Je suis médecin et je sais que je suis indépendant de la prison mais ils ne sont pas obligés de savoir et ils ne sont pas obligés de me raconter des choses qui pourraient par ailleurs leur être reprochées. Quelquefois je

sens que... Notamment tout ce qui concerne les usages de drogues en prison, on sait que ça existe. Les relations prison, on sait que ça existe. J'ai peu d'expérience mais toutes les fois que j'ai évoqué ça, j'ai senti que ça ne passait pas. J'ai senti que je ne pouvais pas en parler. La personne n'allait certainement pas me le dire si elle le faisait. Si une personne se débrouille pour avoir de la drogue en prison, elle ne va certainement pas me le dire.

F.E : Vous essayez d'éviter ce genre de sujets, sachant que vous risquez qu'on ne vous réponde par ?

P.C: Ça dépend. C'est très variable. Il y a des gens qui disent beaucoup de choses.

F.E : Et vous essayez d'avoir un rôle de prévention vis-à-vis des pratiques notamment par rapport aux toxicomanes et aux échanges de seringues?

P.C: Oui. Bien sûr oui. Dans la mesure du possible. Dans la mesure où on a le temps. Ça c'est le problème. J'y vais un lundi après-midi par semaine et depuis un an il y a un fort afflux de détenus et il y a beaucoup de nouveaux arrivants et moi je suis de plus en plus débordé par le nombre de personnes que je dois voir. Je dois en voir quelquefois une quinzaine en deux ou trois heures. Ça va assez vite. Au CIDAG, on n'a plus de temps. On a théoriquement un quart d'heure par personne. En prison, on pourrait avoir à peu près le même temps, sauf que c'est beaucoup plus lourd car si j'arrive à deux heures il faut faire une liste et les papiers et quelquefois on attend jusqu'à trois heures et demi pour avoir tous les gens qui viennent en même temps. Donc après il faut se dépêcher pour rendre les résultats. En plus les déplacements sont compliqués. Plusieurs fois j'y suis allé et je n'ai eu pratiquement personne car il n'y avait personne. Et les détenus. C'est parfois assez long.

F.E : Vous êtes seul pour assurer ces entretiens?

P.C: À Saint-Paul oui. À Saint-Joseph, il y a un autre médecin. C'est le docteur Sicard qui est un médecin de l'UCSA. Il fait aussi le dépistage.

F.E : Pourquoi faire intervenir un médecin de l'UCSA et pas d'un CIDAG en l'occurrence?

P.C: Ah et bien, parce qu'on a trouvé personne d'autre ici. Autrefois, c'était un médecin généraliste qui faisait les entretiens de dépistage en prison. C'était les médecins généralistes qui faisaient des vacations et qui ne travaillaient pas forcément au CDAG. Et puis à l'automne 2001 on a contacté les médecins qui travaillaient dans les CDAG pour leur demander s'il voulait bien aller en prison. Il y en a trois qui ont commencé. Ça c'est plus ou moins bien passé et je suis le seul qui a repris ça.

F.E : Qu'est-ce que vous entendez par plus ou moins bien passé?

P.C: C'est qu'il y a eu un changement. Ça n'est pas bien important. Autrefois, c'était le conseil général qui finançait notre travail en prison et ça été repris par les HCL qui payent beaucoup moins bien. Ils ont comme une tendance à mal payer. Ce qui explique la difficulté à trouver des volontaires.

F.E : Qu'est-ce qui vous a motivé sans indiscrétions?

P.C: C'est que c'était l'époque où je travaillais dans une clinique et puis il y a eu un changement de direction et le nouveau directeur a licencié en masse. J'étais dans ceux

qui ont été licenciés et je me suis retrouvé à une époque où je cherchais du travailleur. Je travaillais déjà dans le centre de dépistage mais ça me semblait intéressant d'aller en prison. De faire un peu autre chose tout en étant dans le dépistage.

F.E : Quelle est la réaction des détenus en cas de test positif?

P.C: Généralement le plus courant c'est le désir de se soigner en cas d'annonce de positivité. Pour la prise en charge, les médecins qui interviennent en prison sont des spécialistes du VIH qui travaillent avec le service du Professeur Trepos. Ces patients sont vus pour la mise en route des traitements et l'élaboration des protocoles par des spécialistes VIH. Ensuite, pour la surveillance et le contrôle journalier, les détenus sont suivis par les médecins de l'UCSA. Les médecins spécialistes n'interviennent qu'une fois tous les quinze jours par exemple.

F.E : Et après, est-ce que vous revoyez les détenus?

P.C: Non je les revois rarement. Je ne revois essentiellement que ceux à qui j'ai annoncé une séropositivité et qui veulent faire un test de confirmation. Je les revois. Ceux qui ont un test double avec un positif et un négatif doivent être contrôlés. Je revois aussi ceux qui après le premier entretien ont un premier résultat, pour qui je redemande un test de contrôle car elles sont vues à risque récent. J'en revois un certain nombre mais disons que je ne les revois pas régulièrement. J'en vois aussi certains qui sont incarcérés six mois après le premier test.

F.E : Pour la plupart des gens, c'est la première fois qu'ils font le test?

P.C: Selon mon impression, ce sont des personnes qui n'ont jamais fait le test. Il y en a beaucoup même qui n'avaient aucune notion et qui ne savaient pas par exemple qu'existaient des centres de dépistage. Alors je leur explique que je ne suis pas de la prison et que je viens d'un centre de dépistage extérieur. Il y a plusieurs qui ne savent pas ce que c'est le VIH. On a quand même une population très marginale et très précaire et pour tout ce qui est de la prévention est souvent mal prise en charge. Donc il y en a beaucoup qui n'ont jamais fait le test. Je fais la promotion du centre bien sûr. Parce qu'il y en a qui sont en prison pour peu de temps. Il y a des courtes peines. Je leur dis qu'elles peuvent faire des dépistages à l'extérieur dans les CDAG. Je distribue des petites plaquettes et des dépliants.

F.E : Quelles sont les principales différences entre vos entretiens qui se déroulent en prison et ceux que vous faites ici?

P.C: Je dirais que c'est quand même différent dans la mesure où on a des gens qui viennent volontairement et qui savent pourquoi ils viennent. Tandis qu'en prison effectivement, la plupart du temps ce sont des gens à qui on l'a proposé bien sûr car il n'y a pas d'imposition. Ils ont dit oui mais ce sont des gens qui ont beaucoup moins conscience et qui sont beaucoup moins informés par rapport au VIH que les gens qui viennent ici. Je m'en rends compte quand je rends les résultats et que j'essaie de savoir un peu ce qu'ils savent de l'infection VIH des risques qu'ils ont pu prendre et des modes de transmission qu'ils connaissent, je m'en rends compte de cela. Il s'agit d'une population qui est très peu informée. Sur les modes de transmission par exemple.

F.E : Est-ce que vous avez participé à des projets de prévention en milieu carcéral ?

P.C: J'ai seulement participé à la constitution sur la prison de Saint-Quentin en Isère d'une petite plaquette d'information sur les risques de contamination de VIH et les hépatites destiné aux populations en difficulté de lecture. Elle s'adressait notamment aux prisonniers car il y a beaucoup d'étrangers qui écrivent mal le français. C'est une plaquette avec assez peu de textes et avec beaucoup d'images. Je sais qu'il y a des actions d'éducation de la santé sur les prisons de Lyon dont notamment des programmes de prévention des risques mais c'est vrai que je n'ai pas beaucoup de temps. Car depuis six mois, c'est assez difficile.

F.E : Quelle est l'incidence des taux d'infection au VIH et aux hépatites ?

P.C: Ça reste assez rare pour le VIH. En revanche, il y en a beaucoup plus pour l'hépatite C. Mais ce sont souvent des cas déjà connus. Il y a assez peu de nouveaux diagnostics d'hépatite C. Il y a quand même une forte population avec des risques liés à la toxicomanie il y a quand même beaucoup d'hépatite C. Pour Saint-Joseph, il y a eu deux nouveaux diagnostics VIH, quinze pour le VHC dont six nouveaux. Il y a en moyenne 90 tests par semestre. Pour Saint-Quentin, il y a eu un VIH positif, cinq VHC dont un nouveau. Le principal mode de contamination, au moins les trois-quarts, était la toxicomanie.

F.E : Est-ce qu'il y a une grande différence des taux d'incidence en milieu carcéral avec ce que vous observez en milieu libre ?

P.C: Oui, il y a une différence au niveau de l'hépatite C. Proportionnellement, il y en a beaucoup moins ici. Ça c'est sûr. J'ai l'impression en tout cas pour les prisons de Lyon que d'après ce que je vois, il y a peu de VIH. Mais c'est toujours pareil, il faudrait voir qui refuse le test. Il faudrait voir si parmi ceux qui refusent le test, il n'y en a pas qui craignent d'être positifs et qui ont peur d'être dépistés en prison.

F.E : Que pensez-vous de l'idée d'introduire un test de dépistage obligatoire en milieu carcéral ?

P.C: Mouais. Je ne pense pas que ce soit... Les tests imposés en général je ne pense pas que ce soit une bonne façon de commencer une prise en charge. Il me semble que c'est déjà assez difficile d'organiser une prise en charge sur une maladie au long cours comme celle-ci déjà chez les personnes qui sont au départ de bonne volonté et partir dès le début sur des choses obligatoires me semble risqué. C'est vrai que ça peut se discuter. Ça peut se discuter. C'est quelque chose qui était beaucoup discuté, depuis le début de l'épidémie. Ça a été repoussé pendant longtemps pour dire qu'il faut que le dépistage soit volontaire et pour que les gens justement viennent se faire détester, il ne fallait surtout pas imposer un test car à partir du moment où on imposait le dépistage obligatoire, les personnes les plus à risque risquaient de s'y dérobER et on risquait d'avoir l'effet inverse. Au lieu de les encourager à se faire dépister, elles allaient faire en sorte d'échapper au dépistage. C'est vrai qu'en milieu carcéral, c'est assez différent. Et c'est vrai aussi que ça pourrait s'envisager car maintenant ce qui est différent par rapport au début de l'épidémie, c'est qu'il y a des traitements maintenant qui peuvent être efficaces pour ralentir et même stopper l'infection. Ça pourrait se discuter de faire un dépistage systématique de tous les détenus de façon à les traiter. Autrefois, on n'avait pas de

possibilités et ça semblait un peu dur de faire des dépistages pour ensuite dire qu'on ne pouvait rien y faire.

F.E : Et le fait que vous soyez extérieurs la prison, vous pensez que ça modifie quelque chose?

P.C: Non je ne suis pas sûr en fait. Les détenus de s'en rendent pas compte. Pour eux je suis un médecin. D'ailleurs le gros problème, c'est comme je suis extérieur la prison, je n'ai pas à intervenir dans les traitements et à me substituer aux médecins par rapport à d'autres prises en charge et ça c'est difficile à faire comprendre aux détenus. Ils sont appelés à l'UCSA pour un test de dépistage et ils en profitent pour parler d'autre chose. Je les écoute mais... Mais comme j'ai peu de temps, j'ai tendance à être débordé et ça serait peut-être mieux si j'étais un médecin de l'UCSA. Car dans ce cas, je pourrais les écouter et leur prescrire ce qui leur faut. La plupart du temps ils ne font pas la différence car ils se retrouvent en face d'un médecin.

Entretien n°13 : Claire Cellier, médecin inspecteur de santé publique à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) du Rhône, 9/05/2003, 50 min.

C.C: Je suis médecin inspecteur et nous sommes chargés selon les textes de l'instruction des plaintes et nous sommes chargés d'une inspection annuelle qui porte à la fois sur l'hygiène et sur les services de santé. Alors sur l'hygiène des locaux, chaque année on visite les prisons du secteur, il se trouve qu'ici ce sont des maisons d'arrêt. Je fais ça avec un technicien sanitaire de la DDASS, c'est-à-dire quelqu'un qui connaît plus l'aspect environnemental que moi. Lui, il est un technicien de cet aspect des choses. On voit l'hygiène des locaux globalement pour les conditions de vie. Et puis je fais l'inspection du service médical, de l'UCSA. C'est une inspection qui porte sur l'organisation du travail et le fonctionnement du service lui-même. Alors que je ne peux pas me permettre d'inspecter ce qui se passe dans la prison au niveau des surveillants par exemple, comment ils travaillent. Mon champ de compétences c'est le service médical.

F.E: Et ça c'est en fonction du texte de 1994?

C.C: Oui c'est en fonction du texte de 1994 mais c'était déjà dans un texte auparavant puisque l'IGAS était déjà investi de ce pouvoir alors ou les délégués auprès des médecins des DDASS la gestion des plaintes. Peut-être que le texte de 1994 a formalisé quelque chose qui existait déjà. J'aurais tendance à le penser mais je n'ai pas de preuve que ça existait déjà. C'était une façon d'aller voir à ce qu'il se passait mais on avait peut-être pas les pouvoirs qu'on a maintenant [...] Il y eu plusieurs textes de l'IGAS, un publié en 1992 qui a fait qu'il y ait le changement de loi et un autre rapport en 2001 et un document d'avril 2002, un document santé justice qui est issu de ce rapport. Ce rapport de juin 2001 est une évaluation de la mise en oeuvre de la loi.

F.E: Est-ce que ça changeait quelque chose dans les rapports que vous pouviez avoir avec l'administration pénitentiaire?

C.C: Je suis en poste depuis mai 2001 j'ai donc un petit peu de difficultés à répondre

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

à votre question.

F.E: Vous pouvez m'expliquer votre parcours?

C.C: J'étais médecin libéral et j'ai passé le concours de médecin inspecteur en 1999, j'ai fait une formation à Rennes auprès de l'Ecole nationale de santé publique et je suis arrivée en poste en 2001. Dans le cadre de cette formation j'avais été inspecté la maison d'arrêt d'Amiens afin d'évaluer la mise en oeuvre de la loi de 1994. C'était évaluation en temps 0 parce qu'on n'avait pas de référentiel. Je n'étais pas en poste avant et je ne savais pas ce qui se faisait avant. Notre référentiel ce n'était pas l'état d'avant mais c'était donc le texte. Il s'agissait de voir quels étaient les points de discordance par rapport au texte et les dispositifs qu'on aurait dû mettre en place et qui éventuellement n'auraient pas été mis en place. A Amiens il y avait toute une série de choses dont des problèmes dans la mise en place du SMPR.

[...] Ici on a un mode de fonctionnement par établissement, par établissement sanitaire. Donc on avait un médecin inspecteur qui s'occupait des hospices civils de Lyon et puis il y avait quelqu'un qui s'occupait des prisons, donc la maison d'arrêt de Villefranche. Et j'avais proposé au directeur que vu que la personne qui s'occupait des prisons de Villefranche s'en allait. Il y avait une personne qui s'occupait des soins psychiatriques avec le SMPR et il y avait une autre personne qui s'occupait des soins somatiques en prison avec l'UCSA. Donc j'avais dit au directeur quand j'avais eu la confirmation que mon poste serait bien ainsi, je lui avais proposé de reprendre ce poste là car je pensais que c'était intéressant et qu'il y avait des choses à faire, c'était au moment en plus où il y avait eu le livre de Véronique Vasseur. On en parlait plus et on savait qu'il y avait des choses à faire et ça m'intéressait aussi à ce titre là. Et je lui avais proposé de m'en occuper à condition que ce soit le somatique et le psychiatrique et que ce soit aussi bien les prisons de Lyon que Villefranche. Que ce soit regroupé et que ce soit cohérent. Je suis la personne référant à la DDASS. Normalement il devrait y avoir d'autres inspecteurs qui s'en occupent non pas par le biais prison mais par le biais d'établissement. Par exemple il y a l'inspecteur qui s'occupe des hospices civils de Lyon ou la personne qui s'occupe du CH de Saint-Cyr qui gère les soins psychiatriques à la maison d'arrêt de Villefranche. À Villefranche, il y a l'hôpital de Villefranche qui s'occupe des soins somatiques et l'hôpital de Saint-Cyr qui s'occupe des soins psychiatriques. Et ces gens travaillent dans la prison à l'intérieur de l'UCSA.

F.E: Et vous ne travaillez pas sur Villefranche donc?

C.C: Non. Ce que je veux dire que c'est que ces inspecteurs s'occupent des affaires budgétaires et moi je suis sur la thématique prison. D'ailleurs c'est comme pour les hospices civils et pour la maison d'arrêt de Lyon. Les hospices civils vont s'occuper de l'aspect UCSA des maisons d'arrêt de Lyon et c'est le Vinatier qui s'occupe du SMPR. Ce ne sont pas les mêmes inspecteurs pour l'aspect budgétaire qui s'occupent de l'un et qui s'occupent de l'autre. Quand je parle de l'aspect budgétaire, je pense aussi à l'attribution des postes médicaux. Tout ce qui demande davantage de fonds. Ce sont les moyens matériels mais aussi les moyens humains et ça se sont les médecins inspecteurs qui suivent les lignes budgétaires.

F.E: Et votre zone d'effectivité et, c'est tout le département?

C.C: Donc ça comprend Villefranche... Alors il y a le point particulier de Saint-Quentin Falaviers, car Saint-Quentin Falaviers est en Isère mais c'est du personnel Hospices civils de Lyon. Donc c'est une situation du genre où on se tire les plombs. Les médecins inspecteurs qui s'occupent des Hospices civils de Lyon gèrent Saint-Quentin Falaviers mais moi en tant que médecin inspecteur sur la thématique prison dans le Rhône, je ne m'occupe pas de Saint-Quentin car c'est le médecin inspecteur de l'Isère. C'est encore plus compliqué. C'est vraiment comment saucissonner le maximum.

F.E: Et entre les DDASS vous avez des réunions de coordination?

C.C: On a des réunions entre médecins inspecteurs et donc on peut parler de cette thématique là. Ce sont des réunions dans lesquelles on peut parler de beaucoup d'autres choses. On peut parler de prison dans ses réunions de médecins inspecteurs mais il n'y a pas... Enfin, l'année dernière, il y a eu une réunion spécifique sur les prisons. C'est une réunion qui avait été organisée par Marie-José Communal parce que je lui avais suggéré parce que je trouvais que c'était une bonne idée mais en réalité ça n'a pas été une bonne idée. La réalisation de la bonne idée n'a pas marché.

F.E: L'idée c'était quoi?

C.C: L'idée c'était qu'il y avait une enveloppe spécifique prison et il avait été demandé par le directeur de l'ARH aux différents secteurs sanitaires, qui ne correspondent pas complètement aux départements, de dire les priorités de leur secteur en matière de prison. Les priorités en termes d'effectifs notamment. Donc, j'avais proposé à Marie-José que les médecins inspecteur qui sont ceux qui connaissent la réalité des prisons et des UCSA et des SMPR puisque c'est nous qui faisons l'inspection sur les sites, qu'on se réunisse entre nous pour qu'on essaye d'arriver chacun d'entre nous avec nos priorités et puis de les prioriser au niveau régional par une coordination. Parce que c'est une tâche qui rentre bien dans ses prérogatives. Et en fait ça n'a pas bien marché. Parce que d'une part il y a le jeu que chacun défend un peu son truc et a du mal à reconnaître que l'autre peut avoir une priorité qui passe avant. Donc c'était un peu quelque chose de marchand de tapis. D'autant plus que les médecins inspecteurs sont d'abord des médecins. Ils ont une vision quand même assez individuelle des choses. Je pense qu'on aurait pas été médecins inspecteurs, les choses auraient mieux fonctionnées. On aurait été simplement inspecteur, ça aurait mieux marché. Et puis l'autre chose, c'est que ça c'est mal goupillé car il y a eu effectivement une priorisation mais la priorisation qui a était faite par les médecins inspecteurs n'a pas forcément été... L'administration a un peu critiqué l'aspect administratif de l'ARH. Elle a dit, et je pense en fait qu'ils avaient raison, que ce n'était pas la bonne procédure. La priorisation aurait dû être fait par le versant administratif et pas par le versant médical.

F.E: Vous pensez que le versant médical a faussé un peu le jeu?

C.C: Non. Je pense qu'on a une vision beaucoup plus exacte et précise des choses. Pour ce qui est en prison, c'est nous qui voyons ce qu'il se passe à l'intérieur et de ce côté-là il n'y a pas d'ambiguïté. Mais en fait cette réunion de coordination n'aurait pas dû avoir lieu. On aurait dû chacun de notre côté dire à notre administratif ce qu'on évaluait comme prioritaire et puis ç'aurait été agencé à un niveau administratif. La priorisation

régionale aurait dû se faire à ce niveau spécifique. Mais ils souffrent d'un manque d'expertise et nous on proposait une expertise supplémentaire mais on n'a pas su l'intégrer et l'articuler avec le circuit habituel.

F.E: Car quel était le circuit habituel? Elle se faisait par le docteur Communal?

C.C: Non ce n'était pas elle. Bien sûr elle intervient mais ça se faisait plutôt au niveau de la commission exécutive de l'ARH qui au vu des différentes propositions qui lui sont remontées par le chef de file de secteur de la région en aurait décidé, avec l'avis éventuellement du docteur Communal, ou en prenant l'avis du médecin inspecteur régional. On a voulu le faire entre nous mais c'était une mauvais idée. En même temps, l'idée était intéressante que les médecins inspecteurs se retrouvent ensemble pour se parler de ce qu'il se passe en les prisons. Mais on n'est pas compétent pour les questions budgétaires. On donne notre avis mais on ne prend jamais de décision. On n'a pas tout à fait joué le circuit habituel.

F.E: Mais il y avait des dysfonctionnements au niveau des décisions de l'ARH?

C.C: Non. Non. Le problème c'est qu'après dans la hiérarchie, tout le monde y perd un peu. Ce sont des arbitrages qui sont faites par l'ARH et après coup on dit "tiens mon poste n'est pas passé ". Mais c'était un circuit qui fonctionne normalement de façon correcte.

F.E: J'imagine que vous avez profité de cette occasion pour échanger un autre type d'expérience entre vous?

C.C: Oui…Oui... On a essayé. On a essayé. Mais bon, je pense que ça devrait être organisé différemment. Ça n'a pas bien marché car vous savez les médecins inspecteurs ce sont souvent des individualités et on a souvent du mal à faire du travail coordonné. Je suis en poste depuis trois ans et je ne connais rien d'autre que la DDASS du Rhône et c'est vrai que peut-être on pourrait mieux travailler ensemble. De temps en temps, on aborde le sujet des prisons au sein des collèges régionaux des médecins inspecteurs. Bon. C'est intéressant. Mais il faut dire que c'est un petit sujet par rapport à nos préoccupations. Il y a même des départements où il n'y a pas de médecin inspecteur qui s'en occupe. Ou alors vraiment au lance-pierre. Et c'est un peu toujours la dernière des priorités.

F.E: Il n'y a pas forcément un poste attribué ?

C.C: Quand dans un département, vous n'avez que un ou deux médecins inspecteurs, vu la masse de choses que nous avons à faire, c'est sûr que ça ne passe pas en priorité.

F.E: C'est votre seule attribution?

C.C: Non. Non. Moi je m'occupe de la psychiatrie dans le département. Je m'occupe des prisons, je m'occupe d'autres établissements hospitaliers. Et depuis novembre j'ai aussi la direction du service. Avant j'arrivais à attribuer de 10 à 15 % de mon temps de travail aux prisons et en ce moment, si je suis à 5 %, c'est vraiment un maximum. Nous sommes six médecins inspecteurs sur le département.

F.E: Je voulais savoir aussi comment ça se passait au niveau des fréquences des

visites sur les établissements ?

C.C: Alors, on a une obligation qui est d'effectuer une visite annuelle. Mais bon, là c'est quelque chose d'assez formel. On voit le directeur, on visite l'établissement avec l'accompagnement d'un surveillant. On passe un temps à l'UCSA et puis au SMPR. Ça c'est une visite annuelle qui peut prendre 1,2 ou trois jours. L'année dernière par exemple je voulais voir un peu ce qu'il se passait au niveau des prisons de Lyon à fond et la visite sur place m'a pris pas mal de temps car il y a plusieurs sites. J'étais voir le service du docteur Barelet, j'ai été à Montluc, j'ai été à Perrache et j'y ai passé trois jours complets. Mais on a d'autres occasions de se rencontrer. Par exemple une fois par mois on a une réunion d'éducation à la santé où je suis invité. Avant, j'arrivais à y être à peu près régulièrement et j'arrive de moins en moins à y aller depuis novembre. Depuis novembre je n'y suis pas allée une seule fois. Et puis, quand il y a des plaintes on les règle souvent par téléphone et il peut arriver d'aller sur place. On peut également se déplacer à la demande de l'un ou de l'autre, M. Barlet m'avait demandé de venir il y a deux ans pour visiter un local particulier qui pose un certain nombre de problèmes. À Villefranche par exemple j'y vais pour la visite annuelle. Je suis allé pour le passage en 2001 au service public hospitalier car on m'a demandé d'y aller. Je n'y vais pas très souvent mais j'essaye d'y aller un peu plus d'une fois par an. Et puis en a assez fréquemment des échanges téléphoniques. Enfin quand je dis assez fréquemment, tout est relatif. Arnaud Sourty, je l'ai plusieurs fois par an au téléphone. M. Barlet, je l'ai presque tous les mois au téléphone. M.Lamothe, je l'ai aussi assez souvent au téléphone. En fait, ils font appel à nous aussi quand ils ont des difficultés propres. M.Barlet avait des difficultés au niveau de l'organisation dans les Hospices civils de Lyon et il nous a demandé notre concours. C'était une nouvelle organisation qui faisait une portion congrue à la médecine pénitentiaire au sein d'un nouveau département et il nous a demandé de défendre la médecine pénitentiaire en disant qu'elle allait y perdre. Et c'est vrai que sur ce point de vue on avait une analyse convergente. On a essayé d'intervenir auprès du directeur des Hospices civils. Ça n'a pas marché mais mon directeur a aussi fait un courrier là-dessus et le directeur de l'ARH aussi. Donc à la demande d'un praticien, on peut aussi intervenir. Je bois aussi plus souvent M.Barlet car je m'occupe de la mise en place de la nouvelle unité qu'il y aura à Lyon sud. Il y a l'élaboration d'une circulaire pour laquelle on a régulièrement des réunions à Paris. Et puis l'année dernière on avait des réunions d'avant-projet avec les architectes. Donc on intervient à différents moments de la vie des unités de soins. Mais c'est vrai que c'est souvent à la demande. Si on n'avait plus de temps, je le ferai différemment mais bon.

F.E: Il vous est déjà arrivé de servir d'intermédiaire avec l'administration pénitentiaire?

C.C: Alors, ce qui peut se passer, et encore je crois que je n'en ai pas eu depuis un certain temps... Je pense que Mme Demichelle appelle le docteur Communal qui est plus disponible car Mme Demichelle est au niveau régional et le docteur Communal aussi et ça doit se passer régulièrement comme ça. Mais ça passait par cet intermédiaire la. C'est-à-dire que je parlais à Madame Demichelle et je n'intervenais pas directement auprès de M.Ricard ou auprès du directeur régional de l'administration pénitentiaire. Mais je peux avoir des échanges avec Mme.Demichelle et puis on peut convenir de réunions

ou de choses à faire.

F.E: Ça peut être pour quel type de problèmes?

C.C: La dernière fois ça a été pour l'histoire du bâtiment qui se trouve à Perrache. Ça s'est passé aussi au niveau de Villefranche quand la santé est passée au service public hospitalier. Quand il a fallu décider quel serait le service référent en psychiatrie de la maison d'arrêt de Villefranche. Il y avait eu une hésitation entre est-ce que c'était le SMPR de LYon, donc le Vinatier, qui reprenait ça ou est-ce que c'était l'hôpital dont dépend la maison d'arrêt géographiquement, c'est-à-dire l'hôpital de Saint-Cyr qui le prenait en charge. Et puis pour un certain nombre de raisons on était plutôt favorable à ce que ce soit Saint-Cyr. Donc on a parlé avec Mme Demichelle et on a eu des conversations à ce sujet.

F.E: Vous pouvez m'expliquer pourquoi vous étiez en faveur de Saint-Cyr?

C.C: Parce que c'était une organisation logique dans la mesure où l'hôpital de Villefranche s'occupait des soins sympathiques, c'était logique que ce soit l'hôpital du secteur géographique. C'était logique que la psychiatrie et les soins somatiques soient traités de la même façon, c'est-à-dire par l'hôpital du secteur. Chacun avec sa spécificité. Donc la première raison, c'est que c'était logique que ça se passe comme ça. Il y avait un deuxième argument. M.Lamothe -qui est chef de service du SMPR - est un personnage haut en couleurs, qu'on voit à la télé, qu'on voit dans les journaux, qui est au ministère, et il voulait que ce soit le SMPR de Lyon qui ait la compétence. Plus on étend son jardin et plus on a de pouvoir. Et justement, l'une de nos raisons au-delà de l'attribution entre somatique psychiatrique, on se disait que le docteur Lamothe a bien sûr un savoir-faire mais il se trouve partout, partout, partout... On ne voyait pas bien l'intérêt qu'il ait quelque chose de plus. Je pense qu'il a la plus-value de son expérience mais qu'il a la moins-value de son manque de disponibilité et c'est pour ça qu'on a préféré jouer local. Il a vraiment fait du forcing mais finalement ça n'a pas marché. Moi j'ai été l'avocate de la solution Saint-Cyr et mon directeur était également favorable pour les mêmes raisons à cette solution là. La décision a été prise au niveau de l'ARH mais on a été défendre notre point de vue à l'ARH et on a obtenu effectivement gain de cause.

[...]

Je pense aussi qu'une autre évaluation important à faire est celle du passage au service public hospitalier des établissements « 13000 » . Je pense qu'on a pas à se plaindre du choix qu'on a fait dans l'organisation vu la façon dont ça s'est organisé avec Villefranche sur le plan psychiatrique et l'investissement qu'il y a eu de la part de l'hôpital de Saint-Cyr à la maison d'arrêt qui est vraiment très intéressant. Tout le monde en est vraiment très content et très satisfait. Si ça avait été une énième antenne du SMPR de Lyon, je ne suis pas sûr que ça aurait vraiment aussi bien marché. Il y a vraiment eu un investissement important du service psychiatrique du secteur sur la maison d'arrêt.

F.E: Ils étaient demandeurs?

C.C: Oui, ils étaient demandeurs. Le chef de service de ce secteur psychiatrique était demandeur. Donc c'était l'un contre l'autre. Mais ce n'était pas véritablement une personne contre une autre mais c'était quel choix d'organisation on faisait. Une nouvelle

antenne supplémentaire du SMPR ou d'organisation proprement. Je pense qu'on a bien choisi.

F.E: Je vous posais cette question car il y a eu pas mal de résistances lors de la signature des protocoles avec les établissements hospitaliers...

C.C: Pas dans le Rhône, il n'y a pas eu de problème. Donc Saint-Cyr était demandeur et pour Villefranche ça s'est fait plutôt naturellement. Mais il faut dire aussi qu'il y avait une particularité car à Villefranche, il y avait une unité d'hospitalisation des détenus qui fait qu'il y avait déjà sur le plan somatique des progrès qui avaient été faits sur la santé des détenus. Ils travaillaient de près avec le service privé. Donc c'était très naturel pour l'établissement hospitalier de Villefranche et il y avait une demande de Saint-Cyr pour le secteur psychiatrique.

F.E: Comment se déroulait avant la gestion de la santé?

C.C: Déjà il faut savoir que ce qui a justifié le passage c'était un rapport IGAS.

Second entretien 28/05/2003, 1h40.

F.E : Vous avez connu le transfert de la santé des prisons 13 000 au système sanitaire national ?

C.C : Oui, je suis arrivée en 2000 et j'ai eu le temps de faire une inspection à Villefranche en 2000 et puis le passage des prisons 13 000 s'est fait en mars 2001. Ce qui est sûr, c'est que c'était un schéma différent. Parce que la loi de 1994 est intervenue sur un système de santé qui était géré par l'administration pénitentiaire et donc qui avait très peu de moyens alors que la réforme de 2001 est intervenue sur des prisons qui étaient quand même modernes et qui étaient gérées par le privé mais sur un mode déjà inspiré de la réforme de 1994 et donc on ne revenait pas d'aussi loin. Et puis ça n'est pas le même changement. Le changement de 1994 est un changement vers le public dans le financement et dans les moyens alors que le passage de 2001 c'est le passage du privé au public avec une façon de gérer, non pas uniquement ciblée sur la rentabilité... C'était quand même avec une logique financière car derrière des groupements privés il y avait forcément une logique de rentabilité puisque sinon il n'y aurait pas eu d'opérateurs qui auraient choisi ce marché là. Ils devaient retirer des bénéfices et donc c'était une logique de passage du privé au public et donc c'était différent. Et pour Villefranche, c'est vrai que je m'en suis rendu compte sur un exemple très précis qui était les extractions. Comme les extractions demandent du personnel et sont compliquées à gérer et donc le médecin qui était responsable du service médical essayait de les limiter. Le responsable médical était conseiller de la boîte privée et était forcément sensible aux arguments de son patron, son patron étant le groupement privé. S'il lui disait « vous ne faites pas trop de dépenses comme ceci ou comme cela », il se rangeait aux avis de son patron qui était le groupement privé alors que bien sûr dans le secteur du public ce n'est pas du tout cette logique là. C'est une logique, notamment dans le système hospitalier, où les arguments économiques ne prévalent pas mais ce sont les soins qui priment. Donc ça, c'était une différence. Ça s'est senti. Parce que dès qu'il y a eu le public à Villefranche il y a eu plus extractions et on a beaucoup moins mesuré tel ou tel type d'examen.

F.E : Il y avait d'autre différence significative entre Villefranche et Lyon ?

C.C : Je n'y suis pas restée suffisamment longtemps pour me rendre compte de la qualité des soins. Mais j'ai eu à gérer des plaintes dés mon arrivée autant sur Villefranche que sur les prisons de Lyon. C'est vrai que j'en ai eu un peu plus à gérer du côté de Villefranche mais c'est difficile de savoir si c'était significatif ou pas quand il y a trois plaintes dans l'année... Mois la chose qui m'avait frappé le plus, c'est que les logiques qui prévalaient n'étaient pas les mêmes. Le médecin-chef de Villefranche me disait que son patron c'était le groupement privé et c'est sûr que ça ne faisait pas réagir de la même façon.

F.E : C'était quel type de médecin ?

C.C : C'était un médecin libéral qui avait un cabinet à Villefranche et qui complétait son salaire en tant que salarié privé du groupement. Il a été repris comme praticien hospitalier contractuel à temps partiel lors du passage à l'UCSA car il y a eu tout un programme pour faire intégrer dans la fonction publique hospitalière, les groupes qui travaillaient en groupement privé. Il y a eu un accompagnement social. Tous ceux qui le désiraient ont été repris dont lui mais simplement il n'a pas été repris comme médecin-chef. On avait notre avis à donner là-dessus et j'ai rapportée dans mon dossier que ça pouvait être difficile et on avait donc privilégié un médecin de l'unité d'hospitalisation des détenus de Villefranche pour être chef de service de l'UCSA et qu'elle soit ainsi rattachée à cette unité d'hospitalisation.

F.E : J'avais entendu parler de certaines démissions de personnel soignant par rapport au refus d'accorder les fonds nécessaires pour prescrire certains antidépresseurs...

C.C : Oui j'avais cette idée là aussi, je me souviens d'une commission de surveillance où chaque service de la prison fait un rapport et le service médical de Villefranche, je me souviens... Ce médecin-chef avait fait un rapport en soulignant qu'il avait fait encore moins de dépenses pharmaceutiques que l'année dernière précédente.

F.E : Vous savez pourquoi a eu lieu cette réforme en 2001 ?

C.C : Déjà il y avait eu le rapport IGAS publié à la fin des années 90. Et puis on peut imaginer, mais je n'en sais rien, que les compagnies privées se sont rendues compte que sur la santé, ils ne pouvaient pas vraiment faire de bénéfices et qu'ils ont voulu s'en débarrasser. On peut imaginer que c'est dans les deux sens. Mais ça je n'en sais rien. On peut imaginer d'un côté que l'IGAS ce soit rendu compte que ce ne soit pas optimal comme service rendu et que de l'autre côté, les autres ne trouvaient pas ça optimal comme rentabilité.

F.E : Et par contre vous l'avez su tardivement ?

C.C : Ha oui, nous on l'a su fin décembre et c'était pour le 4 mars 2001. On a eu deux mois où il a fallu trouver tous les remplaçants, c'est-à-dire l'hôpital de rattachement, on a eu des réunions au niveau du ministère pour intégrer les personnels, les grilles de rémunération, les statuts…

F.E : Vous me disiez que Saint-Cyr avait été assez demandeur du rattachement mais pourquoi selon vous ?

C.C : C'est peut-être lié à la personnalité du médecin qui s'en occupait. Vous savez en fait c'est toujours la même chose. De même que Lamothe, c'est un peu pour agrandir son rayon d'action. Je pense que pour le médecin de Saint-Cyr qui intervenait déjà mais sous forme de vacations, ils détachaient quelque demi-journée de son temps plein hospitalier pour faire des consultations à la prison de Villefranche, je crois que pour lui c'était assez intéressant. Et puis en plus c'était un médecin qui était sur un secteur où il n'avait pas de lits et maintenant il a des lits. Je pense qu'il devait être en recherche d'une assise puisqu'il était un peu dans une situation particulière pour un chef de service. C'est assez particulier pour un chef de service psychiatrique de ne pas avoir de lits d'hospitalisation et maintenant il a des lits d'hospitalisation. Peut-être que la médecine pénitentiaire l'intéressait aussi mais en tout cas il voyait bien ce que ça pouvait apporter à son secteur. C'est quelqu'un qui a 45- 50 ans. Mais c'est un peu comme Lamothe, c'est un médecin qui a de multiples appartenances et qui a envie d'agrandir son réseau d'action […] Et puis il y a eu aussi des gens qui l'ont appuyé sur le plan politique car si j'ai bien compris… les gens qui sont au conseil d'administration sont des politiques, ce sont des maires par exemple, et eux aussi ça les intéressait que ce soit Villefranche. Je pense que de plusieurs côtés il y avait des gens intéressés, pas forcément pour les mêmes raisons, mais il y a eu convergence.

F.E : Vous connaissez les raisons de la création de l'unité d'hospitalisation de Villefranche ?

C.C : Je ne sais pas du tout, je pense qu'elle a été créée en même temps que la prison. Parce que d'habitude il y a proximité de chaque prison, quelques chambres sécurisées pour assurer la sécurité du détenu pendant la durée de son hospitalisation. Mais là effectivement, il s'agit plus que d'une ou deux chambres ce qui est beaucoup pour la prison à Villefranche. Mais ceci dit, elle n'accueille pas que des détenus de la prison de Villefranche mais aussi des gens du sud de la Bourgogne, de Franche-Comté et de l'Ain.

F.E : Vous avez été inspectée les deux unités d'hospitalisation ?

C.C : Alors l'année dernière, j'ai été inspecté l'unité d'hospitalisation du professeur Barlet. Mais c'est la première fois que cela se faisait.

F.E : Et l'unité d'hospitalisation de Villefranche…

C.C : Non, c'est vrai que je ne l'ai pas fait pour Villefranche. Mais c'est vrai aussi que la première année où je suis arrivé, j'ai fait une inspection à Villefranche. Je n'ai pas fait d'inspection an 2001 car il y a eu le passage aux UCSA. En 2002, le directeur de la prison changeait et donc ma visite a été reportée. Et là, j'ai fait l'inspection à nouveau en mars 2003. Mais c'est vrai que je n'ai pas pensé à aller visiter l'unité d'hospitalisation et à faire ce que j'avais fait chez Barlet. Mais c'est vrai que comme ce type de service n'existait pas de façon nationale, il n'y avait pas de directives du ministère pour inspecter et je n'avais pas de directives.

F.E : Ce travail ne relève pas des compétences de Mme Communal, au niveau des unités d'hospitalisation ?

C.C : Ah non, surtout pas, elle est à la région. Elle est là pour coordonner ce qui se fait entre les départements et avoir une vision un peu plus coordinatrice et éventuellement

planificatrice en lien avec l'ARH. Mais ça ne fait pas partie de ses missions d'inspecter les prisons.

F.E : Vous participez au groupe de travail qui se réunit sur la question de l'UHSI ?

C.C : Oui, c'est un groupe de travail dans lequel il y a chaque administration, pénitentiaire, ministère de l'intérieur et santé, et nous élaborons un cahier des charges qui va déterminer le fonctionnement de cette unité. En 2001 ils ont cherché un référent Rhône-Alpes pour aller là-bas et comme je commençais à m'investir sur ce dossier, je me suis proposée. Et à l'époque, il n'y avait personne au niveau régional sur ce dossier. Mais c'est vrai que maintenant, ça serait quand même plus logique, qu'il y ai quelqu'un comme Marie-Josée Communal qui soit sur ce groupe de travail. Mais en même temps c'est vrai que, j'y suis, j'y reste. Et puis d'autre part, j'ai une connaissance du terrain qu'elle n'a pas puisqu'avant quand elle était dans la DDASS du Rhône elle ne s'occupait pas du tout des prisons elle n'a jamais acquis cette connaissance du terrain. Elle n'a jamais réalisé l'inspection de prison. Elle a une compétence, que moi je n'ai pas, de coordination. Je ne trouve pas que je sois illégitime sur ce truc là.

F.E: Et comment se déroule ce groupe de travail?

C.C : Il y a deux responsables de la DHOS, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, et puis il y a pour chaque région, le directeur de l'établissement hospitalier, le médecin responsable et souvent le médecin inspecteur responsable. Donc en général on y va toujours les trois, le directeur de Lyon sud, M Barlet et moi. On a d'abord élaboré le projet architectural de façon très détaillée et puis l'autre partie des choses c'est le fonctionnement qui va être réglé par voie de circulaires. Ce sont des questions très précises sur tous les détails. Lors de la dernière réunion, il y a eu un grand débat pour demander s'il fallait un coin fumeur au pas. Les médecins disaient non dans un hôpital on ne fume pas. La direction de l'administration pénitentiaire répondait que si les détenus ne pouvaient pas fumer, ils risquaient de péter un câble.

F.E: Et qu'avez-vous retenu de votre inspection de l'unité d'hospitalisation?

C.C : A part le fait qu'ils manquent de moyens et qu'ils ne sont pas vraiment aux normes, l'autre aspect des choses c'est sur leur activité. Et c'est vrai que dans le rapport d'activité que m'a donné le docteur Barlet, c'est vrai qu'il y a un certain nombre de détenus qui viennent pour des choses graves mais beaucoup de détenus viennent aussi pour des soins dentaires et ils n'ont pas vraiment une activité médicale de pointe. Alors ça, c'est quelque chose qui est un peu au centre des débats et qui ne sont pas débattus justement mais qui restent implicites. Parce que j'ai renvoyé ma relation au ministère et les gens ont reconnu qu'ils avaient vraiment une activité de petit service. C'est vrai que c'est un peu en fonction de la population car la population pénitentiaire un à une moyenne d'âge de 25 à 45 ans et donc ce sont en général des gens très malades mais les problèmes qu'ils ont, ce sont des problèmes qui tiennent au fait qu'ils viennent souvent de milieux assez défavorisés. Donc ce sont plutôt des gens qui ont été peu attentifs à leur santé et il y a effectivement beaucoup de problèmes dentaires, et c'est vrai que le temps de la prison, c'est un temps où ils peuvent se faire soigner les dents mais malheureusement ce sont beaucoup d'extraction pour des soins dentaires car il n'y a pas toujours les moyens en

prison pour le faire. Les consultations d'odontologie en prison sont parmi celles qui fonctionnent le milieu, les autres problèmes se sont des problèmes de dermatologie ou de traumatologie. Ce sont des problèmes qui sont liés aux conditions de vie. Et les gens qu'on trouve chez Barlet, c'est un peu le reflet de ça... Donc effectivement il y a beaucoup d'extractions dentaires et quand les gens du ministère de la santé ont vu ça, ils étaient un peu étonnés. Mais bien sûr il y a des choses aussi plus graves comme de la cardiologie ou des problèmes digestifs. Mais pour l'instant ils n'occupent pas la majorité des lits d'hospitalisation. Alors jusqu'à présent il y a eu des crédits fléchés et le ministère proposait pour le personnel, les médecins ou les infirmiers, il proposait une enveloppe avec des effectifs assez importants et M. Barlet disait qu'il n'avait pas besoin d'autant de monde et les personnes du ministère disaient "il ne se rend pas compte car il n'a que des extractions dentaires mais quand il va voir toutes les prisons de la région pénitentiaire, il va se rendre compte que c’est différent ». Chacun est dans une logique différente. Le directeur de Lyon sud a la tête sur les épaules et il a compris que s'il n’augmentait pas le personnel en infirmières, il pourrait toujours l'utiliser pour des temps de kiné. Il était en train de dire aux gens de la DHOS, "vous nous donnez trop de fric pour le fonctionnement de notre service" et eux répondaient "mais il faut que vous les preniez ces sous car vous allez en avoir besoin". C'était un peu ridicule. Et on se demandait pourquoi il refusait pour une fois qu'on leur donnait de l'argent.

[...]

F.E: Je voulais savoir quel type de plaintes vous avez eu à gérer?

C.C : Alors ce que j'ai remarqué dans les plaintes, c'est une expérience limitée, c'est qu'en général il n'y a pas tellement de défauts de prise en charge, ce qui ne veut pas dire que la prise en charge soit toujours parfaite, mais ceux qui ont un défaut de prise en charge réelle ne sont pas forcément ceux qui se plaignent. Les plaintes que j'ai eues à instruire venait plutôt de détenus qui avaient des problèmes psychiques et qui avaient des revendications un peu tout azimut, pour une raison ou une autre, mais je n'en ai jamais trouvé une qui corresponde vraiment à un défaut de soins. C'est comme pour les plaintes à l'hôpital, ceux qui se plaignent ne sont pas forcément ceux qui ont subi un préjudice mais ça vient souvent d'un manque de dialogue. À l'hôpital, 90 % des plaintes qui émergent viennent d’un défaut de communication avec le médecin. Lorsqu'il n'a pas bien expliqué, qu'il n'a pas pris le temps de discuter avec le patient, quelque chose qu'on aurait accepté devient inacceptable. Et en prison c'est à peu près la même chose, sauf que ça n'est pas la relation avec le médecin mais c'est tout l'environnement de la prison. Donc si les détenus se plaignent, c'est souvent parce qu'ils se sont dans une situation de souffrance psychologique. Mais je n'ai jamais constaté de défaut de soins patent.

F.E: Je voulais savoir comment se passe sur Lyon l'articulation entre l'UCSA et le SMPR?

C.C : Je sais qu'ils fonctionnent tous les deux de façon autonome, il n'y a pas de dossier médical commun. Ce qui est le plus intéressant n’est souvent pas dans le dossier psy car les psychiatres n’aiment pas le plus souvent mettre sur le papier ce qu'il se passe avec leurs patients. L'année dernière j’ai insisté là-dessus pour qu'il y ait un dossier psychiatrique où il n'y ait pas simplement une feuille avec deux mots. Ce qui fait que

l'articulation à travers le dossier médical n'est pas terrible. Alors que les dossiers somatiques sont en général bien tenus. Il n'y a pas non plus vraiment de temps commun, ce sont surtout des rencontres informelles. Il y a un temps commun formalisé qui est celui de l'éducation pour la santé. Mais ce sont surtout des actions communes, sur les patients ce sont plutôt des échanges informels comme des coups de fil. Alors il y a aussi la distribution des médicaments. C'est comme Villefranche, elle est co-organisée par les infirmiers somatique et par les infirmiers psychiatriques. Je sais que Villefranche a des problèmes le week-end car il manque un temps infirmier psychiatrique et l'infirmière de l'UCSA est seule et on essaye de l'obtenir. Pour la distribution de la méthadone, c'est l'UCSA et en revanche pour la distribution du Subutex, c'est le SMPR. Mais ce ne sont pas eux qui sont responsables de cet état de fait, mais c'est une circulaire. Au SMPR de Lyon, ils ont une distribution particulière pour le Subutex puisqu'ils font venir le détenu à l'antenne toxicomanie pour lui remettre son produit de substitution. Je sais que là-dessus il y a des conflits ou plutôt des différences de point de vue entre l'administration pénitentiaire et les médecins qui cherchent à valoriser... L'administration pénitentiaire préférerait pour éviter des trafics que le Subutex soit donné comprimé par comprimé, alors que les médecins valorisent davantage la responsabilisation et ils veulent plutôt reproduire ce qui se passe à l'extérieur de la prison, c'est-à-dire où le patient va chercher une fois par semaine son Subutex à la pharmacie

[...] J'ai très peu de rapport avec l'antenne toxicomanie, je les vois une fois par an lorsque je fais la visite tandis que mon collègue qui s'occupe des politiques de substitution a des rapports beaucoup plus étroits avec eux

[...] Quand on parle d'inspection, on ne va pas inspecter les pratiques médicales. Moi je le vois plutôt dans le sens où on voit comment ça marche et comment on pourrait les aider à résoudre leurs difficultés. Moi dans mon rapport d'inspection, j'ai repris des demandes de leur part, sur le fait par exemple qu'il ne fallait pas que ce soient les détenus qui fassent le ménage dans l'UCSA. C'est quelque chose qui ne va pas cela. Donc on pensait que ça pouvait être des agents hospitaliers de Lyon sud qui soient chargés de cette tâche et ça c'est une idée qui a fait son chemin et je crois que j'ai été l'une des personnes qui l'a relayé, en tout cas mon rapport a été un moyen pour relayer cette idée là. Comme le fait qu'il fallait qu'il y ait des kinés.

[...] Je crois que mes rapports sont assez lus par les personnels du ministère ou de l'IGAS. En fait ils alimentent leurs fonds d'information. Parce que ce sont quand même des gens qui sont dans leur ministère au centre de Paris. Ils n'ont pas de contacts directs avec le terrain et ils sont très coupés de ce qu'il se passe concrétement. Ils sont d'ailleurs très demandeurs d'informations concrètes pour savoir vraiment ce qu'il se passe sur le terrain.

F.E: Vous suivez ce qu'il se fait sur l'éducation pour la santé?

C.C : Normalement on devrait s'y impliquer pas mal mais là aussi ça dépend des départements. On devrait servir de moteur sur cette chose là. Mais ici à Lyon, c'est vraiment la richesse à comparer des autres départements. Et aux prisons de Lyon justement, on a un médecin de santé publique rattaché au SMPR qui est le pilote des actions d'éducation pour la santé. Ça n'existe nulle part ailleurs […] Et ça n'aurait pas

tellement de sens que je m'implique davantage là-dessus. La culture des soins n'est pas tellement une culture de prévention. Je pense que l'éducation pour la santé est importante car elle permet un premier contact du détenu avec le monde de la santé. Je pense d'autre part que c'est important au titre de la réinsertion car elle représente un moteur important de réinsertion. Mais ce sont des mots. C'est des mots. C'est vrai et c'est pour ça qu'il faut faire des actions là-dessus mais après la réalité est très différente. En tout cas c'est vrai que c'est pointé partout comme quelque chose qui doit exister, ici l'administration pénitentiaire est vraiment partie prenante.

F.E: Vous pensez que les praticiens hospitaliers sont influencés par sa culture de l'éducation pour la santé? Car c'est un peu à eux qu'incombe cette mission en prison...

C.C : En fait l'impression que j'ai, ce qui n'est pas forcément vrai pour Lyon, c'est que sur les actions d'éducation pour la santé ce sont les infirmières qui sont le plus mobilisées. C'est beaucoup plus proche de leur culture à elles. Chez les infirmières il y a des choses qui ne sont pas encore chez les médecins, la culture de la qualité, la promotion de la santé. Ce sont des choses que les infirmières ont déjà dans leur culture et que les médecins n'ont pas encore dans leur culture et ça se ressent dans la pratique car les infirmières sont des gens tout à fait ouverts à l'idée par exemple d'accréditation, c'est-à-dire à l'idée d'évaluation de la qualité. Les médecins le sont beaucoup moins car pour eux ça signifie que quelqu'un de l'extérieur va venir mettre le nez dans leurs affaires. Pour l'instant l'éducation pour la santé ne fait pas du tout partie de la culture des médecins, et encore moins des médecins hospitaliers. À Lyon, on a l'opportunité d'avoir un médecin spécialisé dans ce domaine. À Villefranche, il va falloir voir comment cela se passe dans ce secteur. Avant c'était l'ancien directeur ou le médecin-chef qui faisait des trucs car ils étaient obligés par la loi. Par exemple ils avaient fait une action que j'avais trouvée absolument scandaleuse qui était la prévention des mélanomes dus au soleil pour des personnes qui marchent à l'ombre… Je trouve ça un petit peu ironique. C'était une formation qui avait eu lieu il y a deux ou trois ans et ça m'avait un peu choqué. Le médecin qui l'organisait était très content. Je pense qu'il y a un peu de sadisme, il y a quelque chose un peu pervers. Et ça ne m'étonnerait pas car le médecin et le directeur n'étaient pas des types très... L'ancien directeur il avait vécu aussi avec la santé gérée par G3S et il s'était habitué aussi à des pratiques très restrictives et quand s'est passé au service public hospitalier, il n'a pas du tout, du tout supporté et il était en conflit permanent avec le médecin responsable et donc je crois que c'était vraiment une très bonne chose qu'il y ait un nouveau directeur à Villefranche [...] Le directeur posait un certain nombre de problèmes. Au niveau des extractions par exemple ou des locaux. Il ne se faisait pas à l'idée que c'était des gens sur lesquels il n'avait plus de prises car avant il avait l'habitude de travailler avec le groupement privé, il ne contrôlait pas le groupement privé mais ils arrivaient à s'entendre. Les gens qui arrivaient de l'hôpital étaient incontrôlables. En tout cas de son point de vue, j'imagine que c'était cela. C'étaient des gens qui étaient incontrôlables, sur lesquels il ne pouvait pas faire pression.

F.E: Vous avez dû instruire des problèmes de suivi de la prise en charge médicale?

C.C : Le problème ce n'est pas tant quand les gens arrivent que quand ils partent. On avertit toujours très tardivement quand ils partent. Souvent il peut avoir une consultation

qui peut être prévue deux jours après ou une hospitalisation prévue, on n'a pas le temps de mettre un mot de synthèse dans le dossier, on a souvent pas le temps de faire une ordonnance. C'est surtout par rapport au départ.

F.E: Sinon un problème avait été évoqué lors de la réunion au sujet des magistrats, vous pouvez m'en parler?

C.C : Quand un magistrat met quelqu'un en prison, ça arrive qu'il demande, je ne sais pas si c'est pour se couvrire ou pour ne pas prendre de risque pour le détenu, il demande un examen médical immédiat. C'est-à-dire que normalement, lors de son arrivée on a normalement sa visite médicale dans une limite de quarante-huit heures et dans la semaine on a la visite du psychiatre. Et pour faire de la détection du risque suicidaire, les magistrats demandent à ce que l'examen psychiatrique se fasse à l'arrivée. Et souvent on a un mal fou à trouver un psychiatre et c'est la quadrature du cercle pour réaliser cet examen.

F.E: Vous avez des liens avec les magistrats?

C.C : Aucun, absolument aucun. On ne les voit qu'une fois par an lors de la réunion annuelle. Je crois que les magistrats ne vont jamais en prison, ils ne savent pas ce que c'est. Ça me ferait bien rigoler. Je crois qu'il y a des magistrats qui ont envoyé des milliers de gens en prison et ils n'y mettront jamais un pied. Je pense qu'ils n'y vont jamais. Je pense qu'il y en a même certains qui défendent leur position en disant qu'il ne veulent pas savoir ce qu'il s'y passe, qu'ils font leur travail et chacun fait le sien. Ça perturberait leur sérénité dans l'exercice de leur mission le fait de savoir où ils envoient les gens.

F.E: Je voulais savoir ce que vous pensiez de la position de Véronique Vasseur, c'est-à-dire du médecin qui a une attitude de dénonciation?

C.C : Je pense que c'est pas mal ce qu'elle a fait car ça a permis d'alerter les gens de l'extérieur sur ce qui se faire à l'intérieur. Je l'ai lu comme ça, c'est intéressant. Mais voilà... Son attitude ne m'a pas choquée. Pourquoi pas? Je pense que ça a donné une image à pas mal de gens de ce qui pouvait se passer en prison. Ça a fait bouger des choses. Il faut bien se rappeler qu'elle a écrit son livre dans l'ancien système et donc elle dépendait encore de l'administration pénitentiaire. Je pense aujourd'hui qu'un médecin du service public hospitalier n'aura pas forcément à dire les mêmes choses car elle portait un jugement critique surtout sur la prison et pas tellement sur les soins.

Entretien n°14 : Chantal Escoffié, psychologue auprès du personnel pénitentiaire des prisons de Lyon, 15/05/2003, 1h50.

F.E : Peut-être pouvez vous commencer par me décrire votre fonction et me dire depuis quand vous l'exercez?

E.C : Je travaille sur les prisons de Lyon depuis le printemps 2001 et j'effectue mes permanences en fonction de mon temps. Il y a un moment où on a travaillé à 2 et la formule était intéressante. Je travaillais avec un homme plus jeune et on était plus représentatif. Il est reparti. Peut-être que je peux vous raconter mon introduction, c'est-à-dire que quand je suis arrivé on m'a présenté et je me suis présenté partout au

niveau des surveillants pour dire que j'étais là pour les soutenir. J'ai reçu beaucoup de dérision en retour. C'est-à-dire que "ce n'est pas de vous qu'on a besoin, ce sont de meilleures conditions de travail". Ce qui n'est pas faux a priori. Mais l'un n'empêche pas l'autre. Au début, mon travail était de leur faire vivre plutôt que de leur faire comprendre que oui, l'un empêche pas l'autre, qu'ils avaient aussi besoin de parler quand ils vivaient les choses difficiles. Genre suicide de détenus, agression reçue par un détenu, que ce soit physique ou verbale. Mon intervention s'est située à ce moment-là, dans les murs.

F.E : Et des surveillants sont venus vers vous au bout d'un petit moment?

E.C : Ils sont venus mais ce sont surtout les femmes qui ont commencé à venir. C'était une période où on commençait juste à introduire des femmes en détention sur les prisons de Lyon qui sont à Perrache. Elles ont eu un peu de mal à se situer et elles sont venues me voir. Les hommes ont du mal à accepter leur vulnérabilité mais par la suite ils se sont venus aussi m'en parler mais ils font peu de démarches individuelles au moment de la permanence car vraiment il faut qu'ils se reconnaissent comme demandeurs. Les femmes arrivent à se reconnaître. Pour les hommes, c'est plus difficile car c'est vraiment un endroit où les hommes doivent prendre sur eux. Mais ça a beaucoup évolué et ils arrivent à venir quand ils ont des problèmes par rapport aux problèmes dans la détention comme les femmes et des problèmes extérieurs qui rejaillissent sur la détention. Par exemple quand ils ont une séparation avec leur conjoint, qu'ils doivent garder leur enfant au moment du divorce et que le roulement de leur travail fait que ce n'est pas possible. Ils viennent parler de ce genre de choses. Mais ils comprennent très bien que je ne puisse pas signer d'arrêt maladie, que je ne puisse pas peser sur une décision et que ça n'a aucun pouvoir, que je peux les aider à réfléchir. Mais la plupart du temps, les 9/10 du temps, ils me parlent dans la détention. C'est-à-dire que je suis presque tout le temps, sauf le temps de ma permanence, car j'ai vraiment une heure de permanence qui se situe dans le bureau du médecin. D'habitude personne ne vient me voir parce que c'est au-dessus du mess. Donc c'est durant les repas qu'ils viennent me voir car personne ne les voit monter. Et ils me disent "vous savez pourquoi personne ne vient vous voir, parce que vous n'avez aucun pouvoir". Bon. Bien. Voilà. C'est comme ça. Mais surtout quand même quand je passe, en dehors de ce petit temps-là, dans n'importe quel endroit ou dans n'importe quel bâtiment, je me fais ouvrir et je vais partout et là il se trouve qu'on commence à parler. Ça commence par un petit entretien et ils viennent me voir s'ils souhaitent approfondir. Ce n'est jamais de but en blanc. Il faut d'abord qu'ils me connaissent de façon suffisamment personnelle, individuellement.

F.E : Et là les contacts se passent comment dans les couloirs, c'est eux qui viennent vers vous?

E.C : Je viens toujours me présenter en donnant mes fonctions. Et puis, j'embraye la conversation souvent en leur parlant de ce dont j'entends parler le plus souvent dans les murs. Je leur pose des questions par exemple pour savoir si le rythme de travail est difficile pour eux, s'ils sont isolés parce qu'ils sont arrivés et qu'ils sont loin de leur famille, s'ils veulent rester sur Lyon, s'ils font beaucoup de trajet car souvent les surveillants sont très fatigués car ils roulent sans arrêt pour rentrer chez eux. Ils font pratiquement 500 km toutes les semaines. Donc la conversation commence comme ça et quelquefois ils me

disent qu'ils n'ont aucun problème, ce que j'accepte évidemment, tant mieux. J'essaye alors de parler avec eux de la psychologie des détenus, comment aborder les détenus, comment pouvoir tenir un cadre de manière ferme mais souple sans être provocant ou agressif mais savoir dire non lorsqu'il faut dire non. Comment répondre à leurs demandes sans être complètement dévoré. Tout ça je leur propose d'en parler. Certains parlent et certains non. Et des fois quand je passe, certains m'interpellent et me disent "tien ça tombe bien, je voulais justement vous parler de ça car avec tel détenu c'est difficile parce que j'ai commencé à l'habituer à répondre à chaque fois qu'il m'appelle et maintenant je suis fatigué, je n'en peux plus et il ne comprend pas que je puisse m'arrêter et ne pas répondre à chacun de ses appels", par exemple.

F.E : Ce sont plutôt des questions qui portent sur les détenus ou plutôt sur eux-mêmes?

E.C : C'est très difficile de généraliser. Il y a aussi un problème qui apparaît beaucoup, c'est le problème de l'institution, de l'administration. L'administration nous oppresse. Ça c'est vraiment le plus facile. J'écoute ça et puis au bout d'un certain temps, je leur pose la question "Et vous? Et vous là-dedans, qu'est-ce que vous faites pour répondre à la pression que vous subissez?". Donc les questions arrivent soit sur un mode personnel, soit sur les relations avec les détenus après. En général au début c'est "cette administration nous méprise". Ce sont toujours les mêmes griefs qui ressortent "on n'est pas écouté", "on est considéré comme des pions", "on ne compte pas et on n'est pas valorisé" et puis après ça on peut commencer à parler du détenu. Quand un détenu les agresse, ils ont un rapport d'incident à faire et il faut reconnaître que la plupart du temps, les surveillants n'ont pas un niveau d'étude assez élevé et la rédaction leur est difficile. Il m'est arrivé quelquefois de les aider à écrire. Mais ils ont de plus en plus de tâches complexes. Par exemple avec leur ordinateur. Ils ont introduit un programme spécifique informatique et ils ont des ordinateurs maintenant dans les petits bureaux de chaque étage de détention. On leur envoie les informations par exemple si un détenu doit être envoyé pour le parloir avocat et ils ont aussi accès aux comptes de chaque détenu car ils doivent vérifier lorsqu'un détenu passe une commande à la cantine. Et j'ai vérifié à plusieurs fois sans qu'on me le dise, mais j'en ai été témoin, certains savent tellement mal se débrouiller que ça les met en colère et qu'ils ne veulent pas montrer qu'ils ne sont pas capables. Ils disent que c'est l'ordinateur qui va mal, que c'est la faute d'un collègue. Certains sont en difficulté avec cela pour ne pas montrer qu'ils sont en difficulté justement. Donc quand ils veulent bien, moi-même je les aide. Et pour en revenir à la déclaration d'incident, ils disent par exemple que tel détenu les a agressés verbalement, ce qui est courant. Mais surtout ils commencent à prendre peur s'il y a des menaces qui sont faites sur eux ou sur leur familière. "Je sais très bien où tu habites et je sais très bien que tu as une fille de sept ans et tu vas voir ce qui va lui arriver". Ce genre de choses leur arrive fréquemment ils font un rapport d'incident. Ils sont le plus souvent horrifié par la réponse parce qu'il y a un prétoire et parce qu'au prétoire par exemple le directeur peut décider de mettre le détenu en quartier d'isolement ou sinon c'est la punition. Ça peut être deux jours, trois jours par exemple. Pour les surveillants, c'est logique car ils disent "je dois être reconnu comme agressé et ils doivent être punis". Seulement, voilà où arrive le pouvoir médical. Relativement souvent, les détenus qui agressent sont justement les détenus qui

peuvent aussi bien s'agresser eux-mêmes qu'être agressifs envers l'extérieur. L'agressivité est reportée sur le surveillant qui se trouve là pour éviter d'avoir à se mutiler, s'entailler ou se suicider. Donc le médecin dit "c'est trop dangereux car le détenu risque de se suicider". Parce que les suicides arrivent là-bas la plupart du temps. Donc, on le retire. Et là le surveillant est blessé mais vraiment blessé parce que lui peut se faire agresser. Et le risque envers le détenu est plus pris en compte que le risque d'agression du surveillant.

F.E : Le quartier d'isolement, c'est un moyen pour le surveillant de se protéger de l'agression ?

E.C : Oui, ils le considèrent comme une protection pour eux parce que si le lendemain ils se trouvent face au détenu qui dans les mêmes murs le narguent face aux autres, c'est très dur pour eux. Certains surveillants qui ont un peu plus de bouteille arrivent à comprendre qu'il peut y avoir des moments d'énervement. S'il y a un parloir fantôme par exemple, c'est sûr qu'après il y a agression. Le surveillant s'en prend plein la tête. Certains le comprennent et parfois ne font pas de rapport d'incident mais ça dépend plus de la personnalité que de l'ancienneté. Il me semble que c'est plus une question de personnalité. Mais c'est vrai que depuis que je suis en poste, il y a une évolution. Je me rappelle très bien la première année un jeune stagiaire qui avait dû décrocher un détenu qui s'était pendu dans sa cellule. Ce qui est vraiment le plus dur dans un suicide, c'est vraiment le contact physique avec le mort. Il est venu me voir et je l'ai retrouvé assez vite en poste de travail alors que souvent ils prennent un arrêt de maladie assez long. Il était en détention et il y avait un moment de détente avec un gradé, je crois que c'était un premier surveillant [...] Je me suis adressé au jeune surveillant et je me suis étonné du fait qu'il était déjà rentré de son arrêt maladie et je lui ai demandé s'il tenait le coup. Le gradé s'est retourné en riant, de dérision, en disant "le petit, il en verra d'autre". Après, ils sont tous partis saufs le gradé qui a fermé la porte et qui est resté seul avec moi en me disant "je suis obligé de dire ça. Je sais bien que ce n'est pas tout à fait vrai et qu'on y laisse des plumes". Cela a disparu ou pratiquement disparu. Entre eux, ils se disent beaucoup moins que ça n'est rien. Il ne se disent plus qu'on est plus fort parce qu'on fait semblant de ne rien ressentir. Ils reconnaissent davantage qu'ils vivent des moments difficiles et que dans ce moment-là, ils ont besoin d'en parler.

F.E : Comment interprétez vous ce changement?

E.C : C'est certainement en lien avec l'arrivée de beaucoup de jeunes qui ne considèrent pas comme un échec le fait de dire "c'est dur pour moi". Ils ont tendance à réaliser qu'après tout leçon quand même désormais des femmes. Et ils sont plus nombreux à penser cela et cette parole là a plus court. Je pense aussi qu'il y a mon travail qui a permis de changer en partie les choses puisque la direction a quand même considéré que je devais être là pour ça et c'est donc reconnaître que c'est à prendre en compte.

F.E : Vous êtes la première personne à occuper ce poste?

E.C : Oui je suis la première. Nous avons une psychologue régionale qui se trouve de temps en temps et qui est toujours demandé dans les prisons de la région où il n'y a pas de psychologues de couloirs et elle va sur les différents établissements chaque fois qu'on

l’appelle pour un incident. Hier, elle a été appelée par exemple pour un suicide.

[...]

Je ne sais pas pourquoi ils ne m'ont pas contacté alors que je me trouvais à ce moment même en prison. Peut-être parce que je n'étais pas joignable ou peut-être qu'ils ont considéré que j'étais plus en travail de suivi et qui l'ont appelé pour intervenir sur un cas d'urgence. Et la création de mon poste s’est justement faite par son intermédiaire parce que en se déplaçant dans les prisons, elle s’est rendue compte que ça avait un effet, que ça valorisait les surveillants à qui on ne demandait pas de se déplacer et qu’on allait vers eux. Ça a un impact dans la mesure où leur fonction est tellement dévalorisée. Par rapport à ça l'administration n’est que le reflet de la société. On a tellement médiatisé une image négative. Les matons, c'est toujours les matons alors que ce sont des surveillants et qu'ils y tiennent. À l'extérieur, ils leur arrivent de ne pas dire qu'ils sont surveillants en prison parce que c'est trop mal vu et qu'ils sont blessés narcissiquement, ils sont blessés dans leur amour-propre en permanence à cause de ce métier là. Ma collègue s'est rendue compte que le fait de leur fournir une écoute de leur permettait de se valoriser.

F.E : Pouvez-vous me dire quelles sont les fonctions que vous avez occupées auparavant?

E.C : Je suis psychologue clinicienne et j'ai travaillé en hôpital psychiatrique, en crèche, dans de nombreux établissements. Lorsque j'ai été recruté, j'étais formatrice dans un centre d'éducateurs sociaux. Ce qui fait que quand je suis arrivé à mon poste j'étais très étonné de voir qu'alors que les éducateurs sociaux ont des lieux pour réfléchir en commun, il n'y a rien de similaires pour les surveillants alors que ceux qui ont le plus à souffrir en définitif, ce sont eux. Et s'ils souffrent, ils sont obligés de faire souffrir. Parce que toute leur agressivité, toute leur incapacité à entendre parce qu'ils ne sont pas entendus, se projette sur les détenus.

F.E : Qu'est-ce que vous entendez par dévalorisation par l'administration pénitentiaire?

E.C : Je pense que c'est un mécanisme psychologique qui fait et c'est même un physique car quand il y a une source et que ça déborde ça rejaillit par voie de conséquence. Je pense que l'administration est tellement centralisée avec des rouages qui font par exemple que quand l'année dernière il y a eu un suicide, on n'en n'était pas sûr. De jeunes détenus ont brûlé dans leur cellule. Le ministère, je vous le raconte dans les termes dont ça m'a été rapporté, le ministère a attaqué la direction de telle manière que la direction après a tellement été attaquée que même si elle ne peut pas attaquer directement les personnes en dessous. Je crois que ce qui fait qu'ils se sentent dévalorisés, c'est qu'il faut un responsable, de toute façon l'administration veut des responsables. Que ce soit le directeur ou le surveillant qui n'a pas pu ouvrir la porte. Il faut qu'on trouve des responsables et ils le savent et ça va donc au-delà de la réalité car leurs angoisses d'être rendu coupable se rajoute à la situation. Mais effectivement il faut souvent des coupables. Cela est très dévalorisant car ils peuvent faire humainement leur métier et s'il y a un suicide ou une agression ce n'est pas souvent de leur faute mais il faut qu'on trouve un fautif.

F.E : Et quand vous me parlez d'une source justement vous entendez qui?

E.C : En général, c'est le ministère.

[...]

F.E : Vous me disiez auparavant que les surveillants avaient compris que vous n'étiez pas là pour répondre à leurs demandes de soins, mais vous avez eu des demandes allant dans ce sens la?

E.C : Oui. "Ce qui me faut la c'est un arrêt maladie, je n'en peux plus là. Il faut que je souffle". "Bon et bien écoutez aller voir le médecin. Mais... Peut-être que vous avez besoin de parler d'autre chose. De quoi vous avez besoin de souffler?". Alors s'ils veulent bien, on en parle. Mais ce n'est pas toujours le cas. Alors j'ai eu aussi au début, mais ça s'est vite arrêté, des demandes pour leur accélérer leurs demandes de mutation." Vous ne pouvez pas intercéder en ma faveur? Non je ne peux pas". J'ai été très claire au début. Il y en a encore quelques-uns qui me disent "Mais finalement vous ne servez à rien", "bon, si vous voulez. Si je ne corresponds à ce que vous voulez, je ne sers à rien". Je n'ai aucun pouvoir au sein de l'institution si ce n'est celui de la parole, quand même.

F.E : Quels sont vos rapports avec le médecin qui s'occupe de la santé des surveillants?

E.C : Je l'ai vu au début. On a échangé sur ce qu'on pouvait faire, lui et moi. De temps en temps, s'il a certains surveillants à qui ça pourrait être utile de me rencontrer. Il me met un mot car on échange souvent par boîte aux lettres. On se rencontre peu. Et de temps en temps, je fais la même chose. Il y a un gros problème au niveau des surveillants qui est un problème d'alcool. Lorsque je m'en rends compte, j'essaie de faire le lien avec le médecin. J'essaie de mettre un mot au médecin pour lui dire que j'ai remarqué chez tel surveillant un problème mais que probablement il n'en parlera même pas. Parce que souvent ils n'en parlent pas des problèmes d'alcool. Sauf un, qui en a parlé lui-même. Je lui dis qu'il y a un médecin qui lui répondra mieux que moi sur le plan médical. Par contre, je lui dis qu'on boit souvent lorsqu'on a moment de déprime et que s'il y a quelque chose qui le déprime on peut en parler. Mais s'ils ont besoin d'un soutien médicamenteux, ils doivent voir le médecin. Mais c'est quand même assez difficile de travailler ensemble parce qu'il n'y a pas une régularité suffisante. Quelquefois... Par exemple j'ai eu de bord d'un tas surveillants qui s'inquiétait d'un autre surveillant et qui lui ne voulait pas me parler. On voit vraiment les surveillants au compte-gouttes. Le médecin appelle parfois les surveillants pour les voir, ce que moi j'évite de faire. Lui peut les appeler et il peut dire "j'aimerais voir, telle ou telle personne". Je ne le fais pas car je n'aimerais pas stigmatiser les surveillants et je préfère répondre à leurs demandes. Et puis on travaille aussi avec des associations. Par exemple c'est le docteur qui m'a communiqué d'autres pistes que lui comme des associations. Par exemple, je les oriente sur le centre C2A qui est un centre qui s'occupe des problèmes d'alcoolisme. Et souvent aussi je leur conseille de faire de la sophrologie. Car ils sont souvent à la recherche de quelque chose de rapide. Ça passe beaucoup par le corps chez eux. Par le sport...

F.E : Vous parlez les surveillants? J'ai entendu les choses similaires au sujet des détenus…

E.C : C'est vrai. C'est normal. C'est un miroir. C'est un miroir. J'ai pris contact avec certaines personnes qui font de la sophrologie qui peut constituer un pool de ressources supplémentaires. On se communique ces adresses avec le médecin.

F.E : Existe-t-il une différence chez les surveillants selon le poste de travail qu'ils occupent?

E.C : En général, ils sont très souffrants. Il y a un poste de travail qui est dangereux quand ils vont mal. Il m'est arrivé d'intervenir une fois dans l'urgence parce qu'un surveillant est venu me voir. Il a fait la démarche pour me dire qu'il n'allait pas bien. Ce n'était pas la première fois que je le voyais. Il était en situation très difficile personnellement. Et au bout d'un certain temps d'entretien, j'ai vu qu'il était arrivé à la limite de passer à l'acte. Et tout d'un coup il m'a dit "et dire que dans une demi-heure, je dois aller au mirador". Alors là, je lui ai dit non, je lui ai dis "vous n'allez pas au mirador". C'est le seul moment où les surveillants ont une arme à feu. Et parce que c'est là que les surveillants retournent leur arme contre eux. Au mirador, ils sont sommés de tirer et ça leur fait très peur. Et parfois ils préfèrent se suicider que de tirer. Et s'ils vont mal psychologiquement, le fait d'avoir une arme entre les mains et d'être seul au mirador entre quatre murs. Parce que le mirador, c'est comme le quartier d'isolement.

F.E : Et pour les surveillants qui se situent au quartier des mineurs par exemple ou en poste dans les services médicaux?

E.C : Il y a des différences en effet. D'abord, ils postulent pour aller dans ces lieux là. Certains postulent car ils ne veulent plus travailler de nuit, ce qui n'est pas le cas par exemple pour le quartier des mineurs où ils font les nuits. Leur motivation est ailleurs. Ils sont choisis car on leur demande en général un niveau intellectuel plus élevé. Ca créé des envies et des rivalités. Pour les surveillants qui sont en poste à l'UCSA, on leur demande d'être proche de la santé du détenu. Une fois par exemple j'étais en train de discuter quand un détenu en crise d'angoisse et de violence avait pris un morceau de verre à la main qui était très pointu et il s'en menaçait et il se l'ait mis sous la gorge. Il faut quand même des surveillants qui ne paniquent pas trop, qui soient assez intelligent ou intuitif pour ne pas lui sauter dessus car s'il le fait, le détenu s'est déjà planté et pour lui parler en même temps. Ce n'est pas simple. Donc, ils sont sélectionnés. Ils ont l'avantage d'être dans une unité médicale et d'avoir une écoute. Tout le temps ils ont une aide. J'y vais très rarement car je sais... Ça m'arrive d'y aller ou d'y être demandé mais en général ils ont une écoute suffisante. Au SMPR, il y a des anciens qui n'hésitent pas à faire appel. Souvent je procède de façon indirecte car je leur demande "est-ce que vous pensez que certains parmi vous ont besoins d'aide et qui n'osent pas faire la démarche. Est-ce qu'il vous semble que je devrais aller à tel ou tel endroit". Maintenant je n'ai même plus besoin de poser la question car souvent on me dit "Et si vous alliez au deuxième étage, il aura peut-être quelque chose à vous dire...". On m'envoie et souvent c'est très bien vu.

F.E : Vous arrive-t-il parfois de rentrer en contact avec le personnel médical de l'UCSA ou du SMPR?

E.C : En cas de suicide oui. Il y a eu un jour une infirmière qui était en grande difficulté car elle est restée seule très longtemps pour réanimer un détenu qui s'était

suicidé. En cas de grandes difficultés oui. Mais ça reste quand même assez exceptionnel. Par contre, il m'est arrivé de temps en temps, je vais dire carrément de les utiliser. Je me souviens par exemple d'être allé au SMPR de Montluc parce que au bout d'un certain temps d'écoute avec un surveillant, je ne suis plus dans une écoute neutre et j'ai trop tendance à vouloir lutter avec eux, ce qui n'est pas du tout mon rôle. Donc dans ce cas je vais au SMPR pour demander leur avis aux autres professionnels qui me donnent d'autres points de vue. Ça rééquilibre pour moi l'écoute que je peux avoir.

F.E : C'est quoi souvent cet autre point de vue?

E.C : « Oui mais quand on a un problème avec un détenu et qu'on fait appel à un surveillant, ils vont nous critiquer parce que nous ne sommes pas à disposition mais eux non plus. Par exemple, surtout pour le SMPR, il y a certains détenu qui participa des groupes concernant l'alcool ou la drogue. Le contrat passé est de dire qu'on ne les oblige pas. Les surveillants du bâtiment d'où les détenus viennent ne comprennent pas, ils disent "Mais ils doivent venir. Pourquoi ne viennent-t-ils pas?. Le SMPR ne les prend même pas en charge". Et moi je me dis qu'il y a quelque chose qui ne va pas et que c'est au niveau de la communication entre eux. Est-ce que les surveillants en ont? Je dis aux surveillants que je suppose que le SMPR a dû laisser la liberté aux détenus car la seule liberté pour les détenus, c'est bien la liberté psychique, de soigner ou de ne pas soigner, d'aller demander de l'aide ou toute parallèle à demander. Peut-être que c'est le contrat passé entre les soignants et les détenus. Je suppose mais je n'en sais rien. Et je vais vérifier et les je peux transmettre ça après aux surveillants. Et les soignants me disent "les surveillants sont dans le règlement jusqu'au cou. Ils n'ont que des règles à respecter. Donc ils pensent que c'est un règlement mais se soigner n'est pas un règlement". C'est vrai que c'est thérapeutique et que c'est donc une autre logique.

F.E : Que pensent les surveillants des différents traitements des détenus, notamment par rapport à la toxicomanie?

E.C : Alors c'est vraiment ce qui pose le plus de problèmes. C'est très, très ambivalent chez eux. C'est-à-dire que d'une part, s'ils ont leur reposa, ça va car c'est plus calme dans la détention. Donc, ils aimeraient qu'ils soient tous médicamentés et qu'on soit tranquille. Mais pour une part, ça ne veut pas dire que c'est une partie des surveillants mais que c'est dans chaque surveillant, il y a cette envie. Et pour une autre par, à l'intérieur de chaque surveillant, c'est une source de conflit permanent. C'est-à-dire, ils demandent toujours à avoir plus car ils n'ont jamais assez. Et ce sont surtout, surtout les trafics. C'est-à-dire que les surveillants voient que certains détenus veulent aller au SMPR pour avoir un traitement de complaisance, pour avoir des médicaments pour pouvoir les revendre ou les échanger. C'est très compliqué pour eux à gérer. "Puis-je aller boire le café dans telle cellule?". Ils savent qu'en même temps c'est aussi pour faire passer ça, la drogue. Ils sont toujours très mal. Bien sur ce n'est pas quelque chose que les devenus peuvent dire et ils vont faire passer cela sous couvert d'autre chose que les surveillants aimeraient bien faire passer [...] Ils aimeraient bien par exemple que les plaques de cuisson puissent circuler entre les cellules. Seulement peut-être que la drogue est là aussi avec. Ils veulent et ils ne veulent pas et donc c'est une source continuelle de conflit et de cas de conscience pour eux. Il y a certains qui refusent systématiquement de faire passer quoi que ce soit mais c'est très difficilement tenable car c'est une sorte de conflit avec

certains détenus. Ou alors il y en a qui ferment les yeux et qui laissent trop faire aussi. Ils savent très bien qu'ils sont qu'on puisse être africaine et ferment les yeux. Parfois aussi ils le signalent au SMPR, mais comment ils le signalent? Et à qui ça arrive? C'est-à-dire que généralement il y a tellement d'intermédiaires que ça n'arrive pas. Et donc, "on ne nous écoute pas" et là, leur sentiment d'inutilité revient. Tout le monde est conscient de ça mais personne n'a les moyens. Souvent les surveillants ont l'impression que le personnel médical ne veut pas les écouter.

F.E : Est-ce que les surveillants considèrent que les personnels soignants sont complices un peu des détenus?

E.C : J'ai entendu ça à quelques reprises en arrivant mais plus du tout maintenant.

F.E : Le fait que le traitement de la toxicomanie soit médicalisé est relativement accepté?

E.C : Oui. Il y a une évolution depuis quatre ans.

F.E : Et les surveillants vous parlent-t-il des seringues?

E.C : Je n'en entends même pas parler. C'est une de mes surprises. Pourquoi? C'est quand même assez mystérieux.

F.E : Et vous parlent ils de l'activité sexuelle des détenus?

E.C : Absolument pas du tout. Pareille. Pareil. Exactement pareil. Même quand ils me parlent des douches. Quand les surveillants se plaignent que les détenus sont trois ou 4 par cellule par exemple. Peut-être parce que ce que je suis une femme. Mais je pense qu'il y a des tabous. C'est pourtant tout à fait possible qu'il y ait des rapports sexuels sous les douches. Si je leur pose la question, ils me répondent, "vous savez, ça ne nous regarde pas". Et puis ça voudrait dire surtout que je m'intéresse de trop près au détenu et ça ils ne veulent surtout pas que je m'intéresse de trop près aux détenus. Je ne dois m'intéresser qu'à eux. Hier par exemple lorsque je suis arrivée et que j'ai dit que je souhaitais aller au bâtiment des mineurs, la réaction d'un surveillant a été de me dire "Mais vous ne voyez pas les mineurs vous, vous voyez les surveillants". Ça ne m'est pas dit directement mais je sens bien que je suis leur propriété. C'est ça. "Vous êtes à nous" [...] Au début certains détenus étaient assez sarcastiques sur le fait que les surveillants aient aussi une psychologue et puis maintenant c'est beaucoup mieux accepté. Ce qui m'étonne parfois c'est que certains détenus me signalent la faiblesse de certains surveillants. Ça peut être du fait qu'ils subissent l'agressivité de certains surveillants. Des fois j'ai aussi certains détenu qui veulent que je parle avec eux. Mais je leur dis qu'eux aussi ils ont des psychologues à leur disposition. Le problème de c'est qu'ils doivent passer par l'écrit et c'est très compliqué l'écrit pour eux. Parfois, il faut les aider à écrire et c'est quelque chose que les surveillants ont du mal à faire parce qu'eux même ont du mal avec l'écrit. La réponse "vous n'avez qu'à écrire ", on voit le visage et on voit bien que c'est impossible.

F.E : Vous pensez que c'est important que la prise en charge psychologique des détenus et des surveillants soient faites part du personnel distinct?

E.C : Je pense que c'est bien car c'est un plus. Ça ne leur enlève pas ce recours. Les surveillants vont toujours discuter avec les psychologues qui s'occupent des détenus.

Même si c'est un peu petit peu moins personnel, ils ont toujours un contact. Par exemple s'il y a un suicide, il y a un lien qui s'établit entre les surveillants et le personnel médical. Ce que je leur apporte c'est quelque chose en plus, qui n'est qu'à eux et qui les valorise. Et je pense que rien que sur ce plan-là, même si c'est dommage car ça montre bien à quel stade d'amour-propre ils en sont, mais rien que sur ce point je pense que c'est peut-être indispensable pour qu'ils sachent, qu'ils ont droit eux aussi à être reconnus comme souffrant. Il n'y a pas que les détenus. Et je pense aussi que s'ils ne sont pas reconnus comme souffrant, ils ne peuvent pas reconnaître les détenus comme souffrant. Parce que souvent les détenus sont agressifs et cachent leurs propres souffrances. Donc eux aussi sont toujours en train de cacher leurs souffrances, si on ne leur dis pas que la souffrance est humaine et qu'on peut l'entendre, ils ne peuvent pas entendre les détenus. Pour le bâtiment des mineurs c'est assez différent. Je n'arrive pas à travailler dans le bâtiment des mineurs avec les surveillants. Ils sont bien entre eux. Ils ont choisi leur travail. Ils aiment leur travail. Ils n'ont pas besoin de moi et ils n'ont pas de temps pour travailler avec moi. Ils ne se sont pas en difficulté. Je leur dis que ça serait bien qu'on puisse avoir des réunions pour travailler par exemple sur les activités qu'on peut mettre en place auprès des détenus. La problématique psychologique des détenus est très importante mais ils n'ont pas vraiment envie de la connaître. Je peux leur apporter des éléments, qu'ils n'ont pas envie d'avoir sauf quand c'est dans l'urgence. Dans l'urgence, il m'est arrivé une fois d'arriver à midi alors car onze heure et demie il y avait eu un incident. Et là, je leur ai expliqué les choses et ils avaient les yeux exorbités. Ça les passionne car enfin ils avaient une explication. Et le lendemain... Si encore le lendemain ça les intéressait mais après c'était fini. Parce qu'ils n'ont pas de temps pour se poser. Travailler avec les détenus ça nécessiterait des moyens pour qu'il y ait un psychologue qui connaisse suffisamment les détenus, qui ait du temps avec les détenus et les surveillants et que ce temps-là de préparation soit payé aux surveillants. Il faudrait que les surveillants aient des heures de réunion qui leur soit payées. Ce n'est pas le cas.

[...]

E.C : Je travaille quatre à cinq heures par semaine.

[...]

F.E : Je voulais savoir quelle était la réaction des surveillants vis-à-vis des maladies des détenus? Notamment par rapport aux maladies contagieuses...

E.C : Alors donc, j'ai entendu certains... Ça n'est pas du tout la majorité... Mais ce qui m'en ont parlé sont ceux qui sont souffrants par rapport ça... J'ai entendu des revendications à être au courant, ils veulent absolument être informés de qui a le sida, qui a l'hépatite et même pour la tuberculose. Qui peut leur communiquer les maladies. En général ce sont des surveillants qui sont un peu phobiques, qui ont peur même de la maladie car ils ne peuvent pas entendre qu'on peut se protéger de toute façon systématiquement et que le détenu a droit aussi au respect du secret médical. Donc, je ne sais pas combien de surveillants ça représente mais je l'ai quand même entendu plusieurs fois comme une crainte très importante. Et c'est vrai que je vous ai parlé de l'UCSA où ce détenu était arrivé en s'entaillant pas mal la gorge et il y avait pas mal de sang, et il y a souvent, souvent des mutilations et des détenus qui s'entaillent. Alors,

souvent pour obtenir ce qu'ils veulent, ce que les surveillants appel du chantage, mais quand même c'est un acte qui traduit bien une certaine souffrance et donc c'est à ce moment-là que j'entends dire "On ne sait même pas de qui il faut se protéger?". Effectivement, il faut qu'ils se protègent, c'est vrai. Ça génère de l'angoisse. Ça génère parfois du rejet, le plus souvent de l'angoisse, plus souvent de l'agressivité contre le milieu médical ou l'administration qui ne veut pas dire et du rejet quelquefois parce que ce n'est pas un hôpital ici.

F.E : Vis-à-vis du personnel médical justement, il y a des mécompréhensions?

E.C : Quelquefois il peut y avoir des rivalités importantes, c'est-à-dire que j'ai entendu dire aussi nettement que ça, "Vous savez, ce n'est pas le directeur qui est le patron ici, c'est le médecin'". Voilà, c'est aussi clair que ça. Mais ça, c'est la même chose, je ne sais pas à quel pourcentage ça pourra m'être dit. Ça peut être une personne, ça peut être dix, ça peut être cent. C'est cela la difficulté, c'est toujours individuel et je ne sais pas si il faut généraliser. Les choses que j'entends très souvent comme les trafics par exemple de médicaments, cela je l'entends beaucoup plus souvent, il y a d'autres choses dont je ne peux pas dire si c'est courant au pas.

F.E : Vous aviez eu une implication dans les projets d'éducation pour la santé?

E.C : Oui j'ai eu une implication, car le docteur Sahadjan m'avait demandé de faire un petit exposé de ce que j'avais entendu dire par les surveillants de leur souci de santé. Cette formation au départ devait s'adresser autant à la santé des surveillants, qu'à la santé des détenus. La formation devait traiter notamment des problèmes de sommeil. Car c'est quelque chose que j'entends beaucoup plus souvent à propos des surveillants qu'à propos des détenus. Souvent, ils sont médicamentés. Par contre, ce que j'ai pu transmettre de ce que j'entendais, c'était qu'il y avait des questions d'hygiène qui reviennent. Il y a un double message permanent dans les murs. C'est-à-dire, il faut de la propreté et puis on ne peut pas assurer la propreté. Et les surveillants sont confrontés à ces deux exigences et sont dans l'impuissance entre les deux et à permettre que les deux coïncident... À concilier les deux. C'est-à-dire qu'ils aimeraient bien faire nettoyer pour qu'il n'y ait pas de rats mais ça n'est pas bien nettoyé et il y a des rats. Cela je l'entends beaucoup, beaucoup, beaucoup... Et il y a des petites choses très concrètes auxquelles ils sont confrontés [...] L'hygiène paraît simple mais il y a des tas de petites choses comme cela. Les douches qui ne fonctionnent pas. Réellement pas, pas parce qu'on les met en panne. Parce que les détenus savent mettre en panne certains lieux pour faire entrer par exemple le technique qui va avoir des outils et c'est intéressant d'être pas loin des outils. Et les surveillants sont confrontés à ça. Ils veulent de l'hygiène, surtout les femmes, mais c'est trop compliqué, c'est vraiment trop compliqué. Du coup, ils ne se sentent pas à l'aise avec cela. Avant on faisait lever les détenus et en les obligeait à nettoyer leurs cellules. Comment faire parce que maintenant ça n'est pas la cellule d'un seul mais c'est la cellule de deux ou de trois et on n'a pas le droit. Alors on ne peut l'exiger puisqu'on n'a pas le droit. Et toutes ces choses-là les minent au niveau de l'hygiène. Donc pendant cette formation pour la santé, ce que j'avais envie de dire c'était ne fait pas faire des choses qui ne vont pas pouvoir s'adapter ici parce que c'est trop violent. C'est montrer ce qu'on devrait faire et ce qu'on ne peut pas faire. Donc il faut axer

la formation sur ce qu'on peut faire avec les moyens du bord. Ça serait au moins au minimum pas négatif car ça peut être négatif une formation. Sinon, ça ne fait que les mettre dans l'impuissance et ils y sont déjà bien.

F.E : Et vous aviez participé à la formation?

E.C : Non je n'avais que donné mon opinion au moment de la constitution du projet. Mais je pense que cela a été intéressant pour les surveillants qui ont participé à la formation. Parmi les surveillants qui se sont inscrits, il y en a qui étaient intéressés, mais je ne les vois plus, pour faire du suivi. L'objectif était d'en faire des tuteurs. J'avais eu des contacts avec des surveillants. Mais certains surveillants n'étaient pas au courant parce que l'information passe très mal et j'ai servi un peu de relais à ce niveau la.

F.E : Vous trouviez intéressant le fait qu'une formation soit tournée vers les surveillants et non pas vers les détenus?

E.C : Oui. Oui. Oui parce que de toute façon quand il est question d'hygiène, ils sont solidaires. Les rats sont pour les détenus et pour les surveillants. Si els toilettes sont sales, c'est pour tout le monde [...] Je trouve que c'est une bonne idée parce que ça respectait l'amour-propre de chacun et ça permettait à certains surveillants qui auront envie, souvent en disant « je ne suis pas une assistante sociale, je ne fais pas du social », c'est assez compliqué pour eux aussi car il faut aussi respecter le règlement et donc il y a une limite. Mais pour ceux qui auraient envie tout en respectant le règlement et leur travail de surveillant, de s'investir un petit peu plus, ça leur donne des possibilités d'être tuteur et ça leur donne des ouvertures. Ils sortent du train-train qui n'est pas passionnant.

F.E : Il y a beaucoup de surveillants qui auraient envie de dépasser leur travail de surveillance?

E.C : Beaucoup, beaucoup. Alors, ce qu'ils craignent énormément, c'est l'arrivée au concours de tous ceux qui viennent de l'extérieur. Les quotas s'ouvrent de plus en plus à des gens diplômés. Il y a beaucoup d'étudiants qui vont directement passer les concours de CIP ou au niveau directeur et du coup, certains qui avaient envisagé une montée en grade, savent très bien que les places vont être prises par eux. Donc ça les désespère un peu. Ça les maintient beaucoup plus dans l'infériorité.

F.E : Est-ce que les surveillants considèrent les membres de l'administration pénitentiaire plus comme des personnes extérieures ou est-ce qu'il y a un esprit commun?

E.C : Je pense qu'il y a une évolution par rapport à ça et qu'il y a davantage d'esprit commun, du moins il me semble. Mais c'est aussi plus une question de personnes. Il y a des gradés qui arrivent et qui n'ont pas du tout envie de mettre les pieds dans la détention et qui les mette le moins possible et là ça passe très mal. Et puis il y a certain qui vont vraiment sur le terrain, dans les murs et qui sont très souvent et qui ne vont pas s'enfermer dans leurs bureaux comme ils pourraient le faire. Et la ça passe très bien. C'est encore bien équilibré cela. On n'a pas assisté à une arrivée d'intellectuels qui s'enferment dans leurs bureaux et du coup des conflits avec les surveillants.

F.E : Est-ce que les surveillants vous évoquent les difficultés qu'ils rencontrent à dépasser leur rôle de surveillant?

E.C : Oui. Par exemple, j'ai moi-même bien certain mais "Passer le concours, vous avez la possibilité". Mais dans ce cas ils me disent "mais vous savez mon niveau d'étude est insuffisant". Il faut beaucoup les motiver. Ils ont peur de l'échec.

F.E : Et est-ce qu'ils vous parlent de leurs limites dans leur travail quotidien?

E.C : Ils essaient de les cacher. C'est ce que je vous disais auparavant au niveau de l'ordinateur [...]

F.E : Madame Mariée m'avait dit qu'il y avait beaucoup d'arrêts maladie?

E.C : Il y a beaucoup d'arrêts maladie. Honnêtement, il m'arrive quelquefois de leur dire "Mais ne restez plus, prenez un arrêt maladie". Parce qu'il y en a une petite frange certainement qui prend un arrêt maladie pour repeindre leur maison, ça doit exister. Ils doivent être connus. Mais dans l'ensemble, il y a les arrêts maladie de ceux qui sent pas que les bruits, les cris... Ce sont des agressions permanentes. Je trouve qu'ils restent trop longtemps en détention. Ils ont trop d'heures de suite, ils ont six heures. Et c'est vrai que c'est coupé parce que quand ils font par exemple matin et nuit. Ils viennent souvent de loin et donc l'après-midi, soit ils sont au bar et ils prennent des canons et ils commencent la nuit bourrés, soit ils vont faire du sport et ils se reposent mais ils sont toujours dans ces murs et c'est rarement du repos. Je pense que ça n'est pas une bonne solution. En tout cas, quand ils restent dans certains bâtiments six heures, ils ont une tête énorme car ça raisonne. Ils se font dévorer en permanence, par des appels [...] Ils n'ont pas deux minutes de repos. Il y a un appel, il y a quelqu'un qui vient, il y a un message. En même temps, il y a des détenus qui tapent à la porte. Donc après plusieurs heures de suite ils sont prêts à craquer et il y en a qui prennent un arrêt [...]

F.E : Il y a un roulement qui est très important aussi...

E.C : Alors, je pense que c'est quand même relativement spécifique à Lyon. Parce que Lyon est une prison école et il y a beaucoup de stagiaires et comme la plupart veulent retourner dans leur région d'origine [...] C'est vrai que c'est usant. Moi je commence aussi à m'épuiser parce que recommencer tout le temps, tout le temps à aller me présenter... C'est fatigant parce que par exemple on commence à mettre quelque chose en place, j'aimerais bien organiser par exemple le suivi des tuteurs car c'est intéressant pour eux et pour la détention et puis ils s'en vont. Ils sont mutés. Je perds leurs traces et donc c'est à recommencer tout le temps. Le service de formation c'est pareil. Il y en a deux qui partent ce mois-ci ils ne sont pas en poste depuis longtemps. Il va falloir que d'autres se réhabituent à leur travail et ça prend du temps. Donc c'est vrai que c'est usant.

F.E : Et les surveillants vous ont parlé de l'UPS?

E.C : Non, c'est étonnant. En réalité, je crois qu'ils ne sont même pas au courant. Parce que l'un des problèmes de la pénitentiaire, c'est la commune est question parce que ça passe toujours par le haut et le temps que ça arrive en bas, il ne reste plus rien comme information. Il faut des relais, il faut les invités à une information mais ils ne peuvent pas puisqu'ils sont dans les murs. Ils sont très peu informés. C'est très dur de les toucher. Il faut aller dans les murs, il faut toujours aller parler directement aux surveillants mais c'est très dur car c'est tellement émietté. Beaucoup ne sont pas au courant. Il y a un petit journal qui existe mais il est national. C'est quelque chose qu'ils me disent d'ailleurs

car ils me disent "quand vous voulez nous faire connaître quelque chose, demandez au secrétariat que ça nous soit remis avec notre fiche de paye" car il n'y a que ça pour être sûr que l'information soit transmise. Les informations concernent tout ce qui peut se faire à destination des détenus, ils sont très peu au courant. Tout est cloisonné. C'est un lieu d'enfermement mais à tout niveau.

[...]

E.C : Et quand les détenus demandent avoir un petit médicament de confort, souvent les surveillants aimeraient pouvoir en donner mais ils ne peuvent pas. S'ils ont une rage de dents par exemple et qu'il n'y a pas de dentiste, ils n'ont pas de calment et ça peut rester longtemps comme cela. Car il faut que ça passe par une personne interposée et les surveillants ne peuvent pas répondre. Les surveillants sont dans une situation difficile. Soit parce que parfois, le détenu qui a mal agresse les surveillants en lui disant que c'est de sa faute et que ça dépend du bon vouloir car le détenu pense souvent que les surveillants peut et ne veut pas. Soit, parce qu'ils voudraient bien qu'il ait cessé de transmettre, qu'il n'a personne au bout du fil et qu'il prend parti pour le détenu.

Entretien n°15 : Marie-José Communal, médecin à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Rhône-Alpes chargé de la médecine en milieu carcéral, 26/05/2003, 1h00.

F.E : J'aurais souhaité savoir qu'elles étaient vos attributions ?

M-J.C: Dans mes attributions figurent toutes les actions de coordination des actions de santé en prison, j'agis au niveau régional par rapport à mes collègues départementaux. Mais cette activité n'est pas chiffrée dans ma fiche de poste et elle est donc laissée à ma libre appréciation. Or, c'est vrai que j'ai d'autres missions comme le suivi régional du programme de santé alcool, le suivi des problèmes liés à l'interruption volontaire de grossesse, l'application de plans nationaux comme le plan national de nutrition santé, je suis impliquée dans l'élaboration du schéma régional d'éducation pour la santé et je dois suivre si tout ce qui touche par rapport au diabète aussi... Et donc c'est vrai que je n'ai pas eu la disponibilité que j'aurais souhaitée pour m'occuper de la santé dans les prisons. Je pense que ça doit occuper moins de 10 % de mon emploi du temps. Je suis à la DRASS depuis deux ans. C'est la première fois que je m'occupe de la prison. Avant dans les DDASS, j'occupais d'autres fonctions.

F.E: Vous exercez vos fonctions sur quel territoire?

M-J.C: Alors moi je m'occupe de la région Rhône-Alpes, mais attention je ne m'occupe pas de la région pénitentiaire. J'effectue un travail plus de coordination par rapport au travail des DDASS. Par exemple pour les moyens financiers, je vais essayer d'avoir à une connaissance des besoins, de dégager des priorités après que mes collègues des départements aient aussi dégagé des priorités. Je vais essayer de réduire les inégalités aussi car il y a des écarts très larges entre les prisons. Et au niveau de la priorisation, il y a aussi un travail à faire pour que les écarts soient moins larges. Je dois faire la synthèse de ce que proposent mes collègues et je dois proposer des projets à

l'ARH, l'agence régionale de l'hospitalisation, et je dois les argumenter. Ensuite, les rapports des UCSA partent d'ici, ce qui me permet de les exploiter et de construire un argumentaire. Cette année, c'est la deuxième fois que je construis cette synthèse. Je ne siège pas personnellement à l'ARH mais je suis mis à la disposition de l'ARH et il y a quelques personnes de la DRASS qui font partie de l'ARH ou de la commission exécutive. Le directeur de la DRASS y siège et utilise les travaux que nous élaborons de sorte que l'ARH suive ce qui est préconisé.

F.E: Et la réunion qui a lieu la semaine dernière...

M-J.C: C'est une réunion qui s'est faite à la fois parce que je souhaitais qu'il y ait des réunions de ce type là, pas forcément sous cette forme là, et c'est à la fois parce qu'il y a un groupe d'intervenants en prison qui se réunie de façon informelle tous les deux mois et qui s'appelle le groupe de « santé publique en milieu pénitentiaire » et ils souhaitaient que cette réunion avec le chef de service ait lieu. Je pense que ce dont souffrent les intervenants en UCSA, c'est un manque d'échange entre eux. Il y a un congrès national des UCSA, il y a un congrès national de médecine pénitentiaire qui existe mais je dirais qu'ils s'attachent peut-être plus à traiter des problèmes de pathologie rencontrées que des problèmes d'organisation du service. Et je souhaiterais qu'il y ait des questions d'organisation du service qui soient le thème de ses réunions. J'ai l'impression par contre qu'entre la société de médecine pénitentiaire et l'association des UCSA, il y a des divergences assez profondes sur certains thèmes.

F.E: Vous aviez eu des demandes de la part des médecins des UCSA?

M-J.C: Non, c'était plus les personnes du groupe de santé publique qui en avait fait la demande. Il y a quelques médecins chef de service auxquels sont rattachés les UCSA, c'est-à-dire les praticiens hospitaliers qui sont chefs de service et qui siègent à la commission médicale d'établissement mais qui n'interviennent pas forcément dans l'UCSA. Alors que les médecins responsables d'UCSA, comme Mme Baupaire à Lyon.

F.E: Est-ce qu'il existe des rencontres entre les médecins inspecteurs des DRASS qui en charge ce dossier?

M-J.C: Non. Non. Il n'y a pas de directives au niveau national. En revanche il existe un conseil régional des médecins de DDASS et il peut arriver que parmi les sujets évoqués, on parle de la prison. Il y ait eu aussi des réunions spécifiques sur les prisons avec les médecins des DDASS, c'est en fonction de l'opportunité. Il y a eu une réunion sur les financements pour parler des priorités. Chaque médecin de DDASS a essayé d'argumenter sur les demandes financières qu'il faisait.

F.E: Est ce que les demandes de financement sont bien relayées au niveau de l'ARH?

M-J.C: J'allais dire que c'est mal relayé car pendant deux ou trois ans il n'y a quasiment pas eu de crédit en prison. En 2002, il y a eu une directive nationale la pour demander d'aller dans ce sens-là et les ARH ont suivit. Cette année la directive nationale est un peu moins revendicative. J'ai demandé cette année qu'il y ait une augmentation des crédits alloués au personnel des UCSA, je n'ai pas encore eu de réponse mais j'ai bon espoir d'une réponse positive.

F.E: Savez-vous comment vous vous situez par apport aux autres régions?

M-J.C: Non, très sincèrement je ne sais pas. Je sais en revanche que le cas les prisons de Lyon est un vrai scandale par rapport aux autres maisons d'arrêt. C'est un scandale qu'il y ait encore des prisons dans cet état là. Je me suis rendu quelquefois pour faire des visites sur les sites bien que ceci relève de la compétence des médecins de DDASS. Par exemple l'année dernière, il y avait un problème vis-à-vis de l'hépatite B et je me suis rendue dans plusieurs établissements notamment de Haute-Savoie, en Drome et en Ardèche. J'ai pu me rencontre des différences entre les établissements, notamment vis-à-vis de l'incitation à la vaccination contre l'hépatite B.

F.E: Et quelle place occupent les UCSA au sein du système hospitalier?

M-J.C: Pour beaucoup d'établissements hospitaliers c'est la dernière roue du chariot car les établissements hospitaliers n'ont pas été demandeurs et ça n'est pas un service qui fait une médecine qui est valorisée et personne ne se bat pour s'en occuper. C'est une médecine de service public, l'hôpital doit assurer un service public mais il faut effectivement qu'au niveau des médecins se soit une notion qu'ils aient à l'esprit. Or vu les mentalités il y a peu de médecins qui ont à l'esprit cette notion de service public. Il faut que les choses évoluent à l'hôpital. Mais je vois qu'il y a le même problème par exemple pour l'interruption volontaire de grossesse qui est aussi la dernière roue du chariot, qui n'est pas valorisée et personne ne veut aller dans ce service. Dans les prisons persistent quand même beaucoup de problèmes de rémunération. Je pense que la situation est assez différente sur Lyon car il y a une assez bonne intégration des services de santé pénitentiaire dans les HCL car il y a un historique avec la présence d'un service dans l'hôpital depuis plus d'une vingtaine d'années et puis je pense que la personnalité des chefs de service a joué également.

F.E: Vous avez vu des sites sur lesquels il y avait des résistances de la structure hospitalière beaucoup plus importantes?

M-J.C: Il semblerait qu'il y ait des résistances très importantes à Grenoble. Je ne veux pas les montrer du doigt mais je crois que c'est l'une des difficultés de l'établissement de Varces, le chef de service de Grenoble ne s'implique pas. Il y a des demandes de postes qui ne se font pas malgré le fait qu'il y ait des besoins dans le service aussi les postes sont attribuées. Il peut y avoir des détournements d'attribution de financement. Il y a des gens qui sont très forts pour ces choses-là. Les postes par exemple ont été attribués initialement à l'UCSA et le poste se retrouve créé dans un autre service. Et puis il y a les personnels de l'UCSA qui ne se sentent pas écoutés, qui ne se sentent pas soutenus car si le chef de service ne vient jamais à l'UCSA.

F.E: Ce sont surtout des établissements de petite taille?

M-J.C: Non, ce ne sont pas forcément des établissements de petite taille. Pas du tout. Je pense d'ailleurs que dans les établissements de petite taille ou de taille moyenne, les choses se passent beaucoup mieux car les gens se connaissent. C'est vrai que certaines rivalités peuvent être exacerbées et rejaillir sur l'ambiance de l'hôpital mais comme les gens se connaissent les choses sont facilitées car le personnel se connaît mieux et je pense qu'il peut y avoir une meilleure ambiance.

F.E: Et par contrat à quel type de chef de service sont rattachés les UCSA?

M-J.C: C'est très variable. À Chambéry par exemple vous avez un rattachement au service d'infectiologie. À Valence, c'est au service des urgences. À Villefranche, c'est au service de pneumologie. A Privas, c'est au service de cardiologie. Pour Saint-Étienne, ce sont les urgences. Vars, ce doit être la médecine légale, je crois. Je ne sais pas si on peut noter des différences en fonction de service de rattachement. Je sais qu'il y a des différences de fonctionnement notamment pour le personnel paramédical car vous avez des UCSA ou les infirmières somatiques et les infirmières psychiatriques font exactement le même travail. Vous avez des UCSA, où les infirmières somatiques assurent les permanences et les infirmières psychiatriques ne sont là que certains jours et ont donc un rôle d'entretien avec les détenus. Vous avez des différences d'organisation mais je ne pense pas que ce soit lié aux différences de rattachement du service. Je pense que quelque soit la spécialité, la discipline du chef de service, il faut qu'il soit motivé parce qu'il fait et à partir du moment où il est motivé pour réunir les conditions de travail et de fonctionnement suffisantes, peu importe la discipline. Je pense que ces différences de rattachement s'expliquent par une question de volontariat et puis par un premier rattachement, après je pense que les chefs de service changent.

F.E: Je voulais savoir comment se passe la coordination entre les UCSA et les services psychiatriques?

M-J.C: Apparemment, ça ne se passe pas très bien. Je pense qu'il y a des difficultés. Notamment à cause de la zone de recrutement des SMPR, ça ne va pas forcément bien. C'est une question que je n'ai pas encore beaucoup analysé mais on va probablement faire une inspection en prison et c'est l'un des points sur lesquels la mission régionale d'inspection, c'est un service de la DRASS qui a une fonction d'inspection et qui a une fonction d'évaluation, et j'ai demandé qu'il y ait une mission d'inspection sur le fonctionnement des UCSA et ils en vont tenter de bien analyser les relations entre le somatique et le psychiatrique. Vous avez un seul SMPR pour la région et je pense effectivement que Lyon est favorisée par rapport aux autres établissements qui ne sont pas dans le Rhône. Les services psychiatriques de chaque établissement pénitentiaire sont rattachés à un établissement de santé, ça peut être un établissement hospitalier général comme c'est le cas Saint-Étienne où il y a un service de psychiatrie ou ça peut être un service hospitalier psychiatrique. Et c'est vrai qu'il y a des problèmes de coordination, il y a des endroits où ça fonctionne et d'autre pas, mais il y a des difficultés. Je voudrais bien que cette mission d'inspection puisse inclure cette question. Il y a des établissements publics qui acceptent tout à fait que l'infirmière qu'ils envoient, participe à la permanence des soins mais il y a d'autres établissements qui ne l'acceptent pas et elles ne participent pas à la permanence des soins.

F.E: Et vous pouvez me dire quelles sont les principales revendications des médecins travaillant en UCSA?

M-J.C: Je sais qu'il y a beaucoup de choses qui ralentissent le travail de l'UCSA, qui les perturbe. Vous avez par exemple un très gros manque de personnel dans certains endroits qui fait que les actions d'éducation pour la santé ne peuvent pas être mené comme elle devrait être menée. Il y a peu ou pas de temps pour l'éducation à la santé. Il y

a un gros problème d'absentéisme du personnel pénitentiaire qui atteint presque 30 % à Lyon et qui fait que quand un détenu vient à l'UCSA, il faut aller les chercher ce qui demande du personnel de surveillance et quand le personnel de surveillance n'est pas remplacé dans la journée, la consultation se perd. Ou bien il y a surveillant qui surveille la salle d'attente de l'UCSA et là aussi s'il est absent il faut nommer quelqu'un d'autre, ce qui perturbe le déroulement des consultations et il faut en supprimer certaines car le médecin n'est là que pour la matinée ou pour l'après-midi. Après, je pense qu'il y a aussi toujours cette réticence peut-être du personnel pénitentiaire à considérer que les soins aux détenus sont quelque chose auquel ils ont droit obligatoirement. Après tout, c'est une mentalité qui existe aussi à l'extérieur et qui est de dire "s'ils sont là, c'est de leur faute, et en plus on les soigne... Et gratuitement". Toutes ces réticences ne s'expriment peut-être pas forcément mais ce sont des questions d'individus. Ensuite c'est vrai que les rémunérations de certains spécialistes sont vraiment très basses, ce qui fait qu'on a du mal à faire venir des consultants en détention. Je pense à l'ophtalmologie par exemple ou à la dermatologie. Vous avez aussi ce problème des extractions car quand le véhicule pour extraire n'est pas disponible, quand il n'y a pas d'escorte suffisante car il n'y a pas de personnel pénitentiaire suffisant, on accompagne la consultation en dernier lieu. Les hospitalisations de courte durée devraient se faire par l'hôpital de rattachement et là aussi il faut une escorte, il faut que le responsable de gendarmerie délègue une escorte, ce qu'il ne fait pas toujours. On est alors obligé d'hospitaliser dans le service d'hospitalisation de Lyon, ce qui fait augmenter la file d'attente. Ce sont des revendications qui m'arrivent très souvent de la part des médecins. Vous avez aussi des demandes de visites médicale urgentes faites le soir même par les magistrats car plutôt que d'attendre que le médecin de la prison, car il y a un certain nombre de visites médicales qui peuvent attendre le lendemain matin, le magistrat demande la visite médicale et l’admission en prison. En fait, ils ont toujours peur d'un acte de suicide ou d'auto agression. C'est plus ou moins motivé car en fait ils se couvrent. Ils exigent un certificat médical par un médecin. C'est vrai que la permanence des soins doit être assurée et donc on fait intervenir un médecin de garde dans le secteur. Quelqu'un qui n'a pas forcément l'habitude de venir en prison. Ou comme à Privas, on fait intervenir ce médecin libéral et c'est vrai que c'est pour des motifs qui ne sont pas toujours justifiés et d'autre part une visite en prison s'est toujours plus long car il faut ouvrir des portes, il faut se soumettre à un certain nombre de contraintes et les visites des médecins qui sont de garde et qui ont d'autres visites à faire, il y a toute une lourdeur... En plus, ils connaissent mal le milieu carcéral. Et s'il y avait un peu plus d'esprit critique de la part des magistrats vis-à-vis de leur demandes, je pense que les choses seraient meilleures. Moi je ne suis pas intervenue sur ce genre de problème car ça dépend des conditions locales, c'est variable d'un magistrat à l'autre. Il y a des réunions qui ont été provoquées au niveau local entre les magistrats et les médecins car dans chaque tribunal, il y a le procureur qui est souverain et on ne peut pas fournir de directives au niveau régional. Ça ne pourrait venir que du Garde des sceaux. Vous savez, c’est laissé à la libre appréciation du magistrat. C'est un terme qui revient souvent en justice. Le magistrat "apprécie"... Oui, il apprécie. Ce qui a été proposé aussi, c'est que le détenu soit mené aux urgences, ce qui simplifierait les choses mais il faudrait aussi qu'il y ait une coordination et que le magistrat indique "vous allez aux urgences" et que cet accord se fasse et effectivement l'escorte l'amène aux urgences et que le détenu soit examiné.

F.E: Vous avez quel interlocuteur au niveau régional, au niveau de l'administration pénitentiaire?

M-J.C: J'ai de nombreux contacts avec Mme Demichelle et je lui transmets souvent un certain nombre de doléances et elle fait de même. Et en effet de voir ensemble comment peut faire pour les résoudre. La plupart du temps que je lui transmets un dossier, elle me dit "je sais déjà, j'ai fait une note à ma direction".

F.E: Et au niveau des actions d'éducation pour la santé?

M-J.C: Alors c'est vrai que je ne m'en occupe pas beaucoup car ça tourne un peu tout seul. Je ne sais pas bien comment ça fonctionne ce groupe. J'ai eu des échos et je sais par exemple qu'il y a des associations qui travaillent sur la prévention de l'alcoolisme qui interviennent en prison. Mais il n'y a pas de plan régional qui oriente ces actions. Il y a aussi un plan régional d'accès aux soins pour les populations défavorisées et dans certains départements figurent parmi ces populations, les détenus. Les DDASS ont des crédits de promotion pour la santé et à ce titre elles peuvent financer des actions d'éducation pour la santé en milieu carcéral. Mais c'est vrai que depuis qu'il y a des crédits de l'administration pénitentiaire un spécifique pour l'éducation pour la santé, il y a probablement eu moins de crédits de DDASS pour les détenus.

F.E: Par contre vous m'avez dit que vous vous occupez également de l'éducation pour la santé en dehors du milieu carcéral?

M-J.C: Oui car on nous a demandé de mettre en place un schéma régional d'éducation pour la santé. Ce n'est pas un plan mais un schéma car il est destiné à mieux organiser le dispositif existant et à dessiner quelques priorités régionales. On a adopté par exemple un projet de formation des formateurs à l'éducation pour la santé. L'éducation pour la santé en milieu carcéral ne relève pas de ce plan.

F.E: Vous suivez le projet de l'unité d'hospitalisation régionale?

M-J.C: L'ARH a désigné un correspondant régional qui est Claire Cellier... Alors bon, j'ai estimé que je n'avais pas à intervenir sur les questions purement pratiques. Si elle m'invite à ces réunions sur le fonctionnement, j'irai... Mais bon... Ça s'est fait en dehors de moi. Ça s'est fait comme ça, car elle était dans le département du Rhône et qu'elle travaillait dans le présent dans le Rhône... Je veux bien mais bon... Voilà.

[...]

M-J.C: Moi je pense que la loi de 1994 ait rattaché la médecine pénitentiaire au système de santé globale est une bonne chose mais il faudrait un plus gros chantier encore. L'accès aux UCSA permet aux détenus de s'intéresser pour la première fois souvent à leur santé et je pense qu'il faudrait encore plus les amener à avoir cette démarche de considérer son corps, ce que la plupart des détenus ne font pas jusque-là. Ils ne tiennent pas compte des dysfonctionnements de leur corps, il suffit de voir l'état dentaire dans lequel ils arrivent, l'état oculaire. Les principales consultations spécialistes en milieu carcéral c'est le dentiste, l'ophtalmologie et la dermatologie. Ce sont des domaines qui sont complètement négligés. C'est sûrement l'un des moyens qu'ils prennent leur santé en main et qu'il soit des vecteurs de leur propre santé. Mais c'est vrai que, et Mme Baupaire l'a déjà dit, les UCSA étant rattachées au système hospitalier, c'est

le fonctionnement hospitalier qui prédomine et donc ce n'est plus comme autrefois où on soignait les bobos et où on avait une démarche purement de soins mais c'est aussi une démarche où on doit amener la personne à prendre en charge sa santé alors qu'auparavant on faisait uniquement du palliatif. Maintenant, il faudra amener le détenu à avoir une attitude de prévention mais on n'en est encore loin.

F.E: Vous pensez que cette démarche de prévention est présente dans le système hospitalier?

M-J.C: Je pense qu'elle est présente au niveau tertiaire et au niveau secondaire car il y a une action au niveau de la vaccination, au niveau du dépistage précoce qui est de la prévention secondaire. Ce sont des démarches qui sont présentes dans le système hospitalier. La prévention primaire l'est en revanche beaucoup moins. L'éducation pour la santé c'est avant tout de la prévention primaire, sauf la prévention thérapeutique c'est-à-dire éviter l'aggravation de la maladie, ce qui relève de la prévention tertiaire. Ce sont par exemple les diabétiques qui suivent un régime pour rester à un taux de glycémie stable ou de même un hypertendu qui suit son traitement et qui a un mode de vie adapté. Mais c'est vrai que la prévention primaire au niveau hospitalier existe très peu.

F.E: Je voulais savoir quelle était votre opinion vis-à-vis de la position de Véronique Vasseur, à savoir une critique de la prison?

M-J.C: Je n'ai pas lu ce livre. Mois je pense que c'est très important et qu'elle a eu tout à fait raison de le faire et pour moi ça a constitué un appel pour que les choses changent. Depuis il y a eu deux commissions parlementaires et j'ai l'impression qu'après cette ébullition les choses sont retombées. Il y a encore un écart énorme avec le reste de la population extérieure et les conditions de travail dans les UCSA restent très difficiles. Non seulement par rapport au personnel pénitentiaire mais aussi par apport au manque de matériel. Ils ont souvent par exemple du matériel informatique obsolète. Produire des statistiques avec un manque de moyens comme ça, ça n'est pas possible. Les infirmières voudraient par exemple réaliser des actions d'éducation pour la santé mais elles n'ont pas les moyens car il faudrait qu'elles se forment mais elles ne peuvent pas être remplacées en cas de formation. Il y a des réunions pour monter des actions d'éducation pour la santé mais elles n'arrivent pas participer à ces commissions. Au niveau des locaux, c'est très inégal d'un établissement à l'autre. Privas, par exemple, c'est une bonbonnière et il n'y a pas de place pour la secrétaire par exemple. Il ne peut pas y avoir une secrétaire ou une infirmière en même temps par exemple. A Bonneville, par exemple, il n'y a pas de salle d'examen close. Les personnels soignants ont protesté mais après le problème c'est que les murs des prisons ne sont pas extensibles.

Entretien n°16 : Robert Hanskens, cadre hospitalier auprès des Hospices civils de Lyon, 23/06/2003, 1h20.

Responsable du bureau stratégie des hospices civils de Lyon qui a pour rôle de mettre en accord le SROS, le schéma régional, avec la politique de développement des HCL. Le nouveau mode de rétribution des établissements hospitaliers sera la tarification à l'activité

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

où les recettes d'un établissement seront définies par une tarification à l'acte en fonction du nombre d'actes pratiqués.

R.H: Historiquement, lorsque la loi de 1994 a été mise en application, le parti pris dans tout le CHU était de faire gérer les gros dossiers institutionnels par la direction centrale et non pas directement par la direction d'établissement et c'est une structure qui n'existe plus mais qui a été reprise par le département stratégie. Et la préparation du protocole qui a été signé en 1995 avait été préparé par la direction centrale et du coup, il y a une espèce de rémanence c'est-à-dire que la direction générale à travers le département stratégie reste associé à l'analyse de l'activité du service de médecine pénitentiaire. J'étais encore ce matin à une réunion qui était organisée entre M. Barlet et les gens de la justice et de l'intérieur sur le financement de la future unité d'hospitalisation qui doit être remplacée à l'horizon 2004. Mais c'est un dossier qui est géré, une fois que le protocole a été signé, par le CHLS et qui a la main, qui adapte les moyens en fonction des objectifs, qui est l'interlocuteur habituel des prisons, voire des services de police, pour les différents problèmes de fonctionnement. Donc il n'y a pas d'analyse stratégique sur la médecine pénitentiaire mais il se trouve que le département stratégie a repris les activités qui avaient été confiées à une certaine époque à notre direction centrale.

F.E : Mais vous n'exercez pas une action stratégique au niveau de l'ARH?

R.H: Non. Non, pas exactement. Par exemple, prenons le cas de la nouvelle unité, l'USIH. La partie budget de fonctionnement est managée par le CHLS qui se rend à intervalles réguliers au ministère et il y a une deuxième direction, qui est la direction des affaires techniques, qui elle s'occupe à titre principal du dossier d'investissement. La dernière réunion était organisée par la direction des affaires techniques parce qu'on validait le coût d'un projet. Nous participons au projet peut-être parce que nous sommes plus près de la direction générale que le CHLS ou que la direction des affaires techniques et quand il se passe quelque chose, et bien généralement on peut donner une appréciation sur l'évolution des dossiers mais ça n'est pas sous la responsabilité du département d'action stratégique. On ne nous a pas demandé notre avis et ce n'est pas nous qui avons décidé que le service passerait de 16 à 23 lits. C'est une directive nationale qui a été prise dans le cadre d'un plan national de rénovation des soins aux détenus. Mais à partir de là, il y a eu la construction d'un indice à partir de la politique pénale de 1995 qui a été prise comme modèle, qui était l'année de référence de l'élaboration du modèle, et qui vise à créer huit unités en France dans celle de Lyon et qui aboutira à transformer les modalités de notre recrutement puisqu'on devra accepter les détenus de toute la région. Alors qu'avant ont accepté que les détenus venant de Lyon, voire de Villefranche s'il y avait un problème, mais on ne sortait pas du département du Rhône. Ce sont des financements nationaux qui sont délégués aux hôpitaux directement par le ministère et c'est l'ARH qui a la charge de gérer les crédits mais l'enveloppe nationale, c'est-à-dire que l'ARH n'a pas eu son mot à dire sur le coût de fonctionnement de cette unité, ces règles d'organisation. L'ARH est un peu court-circuitée en fait.

F.E: Et pour les UCSA?

R.H: Lorsque l'on a créé les UCSA, ç'était la même chose. Les ARH n'existaient pas encore car le formatage des UCSA a été décidé en 1994 et les ARH ont été créées par

une ordonnance de 1996. Donc notre correspondant c'était la DDASS ou la DRASS. Mais les DDASS ont bien sûr été associé à l'ensemble du projet puisque durant toutes les réunions était présent le ministère de la Santé et les DDASS étaitent invitées. Notre interlocuteur principal, c'est le ministère. Toutes nos réunions sont organisées par le ministère et sont d'ailleurs interministérielles. Alors, il y a quatre ministères. Il y a la Santé, il y a la Justice, il y a la police et il y a la gendarmerie. Donc il y a le ministère de la défense et de l'intérieur car en fonction des répartitions de compétences entre la police et la gendarmerie, il y a des unités qui sont, je pense, en zone gendarmerie et la gendarmerie est concernée par les problèmes d'escorte. C'est sûr, qu'ils ne sont pas très présents car ils ne sont concernés que par les problèmes d'escorte. La police est beaucoup plus concernée parce que le principe qui a été arrêté et qu'ils contestent, c'est que la sécurité du périmètre et la sécurité des entrées de cette USIH doit être faite par la police. Eux pensent que ça doit être la pénitentiaire. Il y a un accès et il y a toute une zone. La police dit « nous on les escorte, pour la sécurité du périmètre d'accord mais pour la sécurité des accès, ce n'est plus nous ». Le point actuellement de désaccord entre le ministère de la justice et le ministère de l'intérieur porte là-dessus. Et par exemple lorsqu'il y a une réunion chez le préfet de police par exemple, c'est moi qui m'y rends et non pas la direction des affaires techniques parce que c'est le préfet de police et parce que ce ne sont pas les aspects purement fonctionnels et ce sont des sujets très délicats.

F.E: En ce qui concerne la garde justement, vous connaissez quels sont les arguments du ministère de la justice?

R.H: Pour l'administration pénitentiaire, ce qui n'est pas forcément l'avis du ministère de la justice. La pénitentiaire et la Chancellerie n'ont pas forcément de bonnes relations. L'administration pénitentiaire semble avoir une capacité autonome d'appréciation des situations. Le point de vue de la pénitentiaire est de dire que les personnes de la pénitentiaire ne peuvent porter des armes qu'à l'intérieur de la prison et comme l'unité d'hospitalisation se situe en dehors de la prison, ils n'ont pas le droit d'avoir des armes et comme ils ne sont pas en mesure d'assurer la garde des détenus s'ils ne sont pas armés, ils considèrent que ça ne peut être qu'un service disposant d'armes qui peut garder les détenus. La police dit, « nous ne devons pas garder les détenus mais c'est la pénitentiaire ». Donc de conseils de sécurité en arrêtés, on ne sait pas qui doit faire quoi. Pour nous, cela entraîne au moins deux types de conséquences. D'une part, ça retarde les travaux car ce point de divergence retarde l'approbation du plan global d'hospitalisation. Deuxièmement, nous avions préconisé que nous continuerions à hospitaliser les gardés à vue. Actuellement on hospitalise les gardés à vue. Ils se trouvent dans les mêmes locaux donc que les détenus, c'est-à-dire de gens condamnés et c'est la police qui les garde. Et c'est assez amusant de voir qu'actuellement la police accepte de garder des détenus, ce qui n'est pas dans sa mission, tandis que les gardés à vue sont sous la responsabilité de la police. Dans le cadre des unités d'hospitalisation régionale, le ministère de la justice avait indiqué que désormais, il ne pourrait y avoir que des détenus. Donc nous avons imaginé un projet architectural qui permette de respecter ce principe-là, qui est lié à la présomption d'innocence. L'idée était de dire que si on met un gardé à vue avec des détenus, c'est qu'on pense qu'il est coupable. Nous avons proposé un projet architectural qui permette à la police de surveiller les gardés à vue, dans un local qui est

extérieur à l'hospitalisation mais qui permette néanmoins aux médecins hospitaliers de soigner les gardés à vue à tout moment et on respecte ainsi à peu près les deux impératifs. Car les gardés à vue ne sont pas avec les détenus et on peut continuer à centraliser sur ce service l'hospitalisation de tous les gardés à vue. L'unité de M. Barlet ne fait pas de chirurgie et les gardés à vue qui ont besoin d'actes chirurgicaux vont dans les services de chirurgie. Barlet ne fait que de la médecine polyvalente. Donc si l'administration pénitentiaire surveillent les accès, ils refuseront de s'occuper des gardés à vue et nous on devra trouver d'autres solutions pour hospitaliser les gardés à vue. Ce qu'il se passe pour la chirurgie se passera pour la médecine polyvalente. Or actuellement, aucun service de médecine ne reçoit les gardés à vue car c'est toujours impopulaire. Car il faut toujours réserver un lit à un moment où la tendance est à l'augmentation du taux d'occupation et à la réduction des lits. Car lorsque les gardés à vue sont hospitalisés dans un milieu ouvert, il faut que des effectifs de police gardent son lit et c'est mauvais pour l'atmosphère des services. C'est pourquoi nous préférons que les gardés à vue puissent continuer à être hospitalisés dans le service et dans l'enveloppe immobilière du service hospitalisation des détenus.

F.E: Et comment se déroulent les hospitalisations des détenus pour des actes de chirurgie?

R.H: La chirurgie se passe dans les services mais généralement on fait de l'ambulatoire tant que les détenus peuvent repartir après l'acte. Ce n'est pas toujours possible et c'est sûr qu'un détenu qui serait en phase terminale d'un cancer de l'intestin et qui se fasse opérer dans un service de chirurgie digestive va être hospitalisé. Et dans ce cas-là la police gardienne la chambre en permanence.

F.E: Il n'y a pas de chambres spécifiques?

R.H: Non. Il y en avait dans le passé mais le problème est que vu les pathologiques que peuvent présenter les détenus, il faudrait qu'il y ait des chambres dans tous les services ce qui demande un coût d'investissement immobilier ou en terme humain assez importants alors même que cette chambre peut servir une fois par an, voire pas du tout. Donc le milieu hospitalier est tout à fait défavorable à cela. C'est comme pour la SNCF ou de temps en temps on voit un détenu accompagné de deux gendarmes qui montent dans le train, et bien ils voyagent dans un compartiment qui leur est réservé et il y a trois personnes dans un compartiment de six personnes et ça représente donc un manque à gagner pour la SNCF. C'est à peu près la même chose pour nous. Tant que l'on peut centraliser l'accueil de l'hospitalisation, tant mieux.

F.E: Et vous me disiez qu'il y avait des services qui existaient avant?

R.H: Oui, il y avait des services avant 1985 car le service régional d'hospitalisation a été créé en 1985. On a fermé ces chambres à la création de l'unité de M. Barlet. Vous savez la médecine pénitentiaire relève de la médecine interne et on avait créé des chambres auparavant dans les différents services sans que les détenus relèvent pour autant de la discipline. Mais le problème vous savez c'est qu'un gastro-entérologue a toujours des réticences à soigner quelqu'un qui souffre d'insuffisance cardiaque. Vous ne faites pas travailler des médecins dans une autre spécialité que la leur, surtout en CHU. Parce qu'un service de médecine polyvalente, il n'y a pas dans un centre hospitalier.[...] Il

existe aussi un second problème du fait que les chambres d'hospitalisation dans les services spécialisés ne sont pas sécurisées et ne sont pas adaptées pour des gardés à vue et que la police peut très bien nous dire "vous voulez que l'on surveille ce gardé à vue mais il n'est pas mis dans une chambre adaptée". Et au final les policiers peuvent très bien exiger d'assurer la surveillance au sein même de la chambre, ce qui pose d'énormes problèmes en termes d'éthique du soin. Ou alors la police va faire pression pour nous inciter à construire des chambres sécurisées dans les différents services. Les services de police ne sont pas habitués au fonctionnement hospitalier. Par exemple si un gardé à vue se plaint, on l'amène au pavillon N qui est celui des urgences au HEH. Le médecin va dire que ce détenu nécessite des soins et il appelle le service de l'Hôtel-Dieu par exemple et la police navigue dans la ville en fonction des exigences de santé des détenus. Ça leur fait une perte de temps considérable et ils préféraient, de même que nous, qu'il existe un service de médecine polyvalente au plus près des urgences et qui accueille tous les gardés à vue. Je pense qu'il va y avoir un problème au terme de cette négociation entre les forces de police et l'administration pénitentiaire et c'est pour ça que les débats qui ont lieu actuellement nous intéressent.

F.E: Et au niveau des hospitaliers, il n'y a pas eu de résistances à l'unité du professeur Barlet?

R.H: Le fait est qu'actuellement, les personnels sont plutôt stables. Il y a une ambiance qui est plutôt lourde car les personnels de soins sont enfermés avec les détenus. Je ne crois pas que le problème se pose au niveau de l'hospitalisation, par contre il s'est posé au niveau des UCSA car quand on a pris en charge les UCSA, il a bien fallu trouver du personnel soignant qui aille travailler en prison. Ce qui est autre chose que de travailler dans un service hospitalier où l'on accueille des détenus. Là, on a eu des problèmes qui se sont résolus.[...] C'est le docteur Baupaire c'est le responsable des UCSA, elle ne s'occupe que des UCSA et ne travaille pas en hospitalier. Son chef de service et le professeur Barlet. Il a fallu convaincre les soignants à aller travailler en prison mais les difficultés qu'on a c'est de trouver un certain nombre de médecins qui veulent bien aller intervenir en tant que vacataires dans les UCSA. On a du mal par exemple avec les soins dentaires ou les psychiatres car ce sont des professions déjà rares au niveau de la ville. Et les gens qui sont déjà très occupés dans leur travail ne veulent pas en plus prendre une partie de leur temps pour aller à travailler en prison ce qui exige beaucoup de temps, il faut se déplacer, il faut attendre, il faut montrer ses papiers, il faut aller dans un sas. Et même si les UCSA préparent le travail et mettent à la disposition des médecins un équipement, ça reste lourd et donc on a des soucis de recrutement.

F.E: Et au niveau des rémunérations, elles sont identiques?

R.H: Oui. Mais mêmes avec un taux attractif, ça ne les intéresse pas. Déjà, les tarifs hospitaliers ne sont jamais attractifs. J'ai rencontré des médecins qui me disaient qu'il n'était pas question qu'ils passent sous un portique de détection des métaux, qu'ils fassent l'objet d'une fouille pour aller visiter un détenu. C'étaient des questions pratiques. Ils voudraient échapper à la loi commune d'accès dans les prisons alors même que le directeur de la prison se fait fouiller à son arrivée tous les matins. J'imagine qu'il y avait un problème de formation et d'information des médecins. On a des soucis par exemple sur Saint-Quentin-Fallaviers parce que c'est vrai que le problème des UCSA, c'est qu'elles

ferment à dix-sept heures et pendant la nuit où le week-end, le détenu peut très bien avoir un problème et si l'UCSA est fermée, le SMUR peut très bien intervenir et délivrer les soins sur place ou faire en sorte que le détenu soit hospitalisé. Sur Saint-Quentin-Fallaviers on a eu un problème au niveau des gardes car l'idée était de ne pas faire intervenir le SMUR pour éviter les déplacements et d'essayer donc de travailler avec des médecins qui puissent se rendre, à la demande du directeur de la prison et rémunérés par les HCL, consulter un patient qui se plaigne. Et c'est à cette occasion qu'on a rencontré des difficultés. Nous sommes partis en mission avec le professeur Barlet, on avait fait des réunions dans le centre d'action communal de Saint-Quentin-Fallaviers où nous avons rencontré un certain nombre de médecins acceptant de signer une convention avec les hospices civils de Lyon. Et ça avait été assez héroïque car beaucoup nous ont dit "Comment, on est fouillé ?", etc. il y avait eu beaucoup de réticences.

[…] Saint-Quentin-Fallaviers dépend des hospices civils de Lyon pour des raisons de proximité avec Lyon car trop éloignée de Grenoble. On a rattaché également le centre de rétention administrative de Satolas qui n'est pas de la médecine pénitentiaire.

R.H: Et je pense que ça ne peut fonctionner seulement avec la coopération de chacun. Car dans l'idée ça ne peut pas vraiment fonctionner car ça demande la coopération de deux services publics dont les finalités sont contradictoires. Nous, l'hôpital, on impose à personne de se soigner, on quitte l'hôpital quand on veut et les soins ont lieu dans le cadre d'un colloque singulier. Alors que là, on a affaire à des gens qui n'ont plus leur liberté, la confidentialité est très difficile à maintenir en prison et parfois les détenus eux-mêmes ne la souhaitent pas cette confidentialité. Quand un détenu se fait dépister sa séropositivité au VIH et qu'il est négatif, et bien c'est la première chose qu'il exhibe aux autres détenus et c'est très important d'être séronégatif quand on est détenu car si vous êtes séropositif, vous êtes un pédé et quand vous êtes un pédé cela implique de nombreuses discriminations. C'est infernal la vie d'un détenu séropositif ou réputé homosexuel. Et nous, on fait en sorte que le dossier médical ne soit pas accessible aux détenus qui font le ménage ou aux surveillants et ça vous donne la mesure du problème. Les médecins sont formés dans le respect de certaines règles et la garantie du secret médical est presque contre-productive dans un certain nombre de cas.

F.E: Et dans le cadre de la prévention du suicide par exemple, certains partages d'information sont pourtant nécessaires...

R.H: Tout à fait. Je ne sais pas si la divulgation information va jusqu'à rompre le secret médical mais il est vrai que le passage à l'acte a lieu à certains moments remarquables [...] Ce sont trois actes de la vie pénitentiaire dont le médecin hospitalier n'a pas connaissance, naturellement... Donc si le personnel pénitentiaire partage cette information avec le médecin hospitalier, que "attention tel détenu risque, étant donnée la politique pénale actuelle, de prendre la peine maximale", il est possible d'agir. Encore faut-il que le médecin hospitalier soit prévenu.

F.E: Et dans l'autre sens?

R.H: Dans l'autre sens je ne vois pas bien. Qu'est-ce que les médecins peuvent communiquer à l'administration pénitentiaire comme information qui ne rompe pas le

secret médical et qui soit de nature à favoriser le suivi du détenu?

F.E: Je voulais savoir aussi de qui relève le SMPR?

R.H: Le SMPR sont des extensions de la médecine psychiatrique au niveau pénitentiaire. Le service de Lyon dépend de l'hôpital de Vinatier et nous, les HCL, nous nous occupons du somatique. Les établissements psychiatriques sont des établissements départementaux et non pas communaux comme pour la médecine somatique. Ils relèvent donc du conseil général mais le personnel relève de la fonction publique hospitalière. Le problème c'est que généralement il y a un lien. Un détenu qui a avalé une fourchette relève d'une spécialité digestive pour l'extraction de l'objet mais il n'a pas avalé une fourchette par hasard et c'est le lien entre l'automutilation, les conditions de détention. Et dans ce cas, il y aura une collaboration entre le SMPR, l'UCSA et l'administration pénitentiaire. Et ce sont des problèmes d'ajustement. Si quelqu'un affiche ses prérogatives en disant "c'est ça et rien d'autre", alors plus rien ne marche.

F.E: Et justement comment s'organise cette coordination?

R.H: Ca dépend des hommes. Sur Lyon, ça se passe bien. Pour plusieurs raisons. Moi personnellement, je trouve un que le professeur Lamothe a une valeur professionnelle exemplaire et il se trouve que le professeur Barlet est également psychiatre, même s'il est responsable d'un service de médecine polyvalente. Et je trouve que cela facilite énormément les choses! Donc il faut à la fois des médecins qui soient légistes, qui aient une formation légiste, qui soient habitués aux temps judiciaires et qui savent ce que c'est qu'une procédure judiciaire et d'autre part la capacité à prendre en charge la dimension psychique du détenu est un plus en termes de soins et en termes de coordination des soins. Donc à ma connaissance les relations entre le professeur Barlet, le professeur Lamothe et Mme Baupaire sont excellentes.

F.E: Et il n'y a pas de réunion de coordination?

R.H: Alors s'il en avait fallu une, nous en aurions organisé une. Il n'y en a pas et la meilleure illustration que je puisse en faire, c'est que chaque année nous faisons un effort de présentation d'un bilan d'activité des UCSA de Lyon et ce bilan est présenté devant la DDASS, la DRASS, les services de police de gendarmerie et de justice, en présence du SMPR. Ils présentent également leur bilan d'activité à cette occasion. Tout cela c'est la présentation de ce qu'il se passe en termes de soins en milieu pénitentiaire. Donc nous n'avons pas de problème dans le lien entre le SMPR et les services de l'UCSA. Il y a eu des problèmes de micro ajustement au niveau de la distribution des médicaments par exemple qui sont connus des cadres soignants mais qui ne donnent pas lieu à un débat ni dans la Direction générale, ni en interministériel. Il se peut également que l'administration pénitentiaire soit au courant de problèmes que nous ignorons.

F.E: En revanche il ne vous arrive pas d'intervenir directement auprès d'un établissement pénitentiaire sur la demande par exemple de Mme Baupaire?

R.H: Si et cela se déroule au cours du moment privilégié d'action qui est le rapport d'activité des UCSA au cours desquelles un certain nombre de problèmes sont évoquées. Alors c'est assez intéressant d'ailleurs car les relations ne sont pas "bétonnées". C'est-à-dire que les policiers qui quotidiennement gardiennent disent par exemple, je ne

sais pas, que la distribution de médicaments devrait se dérouler à un autre moment. Les hospitaliers par exemple vont dire qu'ils aimeraient accéder à plusieurs patients à la fois plutôt que un par un. Les hospitaliers vont demander aussi par exemple que les SPIPP interviennent un peu plus tôt car on ne peut pas faire grand-chose lorsque l'on apprend qu'un détenu doit sortir. Car généralement on ne peut pas savoir qu'un détenu va faire l'objet d'une mesure de libération conditionnelle et il est très rare que son soin s'arrête au moment de sa remise en liberté et donc il va lui falloir lui donner un moyen d'être suivi en matière d'observance pendant 48 ou 72 heures, il va également falloir lui donner un certain nombre d'informations sur le réseau associatif qui pourra le prendre en charge. Et c'est sûr que lorsque cela ne peut pas se faire, il y a une perte dans la qualité des soins. Par exemple, le ministère de la santé nous avait demandé de promouvoir une campagne de promotion de vaccination contre l'hépatite B en milieu pénitentiaire. Le problème de cette prévention contre l'hépatite B, c'est qu'il faut faire trois vaccins avec un intervalle de temps assez important. Il y a un certain nombre de détenus qui n'ont subi en milieu pénitentiaire qu'une injection. Si on veut que cette injection soit efficace, il faut absolument faire la seconde car sinon la prophylaxie ne se fait pas. Donc nous avons passé une convention avec une association qui s'appelle, je crois, Marco Polo et qui prend en charge des détenus à leur sortie de prison et nous effectuons un complément de vaccination dans le cadre de cette association. On ne fera jamais revenir à détenu en prison pour finir cette vaccination.

F.E : Et ce suivi ne peut pas être effectué au sein du système hospitalier?

R.H: Ca n'est pas forcément possible. C'est-à-dire que les détenus sont tellement fragilisés quand ils sortent, ils se laissent beaucoup prendre en charge par le milieu associatif et c'est là que tout se passe. Ils n'ont pas trop envie de fréquenter les administrations. On a aussi un problème avec les grâces médicales qui est dû à leur augmentation. C'est que si les grâces médicales interviennent trop tard, le détenu est déjà en phase terminale et donc... Le détenu a perdu toute autonomie et sitôt qu'on lui dit "vous êtes libre", ce n'est pas pour autant qu'il se lève et qu'il rentre chez lui. Il ne peut être que pris en charge par un service hospitalier. Le problème c'est qu'on a des problèmes en aval pour faire accepter des patients et lorsqu'on est prévenu en fin de journée que le lendemain à huit heures le patient est libéré, la question est de se demander si on peut encore le laisser en détention pour le seul motif qu'il n'a aucune indépendance. Si on nous prévient qu'un détenu dépendant va être élargi, cela laisse le temps de trouver une structure hospitalière dans laquelle il va être transféré dans l'heure qui suit sa libération, ou alors on accepte qu'il puisse être traité comme un détenu, bien qu'étant libre seulement parce qu'il est là. C'est un problème qui va se reproduire de plus en plus fréquemment [...] Donc on a des nouvelles catégories de détenus hospitalisés qui sont des personnes très âgées maintenant et qui ont les mêmes problèmes que la population âgée en général. Ils développent des cancers, ils développent des Alzheimer... Ils ne peuvent plus retourner chez eux. Généralement d'ailleurs détention plus hospitalisation leur enlève toute capacité d'autonomie. Et le problème c'est qu'on les chronicise à cette occasion là et donc le problème c'est qu'on aura des patients en phase terminale de plus en plus souvent et qu'on aura des problèmes si on les libère parce qu'ils bénéficient d'une grâce médicale alors qu'ils ne peuvent plus retourner chez eux.

F.E: Et donc au niveau des conflits ?

R.H: Oui, nous avons cette chance que dans la réunion annuelle d'évaluation de nos activités, chaque administration s'exprime à peu près librement, que ce soit la DDASS qui voudrait qu'on fasse un peu plus d'éducation pour la santé ou de prévention du suicide, les policiers ou la pénitentiaire qui aimeraient moins avoir de problèmes à l'occasion de la délivrance de soins et à l'inverse les hospitaliers tiendraient à avoir moins de problèmes dans la délivrance des soins en raison de l'organisation de l'administration pénitentiaire. Ce discours est relativement libre pour le moment et donc c'est intéressant et il faut veiller à ce que cela reste comme cela. Le pire est d'arriver avec ses prérogatives de services publics en disant chez moi c'est comme ça et lorsqu'il y a zéro tolérance.

F.E: Tout à l'heure vous me parliez de cette capacité en médecine pénitentiaire ?

R.H: Oui tout à fait cette capacité est organisée sous la responsabilité du professeur Barlet et elle s'adresse aux médecins hospitaliers qui veulent se spécialiser dans la médecine pénitentiaire ce qui suppose une adaptation au milieu pénitentiaire. Le fait est qu'il y a de plus en plus de postes qui s'ouvriront du fait de la création des unités régionales puisque ça va être une création nette de poste dans certaines régions et il y aura un renforcement des effectifs médicaux qui sont prévus par l'ensemble des structures. Pour les médecin-chefs de services qui sont chargés de recruter leurs collaborateurs, il est possible qu'il y ait une préférence pour les légistes ainsi que ceux qui aillent vers nous.

F.E: En revanche vous me parliez précédemment des conflits entre l'administration pénitentiaire et le ministère de la justice. Vous pensiez à un exemple précis ?

R.H: Ecoutez, je peux me tromper, mais il me semble que l'administration pénitentiaire serait assez favorable aux grâces médicales pas seulement pour des personnes hospitalisées mais aussi pour des personnes en détention et un ministère de la justice qui ne me semble pas suivre cette orientation. La surpopulation carcérale est un phénomène inquiétant. Il semblerait que la politique pénale ne tienne pas compte de cela. Donc on peut penser aux grâces médicales qui seraient accordées à des personnes devant mourir dans les deux ans qui viennent et qui sont incapables de quelque acte délictueux que ce soit. On peut penser qu'un certain nombre de détenus pourrait bénéficier du bracelet électronique qui permettrait leur libération conditionnelle. Cela permettrait sans doute de faciliter les relations au sein des prisons car cette surpopulation est à l'origine d'émeutes ou de dégradation des équipements. Donc l'administration pénitentiaire me semble attentive aux évolutions qui pourraient avoir lieu dans la politique pénale et la chancellerie elle-même, ne semble pas prendre les outils ou les dispositions qui pourraient ralentir cette augmentation. L'administration se plaint de cette surpopulation pénale qui leur est imposée mais on n'entend pas le ministère de la justice.

F.E: Est-ce qu'il y a une politique d'éducation pour la santé au sein des HCL?

R.H: Non. Il n'y a pas dans le cadre institutionnel une politique de promotion de la santé. Il y a des services qui développent plus ou moins des actions parce qu'ils sont dans ce domaine. C'est-à-dire qu'il y a des thèmes à la mode ou plutôt des situations épidémiologiques majeures qui imposent certaines mesures. En d'endocrinologie par

exemple, l'obésité de l'enfant est un problème d'éducation pour la santé majeur sur lequel tous les endocrinologues sont mobilisés. Actuellement c'est aussi la prévention de certains problèmes rhumatologiques comme le mal de dos par exemple. Mais c'est une position personnelle des médecins hospitaliers que de développer ces actions en amont ou au delà de leur vocation curative mais il n'y a pas de politique institutionnelle. Il y en a plus paradoxalement en matière pénitentiaire puisqu'on propose aux détenus dés leur arrivée d'effectuer plusieurs tests de dépistage. L'éducation pour la santé a un sens très différent en milieu carcéral car elle apparaît comme la condition de réinsertion du détenu à sa sortie de prison. Par exemple un détenu ne pourra pas trouver un emploi s'il a toutes les dents déchaussées.

F.E: Et vous pensez que la prison se prête à des actions d'éducation pour la santé?

R.H: Oui car ce projet de soins est la base philosophique d'un projet de vie et donc en faisant attention à eux, ils peuvent espérer se projeter dans un projet après la détention. Et puis ils ont l'opportunité de bénéficier du temps que n'ont pas les gens à l'extérieur pour prêter cette attention à leur santé. Ils ont une chance, ils n'ont pas de problèmes de financement car ils sont couverts par la sécurité sociale et ils auront à mon avis une seconde chance qui leur est offerte pour le soin

[...] À ma connaissance nous n'avons pas beaucoup de difficultés de recrutement actuellement pour les personnels paramédicaux. C'est plutôt la médecine de ville qui nous fait défaut. On a les praticiens hospitaliers, on a le personnel soignant mais il y a quelques catégories de médecins libéraux qui nous font défaut.

Entretien n°17 : Pierre Lamothe, médecin psychiatre responsable du SMPR de Lyon, 8/07/2003, 1h20.

F.*E : Je voulais savoir pourquoi Lyon avait été choisi pour la création du CMPR?*

P.L : Le CMPR succédait à l'annexe psychiatrique. Il y avait deux annexes psychiatriques en France. L'une qui était à la Santé et l'autre qui était ici. C'était un bâtiment où étaient abandonnés les malades psychiatriques sans soin ou plutôt mis à l'écart. Il y avait quand même l'idée d'une réponse spécifique par un tri des surveillants. Ils étaient affectés là d'abord à leur demande et puis ensuite par sélection par les médecins. C'était complètement embryonnaire mais ça suffisait pour créer un noyau, une culture. Il y avait un semblant d'organisation avec des psychiatres qui rentraient. Ceci étant avant même le premier CMPR, il y avait déjà des psychiatres en détention avant. Les psychiatres ont été les premiers à arracher leur indépendance de l'administration pénitentiaire. Ils ont été les premiers à ne plus dépendre de l'administration pénitentiaire et à ne pas être payés par l'administration pénitentiaire. Ça doit remonter à la fin des années 60. On a enlevé la psychiatrie de l'administration pénitentiaire pour la confier aux DDASS. Moi j'ai commencé à consulter en prison en 1974 et à ce moment-là, c'étaient déjà des consultations de secteur [...] L'intérêt, c'était que dans les années 70, le psychiatre n'avait absolument pas à demander ses congés au directeur ou à faire contrôler ses horaires. Il pouvait faire ce qu'il voulait, ce qui est un élément de pouvoir ou de contre-pouvoir très important parce que c'est sûr que quand vous dites à une personne

"Vous partez quand je vous le dis car sinon je vous fous à la porte". Et plus en plus les vacations des médecins généralistes à cette époque étaient extrêmement précaires car elles étaient reconductibles chaque année. Ils n'avaient même pas un statut ou une fonction qui était pérenne. Autrement dit, le directeur pouvait, s'il le voulait, changer les médecins chaque année. Il ne le faisait pas car c'était trop compliqué ou à terme plus personne ne pouvait vouloir venir en prison. Mais rien ne l'empêchait réglementairement cette pression sur le médecin... Qui n'était pas une pression perverse : "Vous allez me faire un faux certificat ou sinon vous partez" ou "Vous allez taire qu'on a cassé la gueule à ce détenu où vous ne remettrez plus les pieds ici". Ce n'était pas aussi violent que ça. Mais c'était du genre "Docteur, vous vous rendez compte, untel, il est malheureux, il est agité tous les soirs. Vous ne pensez pas quand même qu'un petit peu de neuroleptique en intramusculaire? Ah, vous avez vu il s'est pendu mais on vous avez appelé....". Il y a tout un tas de choses comme ça qui étaient des relations plus perverses qu'elles ne peuvent l'être actuellement. Les psychiatres ont pris leur indépendance. Ils voyaient leurs patients quand ils voulaient et aussi longtemps, aussi souvent ou aussi peu, qu'ils le voulaient et s'en comptes à rendre à l'administration [...]

À l'époque, l’inspecteur générale c'était Solange Troisier. Elle travaillait beaucoup sur les transferts et sur les mutations, et c'est une chose ou actuellement on est totalement embourbé. L'administration pénitentiaire a régressé de ce point de vue. Elle est actuellement au creux de la vague parce qu'elle a tous les inconvénients du centralisme sans en avoir aucun des avantages. Il n’y a plus véritablement de politique centrale de gestion. On ne peut plus faire venir un détenu comme on le faisait avant et l'affecter en urgence par exemple. L'âge d'or est passé. L'âge d'or des SMPR expérimentaux où on faisait absolument ce qu'on voulait. Prenons l'exemple des pharmaciens hospitaliers pour un traitement. Alors bien sûr qu'on pouvait gloser sur le problème des fioles, le problème qu'elles étaient préparées parfois par des détenus avec les surveillants mais au moins, il n’y avait jamais la moindre critique sur ce qu'on mettait dedans ou sur ce qu'on mettait comme dose. Actuellement les pharmaciens hospitaliers sont toujours prêts à être vigilants par rapport à ce qu'on prescrit et donc il y a un certain contrôle. Et pas simplement un contrôle de volume mais aussi un contrôle nominal des ordonnances. Avant vous aviez un pharmacien gérant qui visait l'ordonnance mais il n'avait pas de moyens de véritablement discuter avec les médecins et il ne remettait pas en cause ce qui était prescrit. Ce n'était pas son rôle et il ne le faisait pas. Et quand les pharmaciens hospitaliers sont arrivés, ils ont commencé à dire "Mais pourquoi, celui ci il a du Proxène, ça n'est pas possible". L'inspection ayant changé, on n’imaginait pas que le pharmacien d'une prison puisse être désavoué par un médecin généraliste. À la rigueur, s'il avait pris dans la caisse mais su moment qu'il fournissait les médicaments qu'on lui demandait alors il ne risquait pas de se voir reprocher, en aucune manière, qu’un type ait eu une dose anormale de médicaments… Ce qui en soi n'est pas très grave parce que dans les hôpitaux psychiatriques, on a toujours donné beaucoup plus et on continue. On continue à avoir le fantasme que les prisons sont le lieu où tout le monde s'endort avec des cachets alors que c'est dehors que c'est comme ça. En prison aussi, bien sûr, l’immaturité entraîne une demande, de même que la toxicomanie entraîne une demande. Mais c'est clair qu'on ne donne pas plus de benzodiazépines à des toxicomanes, voire plutôt moins, qu'un psychotique qui est à l'extérieur. Toutes les accusations, ce sont des conneries. Ça

n'a jamais été démontré au point de vue statistique ou épidémiologique. C'est un fantasme collectif. La plupart des toxicomanes vivent avec l'idée qu'on en prescrit pas assez et sont prêts à jurer que les médecins sont des salauds qui sont toujours en train de chercher à réduire la prescription. Et puis les journalistes, et un certain nombre de gens dans le grand public, pensent qu'on essaie d'endormir toute la détention et du coup qu'on les soustrait à la peine. Même quelquefois, on nous traite de *dealer*s, ou en tout cas que les psychiatres sont des gens faibles qui sont portés à prescrire pour avoir la paix. Mais c'est absolument faux. Quand on regarde psychotique pour psychotique, toxicomane pour toxicomane et névrotique pour névrotique, les gens présents en détention reçoivent moins qu'à l'extérieur.

F.E : Et comment s'est faite la création du CMPR à Lyon?

P.L : C'est moi qui ait été nommé chef de service. J'étais déjà dans la place, si on peut dire, puisque je m'intéressais déjà à la médecine pénitentiaire et la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il y ait eu en 1977, les CMPR expérimentaux.

F.E : Il y avait des réticences du Vinatier à cette époque?

P.L : Énormes, il y avait des normes réticences pour plusieurs raisons. Parce que d'abord on était encore dans la grande sacro-sainte époque du secteur et donc et ils avaient eu beaucoup de mal à obtenir un qu'on fasse une division géographique et par bassin de population. On avait eu beaucoup de mal à créer la pédopsychiatrie et en retours ils avaient défendu, en échange de cela, l'idée que ça serait bien mieux d'avoir une organisation systématique par zone, qui prendrait tout en charge sans distinction, que d'avoir, comme c'était le cas auparavant, des gens qui se spécialisaient dans le soin aux alcooliques ou des gens qui se spécialisaient dans la psychose. Je caricature un peu parce que ça n'est pas aussi net que ça mais il y avait quand même des services qui prenaient une spécialité. L'idée du secteur c'était que tout les citoyens soient égaux et trouvent tous les services dans l'hôpital le plus proche géographiquement, qui recrutait dans son bassin de population. Les secteurs du troisième type que représentaient les CMPR étaient au contraire l'antithèse de cela. Le secteur spécialisé était antithétique avec ce qu'ils voulaient, parce que sinon il allait y avoir des secteurs personnes âgés, des secteurs de patients addictifs. Donc ils étaient très opposés à l'idée d'un secteur technique. Et puis il y a eu une quantité de changements qui ont favorisé cela. Il y a eu, par exemple, le DRSP, ce service qui a ouvert à Vinatier où on fait de la rééducation par le travail. L'idée de secteur technique a été battue en brèche par le syndicat des hôpitaux et il a fallu beaucoup de temps pour qu'il comprenne que ce n'était pas une menace, que nous n'avions pas l'intention de remettre en cause la notion d'hospitalisation d'office et qu'on n'avait pas d'exigence subversive sur l'organisation de la psychiatrie. Petit à petit, on a fait notre place, car ils se sont rendus comptes aussi de leur côté qu'avec ce changement ils n'allaient plus prendre en charge les psychopathes dans les hôpitaux ouverts et que les formulaires 398, dont on pouvait user très largement auparavant pour mettre un psychotique de la détention vers l'hôpital, étaient en chute libre avec l'ouverture des CMPR. C'était quand même bien intéressant de penser que les soins spécialisés se faisaient dans un milieu où la justice n'y pénétrait pas. Donc on s'est imposé petit à petit. On a eu affaire à certains actes de force en faisant marquer à certaines occasions qu'on avait une discipline d'excellence et qu'on avait une clientèle particulière avec laquelle on

savait s'y prendre et que notre rôle était aussi protecteur de l'hôpital psychiatrique sur ses terrains de fragilité. Mais ça reste toujours très ambigu. C'est très ambigu par exemple par rapport aux gardes, est-ce qu'on est dedans ou dehors? Moi je tiens beaucoup prendre des astreintes et des gardes comme les autres médecins mais quand on débarque dans un autre service ou on peut aller voir le dossier de n'importe quel patient parce qu'on est en garde et que le médecin de garde, lui, sait très bien que jamais il ne pourra faire autant chez moi. On n'est pas en relation de symétrie. C'est un exemple qui leur permet de voir qu'on n'est pas vraiment dans la maison [...]

F.E : Je voulais savoir s'il y avait coordination entre les hôpitaux du Vinatier et des HCL?

P.L : Il y a une coordination qui est permanente en ce qui concerne les équipes médicales. Entre les structures, pas vraiment. Ça ne va pas aussi loin que ça pourrait aller. Fresnes a une intégration bien plus grande avec l'hôpital de Villejuif où il y a par exemple un lien informatique entre l'UCSA, l'administration pénitentiaire et le SMPR. Ils ont accès aux GID, le programme de gestion informatisée des détenus. Nous n'avons pas ça et en revanche nous avons la même ordonnance, nous avons un certain nombre de choses qui sont bien synchronisées. Ça n'est pas l'idéal et ça pourrait être mieux. On a un dossier médical commun bien sûr. Il a toujours été commun, et il y a ce qu'on appelle le dossier bleu, et c'est un dossier où il y a une certaine édulcoration de ce qu'on met pour éviter qu'il ne tombe dans toutes les mains. Normalement, c'est défendu.

F.E : Il y a des réunions entre les personnels de l'UCSA et du SMPR?

P.L : Il y en a trois fois toutes les semaines il y a une grosse réunion tous les deux mois et il y a une grand messe annuelle, mais là c'est un peu formel car on se congratule. Je pense qu'il vaut mieux avoir un système plus souple moins formel, où on se téléphone entre médecins quand il y a un problème [...] Mon collègue du somatique peut prescrire un traitement de substitution à l'entrée et moi je prendrai la relève ou à l'inverse je peux être amené à prendre une position à l'égard du malade qui serait une position du somatique et on se couvrira et on échangera sur le sujet le lendemain. Mais on n'est pas en train de se reprocher mutuellement des choses. On a tous les deux une même mission, médecins généralistes et psychiatres. Les infirmières veillent ensemble.

F.E : Je voulais savoir si la loi de 1994 avait changé quelque chose dans vos relations?

P.L : Oui bien sûr. Ça a provoqué un énorme changement. Tout d'abord parce que tout le monde à la culture hospitalière. Médecins et infirmières, tout le monde est passé dans le giron de l'hôpital et donc tout le monde étant hospitaliers, les personnels ont la même logique. Avant la loi de 1994 on avait des bonnes relations mais il n'y avait pas de médecins généralistes en dehors des vacations. Lyon était exceptionnellement bien pourvu. Maintenant il y a trois ou quatre fois plus de monde. Il y avait avant deux ou trois infirmières de la Croix-Rouge qui se couraient après alors que maintenant il y en a huit ou neuf. Il y a du monde. On s'est mis aux normes hospitalières quand même un peu. Bien sûr l'inspection hiérarchique a changé. Ca a changé beaucoup aussi le pouvoir des médecins. Les médecins n'ont plus le pouvoir qu'ils avaient avant. Avant le médecin avait un pouvoir énorme, ne serait-ce que parce qu'il rythmait beaucoup la vie de la détention

au point de vue social [...] Les médecins faisaient des certificats pour tout. Si l'administration pénitentiaire avait par exemple deux types de caleçon, on demandait aux médecins de faire des certificats médicaux pour qu'on puisse les répartir. Les médecins pouvaient par exemple donner l'autorisation de garder les cheveux longs ou au contraire laisser l'administration les couper comme elle le faisait. On a toujours ses pouvoirs en théorie mais maintenant l'administration se fout de ces symboles et de ce qu'ils représentent [...] Le médecin avait le pouvoir de dire que l'état de santé de monsieur untel suppose qu'il bénéficie de tels privilège et puis on s'est dit qu'on était complètement fou et qu'il ne fallait pas.

F.E : Il n'y a pas eu des réticences de certains médecins pénitentiaires à perdre ce pouvoir?

P.L : Pas des médecins pénitentiaires à part quelques-uns, mis à part quelques médecins pompiers où les médecins légistes qui étaient parfois plus bleus que les surveillants. Pas forcément des salauds d'ailleurs, des médecins paternalistes qui avaient fini par faire justifier leur comparaison avec la médecine militaire de l'époque où on pouvait dire où il en allait de la médecine militaire par rapport à la médecine comme il en va de la musique militaire par rapport à la musique. Mais c'était déjà très sophistiqué et on n'avait pas une médecine arriérée. C'est un peu ce qui a été très irritant au départ. Au départ, on a vu débarquer une série de petits chefs issus du CHU qui étaient persuadés qu'ils allaient nous apprendre ce que c'était la pénicilline. Or, ils arrivaient avec des médecins qui peut-être ne passaient qu'une après-midi par semaine dans la prison mais qui n'avaient jamais négligé leurs devoirs et qui savaient dans la plupart des cas très bien comment soigner des gens. Ils utilisaient au mieux des moyens qui étaient disponibles et parfois de façon très efficace alors qu'actuellement ce n'est plus le cas. Actuellement c'est la norme hospitalière qui prévaut avec tous ces inconvénients et ces avantages. Il y a un certain nombre de choses qui sont plus chères et qui ont moins de rendement. Un exemple: si quelqu'un dit qu'il a du matériel orthopédique comme une plaque qui peut le gêner alors le médecin lui répond que ça peut attendre, alors qu'avant le médecin pouvait le faire hospitaliser pour lui accorder une petite récompense. Pour récompenser un cas par exemple pour lequel il pouvait y avoir indication médicale sans qu'il y ait vraiment nécessité médicale. Actuellement vous avez le processus hospitalier c'est-à-dire consultation et si le type ne va pas à sa consultation ce jour-là, le chirurgien des hôpitaux ne va sûrement pas avec les 35 heures lui reproposer un rendez-vous et il va lui passer son tour. Le détenu est traité exactement comme un civil et lorqu'il va arriver devant le médecin, il va lui dire "Vous la gardez votre plaque ! On ne va pas immobiliser le bloc et opérer pour ça. Terminé". La logique du milieu civil est quelquefois plus dure que la logique d'un milieu spécialisé pénitentiaire [...] Du point de vue de l'éthique, je ne suis pas certain que ce soit un progrès aussi grand que ça. Parce que l'éthique pénitentiaire antérieure n'était pas aussi dégueulasse qu'on pouvait l'imaginer et qu'en revanche actuellement, il existe des quantités de situation infectes, absolument infectes, où des médecins se foutent éperdument de ce qui arrive car ils ont fait leurs prestations en tant que praticiens hospitaliers. Exemple : l'exemple du crétin légaliste face à une femme qui veut faire une interruption volontaire de grossesse d'urgence. Autrefois, il n'y aurait jamais eu aucun problème. Le médecin de la prison pouvait dire qu'on l'extrait alors que

maintenant le médecin nouvellement arrivé est au garde-à-vous devant l'administration pénitentiaire, paradoxalement. Indépendant mais au garde-à-vous. "Est-ce que j'ai le droit de faire ça?". Alors cet aimable crétin a commencé au lieu d'appeler un de ses confrères qui avait quelques années d'expérience, il a été consulter le Comité national consultatif d'éthique qui lui a répondu ce que tout le monde sait: "Monsieur nous ne faisons aucune casuistique. Vous pouvez-nous saisir pour le problème de l'interruption volontaire de grossesse en prison mais pas pour le cas de madame untel". Le temps que ça redescende, il était beaucoup trop tard pour que cette pauvre femme avorte et elle a été contrainte de garder son enfant. J'ai entendu cette personne pérorer après dans les congrès de médecine légale, en présentant sa "démarche", en disant "Voilà ma démarche que je voulais éthique". Il y a des choses qui nous, vieux pénitentiaires, nous ont irrité. On était peut-être mouillés, entre guillemets, avec l'administration pénitentiaire, bien qu'on ait pas été copain-copain avec elle tout le temps, mais on avait un bon sens pour la gestion des cas. Même si on pouvait parler et dire des choses avec les surveillants à propos du détenu, on avait, en fin de compte, un respect du secret professionnel qui était bien meilleur parce qu'on se rendait compte de ce qu'on protégeait. Ce qu'on protège ce n'est pas le pouvoir du malade ou le pouvoir du médecin sur le malade. Le secret médical, c'est le respect de la dignité du patient. Ça on savait le faire avant. Maintenant, il y a une espèce de rigidité formelle: "On ne transmettra pas d'information dessus". Mais on sait très bien que par exemple quand on dit "On appelle le groupe alcool", que untel et untel sont alcooliques. On sait très bien qu'untel et untel vont au groupe sexe et qu'ils sont donc délinquants sexuels [...] Il n'y avait pas que la prison qui avait ce système de distribution des médicaments car c'était pareil à l'hôpital psychiatrique. Alors c'est vrai que c'était parfois caricatural. À tel point qu'on pouvait donner à quelqu'un une pommade sur une compresse [...] Il y avait beaucoup de médecins qui avant conditionnaient leur traitement à des prescriptions presque morales, chose qu'il n'aurait jamais osé faire à l'extérieur. Ce n'était souvent pas par méchanceté ou par sadisme, mais plutôt sur un ton paternaliste: "Mon petit gars, c'est mauvais pour toi et tu devrais arrêter". Par exemple, j'avais rencontré des médecins qui refusaient de prescrire des hormones à un transsexuel ou des somnifères à des détenus parce qu'ils avaient appris qu'ils cantinaient trop de café, à raison par exemple d'une boîte par jour. Il est vrai que c'est pharmacologiquement idiot de prescrire des somnifères à quelqu'un qui consomme une boîte de café par jour. De même que dans la médecine libérale on commence à concerner des gens sur leur hygiène de vie [...]

F.E : Il y ait des réticences aux produits de substitution de la part des surveillants?

P.L : Oui bien sûr, énormes. Il y a eu d'énormes réticences. Il y a même eu quelquefois des espèces de caricatures dans les mess où on montrait du doigt les médecins *dealers*. On opposait la logique antérieure en disant "Nous, on s'est efforcé de les priver de tout ce qui les rendait dépend et puis, vous, vous arrivez au contraire en leur apportant leur drogue". Cela s'est beaucoup modifié. On est passé d'une conception datant du XIXe siècle où l'administration pénitentiaire était responsable de la santé des détenus et de l'hygiène, où elle avait un certain nombres de devoirs, et on est passé dans la logique du service public des années 80 où ont fait notre prestation et le reste, on s'en fout, ça ne nous regarde pas. On ne fait pas de morale. L'administration pénitentiaire

faisait de la morale avant, maintenant on ne fait plus de morale et on laisse le détenu vivre dans la merde car si par exemple les détenus ne veut pas se doucher, les surveillants ne le font même pas sortir de sa cellule, tant que ça ne déborde pas de sa cellule, il peut faire ce qu'il veut [...] Avant les surveillants étaient impliqués dans ce maintien. Les surveillants avaient une fonction précise, alors que maintenant ils n'ont que les clefs qui est leur dernière fonction. Avant, ils avaient une possibilité de sanctionner les manquements à la discipline. Je pense qu'on a régressé de 1000 % par apport aux années 70.

F.E : Je voulais savoir par apport à la prévention du suicide, quel partage d'information vous avez avec l'administration pénitentiaire?

P.L : En théorie, il n'y a aucun partage. En théorie, il n'y absolument rien qui peut être dit à l'administration concernant le diagnostic. En réalité, c'est un secret de Polichinelle est on dit beaucoup de choses. On ne dit pas les choses sous la forme "untel a cela". On explique plutôt que ce que savent les surveillants ne relève pas de leur fonction. On médicalise information. On dit par exemple "Vous le savez mais ça n'est pas à vous". C'est comme ça qu'il faut concevoir le secret en détention. Parce qu'en détention, tout se sait, que ce soit par les détenus eux-mêmes qui le disent ou par des regroupements fortuits. Les diagnostics et les traitements sont presque semi- publics. Bien entendu il y a des tas de choses qu'il faut défendre et c'est la part de l'intime et du confidentiel [...] Je ne suis pas au garde-à-vous devant le secret médical comme certains qui en font un élément majeur de droit public en disant que nul ne peut rompre le secret, pas même le malade. C'est une conception qui est défensive et qui conduit à ne jamais partager l'information et à paralyser la communication. Il y a des éléments qui peuvent être connus pour le bien du patient. L'administration pénitentiaire en sait souvent plus que le médecin lui-même sur le détenu.

F.E : Je voulais savoir s'il vous arrive d'intervenir sans le consentement du détenu?

P.L : En théorie, le détenu doit consentir aux soins et aux actes diagnostic. Dans la pratique, le détenu est aussi quelqu'un qui est en situation d'urgence, qui a besoin qu'on s'occupe de lui. Si un détenu s'est égorgé et qu'il vous dit « Ne me touchez pas », on va le toucher quand même. On considère que le consentement n'a de valeur que si le détenu est capable de le donner. Ça c'est le texte même du 29 décembre 1998. Si le détenu n'est pas capable de donner son consentement alors celui qui est en charge de sa santé doit intervenir. Évidemment sa pose un problème aux deux extrémités du spectre, c'est-à-dire ça permet actuellement à des médecins de dire "Moi je ne bouge pas parce que le patient ne consent pas aux soins" et ça permet aussi de dire "Je ne veux pas intervenir de force dans le cadre carcéral parce que je n'y ais aucunes garanties". Il est vrai que par rapport à la situation psychiatrique en détention, la protection du médecin est beaucoup plus floue. La capacité du détenu à consentir est beaucoup plus difficile à évaluer et le médecin est en partie juge et partie car il ne peut pas faire appel à un tiers pour évaluer si le détenu est capable de consentir. Actuellement, on voit dans beaucoup de prisons, des médecins qui sont campés là-dessus, comme la loi du 4 mars 2002 le leur demande, et qui s'intéressent exclusivement à ce que le détenu leur demande en abandonnant complètement le champ de la psychose, le champ de la persuasion [...]

F.E : Il peut arriver que la demande de la part des surveillants soit exagérée?

P.L : C'est tous les jours. On leur répond qu'on les a entendus mais on ne fera pas forcément ce que demande le détenu où ce qu'ils demandent eux. C'est là, où c'est nécessaire de donner une explication parce qu'on si on refuse l'intervention à un surveillant, il faut aussi ménager son amour-propre d'observateur qui est, pour nous, un élément fondamental pour recueillir l'information qui est utile. Il y a des tas de cas où ce sont les surveillants qui nous aident dans les diagnostics, dans les prises en charge du patient. Donc, si on commence à les disqualifier en disant "On n'a rien à faire de ce que vous nous dites" alors on sabote la prison. Il faut dire aussi à chaque fois aux surveillants "Votre information est précieuse". On explique pas notre non-intervention en disant "Untel n'est pas assez fou pour...", mais on leur dit "Vous savez, il peut arriver que nous ne renouvelions par le contrat de substitution parce que le contrat établi avec le patient".

[...]

F.E : Je voulais savoir aussi si vous travaillez en lien avec les SPIPP?

P.L : Très mal. Très mal. Les SPIPP, c'est une catastrophe. Tout le monde le sait et tout le monde le dit [...] Ce sont à la limite des organisateurs de spectacles parce qu'ils font rentrer, par exemple, des orchestres de rock au sein de la détention. Très bien [...] Certains font du bon travail et ils signalent des cas mais dans 70 % des cas ils ne veulent pas avoir de rapports avec nous. Ils veulent garder le monopole des dossiers pour les mesures conditionnelles, ce qui est bien normal, mais ils sont d'une passivité totale à l'égard des juges d'application des peines.

F.E : Je voulais savoir quelle était la collaboration entre l'antenne toxicomanie et le SMPR?

P.L : La collaboration est totale puisque l'antenne toxicomanie fait partie du SMPR. On fait l'accueil des entrants ensemble. Le but de l'antenne toxicomanie est différent car ce n'est pas une visée thérapeutique comme le SMPR mais ils travaillent vraiment ensemble.

F.E : Je voulais connaître votre opinion au sujet de l'UPS?

P.L : Au niveau symbolique, c'est très bien. C'est quelque chose qui traduit de façon précise la volonté qu'on a de garder un détenu citoyen et de l'aider à retrouver palace dans la société civile. Sur le plan de l'efficacité, si on ne regarde que les gens qui passent dans les cessions, c'est très faible. En réalité, ça a beaucoup plus un impact symbolique car ça permet de montrer aussi aux surveillants qu'on peut consacrer un certain temps et une certaine somme à la santé les détenus.

F.E : Je voulais savoir ce que vous pensez des *soignant*squi ont *une attitude* de *dénonciation* en détention et je pense au livre *de Véronique Vasseur?*

P.L : Son livre est vraiment une merde au niveau de l'éthique pénitentiaire. Ce qu'elle a écrit au plan de la médecine ne vaut rien. En revanche, ce qu'elle a écrit au plan des conditions carcérales est important et c'est pour ça qu'on s'est bien gardé de descendre son bouquin. Tout ce qui est utile à la cause de l'amélioration de l'administration pénitentiaire est à respecter. Et c'est pourquoi à partir du moment où elle a réussi à capter

l'attention du public, on s'est bien gardé de la critiquer.

Entretien n°18 : Sandro Libianchi, directeur du Sert de l'institut de Rome-Rebbibia, 03/06/2003, 1h40.

S.L: Rebbibia comporte 2003 détenus dont la moitié sont toxicomanes. Le Sert accueilli 1500 personnes par an soit près de 80 par mois, le taux de rotation est assez faible en comparaison avec d'autres prisons comme par exemple Regina Coeli.

La première structure de soins aux toxicomanes a été ouverte à Rebbibia en 1980 mais il ne s'agissait que d'une petite équipe de puis la loi de 1990 a introduit les Sert. Celle-ci confiait la gestion des Sert internes au ministère de la justice de ceux qui ont entraîné un conflit jusqu'en 1999. Il n'y a ainsi pas eu de traitement de substitution à partir de méthadone jusqu'en 1999. Nous avons cependant à Rebbibia un statut spécifique puisque été 1995 le personnel soignant a été rattaché au Sert et nous avons donc jouer un rôle précurseur par rapport à la loi de 1999.

[...]

S.L: Le problème de la loi de 1999 relève de son application. Il n'y a pas d'obstacle particulier qui s'oppose à son application mais le gouvernement de centre-droit n'a pas adopté les décrets d'application nécessaires, notamment au niveau budgétaire. Le problème est en fait lié à l'origine de la loi. En effet en 1999 le choix politique qui a été fait par le gouvernement de centre gauche a été celui du compromis. Le gouvernement a tenté d'établir un accord avec plusieurs lobbys afin de faire passer la loi, notamment avec les médecins pénitentiaires, les groupes pharmaceutiques ou encore les magistrats.

[...]

S.L: Les médecins pénitentiaires bénéficient d'un statut très avantageux puisque avant ils pouvaient cumuler différentes fonctions, ce qui était un privilège. Les *medici incaricati* exercent un rôle de gestion et de contrôle au sein de la prison et cela signifie qu'ils utilisent le détenu comme une monnaie d'échange dans leurs relations administration. « Je gère le détenu en échange du renouvellement de mon poste ». Ce type de discours à leur sert à gérer leurs rapports avec l'administration pénitentiaire mais aussi avec les magistrats comme par exemple en disant que « le détenu m'a référé qu'à... ». C'est exactement pareil pour les psychologues. [...] En outre les médecins n'ont aucun avantage à être indépendants vis-à-vis de l'administration pénitentiaire. Notamment parce que cela les rendrait entièrement responsables d'un point de vue légal.

[...]

S.L: Si le transfert de personnel du ministère de la justice au ministère de la santé ne s'est pas déroulé, c'est uniquement parce qu'il y a des lobbys importants dans les ministères. L'administration pénitentiaire fait pression auprès du ministère de la justice car elle ne veut pas perdre le contrôle sur les médecins car ce contrôle lui permet non seulement de contrôler les médecins mais aussi de contrôler les détenus.

[...]

S.L: La différence à Rome, c'est que l'AMAPI a beaucoup moins d'influence dans le milieu pénitentiaire. Ici, nous avons un accès direct et beaucoup plus facile auprès du ministère. On dit ici qu'à « nous avons tous un oncles qui est ministre ». Mais c'est sûr que ce syndicat a beaucoup plus d'importance en province.

[...]

S.L: Le ministère de la santé devrait effectuer une fonction de contrôle notamment sur l'application de la loi de 1999. Le problème c'est que personne n'est intéressé. Le premier rapport parlementaire d'évaluation a été réalisé cette année à partir d'une commission relevant du ministère de la justice et de la santé. Ce travail m'a été confié en juillet 2002, je l'ai rendu en décembre et nous sommes actuellement en juin il n'a toujours pas été publié tandis qu' il aurait dû être discuté en janvier 2003.

[...]

S.L: Ce sont surtout certains opérateurs travaillant en prison mais aussi certains directeurs qui ont été à l'origine de la loi de 1999. Parce qu'au milieu des années 90, la population pénitentiaire était très forte et plusieurs cas de mort pour non-assistance ont défrayé la chronique, par overdose ou encore pour un infarctus. Il y avait même des mauvaises langues qui affirmaient que les corps trouvés en cellule étaient réchauffés pour ne pas montrer qu'ils avaient été découverts que le matin. À l’époque je ne travaillais pas encore en prison et j'avais reçu dans mon cabinet un détenu mort depuis plus de deux heures, la personnel et le bras complètement rigide, et qu'on essayait encore de réanimer artificiellement. C'était absurde. En plus, à l'époque il y avait de nombreux cas de sida.

[...]

S.L: Certains hommes politiques se sont considérablement engagés. C'était le cas par exemple de Silvia Turco ou encore de la Bolognesi qui était responsable de la commission parlementaire. Mais c'est surtout Rosy Bindy, ministre de la santé à l'époque, qui avait porté le projet.

[...]

S.L: Je suis arrivé à Rebbibia en 1993 et je me suis retrouvé quasiment seul car l'équipe qui travaillait depuis 198O s’était dispersée. Le problème c'est qu'ils ne me contrôlaient pas. Et du fait que j'étais incontrôlable, ils craignaient mon comportement. Mon bureau se réduisait à une cellule dans laquelle ils m'avaient enfermer. Je ne pouvais entrer et sortir qu'en demandant aux surveillants. Ça a duré près de six mois.

[...]

S.L: Bien sûr les réticences venaient de toutes les parties. Les Sert n'étaient pas non plus très enthousiastes à l'idée d'intervenir en milieu carcéral. Le fait de travailler en prison est encore vécu comme une punition. Par exemple, un directeur de Sert peut punir un de ses collaborateurs en l'envoyant travailler en prison pendant six mois.

[...]

S.L: Notre équipe comprend 40 personnes dont des médecins, des psychologues et des infirmiers. Notre particularité est de constituer le seul Sert qui soit totalement immergé dans la prison car pour tous les autres Sert, il s'agit de petites unités.

[...]

S.L: Rebbibia est en fait constitué de quatre prisons distinctes : le pénal, la *casa di reclusione*, la *casa circondariale* et la prison pour femmes. Il s'agit de quatre structures différentes et chacune est dirigée par des directeurs différents. Elles obéissent toutes à des fonctionnements différents. Par exemple pendant longtemps le directeur de la *casa circondariale* nous disait "il n'entrera pas de méthadone dans la prison car c'est une drogue". Et tout a changé lorsqu'en 1995, un toxicomane sidéen en grave état de santé est arrivé ici. Il était presque aveugle. Il devait être mis sous abstinence et avec les médicaments pour cela l'auraient probablement tué. C'est alors que j'ai mis la méthadone dans ma poche et j'ai voulu rentrer pour pouvoir lui administrer. Je me suis opposé aux policiers de garde qui refusait strictement de laisser entrer le méthadone. Donc, j'ai appelé les carabiniers qui m'ont donné raison car ils disaient "la loi permet aux toxicomanes de recevoir la méthadone". Il y a eu un bordel fantastique. Le directeur est arrivé et nous a dit de phrase qui est restée célèbre :" vous devrez me passer sur le corps pour distribuer cette drogue". Et comme nous avons distribué finalement la méthadone, nous sommes passés sur son cadavre. Finalement, la personne s'est rétablie et a été envoyée en communauté. Je crois d'ailleurs qu'il est toujours vivant. C'était la première prise en charge à partir de méthadone qui a eu lieu ici. Cela a permis de faire changer les choses plus que les autres ont été de plus en plus faciles. Depuis quelque temps après, il y ait eu un changement des directeurs qui étaient beaucoup plus favorables équipes à même accordaient une section de 40 lits. L'espace que l'on t'attribue et fondamental en prison. Si on te donne une table, c'est déjà bien. Mais si on te donne un siège, c'est encore mieux.

[...]

S.L: Les toxicomanes sont répartis dans un secteur spécifique de 40 lits mais bien sûr il y en a beaucoup plus. Cette répartition est quand même très avantageuse pour nous puisqu'elle permet de ne pas perdre trop de temps dans la distribution des produits de substitution. Parce que pour tous les autres toxicomanes répartis dans les différents secteurs, il faut que l'infirmière se déplace pour distribuer la méthadone.

[...]

S.L: Pour l'instant dans tout retraitement, une thérapie psychologique est réalisée en même temps que le traitement de substitution. Mais nous allons peut-être changer notre protocole thérapeutique car nous avons remarqué que très souvent les toxicomanes étaient pas forcément aux mesures de suivre un traitement psychologique. Je pense que nous allons reporter le traitement psychologique à la fin du traitement de méthadone.

[...]

S.L: Le problème avec les mesures d'*affidamento in prova*, c'est l'absence de lien avec les magistrats. Parce que comme nous n'avons pas de lien direct, nous n'avons pas accès au casier judiciaire de la personne et nous ne pouvons pas connaître la situation antérieure du toxicomane.

[...]

S.L: L'*affidamento in prova* peut se faire aussi bien vers une communauté qu'un Sert mais le plus souvent elle se fait au bénéfice des communautés thérapeutiques et ceci

pour deux raisons. Tout d'abord, les Sert offre beaucoup moins de places disponibles pour ce genre de mesures. Les communautés thérapeutiques ont un intérêt beaucoup plus grand car elles sont rémunérées par tête. Cette rémunération n'est pas forcément très élevée mais leur permet de rentabiliser la communauté. Il y a d'ailleurs certaines communautés qui ne fonctionnent avec des détenus de Rebbibia. Les Sert ont pourtant le devoir d'assurer leur fonction de mission de service public et d'accueillir aussi bien des détenus, que les non détenus. La seconde raison, c'est que les juges préfèrent très souvent les communautés thérapeutiques où le contrôle du toxicomane est beaucoup plus sûr. Le contrôle est plus sûr dans une communauté où les toxicomanes vont tous les jours plutôt que dans un Sert où ils ne vont que deux fois par semaine.

[...]

S.L: Généralement on suit une procédure bien précise. Un toxicomane est tout d'abord mis sous traitement de substitution, le plus généralement sous méthadone, après quoi il est confié à une communauté thérapeutique dès la fin de son sevrage. Les détenus bénéficiant d'une mesure d'*affidamento in prova* et qui sont encore sous substitution ne représentent que 0,1 %. En principe la thérapie de substitution est administrée pendant deux mois au maximum dans la section spécifique pour toxicomanes. Et si le toxicomane refuse le traitement de substitution, ce qui reste exceptionnel, il est alors mis sous traitement pharmacologique.

[...]

S.L: Le dossier médical constitue un vrai problème car normalement il ne devrait y en avoir qu'un seul. En réalité il est toujours double, car il y a un dossier médical géré par la médecine pénitentiaire et un autre qu'il est par le Sert, il est parfois triple, si les psychologues ont eux aussi un dossier médical, voire quadruple si les assistants sociaux en ont aussi un exemplaire.

[...]

S.L: Oui, là aussi il y a une redondance entre les assistants sociaux rattachés au Sert et ceux qui dépendent de l'administration pénitentiaire. Mais étrangement ce sont deux services qui travaillent très bien ensemble et qui ont des rapports très étroits.

[...]

S.L: L'administration pénitentiaire gère un calendrier clinique, c'est un récapitulatif de tous les examens passés par le détenu depuis son incarcération. C'est un document qui le suit en cas de transfert d'un établissement à un autre. Mais nous avons beaucoup de difficultés pour y accéder car l'administration pénitentiaire refuse souvent au prétexte que nous avons nous aussi un dossier médical.

F.E: Et l'administration pénitentiaire a accès à ce dossier?

S.L: Oui mais ça n'a jamais entraîné de très gros problème de confidentialité.

F.E: Et même vis-à-vis du sida?

S.L: Il y a eu quelques problèmes effectivement car ce dossier leur sert à classer par exemple le nombre de séropositifs et de toxicomanes connus. Car dans chaque dossier, ils mettent un signe positif [l'interviewé dessine un "+"] sur le dossier médical pour les

séropositifs et ils notent également les toxicomanes [l'interviewé dessine un "TD", *tossicodipendente*]. Mais j'ai répété plusieurs fois au personnel que ça ne sert à rien car on ne peut pas savoir avec précision qui a le sida et qui ne l'a pas. Quelqu'un peut très bien être sidéen et ne pas le savoir. Comme le test n'est pas obligatoire... En fait, le personnel devrait se comporter comme si chaque personne était séropositive ou toxicomane et adopter ainsi des mesures de prévention nécessaires, comme par exemple l'usage des gants, envers tout le monde.

[...]

S.L: Le test de dépistage du VIH est effectué par les médecins de l'administration pénitentiaire directement à l'arrivée du détenu. Mais bien sûr, il reste volontaire et n'est pas obligatoire. La moyenne nationale de dépistage est de 25 % mais ce chiffre est très variable d'une prison à une autre puisque par exemple je connais une prison située vers Turin où le taux est de 100 % tandis q'il y a d'autres instituts où ce taux approche 0 %. Il est de 18 % à Rebbibia, principalement je crois parce que certains médecins sont encore réticents à le proposer. Le traitement est effectué par des spécialistes hospitaliers des maladies infectieuses, il y en a sept ou huit qui interviennent ici. Le principal problème c'est qu'il n'y a pas assez d'argent pour l'achat des médicaments ce qui entraîne souvent des interruptions de traitement. Et le problème c'est que lorsqu'un détenu arrive en prison avec son traitement, ses médicaments sont considérés comme des stupéfiants et lui sont donc retirés. Pour qu'un nouveau traitement lui soit administré, il est nécessaire d'effectuer un test pour certifier sa séropositivité. Tout cela prend bien sûr du temps et ne permet pas de continuer le traitement. On a marqué que dans sept cas sur dix on vérifie une interruption de traitement qui a une durée variable entre une et vingt heures.

Second entretien le 11/06/2003, 50 min.

S.L: Le problème c'est que les régions auraient dû réagir également. Leur intervention participe beaucoup à la réussite de cette loi. Mais comme elles ont vu que le ministère de la justice ne faisait rien, elles se sont dites que si le ministère ne fait rien, cela signifie que cette loi est mal faite et donc les régions n'ont pas suivi, elles n'ont pas mis les moyens nécessaires.

S.L: J'étais à l'initiative de la création de l'association Co.N.O.S.C.I.(Coordinamento Nazionale Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane),. Nous l'avons créé en 1995 à partir de l'expérience que nous avons eue ici à Rebbibia où nous avons tenté de développer un nouveau modèle d'intervention originale. Nous avons donc organisé des congrès afin de montrer qu'il était nécessaire de changer les règles du jeu. Nous avons organisé un grand congrès dans Rebbibia en 1999 auquel ont participé trois ministères. Il y avait le ministère de la santé, le ministère des affaires sociales et le ministère de. Il n'y avait qu'un seul absent et c'était le ministère de la justice. Et c'est quelque chose qu'ils ont assez mal vécu car nous avons fait un congrès en prison, et donc chez eux, en leur absence. Ils se sont beaucoup énervés.

S.L: J'ai créé cette association car le problème c'était qu'en tant qu'employé de l'administration, je ne pouvais pas m'opposer et m'exprimer comme je le voulais. Mais grâce à cette association, oui.

S.L: J'ai participé à la constitution de cette loi de la réforme de la médecine

pénitentiaire car j'ai été consultant dans la commission santé du parlement qui a élaboré cette loi. Nous étions un tout petit groupe de quelques personnes qui ont travaillé entre 1997 et 1998. Le problème, c'est que le ministère ne voulait pas élaborer une loi en tant que tel et nous l'avons donc fait passer à travers une autre loi. La réforme de la médecine pénitentiaire fut contenue dans les vingt lignes de l'article 5 de la loi 419 L 98. Le titre de cet article est d'ailleurs "Réorganisation de la médecine pénitentiaire". Rien que pour trouver ce titre, il nous a fallu trois réunions qui étaient massacrantes car le choix de cette parole de "réorganisation" a été très controversée. Par exemple le fait d'utiliser la parole "réforme" pouvait signifier que cela allait nécessiter de l'argent. Le choix de la parole création signifiait que nous allions abroger l'ancien. Et la parole "Réorganisation "signifiait qu'il y avait un désordre et donc que les choses allaient mal et qu'elles nécessitaient s'être améliorées, ce que personne ne voulait admettre. Au final, c'est cette parole que nous avons choisie car ce fut la moins terrible.

S.L: Le problème, c'est que les personnes qui sont en charge de ce dossier au ministère de la justice se réduisent à quelques personnes. Au sein du ministère de la justice, il y a le département de l'administration pénitentiaire et au sein de celui-ci le bureau nº 4 qui s'occupent des" traitements" et au sein de ce bureau tu as un bureau minuscule, qui je crois est le numéro 910, qui s'occupe de la médecine pénitentiaire. La médecine pénitentiaire en Italie c'était auparavant trois personnes qui géraient à elles seules un budget de 220 milliards de Lire par année. Elles géraient cet argent sans aucun contrôle. Et les factures présentées à ce bureau ont toujours été payées sans être vérifiées. Ils ne regardaient que les chiffres finaux et oubliaient d'examiner le décompte, à savoir ligne par ligne. Par exemple un psychiatre peut facturer encore aujourd'hui un chiffre énorme pour dire qu'il a fait des visites. Un psychiatre dit par exemple qu'il a fait vingt visites dans une matinée mais elles sont assez expéditives. Ils rencontrent toutes les personnes dans le couloir par exemple et demande à chaque personne comment elle va. En fait, personne ne vérifie. Il y a encore par exemple une personne à Rebbibia qui gagne encore aujourd'hui un milliard de lires [330.000 francs] par année. Pour les personnes qui dépendaient de l'administration pénitentiaire, venir travailler en prison était une énorme opportunité car elles pouvaient faire ce qu'elles voulaient. Toutes les facturations étaient illégales.

F.E: Mais quels étaient les avantages de l'administration pénitentiaire de laisser-faire de telles choses?

S.L: L'utilité? Très bonne question. Parce que quand tu achètes l'opérateur et que cet opérateur a été acheté, tu le contrôles et il écrit ou dit ce que tu veux. Par exemple si tu veux qu'une personne soit malade tu lui dit d'écrire qu'elle est malade. Cela crée un lien de dépendance entre l'administration et le personnel.

S.L: C'était pareil par exemple pour les analyses de sang. On prélevait vingt échantillons, on faisait cinq analyses et on facturait les vingt échantillons. Il y a eu des enquêtes qui ont été faites et qui ont révélé des scandales énormes.

S.L: Et le problème de la loi de 1999, c'est qu'elle était complètement remaniée par le ministère de la justice. Il y a une réunion le 16 juin, alors même que les grandes lignes du projet de loi avaient déjà été rédigées, durant laquelle je n'étais pas là car j'étais en

déplacement. Ils ont profité de mon absence pour modifier l'intégralité du texte de la loi. Ils ont réussi à rendre un texte qui était clair en un document incompréhensible.

F.E : Mais comment expliquer par exemple que tu as été choisi pour la commission d'évaluation de cette loi?

S.L: Parce qu'ils sont très intelligents. Ils savent très bien qu'il y a un problème et ils veulent des signatures mais ils les censurent. Par exemple la région Lazio m'a demandé élaborer le programme du transfert prévu par la loi de 1999. Je l'ai rédigé et je l'ai envoyé mais on me l'a renvoyé entièrement modifié. Donc au final je n'ai pas écrit le programme mais ma signature est restée en bas. Et à cette occasion, je me suis fait de nombreux ennemis.

S.L: L'article 5 de la loi prévoyait le décret 238 mais il en prévoyait également six autres pour assurer le transfert du personnel ou des locaux.

F.E : Je voulais savoir quelle était ton opinion au sujet de cette section pour toxicomanes qui avaient été ouverte au G11?

S.L: Nous n'avons jamais participé à ce projet. Je pense que c'était une chose stupide car ce n'est pas parce que tu as un espace à ta disposition et que tu dis que cette section est particulière, alors même qu'elle est comme toutes les autres et que le personnel est le même et que les activités sont les mêmes, qu'elle le devient. Quel était la différence? Ce n'est pas parce que tu fais un cours de céramique que ta section devient spécifique pour les toxicomanes. Cela ne change rien dans le traitement médical car il n'y avait pas de modification. Nous n'avons jamais voulu reconnaître que cette section était particulière. Et d'ailleurs quand le nouveau directeur de la prison est arrivé, il s'en est rendu compte et il a fermé immédiatement cette section.

F.E : Combien de personnes sont actuellement en traitement ici?

S.L: Alors actuellement, nous accueillons 88 personnes. Les cellules sont très spécifiques puisqu'elles ont une dimension de 30 mètres carrés, ce sont en fait des petits appartements dans lesquels vivent deux ou trois détenus. Nous avons une capacité de 100 places mais nous manquons de personnel et n'étant pas assez nombreux, nous préférons ne pas surcharger le service.

Entretien n°19 : Ludovico Parisi, médecin de garde auprès de l'institut de Rome-Rebbibia, 03/06/2003, 1h10.

L.P : Les fonctions de médecin *incaricato* et de médecin de garde ont été définies dans le texte T.340 de 1970 qui reste aujourd'hui pratiquement inchangé mis à part certains aspects médicaux légaux notamment vis-à-vis des certificats ou encore par rapport aux conditions de rétribution ou de vacances. Le rôle d'un médecin de garde est variable en fonction de la présence ou non du médecin *incaricato*. Le texte de 1970 définit un nombre de 350 postes de médecin *incaricato* au niveau national, chiffre qui est resté inchangé. Il peut par exemple avoir certains instituts où il n'y a pas de médecin *incaricato* mais seulement des médecins de garde car il n'y a pas de postes disponibles. La principale différence entre les deux, mis à part dans le mode de recrutement, vient du fait que le

médecin *incaricato* assume certaines fonctions administratives. On retrouve la même distinction entre les infirmières *a parcella* et les infirmières *di ruolo*.

[...]

L.P : Il y a dix médecins *incaricato* à Regina Coeli et six au Nuovo complesso. En revanche, il n'y a pas la possibilité d'un transfert d'un institut de peine à un autre car les médecins ne sont pas des fonctionnaires qui dépendent d'un ministère mais ils sont rattachés à l'établissement pénitentiaire par une convention. Ils se situent donc dans un statut hybride entre le médecin conventionné et le fonctionnaire. Ils sont d'ailleurs liés à l'institut puisque si celui-ci ferme, ils perdent leur poste.

[...]

L.P : Les médecins *incaricato* sont recrutés sur la base d'un concours organisé régulièrement. Le dernier était en 1999. Pour pouvoir passer ce concours, les médecins ont besoin d'un score (*punteggio*) suffisamment élevé. Ils sont alors embauchés à temps indéterminés. En revanche les médecins de garde signent une convention de deux ans avec l'établissement pénitentiaire.

[...]

L.P : L'un des problèmes c'est que la loi de 1999 n'a pas abolit celle de 1970 mais qu'il y a une superposition entre les deux. Nous sommes donc dans une phase de transition qui dure depuis quatre ans puisque les décrets d'application n'ont pas encore été pris. La loi de 1990 avait déjà instauré une équipe soignante ayant pour rôle de prend charge la toxicomanie en milieu carcéral et celle-ci est censée passer avec la loi de 1999 sous la responsabilité du Sert. Le problème c'est qu'actuellement ce personnel travaille au sein du Sert de façon fonctionnelle mais reste sous contrat avec l'institut pénitentiaire.

[...]

L.P : Je suis membre du syndicat AMAPI depuis un an. La position officielle de l'AMAPI est hostile à la réforme de 1999. Leur principal argument est de dire que la médecine pénitentiaire ne doit pas être mise au service de l'administration pénitentiaire, ni au service du système sanitaire national mais qu'elle doit rester indépendante.

[...]

L.P : Le principal avantage de la fonction de médecin pénitentiaire, c'est qu'il n'y a pas d'incompatibilité dans le statut. Un médecin *incaricato* peut très bien faire en plus de son travail pénitentiaire, le médecin de famille. Cette possibilité est très importante et elle constitue une ressource cruciale dans le travail de médecin pénitentiaire. Car du fait qu'il travaille en prison, le médecin perd sa qualité et sa réputation peut être entachée. Donc, la possibilité de cumuler d'autres activités à l'extérieur permet de revaloriser son travail. Souvent d'ailleurs le travail en milieu pénitentiaire est considéré comme un troisième, voir un quatrième travail. C'est sûr qu'avec ces avantages, les médecins pénitentiaires *incaricato* n'ont pas d'intérêt au transfert au système sanitaire national. En revanche d'autres infirmiers et médecins qui sont plus précaires souhaitent ce passage pour être titularisés. Moi par exemple, j'ai raté le concours pour passer le médecin *incaricato* en 1999 et j'espère qu'avec le transfert du personnel au système sanitaire national, mon poste sera titularisé, ce qui veut impliquer un travail à temps indéterminé.

[...]

L.P : Un des arguments qu'utilisent les médecins *incaricato* est de dire qu'actuellement la qualité des soins en milieu carcéral est très bonne et que si un détenu a besoin de passer un examen, les délais d'attentes sont très courts. En revanche, si la médecine pénitentiaire tombe sous la dépendance de l'ASL, c'est-à-dire du système sanitaire national, alors elle risque de devenir une médecine de moindre importance. Toutes les demandes de consultation risquent de passer à la trappe et les délais d'attentes d'augmenter.

[...]

L.P : Les fonds accordés par le ministère de la justice pour la médecine pénitentiaire ont chuté depuis quelques années. Il y a eu une grosse coupe budgétaire en 1998.

[...]

L.P : Regina Coeli est largement privilégiée dans les soins par rapport à Rebbibia. Ils disposent par exemple d'un Centre clinique qui dispose d'un matériel très performant et très récent. Ce choix s'explique en partie parce que Regina Coeli a une position beaucoup plus centrale que Rebbibia qui reste excentré. Par exemple vis-à-vis du palais de justice... Quand un magistrat doit voir un détenu qui est incarcéré à Rebbibia, très souvent, plutôt que de se rendre à Rebbibia, il le fait transférer à Regina Coeli qui se trouve à deux pas du palais de justice. Mais de toute façon, la salle d'opération de Regina Coeli tourne au ridicule quand on voit quel est l'usage qu'ils en font. Le plus souvent ce sont des pansements...

[...]

L.P : De toute façon, en prison le médecin n'est qu'un consultant du directeur de l'institut pénitentiaire. Le médecin ne peut rien exiger mais il peut seulement formuler des demandes qui seront jugées ensuite par la direction selon les critères de sécurité. Par exemple, le médecin est tenu de participer au conseil de discipline. Dans notre avis nous devons écrire "le détenu devrait être isolé" mais nous pouvons pas écrire "il doit être isolé".

[...]

L.P : Le problème c'est que nous devons souvent passer par de nombreuses tractations avec les gardiens et ceci de façon quotidienne. Par exemple pour les escortes, il est nécessaire de négocier. Récemment, j'ai eu un problème à Regina Coeli avec un commandant de la police pénitentiaire qui s'opposait à l'extraction. Il n'était pas du tout convaincu que l'extraction soit nécessaire et il me demandait "mais êtes-vous sûrs que cela est nécessaire ?". Il peut arriver parfois que certains surveillants créent vraiment des problèmes à des médecins. J'avais un collègue par exemple qui a été renvoyé à partir des critiques qu'avait formulé un surveillant.

[...]

L.P : Le problème de la médecine pénitentiaire, c'est que personne ne t'aide. Personne ne t'apprend le métier et tu dois prendre des risques. La loi prévoit des cours de remise à niveau mais en fait très peu sont organisés.

[...]

L.P : Avant le fait de faire le médecin *incaricato* en milieu pénitentiaire apportait des points pour faire le médecin de famille. Mais cette disposition a été supprimée en 1996. Il y a un manque de reconnaissance qui est total. Cette reconnaissance est d'ailleurs l'une des batailles que mène le syndicat de la médecine pénitentiaire, l'AMAPI. Mais le problème c'est que le syndicat de la médecine générale, le FIMMIG, dispose d'un grand pouvoir politique et est très hostile à la médecine pénitentiaire.

[...]

L.P : Les médecins *incaricato* passent l'essentiel de leur temps de travail dans la bureaucratie. Ils sont très dépendants des magistrats qui leur demandent de nombreux certificats ce qu'il ne signifie pas pour autant qu'ils aient des relations directes. En fait, ils n'ont jamais de relations à part si le médecin est appelé au tribunal... Ce qui dans ce cas n'est jamais très positif. Les autorités font très souvent appel aux médecins *incaricato* car il n'y a qu'eux qui peuvent certifier un laissez-passer qui est pratiquement toujours nécessaire en prison.

Entretien n° 20 : Ignazio Marconi, responsable de l'Agence pour les toxicomanies de Rome, 2h20, 04/06/2003.

I.M: Les communautés thérapeutiques ont environ 30 % de leurs places... Ce n'est pas un fait établi de manière sûr mais près d'un tiers des places sont occupées par des toxicomanes qui bénéficient de mesures alternatives: *affidamento in prova*, *arresti domiciliari*, suspension de peine. Il existe toute une série de mesures pour un toxicomane pour bénéficier de peine alternative. C'est toujours le magistrat qui décide mais à des moments différents selon qu'il y ait une condamnation définitive ou s'il se situe en attente de jugement, il peut alors bénéficier des *arresti domiciliari* qui peuvent se faire auprès d'une communauté. À l'inverse, la suspension de peine ne peut avoir lieu que quand la peine est définitive et le juge reconnaît que pour des raisons de soin ou de santé la personne peut suspendre sa peine et l'envoyer alors en communauté pour voir son comportement, sinon il interrompt son programme de suspension et le renvoi en prison.

[...]

I.M: Les communautés qui acceptent les détenus sont nombreuses mais on peut dire qu'il y a un double problème car d'une part il y a un problème de motivation car un toxicomane en prison qui décide d'aller en communauté a très souvent une motivation plus forte de partir de prison plutôt qu'une motivation d'interrompre sa toxicomanie. C'est un problème important et fréquent car il arrive que la personne n'arrive pas à suivre les programmes thérapeutiques car sa motivation n'était pas assez ciblée sur le soin mais dans le but d'arriver dans un lieu moins dur que la prison et moins contraignant. Le premier problème se rapporte beaucoup sur le fonctionnement de la communauté car le comportement peu collaborateur, au moins dans les premiers mois, peu intéressé aux soins peut-être communiqué aux autres éléments de la communauté qui peuvent être des personnes très motivées par le soin car ils ont des filtres de motivation, de thérapie avant de venir.

[...]

I.M: Le comportement de quelques-uns qui viennent un peu de façon opportuniste peut-être communiqué de manière négative à ceux qui viennent du milieu libre pour se désintoxiquer et cela peut générer des problèmes : fuites, le fait de porter des substances stupéfiantes dans la communauté, des vols [...] Les opérateurs sont conscients de cet opportunisme et décident de ne pas dépasser le seuil de 30 % des usagers car sinon on pourrait faire des communautés thérapeutiques seulement pour détenus. Mais pour cette raison, il faut qu'ils soient une minorité. Et peu à peu, ils sont inclus dans le groupe qui a une motivation plus forte dans l'arrêt de la consommation. Ce n'est pas une règle stricte mais une règle pratiquée.

[...]

I.M: San Patrignano est une communauté qui a d'autres règles et beaucoup de détenus sont envoyés par le juge là-bas mais c'est une structure où il y a une forte charge autoritaire et un modèle de contention qui a dépassé les limites de la légalité. Le créateur de cette communauté a aussi utilisé les moyens physiques contre la fuite ou l'abandon d'une des personnes [...] Ils se considéraient comme légitimes à utiliser des moyens coercitifs de façon illégale ce qui a conduit à divers procès [...] San Patrignano peut cependant bénéficier de certaines mesures du juge notamment parce que c'est une communauté qui accorde des garanties de retenue assez fortes.

[...]

I.M: Les prisons romaines ont des Sert internes comme celui de Rebbibia qui même s'il manque de personnel a été un grand pas en avant pour les détenus toxicomanes. Tu dois être conscient que près d'un tiers des détenus sont toxicomanes et que deux tiers sont incarcérés pour drogue. Donc une seule loi italienne gère deux tiers des détenus, la loi sur les stupéfiants de 1990 qui est similaire à celle précédente de 1985.

[...]

I.M: La loi Gozzini votée dans les années 70 est une loi très innovante qui concerne la détention c'est-à-dire l'organisation interne ou les possibilités de remise de peine. Elle lie le comportement du détenu à la possibilité d'avoir à une remise de peine. Depuis qu'il y a cette loi, il n’y a plus eu de révolte dans les prisons italiennes comme cela avait lieu durant les années 70. Cette loi a désamorcé la bombe prison. Ils ont aussi à cette époque construit de nouvelle prison.

[...]

I.M: La consommation de drogues en Italie n'est pas un délit pénal mais elle fait l'objet de mesures administratives et donc seul le trafic et le vol est réprimé.

[...]

I.M: C'est évident que les mesures de prise en charge des toxicomanes par les communautés thérapeutiques sont très avantageuses pour le ministère de la justice puisqu'un toxicomane incarcéré coûte en moyenne 120 EUR tandis qu' un toxicomane confié à une communauté ne leur coûte que 40 EUR.

[...]

I.M: Le juge analyse certains paramètres, il décide par exemple si la personne est à son premier délit ou s'il s'agit d'une récidive, si c'est la première fois qu'elle vole et que la personne est toxicomane alors le juge le renvoi immédiatement en liberté et cherche de le confier à une structure thérapeutique afin de l'obliger à traiter sa toxicomanie auprès d’un Sert. Quand le magistrat décide qu'il s'agit de quelqu'un qui ne peut pas aller en prison car la personne se situe dans une situation familiale fragile ou parce qu'elle n'a pas de référence sociale alors le juge choisi d'adopter une protection complète de la personne par une tentative d'initiative de soin, il peut par exemple décider de choisir l'*affidamanto* auprès d'une communauté. Son choix est guidé selon trois critères : la territorialité car il cherche à ne pas déplacer la personne ou dans d'autres car ça peut être utile au contraire de déplacer la personne pour la maintenir loin de son milieu criminogène [...] Le second critère est celui des possibilités c'est-à-dire où il y a de la place et enfin il décide selon les qualités de la communauté par rapport à la personnalité du toxicomane.

[...]

I.M: Il y a au moins quatre modèles de communauté : un modèle de type autoritaire comme San Patrignano, un modèle très fréquent qui trouve une motivation humanitaire de type religieuse comme le Ceis, le Centro di solidarietà italiano qui dispose d’un réseau ou encore la communauté Incontro qui a des règles de fonctionnement un peu plus rigides. Puis il y a les communautés publiques où il y a une forte professionnalisation et où transparaissent des exigences de service public. Ils assurent une autre qualification du personnel. Il y a un dernier type comme Villa Maraini qui se fonde sur une base laïque de type humanitaire avec une forte élasticité de leurs principes et une forte compréhension de la réalité. Trois de ses communautés, mis à part à celles publiques, ont une caractéristique qui vient du passé du fait qu’elles se sont formées sans l'aide de l’Etat et ont donc une forte concentration autour d'un leader. Elles sont donc à toutes plus ou moins charismatiques.

[...]

I.M: Le juge peut choisir de façon urgente de l'envoyer dans une communauté mais pour tous les cas où le juge n'exprime pas un choix lors de l'arrestation et qu’il envoie le toxicomane en prison alors un mécanisme s'enclenche qui est fait de deux composantes. La première composante est celle des Sert et du système de la médecine pénitentiaire qui prend en charge le toxicomane notamment par un entretien psychologique qui a lieu à son arrivée.

[...]

I.M: Des groupes extérieurs comme les communautés thérapeutiques peuvent intervenir en prison pour mener des programmes de réhabilitation. Ils entrent en contact avec les détenus ou alors les détenus écrivent directement à l'association à laquelle ils se fient. Ils réalisent un entretien et initient un programme.

[...]

I.M: Les prisons restent très défavorables à l'usage de la méthadone. Sur le papier, le règlement établi que le détenu peut avoir droit aux soins et également au traitement de substitution, et ceci dès la loi de 1990 qui affirme qu'un toxicomane a droit aux soins de

substitution quel que soit son lieu de résidence, même en prison. Mais concrètement il y a peu de prison où il y a des Sert internes et où les Sert peuvent porter la méthadone et il y a donc encore beaucoup de détenus qui n'ont pas le droit, l'accès à la substitution et donc à une continuité du soin entre l'extérieur et intérieur.

[...]

I.M: Il y a eu un grand pas en avant qui a été fait à Rome car il n'y avait avant que Rebbibia qui pouvait avoir recours à la méthadone. En revanche maintenant il y a aussi Regina Coeli, depuis deux ans. En revanche dans le Lazio, Civitavecchia, Orieto ou des instituts de peine ayant des Sert assez éloignés n'ont pas toujours cette possibilité.

[...]

I.M: Une prison comme Rebbibia distribue le plus souvent la méthadone *a scalare* car il y a cette règle qui est selon moi en partie une règle juste et en partie une règle juste. Dans le sens où par exemple on a vu fréquemment des overdoses chez les personnes qui sortent de prison parce qu'elles n'ont pas une volonté d'éloignement de l'héroïne. Elles ont été mises sous traitement et souvent lorsqu'elles sortent de prison, elles vont se piquer dans les jours suivants et le dosage, qui est souvent celui qu'elles utilisaient avant de rentrer en prison est devenu nocif pour eux. Maintenant par exemple, il y a des interventions où on accompagne la sortie du détenu avec une dose de méthadone et un suivi psychologique et social de ce passage difficile de la prison au milieu libre qui est souvent dramatique car les détenus se retrouvent souvent avec des relations familiales détériorées et ont en général une vie plus difficile. Et ceux qui sortent de prison risquent plus facilement une overdose.

F.E : Et quelles sont les actions concernant l'accompagnement social du détenu?

I.M: C'est justement une chose dont nous nous occupons actuellement. Car la ville de Rome a élaboré un *Piano regolatore sociale* sur les toxicomanies avec le maire Veltroni et l'*assessore* Milano en 2002 afin de rassembler les offres sociales à savoir l'assistance sanitaire, le logement, le travaille et le temps libre afin qu'elles puissent être offertes de manière utile aux personne toxicomane et dont sont privées le plus souvent les personnes les plus marginales. Les temps sont encore trop longs pour avoir un logement et nous cherchons à accompagner ces personnes.

F.E : Le détenu incarcéré peut recevoir un traitement de substitution avec méthadone sans qu'il soit accompagné d'un suivi psychologique ?

I.M: Non, généralement non car il y a des entretiens qui sont réalisés avec des psychologues pour des raisons de sécurité. Il y a donc fréquemment des interventions psychologiques.

[...]

I.M: Les pratiques de réduction des risques sont interdites en prison. L'analyse des poudres est interdite car les drogues sont interdites. C'est un paradoxe car elles entrent mais théoriquement il ne devrait pas y avoir de cocaïne ou d'héroïne et donc l'analyse des poudres est un contresens en prison. N'ayant pas cela, il n'y a pas non plus de distribution de seringues et pourtant nous savons que les seringues coûtent cher en prison et quelles sont utilisées le plus souvent par différentes personnes. Parfois même au lieu de

seringues on utilise des stylos bics. Donc on sait que les drogues ont des conséquences majeures en prison. Il n'y a pas non plus d'information sur les pratiques à risque ou celles qui sont plus sûres car on doit pas se droguer en prison. Il n'y a pas non plus de distribution de préservatifs car il ne doit pas y avoir de rapports sexuels. L'idée même d'un rapport sexuel est interdite et donc il n'y a pas de normes de sécurité.

[...]

I.M: L'*affidamento* ne peut pas être réalisé au bénéfice des Sert car il est constitué d'une activité ambulatoire il n'est pas un lieu où les toxicomanes peuvent être suivis. L'*affidamento* ne peut pas se faire là-bas car on ne peut qu'y suivre des soins. Il y a cependant certains Sert qui ont commencé à collaborer avec le domaine du privé social c'est-à-dire les organismes non lucratifs et ils ont ouvert des centres de façon commune. Dans la région Lazio, il y a un service conjoint entre un Sert et une communauté. Tu as l'ambulatoire, c'est le Sert, au rez-de-chaussée et au-dessus tu as un service résidentiel. C'est un système intégré de services et je pense que c'est une très bonne chose. Si tous les Sert pouvaient disposer d'un tel système c'est-à-dire avec une forme de collectivité qui vit ensemble cela serait une bonne chose.

[...]

I.M: Villa Maraini est également une communauté assez spécifique dans le sens où une partie du personnel est rattachée au Sert et une partie fonctionne en tant que communauté. C'était une situation pilote en Italie car ils sont les premiers à avoir adopté cette intégration. Même si ça ne va pas très bien, c'est une première intégration entre le public et le privé qui utilise des produits de substitution.

[...]

I.M: Sur cette question de la méthadone, il y a eu une grande évolution avec des directions contraires. Il pouvait être utilisé dans les années 70 par n'importe quel médecin de même que la morphine qui était un produit de substitution. La méthadone a été élargie à d'autres utilisateurs : médecins généraux, de fiducia, spécialistes. Puis son utilisation a été réduite à ceux qui travaillaient dans les Sert. Puis il y a eu des luttes politiques transversales avec des adversaires de la méthadone aussi bien à droite qu'à gauche [...] Pour ce motif et pour certaines normes dont certaines contraires à l'usage méthadone, il y a eu une loi très sévère qui imposait l'obligation aux médecins de famille de dénoncer auprès des autorités sanitaires le toxicomane et qui imposait des conditions restrictives à la distribution de la méthadone qui ne pouvait être faite qu'au sein des Sert. Puis il y a eu un référendum populaire qui a renversé cette loi et nous sommes depuis dans une phase d'ouverture du centre-gauche qui cherche à ouvrir la question. Maintenant la droite est en train de préparer une nouvelle loi très contraire à cette vision des choses, notamment à la réduction des risques et de la méthadone.

[...]

I.M: La fondation Villa Maraini, malgré ses défauts, a été le premier cas expérimental qui a été reconnu par la loi car il y a certain types d'intégrations sociaux sanitaires qui prévoient une intégration entre le public et le privé. Cette intégration était très difficile car le public a cherché à plusieurs reprises à retirer son personnel. Il y eu là aussi un

phénomène fait d'avants et d'arrières qui a duré de nombreuses années et depuis la nouvelle normative ce type d'intégration a été privilégié. On peut dire en quelque sorte qu'ils ont joué un rôle de pionnier.

[...]

I.M: L'*Agenzia* sert un peu à mettre en application cette réforme du principe de subsidiarité car depuis la nouvelle normative, le public n'est pas obligatoirement celui qui exerce la gestion. On peut désormais certifier un service auprès d'un service hospitalier mais aussi auprès de structures privées si celles-ci répondent aux critères de qualité, d'efficacité et d'économie. Notre rôle est donc de constituer un registre des fournisseurs et pour être fournisseur et il faut être autorisé par notre *Agenzia*. C'est le passage de l'accréditation et je cherche à vérifier et accréditer les différentes structures. Au cours de ce processus les structures privées publiques sont mises en concurrence.

[...]

//Sert : I.M: Nous cherchons à faciliter leur rencontre avec les autres structures du territoire. Nous servons de coordination au réseau et nous cherchons à gouverner le réseau. Le *Piano regolatore sociale* a la même fonction de coordination des actions. Mais c'est un projet. Car il existait déjà auparavant des actions mais elles se déroulaient de façon non coordonnée. Il y a d'énormes difficultés à faire dialoguer un organisme public avec un organisme privé et vice versa. Très souvent nous avons les moyens disponibles mais nous nous perdons dans une marée de bureaucratie.

[...]

I.M: La différence entre Rebbibia et Regina Coeli: Regina Coeli est une très vieille prison pour laquelle il y a d'ailleurs un projet de construction et à l'intérieur de cette prison le rôle de la médecine est très différent car les détenus ont un séjour d'environ trois mois. Rebbibia est très différente. La *quarta casa circondariale* devait être une pré-communauté pour toxicomanes mais elle ne fonctionne pas ainsi pour diverses raisons. Déjà pour des raisons de personnel car elle fonctionne selon le principe d'une garde atténuée ce qui signifie que les détenus sont presque en permanence en dehors des cellules, ils ont un terrain de foot et bénéficient de davantage de liberté et cela nécessite davantage de personnel et donc il y a un manque de personnel. De plus, il y a une raison qui peut être anecdotique mais qui a ouvert une grande polémique car il y a eu une évasion de 3 détenus, il y a trois ou quatre ans. Et cette évasion a bien sûr fortement ébranlé le principe de la *quarta casa* qui repose sur la confiance accordée aux détenus

[...]

I.M: Les Sert de Rebbibia et de Regina Coeli sont rattachés à des services différents car dans la zone de Rebbibia, la santé est déléguée à la RmB qui est différente de celle de Regina Coeli qui est la RmA. Cette distinction a ouvert la possibilité d'une organisation professionnelle différente entre les deux unités car la RmA a fait le choix de constituer le Sert de Regina Coeli comme une sous unité qui est donc rattachée au Sert situé en milieu libre. Tandis que lorsqu'on a construit la prison de Rebbibia qui s'est située à l'extérieur de Rome on a du construire une structure interne car il n'y avait pas de structures sanitaires suffisamment proches mais aussi parce que les détenus y sont au moins trois fois plus

nombreux. Donc les deux ASL ont pu grâce à leur autonomie se comporter de façons différentes. D'une part, c'est une chose positive. Mais d'autres part, ça ne permet pas de garantir à certaines occasions une homogénéité de traitement. Car par exemple il y a une loi qui règle le personnel au sein des Sert (L.444) et qui établit certaines dispositions qui ne sont pas obligatoires mais à la discrétion de la direction. Par exemple si les usagers du Sert sont plus jeunes alors le personnel peut-être composé différemment. De même si la prison est constituée de tels usagers alors le Sert peut voir sa composition de personnel modifié. Mais le caractère discrétionnaire de la loi fait que les choses vont à des vitesses différentes sur des structures similaires. Cela provoque bien sûr des problèmes d'homogénéité.

F.E : Et quelle est la collaboration entre les différents Sert?

I.M: Eh bien. Le problème est le suivant… C'est d'ailleurs justement le problème que notre agence est en train de traiter. Un détenu qui est transféré de Regina Coeli à Rebbibia comme cela arrive fréquemment ne porte avec lui son dossier médical. Parce qu'il s'agit de deux personnels différents. Le personnel du ministère de la justice qui contrôle les psychologues et la santé pénitentiaire. En revanche le Sert dépend de la santé régionale. Cela entraîne bien sûr une difficulté car la loi qui n'a pas été adaptée à ces changements prévoient que les détenus portent avec eux leur dossier médical.

[...]

I.M: Il y a une coordination entre les Sert qui existe mais ce sont des coordinations de type syndical ou scientifique. Ce ne sont pas des institutions à proprement parler. À Rome, il y a par exemple ce *FedeSert* ou *FedeSerd* car il y a eu une division. Cette fédération des Sert et quelque chose de culturel. Il y a aussi des organisations scientifiques comme la société italienne de toxicomanie et leur principale fonction est aider les opérateurs à avoir des échanges dans leur travail.

[...]

I.M: Le problème c'est que les institutions du système sanitaire national sont des structures qui sont conservatrices et n'importent quel petit déplacement entraîne des contraintes au niveau de la sécurité. Ce sont des structures conservatrices qui ne veulent pas avoir d'innovation. Jusqu'à peu de temps... Les malades du sida qui sont à Rebbibia se situent dans une section particulière où ils bénéficient de mesures d'atténuation. Il y avait une convention avec un hôpital extérieur, Le Spallanzani, où les personnes allaient faire leur visite. Les personnes qui allaient là-bas devaient disposer d'une escorte et donc d'un certain nombre de gardes mais il n'était parfois pas possible de mobiliser les gardes et le malade voyait sa visite annulée. Nous sommes réussis à faire le contraire c'est-à-dire que les gens de l'hôpital aillent en prison [...] Les infectiologues refusaient d'y aller. Surtout parce qu'ils n'étaient pas assez payé pour leurs déplacements. C'était banalement un problème de fond qui était donc facilement soluble... Par quelques dizaines d'euros. Mais cela empêchait beaucoup de malades d'effectuer leurs visites et d'être soignés convenablement.

[...]

I.M: L'autorité sanitaire la plus importante dans une ville est le maire. Il est entouré de

cinq délégués à la santé c'est-à-dire un pour chacun ASL qui réalise l'interface entre l'autorité sanitaire et politique. Notre agence est une institution autonome et notre principal référent est l'*assessore* Milano. La distinction entre notre agence et le bureau toxicomanie de la ville de Rome qui existait auparavant est que nous disposons de fonds propres et de prérogatives spécifiques. Le problème c'est que nous n'avons pas d'équivalent au niveau régional. Il existe un bureau des toxicomanies régionales qui est fortement politisé. C'est une personne de centre-droit, un psychiatre, qui semble très peu présent. Cela fait deux ans que nous n'avons plus de liens.

[...]

I.M: Les Sert entrent en prison depuis six ou sept ans. La loi de 1975 prévoyait qu'il y aurait des structures de soin de la toxicomanie et sur tout le territoire national. La loi n'excluait pas la prison mais elle ne prévoyait pas non plus de mesures spécifiques. Le fait que les prisons soient des structures spécifiques, qu'elles dépendent d'un autre ministère, qu'elles ont des caractéristiques particulières au niveau de la sécurité, a fait qu'elles ont mis beaucoup de temps à s'adapter à cette loi.

[...]

I.M: Il y a encore beaucoup de villes en Italie, je pense à Palerme, à Naples par exemple où les Sert n'interviennent pas encore. En fait, ils n'ont pas un personnel spécifique qui intervient en prison, leurs relations se limitent à une simple collaboration.

[...]

I.M: La loi de 1999 a donné un cadre du passage de la médecine pénitentiaire aux Sert. Elle permet de compenser la réforme de 1970 qui a instauré le système sanitaire national et qui fait que tous les services territoriaux de santé sont attribués au ministère de la santé, tous sauf pour la prison car les détenus ont été exclus de cette réforme. Pourquoi la prison? Parce que si on faisait rentrer la prison dans le domaine de la santé, le personnel médical travaillant dans les prisons devrait passer un concours et le ministère de la justice perdrait une fonction importante qui est celle de la sélection du personnel qui travaille en prison. Étant demeurés en dehors, la prison n'a pas pu disposer de structures spécifiques pour les toxicomanes.

Entretien n°21 : Docteur Ambrosini, responsable du Sert de l'institut Rome-Regina Coeli, 5/06/2003, 1h30.

D.A: Je travaille en tant que médecin *incaricato* à Regina Coeli depuis 2001. Déjà je travaillais depuis 1997 en tant que spécialiste conventionnée. À cette époque, nous ne faisions que des consultations mais nous ne pouvions pas distribuer de méthadone car le directeur de Regina Coeli refusait catégoriquement. Nous effectuions des consultations psychologiques et nous prescrivions des médicaments. Le problème c'est qu'ils n'étaient pas toujours efficaces et qu'ils étaient surtout très coûteux. C'étaient les cocktails de médicaments que nous attribuions aux héroïnomanes en abstinence et cela pouvait parfois être très dangereux voir nocif car nous faisions des combinaisons entre des anti épileptiques, des anti anxiolytiques ou des antidépresseurs par exemple.

[...]

D.A: Il y a eu un événement en 1999 qui a précipité l'usage de la méthadone. C'est l'affaire Carlo Ciuffreda qui a défrayé la chronique. C'est un jeune toxicomane qui est mort à Regina Coeli. Ce n'était bien sûr pas le premier mais c'était surtout le fils d'un journaliste et sa mort avait créé un scandale dans tout le pays car tous les médias ont commencé a en parler.

F.E : Vous vous rappelez de quel journal il était?

D.A: C'était un journaliste du Manifesto mais cette affaire a largement dépassé ce journal car on en a parlé à la radio et dans tous les autres journaux. Personne n'a jamais reconnu que cela a permis l'introduction de la méthadone mais ce n'était sûrement pas une coïncidence selon moi.

[...]

D.A: La section ambulatoire du Sert de Regina Coeli a été établie en mars 2000. Le service fonctionne en partie avec du personnel de l'ASL et en partie avec du personnel du ministère de la justice qui travaille sous le fonctionnement du Sert. Les personnes travaillant ici sont des fonctionnaires de l'ASL qui se sont portées volontaires. Bien sûr une personne peut être contrainte pour des raisons de services de travailler ici mais cela est laissé à la libre appréciation du responsable du Sert. Le problème c'est que le salaire reste le même tandis que les conditions de travail sont beaucoup plus difficiles en prison. Par exemple ici, à Regina Coeli, les infirmières vont distribuer la méthadone entre les différentes sections de la prison tandis que dans le fonctionnement des Sert extérieur, c'est le toxicomane qui se rend aux guichets pour venir chercher sa méthadone.

[...]

D.A: Mais le personnel est vraiment coupé entre les deux Sert et il y a assez peu d'échanges. Nous avons vraiment des problèmes à établir le lien entre le Sert situé dans Regina Coeli et le Sert situé à l'extérieur. C'est en partie dû au fait que nous n'avons plus de responsables depuis un certain temps mais uniquement deux coordinateurs. Ils sont censés servir de référent entre les deux structures mais le problème c'est qu'il n'y a pas de supérieur hiérarchique en tant que tel. Ils sont sous la dépendance directe du chef du département de la toxicomanie qui est d'ailleurs la personne référante en cas de problème.

[...]

D.A: Actuellement nous travaillons vraiment en sous-effectif et nous manquons de personnel. Il y a les vacances, les transferts du personnel, il y a aussi le fait que si une personne du Sert extérieur veut effectuer des heures supplémentaires ici à Regina Coeli, elles ne lui sont pas payées. Donc en raison du manque de personnel, nous n'ouvrons que le matin et pas l'après-midi. Ça entraîne bien sûr une charge travail beaucoup plus importante pour le personnel car nous devons faire la même chose en un temps beaucoup plus réduit.

[...]

D.A: Nous ne prescrivons la méthadone qu'à scalare, ce qui est quelque chose qui

selon moi n'est pas rationnel. Ça n'a pas de sens d'un point de vue clinique car la toxicomanie est une maladie chronique et les rechutes sont trop nombreuses. Il faudrait beaucoup mieux procéder à des prescriptions de maintien. Pas à vie bien sûr mais étendues sur plusieurs années de sorte à diminuer les doses de méthadone très lentement. Le problème, c'est que ce sont les détenus eux-mêmes qui nous demandent de diminuer leur méthadone le plus rapidement possible. Comme ils nous le demandent, nous sommes obligés de le respecter mais nous cherchons à les prévenir un maximum afin d'éviter les éventuelles rechutes. Le problème c'est que les toxicomanes sont pressés lorsqu'ils arrivent ici de bénéficier des mesures de réduction de peine auprès des communautés thérapeutiques et la plupart du temps leurs demandes sont rejetées à 99 % par les communautés s'ils sont encore sous méthadone. Donc ils sont pressés de finir leur substitution pour pouvoir sortir. Les détenus sont très nombreux à bénéficier de ces mesures [...] La seconde raison qui explique leur empressement c'est que lorsque les détenus veulent effectuer des activités de travail qui leur sont rémunérées, ils doivent être inspectés par le médecin du travail et celui-ci refuse tous les détenus qui sont sous substitution. C'est dans leur intérêt de finir le traitement rapidement. Ce sont par exemple souvent des immigrés nord-africains qui ont besoin de travail et pour pouvoir envoyer de l'argent à leur famille est qui restée à l'étranger et ils demandent à finir leur programme le plus rapidement possible.

[...]

D.A: On a eu plusieurs fois des avertissements de l'ASL qui nous incite à réduire et à raccourcir les traitements car ils nous disent que ça engendre des dépenses trop élevées. Mais on fait attention à respecter tous nos traitements. C'est pareil pour la direction pénitentiaire qui nous a souvent dit de faire des réductions mais nous avons toujours conservé notre indépendance.

[...]

D.A: Nous avons reçu beaucoup de pression de la part des médecins pénitentiaires et la bataille fut longue. Comme ce sont eux qui distribuent les traitements que nous prescrivons concernant les thérapies psychiatriques comme les antidépresseurs, ils demeurent les autorités suprêmes de chaque section pénitentiaire. Ils peuvent nous donner des indications dans les traitements à prescrire et si les traitements ne leur convenaient pas alors ils les supprimaient et mettaient fin eux-mêmes à la thérapie. Le problème c'est qu'il n'y a pas de loi qui régit ce genre de situation. Alors, j'ai fait éclater le problème il y a deux ans et depuis nous avons trouvé un accord. Nous sommes parvenus à faire admettre que nous étions complètement libres de choisir la thérapie qui nous semblait la plus adaptée en matière psychiatrique et que les médecins pénitentiaires de section ne peuvent prescrire que les médicaments de médecine générale.

[...]

D.A: Le Sert ne prend en charge financièrement que les produits de substitution pour les toxicomanes, essentiellement la méthadone et dans quelques cas très rares la buprénorphine, ainsi que les produits de substitution pour les alcooliques tandis que les autres médicaments comme par exemple les antidépresseurs sont entièrement pris en charge par l'administration pénitentiaire.

[...]

D.A: La durée moyenne d'un traitement de substitution est de deux mois mais nous essayons d’individualiser au maximum les traitements. En fait nous essayons de protéger le plus possible le détenu des risques de rechute. Selon moi, on ne devrait pas faire de thérapie a scalare mais comme je vous l'ai dit le problème est avant tout législatif et il est beaucoup plus large.

[...]

D.A: Lors de la procédure d'*affidamento in prova*, le juge nous demande de produire un certificat de conformité pour attester que le toxicomane est apte à entreprendre un programme en communauté. S'il souhaite d'autres informations concernant son état, nous pouvons bien sûr lui transmettre son dossier médical et en cas de besoin, mais cela arrive très rarement, on peut nous demander de témoigner au tribunal.

[...]

D.A: Le toxicomane doit contacter lui-même une communauté qui l’intéresse et avec laquelle il doit établir un programme thérapeutique. Le détenu nous présente le projet et nous devons accorder un certificat de conformité et si nous le refusons alors le toxicomane doit réélaborer un programme.

[...]

D.A: Nous ne pouvons pas, en tant que Sert, conseiller nous mêmes le toxicomane durant sa recherche de communauté car il y a un conflit d'intérêts entre le service public et le privé. Vous comprenez. Car quelqu'un qui travaille dans le système de santé publique peut avoir des intérêts à orienter la personne vers des structures publiques. C'est comme dans les Sert, lorsque les toxicomanes doivent passer des examens on leur fournit une liste d'institutions conventionnées et on leur dit que c'est à eux de faire un choix. Aujourd'hui par exemple on m'a appelé pour un toxicomane qui est atteint du sida et de *doppia diagnosi* c.-à-d. de troubles psychiques graves. Généralement ces toxicomanes ne sont pas acceptés en communauté car ils sont très lourds à gérer notamment dans leurs relations avec les autres patients. Mais je ne peux pas conseiller formellement la personne d'aller vers telle ou telle communauté car les communautés qui acceptent ce genre de personnes sont souvent privées et à but lucratif.

[...]

D.A: Pour savoir si un détenu est vraiment toxicomane le magistrat peut exiger que l'on effectue un test supplémentaire. Ces tests sont réalisés au sein des universités par des instituts de médecine légale. Par exemple, si un détenu a consommé une substance le jour précédant son arrestation, cela ne fait pas pour autant de lui un toxicomane, on a pu par exemple le convaincre en discothèque de consommer une substance. Le détenu peut aussi demander de réaliser cet examen mais cela se fait à sa charge car il s'agit d'un examen assez coûteux.

[...]

D.A: Dans tous les cas, la décision finale ne nous appartient pas mais elle relève des magistrats. Car même dans le cas où la personne a une excellente conduite et a notre

plein accord pour aller en communauté, le juge peut refuser. Il est vrai que nous ne reconnaissons pas la situation pénale antérieure du détenu. Il peut être un individu très dangereux et notamment par ce qu'il a fait à l'extérieur.

F.E : Et vous ne cherchez pas à avoir accès à son dossier?

D.A: Non, je pense que c'est mieux comme ça car ce n'est pas à nous de juger. Nous sommes médecins et notre rôle est de soigner pas de juger.

[...]

D.A: Cet *affidamento* peut également se faire auprès des Sert. Tous les Sert sont tenu à accepter des détenus mais après ce sont les médecins qui le prennent en charge qui doivent donner leur accord notamment en fonction du comportement du détenu. Car il ne s'agit pas de communauté résidentielle où les détenus sont vus de façon quotidienne mais ils se retrouvent de fait en semi-liberté. Ils se rendent plusieurs fois par semaine pour effectuer des contrôles, des visites médicales ou des séances avec un psychologue.

[...]

D.A: Nous avons huit psychologues à Regina Coeli mais le type de thérapie dépend beaucoup du toxicomane. Tous les toxicomanes réalisent une première visite, après laquelle un détenu peut refuser d'effectuer une thérapie ou si le psychologue juge qu'il n'est pas en mesure d'être suivi. Il n'y aura alors que le traitement de substitution. Il y a aussi certains détenus qui n'ont pas besoin de thérapie médicale mais seulement une thérapie psychologique comme c'est le cas de certains consommateurs de cocaïne par exemple. Nous avons aussi des groupes de thérapies collectives comme par exemple un groupe d'écriture animé par des psychologues.

[...]

D.A: Il y a des groupes d'entraide qui se font à Regina Coeli et qui sont animés par des communautés le plus souvent. Mais nous n'avons pas de rapport spécifique avec eux, ils ont un mode de fonctionnement qui est totalement extérieur au Sert. Il peut arriver que nous ayons des relations notamment lorsqu'ils demandent un certificat pour certains toxicomanes mais nous n'avons pas de réunions formelles.

[...]

D.A: Nous disposons de deux dossiers médical. Le premier dossier médical et celui qui est géré par la médecine pénitentiaire et qui suit le détenu dans tous ces transferts. Puis il y a le dossier médical du Sert qui reste à Regina Coeli, même en cas de transfert, car il permet de retrouver une trace du patient s'il est de nouveau réincarcéré ici. De toute façon, nous écrivons le plus souvent les mêmes choses dans le dossier pénitentiaire et celui du Sert.

Bien sûr les surveillants sont censés ne pas accéder au dossier médical du détenu et il reste le plus souvent entre les mains des médecins.

[...]

D.A: Il y a deux types de médecins. D'une part les médecins *di ruolo* qui sont titularisés et d'autre part les médecins conventionnés qui sont des médecins privés sous contrat. Et ces médecins ainsi que les psychologues ou les infirmiers devraient selon la loi

de 1999 passer sous le contrôle de l'ASL avec laquelle ils auront un rapport conventionné. Mais pour l'instant rien n'était entrepris ici.

[...]

D.A: Je sais que la méthadone n'est pas utilisée dans tous les établissements de peine. Il y a certains endroits où ne sont proposées que des consultations psychologiques de la part des Sert, comme c'est le cas à Vitterbo ou Civitavecchia.

[...]

D.A: À son arrivée ici, le détenu est vu par un médecin de garde après quoi il sera consulté par le médecin de section qui le suivra pour toute la durée de son séjour à Regina Coeli. Si le détenu est toxicomane, il nous sera signalé et nous prendrons un rendez-vous avec lui. Donc déjà, les médecins pénitentiaires exercent une fonction de filtre en nous signalant les personnes.

F.E : Pourquoi filtre ? Il arrive que des personnes ne soient pas signalées ?

D.A: Cela peut arriver quelquefois. Le plus souvent c'est parce que le médecin a oublié de nous le signaler. Un décret ministériel prévoit alors que le Sert a la possibilité de certifier que le détenu est toxicomane. Soit sur la base de consultations antérieures qu'il a eues auprès d'un Sert extérieur, ce qui est bien sûr le plus facile à établir, soit sur la base d'une hospitalisation liée à sa toxicomanie ou encore à une intervention des urgences ou un séjour en communauté thérapeutique. Mais ce type de démarche est très long et difficile à établir. Heureusement, très peu de cas nous sont arrivés.

[...]

D.A: Il peut arriver dans certains cas que le secret médical soit enfreint mais ce sont des cas exceptionnels que nous appelons de juste cause. Par exemple, si la personne s'avère avoir consommée de la drogue en prison nous pouvons le signaler aux surveillants afin que les contrôles soient accrus. Ce sont des infractions du secret médical mais afin de protéger le patient.

[...]

D.A: L'administration prévoit des cours auprès du personnel pénitentiaire obligatoire, tous les grades confondus. Nous avons organisé un cours de deux heures sur les drogues et la médecine pénitentiaire, notamment afin d'expliquer ce qui la méthadone. Car au début nous avions les certaines difficultés avec quelques surveillants et je crois que maintenant ils acceptent plutôt bien l'activité du Sert et nous sommes en bon rapport.

[...]

D.A: Le test de dépistage du sida est pris en charge par des centres extérieurs comme cela est prévu par le code de procédure pénale. Pour nous, c'est le centre de San Giacomo qui procède est et à la définition des traitements en lien avec un médecin infectiologue qui travaille à Regina Coeli.

Entretien n°22 : Marco Brucci, responsable d'une communauté thérapeutique située à Rome, 06/06/2003, 1h30.

M.B : Beaucoup de toxicomanes que nous accueillons viennent de prison. En fait nous avons un accord avec l'ASL qui nous rémunère 40.000 Lires par personne. Mais il y a souvent beaucoup de problèmes de financement et pendant plusieurs mois nous ne sommes parfois pas payés.

[…]

M.B : Nous avons près de 90 % des toxicomanes de notre communauté qui viennent de prison. Malheureusement... En fait ça s'explique parce que nous sommes proches de Rebbibia mais aussi un peu parce que les communautés qui acceptent les détenus sont peu nombreuses. Je dis malheureusement parce que cela rend le travail peu plus difficile car on réalité nous ne devons pas seulement avoir un travail de thérapie mais aussi de surveillance. Et de toute façon il faut être lucide, ce sont des personnes qui sortent de prison et qui ont un rapport biaisé. Par exemple, il y a beaucoup de gens qui ont fait plus de dix ans de prison et qui ont donc forcément au début un rapport avec nous qu'est très similaire à celui qu'ils avaient en prison

[…]

M.B : Leur motivation est au début toujours la même c'est-à-dire ils ne veulent pas rester en prison. Ce qui les motive c'est avant tout cela. Donc une fois que le toxicomane arrive dans la communauté, nous avons d'abord une première phase d'observation pour voir ce que cherche la personne et ce qu'elle peut faire. Après cette durée de deux mois environ, on décide si la personne peut rester en communauté ou pas. Nous cherchons surtout à délimiter des objectifs tangibles pour orienter la personne vers le changement.

F*.E : Et que faites-vous si la personne n'est pas en mesure de rester dans votre communauté ?*

M.B : Alors dans ce cas, si on s'aperçoit que la personne ne convient pas à notre programme thérapeutique et qu'elle a besoin d'un encadrement plus structuré, nous l'orientons vers un autre type de communauté. Comme par exemple une communauté résidentielle. Car nous avons un mode de fonctionnement qui est très ouvert. Nous n'effectuons pas de contrôle sur le toxicomane le soir lorsqu'il rentre chez lui ou le dimanche par exemple. Nous cherchons avant tout à responsabiliser la personne.

[…]

M.B : Nous sommes coordonnés avec le Sert et avec les services sociaux adultes car c'est eux qui suivent les détenus hors de la prison. Nous sommes trois à intervenir, il y a nous, le Sert et le service social pour adultes. Ce sont eux qui contrôlent la personne et la suivent à l'extérieur. Mais en réalité, le Sert intervient très peu et ce sont surtout les services sociaux qui collaborent avec nous. Nous n'avons d'ailleurs pas de rencontres prévues avec le Sert mais nous leur transmettons des rapports régulièrement sur l'état des toxicomanes. Tandis que les services sociaux adultes viennent ici et contrôlent la présence et l'assiduité du toxicomane au programme thérapeutique. Avec le Sert, on devrait avoir plus de rapports mais ce sont surtout des relations verbales, par téléphone le plus souvent.

F.E: Il y a des différences de fonctionnement entre Regina Coeli et Rebbibia?

M.B : Oui c'est beaucoup plus difficile de travailler avec Regina Coeli. Et on se trouve

beaucoup mieux pour travailler avec Rebbibia car là bas le Sert est beaucoup plus actif. Avec Regina, on a beaucoup plus de difficultés. C'est peut-être aussi parce qu'ils sont plus loin et puis le Sert n'est pas présent en permanence mais uniquement de temps en temps. Je crois surtout que ce n'est pas une structure consolidée. Mais ça ne veut pas forcément dire grand-chose car par exemple il nous arrive parfois de travailler avec les prisons de Civitavechia ou de Viterbo et ça se passe très bien. Comme nous ne pouvons pas nous y rendre, c'est quelqu'un du Sert qui va faire l'entretien pour nous avec la personne. En principe, ça se passe très bien.

F.E: Tu peux me dire quelles sont les conditions d'acceptation d'un toxicomane dans votre communauté?

M.B : Elles sont très simples. Il faut que la personne dispose d'une famille extérieure et que celle-ci soit disposée à accueillir la personne et que le toxicomane ait un lit où il puisse dormir à l'extérieur de la communauté. A partir de là, si la personne répond aux conditions, nous organisons un entretien et on décide si la personne correspond à notre communauté sinon on la dirige vers une autre communauté.

[…]

M.B : Nous travaillons beaucoup plus avec des cocaïnomanes bien qu'il y ait aussi des héroïnomanes. Par exemple, en ce moment nous avons huit cocaïnomanes et deux héroïnomanes. Le problème c'est que certains ne sont pas reconnus comme toxicomanes par les Sert. Les cocaïnomanes ont d'ailleurs beaucoup plus de difficultés à être certifié. Car lorsqu'une personne veut bénéficier d'une mesure de réduction de peine, elle doit se rendre à un Sert qui doit vérifier sa toxicomanie. Par exemple, en disant "c'est un toxicomane que nous connaissons, nous le suivons et il a pris la méthadone ici". Mais pour un cocaïnomane c'est beaucoup plus difficile. Parfois nous ne savons pas comment faire sortir certaines personnes de prison car le Sert ne les reconnaît pas comme des toxicomanes. Heureusement, je pense qu'ils sont en train de s'adapter et qu'ils arrivent désormais à certifier les autres types de toxicomanes comme la cocaïnomanie par exemple. Ça fait longtemps que nous n'avons pas eu de problèmes par rapport à ça d'ailleurs.

[…]

M.B : Une fois que notre jugement est favorable, le toxicomane doit demander un avis de conformité au Sert qui doit donner son avis favorable. Si la personne est condamnée définitivement alors elle peut bénéficier d'une mesure de suspension de peine et peut sortir rapidement. En revanche si elle est en attente de jugement alors les temps d'attente sont beaucoup plus long. Cela peut aller jusqu'à sept ou huit mois. Pendant ce temps nous essayons de garder le contact avec la personne et sa famille mais cela représente un coût très élevé pour nous et nous n'avons donc pas beaucoup de contact. Le plus souvent, on essaye de garder un lien à travers une association de volontaires qui travaille sur la prison, le VIC. De toute façon, même si la personne change de prison et part de Rome, elle peut toujours venir dans notre communauté. Le problème c'est plus lorsque nous faisons une rencontre et que la personne est transférée dans une autre prison, même à Viterbo par exemple. Le plus souvent on est obligé de s'arrêter là. A moins que l'on arrive à trouver une collaboration avec le Sert, on ne peut pas aller faire

les entretiens en dehors de Rome.

F.E : Est-ce qu'il peut arriver que le Sert oppose un refus?

M.B : Oui, ça peut arriver. En général, ce sont pour des raisons thérapeutiques mais nous essayons de travailler en collaboration avec eux la plupart du temps.

F.E : Et vous avez des relations avec le magistrat?

M.B : Non nous n'avons aucune relation directe. Il peut arriver que le magistrat refuse son accord aux détenus. Notamment en fonction du passé du détenu. Par exemple si quelqu'un a déjà été confié communauté thérapeutique et qu'il a arrêté le programme après, s'il demande de nouveau alors le magistrat risque de ne pas lui accorder sa demande. Si le magistrat refuse alors nous formulons une autre demande en choisissant une communauté qui encadre mieux le toxicomane. Nous n'avons pas accès au casier judiciaire du détenu mais de toute façon nous nous fions à ce qu'il déclare.

[...]

F.E : Vous est-il déjà arrivé d'être confronté à une crise abstinence d'un toxicomane qui aurait fait une thérapie de substitution de méthadone trop rapide?

M.B : Oui, ça nous est arrivé quelquefois. Mais ce n'est pas le problème le plus fréquent. En revanche, il nous est arrivé à plusieurs reprises que la personne consomme des substances illicites pendant son incarcération et qu'elle se retrouve en crise abstinence à sa sortie, c'est-à-dire lorsqu'elle arrive ici.

F.E : Mais il y a pourtant des analyses qui sont faites en prison?

M.B : Oui mais ces analyses sont plutôt rares et elles sont assez faciles à éviter. Donc il est arrivé à plusieurs reprises qu'une personne nous soit confiée, qu'elle sorte de prison et qu'elle soit positive à nos tests.

[...]

M.B : Le problème, c'est que le service social devrait avoir une fonction d'accompagnement et qu'il a en fait plus un rôle de contrôle, que ce soit au niveau bureaucratique ou social. Mais en fait c'est vraiment une question de personne car certains assistants sociaux sont présents et cherchent à accompagner les détenus alors que d'autres ont uniquement cette fonction de contrôle

[...]

F.E : Vous avez des rapports avec les autres communautés ?

M.B : Si un détenu nous dit qu'il a déjà fait un programme thérapeutique dans une autre communauté comme par exemple à Villa Maraini, alors nous contactons Villa Maraini qui nous transmet des informations et nous cherchons à avoir des contacts avec la communauté. Mais cela dépend plus de notre recherche car en fait il n'y a pas de véritable lien.

[...]

F.E : Avez-vous déjà organisé des cours de prévention ?

Nous avons déjà fait des rencontres avec des médecins au sein de la communauté

sur différents thèmes comme le VIH par exemple. Mais surtout on essaye de transmettre des connaissances dans les rapports quotidiens que les opérateurs ont avec les personnes. Non pas sous la forme de rencontres formelles mais sous la forme des relations quotidiennes. Mais bien sûr nous avons des contacts avec des organisations comme par exemple l'hôpital Le Spallanzani qui était venu faire une intervention sur les hépatites.

[...]

F.E : Comment les détenus rentrent-ils en contact avec vous ?

M.B : En fait ça dépend. Si les détenus sont originaires de Rome, ils nous connaissent dans ce cas le plus souvent car ça fonctionne par le bouche-à-oreille. Ou encore ça peut être le Sert qui peut leur communiquer notre adresse. Il y a aussi cette association de volontariat, le VIC, qui constitue pour nous un rôle important dans la prise de contact avec les détenus. En fait, c'est vrai que nous manquons d'une place dans la prison notamment par rapport à d'autres communautés comme Villa Maraini qui a des groupes de discussions au sein de la prison. Ça leur permet bien sûr d'être plus visible et d'avoir un contact direct avec les détenus.

[...]

F.E : Je voulais savoir aussi si vous vous occupez de personnes extracommunautaires ?

M.B : En fait, nous n'avons pas de personnes extracommunautaires dans la communauté. Nous en avons eu mais l'expérience a été négative et nous avons décidé d'arrêter. En fait, à partir du moment où la personne sortait de prison, elle disparaissait aussitôt. C'est pourquoi nous n'avons pas réessayé. Ces personnes avaient pourtant de la famille et elles remplissaient toutes les conditions requises. Mais c'est vrai que nous avons assez peu de demandes, très peu de demandes en fait. Et pourtant il y a beaucoup d'extracommunautaires toxicomanes qui sont incarcérés. En fait, on devrait peut-être se bouger un peu plus pour intervenir par rapport à ce problème.

Entretien n°23 : Alessandra Costa, psychologue au Centre de détention pour mineurs de Rome, 6/06/2003, 2h30.

Psychologue dans un CPA, *Centro di prima accoglienza*, pour mineurs (DGM, *Dipartimento giustizia minorile*) qui est autonome de l'Administration pénitentiaire (DAP). Les mineurs sont traités sur le point de vus social par un bureau spécifique, *l'Ufficio servizio sociale minori* (USSM) qui se distingue des services sociaux pour adultes, CSSA (*Centro servizi sociali adulti*).

A.C: Les *Centro di prima accoglienza* sont au nombre de treize sur le territoire italien, ils ont été institués par la loi 272 L 1989 afin d'éviter aux mineurs l'incarcération immédiate, c'est un service intermédiaire entre la prison et une communauté pour une durée maximale de 4 jours. L'institut pour mineurs de Rome est Casa del Marmo, il comporte actuellement près de 80 personnes. Le même problème est présent pour les mineurs immigrés qui n'ont pas de famille et de liens sociaux et qui ne peuvent pas

bénéficier des mesures comme la mise à l'épreuve. Bien que la loi, égale pour tous, prévoit également ces mesures pour les immigrés elles s'appliquent très rarement à ces derniers. Ce phénomène explique la part croissante des mineurs immigrés dans la part des détenus.

A.C: C'est que la loi de 1999 ne s'est pour l'instant appliquée qu'aux services de soins de la toxicomanie, les Sert. Et dans les prisons pour mineurs, il n'y a pas de services de soins pour toxicomanes car il y a très peu de cas de toxicomanie qui sont révélés. Pour les mineurs, il n'y a pas de Sert à l'intérieur de la prison ou du *Centro di prima accoglienza*. D'une part car la consommation de drogue ne concerne qu'un tout petit pourcentage des mineurs. Près de 80 % des mineurs incarcérés consomment ou ont consommé des substances, mais des drogues légères ou des psychostimulants. Certains utilisent de la cocaïne mais les crises d'abstinence à partir de la cocaïne sont beaucoup plus difficiles à démontrer. Les seules véritables crises d'abstinence sont celles qui sont faites à partir d'héroïne qui reste très peu utilisée. Et pour les drogues légères, il n'y a pas de médicament de substitution car il n'y a pas besoin de désintoxication. Mais en outre, il n'y a pas un système de surveillance car les analyses ne sont pas faites dans le *Centro di prima accoglienza* c'est-à-dire dans les premiers jours que le mineur est arrêté. Et donc nous devons nous fier à ce que disent les mineurs à moins qu'il y ait des signaux évidents d'une crise d'abstinence. Et le problème c'est que les mineurs qui sont arrêtés sont réticents à dire qu'ils utilisent des drogues car ils pensent que c'est quelque chose qui aggrave leur situation. Ils ont donc tendance à le cacher. Par contre, une fois qu'ils ont été jugés et envoyés en prison, parfois ils le déclarent et leur toxicomanie est découverte en prison. D'ailleurs, à ce niveau-là, cela leur convient de le déclarer car par exemple le soir on peut leur donner le vallium pour dormir ou quelques gouttes de tranquillisant pour être plus tranquille. Et donc à ce niveau-là, même ceux qui n'ont qu'une faible utilisation de substances peuvent déclarer un usage important.

A.C: Et dans le cas où on découvre qu'ils utilisent des substances, alors on ne faisait rien de particulier. On leur donnait quelques médicaments et on les laissait au milieu des autres. Dans le meilleur des cas, ils pouvaient bénéficier d'un traitement psychologique si un psychologue est disponible. En prison, à Casa del Marmo, il y a quatre psychologues titularisés qui travaillent donc à temps plein mais ils sont actuellement en surpopulation carcérale. Les rares fois où est arrivé un mineur qui était en crise d'abstinence et qui utilisait de l'héroïne, jusqu'à la loi de 1999 on lui donnait les médicaments et rien d'autre. Lorsqu'est rentrée en vigueur la loi à partir du 1er janvier 2000, un opérateur du Sert venait apporter la méthadone au détenu. Il venait de l'extérieur car au *Centro di prima accoglienza* ou en prison, nous n'avons pas de service pour toxicomanes.

[…]

A.C: Et actuellement nous sommes en train de mener une véritable bataille avec mes collègues du *Centro di prima accoglienza* car nous voulons vraiment passer au ministère de la Santé. Nous voudrions car à partir du moment qu'il y a une loi qui dit que le domaine de la toxicomanie est passé aux compétences du ministère de la santé, ce n'est pas parce que nous n'avons pas de Sert que nous devons rester au ministère de la justice. Tu as compris il y a deux systèmes. Il y a ceux qui ont un service de soins aux toxicomanes et qui sont passés au ministère de la santé et nous qui en restons exclus. Si un

psychologue travaille par exemple sur les troubles du comportement, il est resté à la justice tandis qu'un psychologue qui travaille sur les problèmes de toxicomanie dépend du ministère de la santé. Il y a cette double administration, cette double référence en fonction de la spécialité du personnel. Mais la loi ce n'était pas ça, elle disait que tout ceux qui travaillent dans le domaine de la santé devaient passer. Le discours n'est pas de dire que la toxicomanie doit passer mais pas l'anorexie ou le suicide. Tout ce qui concerne la psychologie, relevant de la santé, doit passer au ministère de la santé.

[….]

A.C: Le problème c'est que la loi s'est arrêtée là. Personne n'est encore passé. Les seules personnes qui sont passées ce sont ceux qui travaillent dans les services de Sert bien que pour l'instant ils sont encore en train d'être payés par le ministère de la justice, ils ne sont pas encore payés par la santé.

[….]

A.C: Et par exemple au moins, avec d'autres collègues, nous avons initié un recours car cette situation ne nous convient pas. Je me sens concernée par cette réforme car je m'occupe de mineurs qui très souvent consomment des substances mêmes s'il s'agit de substances légères. Nous avant fait une procédure auprès du juge du travail. C'est un procès contre le ministère de la justice et nous perdrons très sûrement. Mais cette chose ne nous convient pas car c'est une façon très étroite d'interpréter la loi. Ce ne sont pas les murs qui définissent une problématique.

[…]

A.C: Le problème c'est que les mineurs ne sont pas traités en tant que tels comme des toxicomanes. Ce qui est tout à fait normal, heureusement. Cela serait un symptôme trop limité. Nous intervenons selon une prise en charge globale notamment selon son malaise familial. Nous ne pouvons pas étiqueter les mineurs comme des toxicomanes. D'une part il n'y a pas un véritable système de surveillance à l'arrivée du mineur pour repérer sa consommation. Et les statistiques du ministère de la justice affirment que moins de 20 % des mineurs détenus consomment des substances. Si tu considères que le ministère de la santé a déclaré que plus de 50 % des mineurs utilisent des substances, cela semblerait absurde que les détenus mineurs consomment encore moins. Il est évident que si on construit ces statistiques à partir de la déclaration que font les mineurs à leur arrivée, il est évident qu'on arrive alors à un taux de consommation inférieur à 20 %. Et donc je pense que le phénomène de la toxicomanie des mineurs incarcérés est très sous-évalué. Il y a pas cette possibilité de certifier véritablement la toxicomanie d'un détenu mineur.

F.E : Mais quels sont les avantages que vous auriez à passer au ministère de la santé?

A.C: Pourquoi? Parce que nous sommes une figure professionnelle sanitaire, parce que les psychologues appartiennent au personnel sanitaire et parce que sinon nous devons prendre nos ordres de personnes qui ne sont pas dans le domaine de la santé et qui la plupart du temps n'y comprennent rien. Notre directeur par exemple est un éducateur et nous ne pouvons même pas lui reconnaître une compétence et pourtant il

commande. Les personnes qui occupent des postes de dirigeants ne sont pas du personnel sanitaire. Mais c'est également un discours lié au fait qu'on se sente forcé dans le sens où que pour faire en sorte que les choses aillent le mieux possible... Pour te donner un exemple, si un mineur a besoin d'une visite d'un spécialiste alors qu'il est encore au *Centro di prima accoglienza* ou qu'il aurait besoin de méthadone, le discours qu'on entend est de dire "mais il y a pas le personnel nécessaire pour accompagner", "il y a pas les agents de surveillance nécessaires"... Il y a des complications ou des difficultés qui sont un autre niveau et pourtant toi en tant que professionnel, tu penses que ça serait important de faire une chose à laquelle la direction est contraire. C'est très difficile car si c'est quelque chose de grave on peut la défendre, mais quand il y a un moyen pour résoudre le problème sans créer des difficultés au service ou à la structure alors tu acceptes.

F.E : Tu peux me donner un exemple ?

A.C: Par exemple une fois un garçon qui était au *Centro di prima accoglienza* avait été voir le magistrat qui l'avait envoyé en prison, il est rentré au *Centro di prima accoglienza* car la police pénitentiaire doit venir le chercher et l'emmener à la prison pour mineurs. Le temps qui reste après avoir fait l'audience, il le passe au *Centro di prima accoglienza*. Ce garçon s'est jeté à terre et a commencé à se tordre en disant qu'il avait mal. Il donnait des coups de pied par terre. Et alors le discours était de dire qu'il était en train de simuler, qu'il faisait une scène, une comédie parce que le juge l'avait envoyé en prison et qu'il ne voulait pas y aller, qu'il faisait semblant d'être mal mais que c'était bien sûr faux. Alors il s'est créé une séparation. Il y a ceux qui disaient que tout était faux et il y a ceux qui disaient qu'il fallait appeler l'ambulance et l'apporter aux urgences pour qu'il soit examiné car s'il était vraiment mal, il avait besoin d'aide. Le médecin, qui est le même pour le *Centro di prima accoglienza* et la prison ne pouvait pas venir dans l'immédiat car il était à la prison et cela demandait trop de temps. Et quelqu'un disait mais ce n'est pas grave car dans peu de temps arrive la police pénitentiaire et ils l'emmèneront à la prison où ils pourront le voir là-bas. Le discours était de dire "Peu nous importe car de toute façon il va en prison". Ce garçon a passé une demi-heure à crier par terre et avec ce débat entre les opérateurs qui pensaient qu'il fallait appeler l'ambulance et ceux qui pensaient qu'il ne fallait pas l'appeler. Puis petit à petit nous avons cherché à nous rapprocher du garçon et à le calmer. Il a été ensuite emmené en prison et le médecin n'a pas pu le consulter car il avait le ventre extrêmement rigide et il avait fait une crise. Il avait déjà eu des problèmes à l'estomac. Et alors que devait on faire dans ce cas? Quelqu'un devait se lever et dire "je suis psychologue, je suis une figure professionnelle sanitaire et si maintenant personne n'appelle une ambulance afin que ce garçon soit amené à l'hôpital, je vous dénonce tous!". Mais cela je n'ai pas pu le faire car mon directeur me disait qu'on devait attendre les surveillants pour emmener ce garçon à la prison. Cela est un exemple qui n'aurait peut-être pas eu lieu s'il y avait une aide sanitaire véritable et qui soit relié au système sanitaire national. Les procédures seraient plus normales. Il y a des pratiques dans le monde sanitaire qui sont davantage consolidées. Alors qu'en prison, il y a ce discours de devoir concilier les exigences de sécurité et les exigences de la protection de la personne. Les opérateurs qui travaillent en prison doivent chercher à ne pas créer trop de problème au personnel de surveillance car pour pouvoir effectuer des

consultations, il faut que le détenu soit toujours accompagné, qu'il soit surveillé à l'hôpital. Et s'il y a peu de personnel de surveillance, tu ne peux pas enlever des personnes à la police pénitentiaire pour assurer la surveillance d'un détenu hospitalisé. Sinon, tu mets en crise tout un système. Il faut toujours chercher à intervenir d'une façon qui ne crée pas des problèmes à d'autres niveaux. Mais cela ne va pas car le fait que la santé dépende de la justice entraîne des problèmes. On se sent forcé, on est contraint à collaborer avec le directeur de la prison ou du *Centro di prima accoglienza* même si bien sûr en cas de crise avérée, les autorités réagissent. Mais en situation où on pouvait choisir, on n'a pas toujours choisi selon moi pour le bien du détenu. On a parfois choisi pour le bien du service, pour ne pas créer de problème. Cela est une chose très grave pour moi.

[…]

A.C: Peut-être aussi que je me fais des illusions car même si tout le personnel qui relève de la santé retourne dans son environnement, peut-être je me trompe en pensant que la situation ira mieux. Mais j'ai cette illusion que le système irai mieux. Je souhaite avoir un dirigeant qui soit de mon domaine. Je suis une psychologue et je suis dirigée par un éducateur. Je pense qu'il y aura moins de compromis car pour l'instant on choisi la chose la moins pire ou qui crée le moins de problèmes et on ne choisit pas toujours la meilleure chose pour le détenu. Il n'y a pas que le médecin qui intervient dans la décision mais il y a également le directeur ou les surveillants. À la prison, par exemple il y a certaines maladies qui semblent être de retour. Il y a par exemple des cas de maladies vénériennes ou des cas de tuberculose. Et ces détenus ne sont pas isolés des autres détenus mineurs. Il n'y a pas la possibilité d'être isolé. Lorsqu'ils arrivent au *Centro di prima accoglienza*, c'est pareil car ils utilisent la même salle de bain. De même que les mineurs séropositifs ou ceux qui ont l'hépatite B. Il faudrait montrer beaucoup plus d'attention mais ce n'est pas possible de faire attention. On espère que les choses aillent bien et qu'il n'y ait pas de contamination mais nous n'avons pas de certitude car nous ne prenons pas de précautions particulières car ce n'est pas possible. Et j'espère que si il y avait un système sanitaire organisé par le ministère de la justice, il y aurait plus de garanties car le médecin dirait peut-être "Non, ce garçon ne peut pas vivre dans la communauté, il doit être isolé et je m'en fiche qu'il n'y ait pas d'agents de surveillance disponibles". On raisonnerait peut-être d'un point de vue sanitaire. Les problèmes de sécurité ne nous concernent pas, ce sont leurs problèmes. Je souhaite qu'il soit possible de prendre une décision sans être conditionné selon d'autres critères qui parfois conditionnent beaucoup plus le jugement médical que les seuls critères sanitaires. Les décisions devraient être uniquement prises à partir des données sanitaires.

[…]

A.C: Il y a un seul médecin incaricato qui travaille entre l'institut pour mineur et le *Centro di prima accoglienza*. Et nous avons la chance d'avoir un hôpital très important à côté de la prison et donc les visites spécialistes se font là-bas. Le problème c'est que ... Il travaille depuis au moins quinze ans là-bas. C'est quelqu'un qui intervient à peu près sur tous les problèmes et lorsqu'il y a quelque chose de très spécifique, ils prennent un rendez-vous à l'hôpital.

[…]

A.C: Le problème c'est qu'il n'y a pas de véritables vérifications. Il y a un médecin qui regarde en cinq minutes un détenu. Ce ne sont pas des visites qui sont très bien faites. Mais c'est vrai qu'après il dit effectivement qu'il n'a pas le matériel nécessaire pour effectuer des visites. Il n'a pas d'appareils de radiologie par exemple. Et si un détenu a un problème visible à l'oeil nu alors il s'en rend compte mais il n'y a pas d'examens plus approfondis. Il n'y a pas un discours de dépistage des maladies en général. Je sais par exemple qu'il existe pourtant des tests très faciles à utiliser pour détecter l'usage de substances. Ça serait quelque chose de facile à utiliser, encore faut-il avoir l'argent suffisant.

F.E: Mais pour l'instant les psychologues qui travaillent au Centro di prima accoglienza ne sont pas titularisés (di ruolo)?

A.C: Non pour l'instant nous sommes quatre psychologues au *Centro di prima accoglienza* et tous les psychologues font uniquement des consultations et nous avons donc assez peu d'heures.

F.E: Et tu penses que le passage au ministère de la santé vous permettrait d'être titularisé?

A.C: Oui je l'espère. Je pense que c'est nécessaire pour les détenus qui viennent au *Centro di prima accoglienza* de réaliser un entretien à leur arrivée. Et pour l'instant nous ne sommes pas suffisants pour assurer un entretien avec chaque personne. La possibilité d'un entretien psychologique doit être apportée à tous.

[…]

A.C: Je me rappelle par exemple d'un garçon qui nous était arrivé et que j'avais eu en consultation. Il m'avait dit qu'il consommait du cannabis. Puis je l'avais revu une année ensuite et il était en crise d'abstinence. Il était héroïnomane. Alors que je l'ai vu de nouveau et je lui ai demandé pourquoi. "Pourquoi es-tu passé à quelque chose d'aussi dur que l'héroïne en aussi peu de temps? Je me rappelle l'année dernière je t'avais vu et tu avais des projets à ta sortie de prison...". Et alors il m'a répondu: "je ne vous l'avais pas dit l'année dernière mais déjà je m'injectais de la cocaïne". Et voilà à quoi on peut arriver. L'année précédente, personne ne s'en était rendu compte, il n'avait rien dit et il n'avait pas de symptômes particuliers. C'était déjà un consommateur de cocaïne et par voie intraveineuse et on ne s'en était même pas rendu compte. Il a d'ailleurs fait partie des quelques cas où on a appelé le Sert car c'était après le 1er janvier 2000. Chaque jour, quelqu'un du Sert venait lui apporter sa dose de méthadone.

F.E: Il y a des communautés qui acceptent les mineurs toxicomanes?

A.C: Non, il y en a très, très peu. Par exemple nous avons un détenu que nous avons envoyé à Civitavecchia où il y a une communauté qui accepte les mineurs. Il y avait aussi une communauté qui dépend du Ceis de Don Picchi qui développe un programme pour les mineurs. Mais de toute façon, il y a très peu de consommateur d'héroïne chez les mineurs. La plupart du temps ils consomment des drogues légères ou alors de la cocaïne. Et comme quasiment toutes les communautés sont destinées à des héroïnomanes, elles ne s'occupent pas beaucoup des mineurs dépendants à d'autres substances. Ils sont en train d'ouvrir par exemple en ce moment des communautés pour les cocaïnomanes mais

en général sur 100 communauté, 95 sont pour l'héroïne. Le fait qu'il n'y ait pas une thérapie de substitution pour la cocaïne, qu'il s'agit de personnes qui arrivent souvent à un équilibre dans leur vie plus normale que les héroïnomanes, la prise en charge est très différente. Et puis le problème c'est que pour administrer la méthadone aux mineurs, il est nécessaire de recueillir la signature de ses parents en moins que le juge en prenne la décision ou bien sûr en cas d'urgence. Mais le fait qu'un mineur ne puisse pas être pris en charge par un Sert comme pour un adulte pose vraiment un problème. Et souvent un mineur a tendance à vouloir cacher sa toxicomanie à ses parents.

[…]

A.C: Les Sert s'appellent services pour les toxicomanies et devraient s'occuper, et parfois ils le font, d'alcoolisme, de tabagisme et même des jeux de hasard car c'est une forme de dépendance. Ils sont actuellement en train de changer car ils étaient vus avant uniquement comme des endroits où on distribuait la méthadone. Ils cherchent maintenant à s'ouvrir et à faire par exemple des cours de prévention dans les écoles, de s'occuper des autres formes de dépendance et d'élargir un peu le concept pour ne pas se réduire à un service qui distribue le petit verre de méthadone. Mais encore actuellement, ils s'occupent principalement d'héroïnomanie. Ça vient aussi du fait qu'il n'y a pas de traitement de substitution pour les consommateurs de haschisch, d'ecstasy ou de cocaïne. Actuellement, ils essayent de développer par exemple l'acupuncture pour les cocaïnomanes.

[...]

A.C: Quand un mineur est toxicomane, il était jusqu'à la loi de 1999 traité uniquement sous médicament et il ne pouvait pas bénéficier d'un traitement de substitution. Et là aussi il y avait un problème car ces médicaments étaient distribués par un surveillant. Il n'y a pas en permanence un infirmier à la prison pour mineur et donc c'était le plus souvent un surveillant qui le faisait. Et quand je te disais que j'espère que la loi de 1999 puisse changer les choses c'est parce que je pense que ce n'est pas normal. Les médicaments doivent être distribués par du personnel médical. Seulement parce que le jour où un personnel de surveillance donne un médicament a un mineur et que la personne fait une réaction au médicament... Que se passe-t-il alors? Qui a la responsabilité? Le problème c'est que le surveillant n'a pas les compétences nécessaires pour pouvoir distribuer les médicaments et ce jour-là, on lui dira "pourquoi l'as tu fait?". Et lui il répondra "il n'y a pas d'infirmière, ce détenu doit prendre un médicament et donc soit je lui distribue, soit il n'a pas son traitement". Comme en Italie, on a tendance à conserver le système intact tant que tout fonctionne. Ce n'est pas dans la compétence des surveillants de distribuer les médicaments mais comme il n'y a pas le personnel adapté, ils le font.

F.E: Je voulais savoir en revanche ainsi la première fois que quelqu'un est venu apporter la méthadone dans la prison pour mineur, c'est-à-dire après le 1er janvier 2000, s'il y a eu des refus du personnel de laisser entrer la méthadone?

A.C: Non... Ce n'est pas qu'ils l'acceptent véritablement mais si nous appelons le Sert pour qu'il vienne distribuer la méthadone cela signifie que certains détenus sont vraiment mal. Sur la durée d'une année, le Sert a été appelé cinq ou six fois alors que tu dois être conscient qu'au *Centro di prima accoglienza*, il y a 900 entrées dans l'année. C'est l'un

des centres pour mineur les plus s'important d'Italie. Il y a un peu de résistance à réutiliser la méthadone avec les mineurs parce que c'est comme si la méthadone peut donner une étiquette et ils cherchent toujours à repousser cette étiquette. S'il est possible de soigner le détenus toxicomanes d'une autre façon et d'éviter ainsi la méthadone, alors on préfèrera. C'est comme si l'entrée du méthadone pouvait apporter des problèmes. Mais c'est avant tout un discours culturel.

F.E: Avez-vous déjà distribué des préservatifs?

A.C: Des préservatifs ? Tu plaisantes? Nous n'avons même pas essayé. D'une part parce que les relations sexuelles sont interdites en prison. D'autre part, les filles et les garçons sont séparés au *Centro di prima accoglienza*. En revanche, je travaille dans une coopérative associative dans laquelle nous produisons du matériel de prévention et quelquefois il m'est arrivé d'apporter des dépliants à destination des mineurs. Je pense que le temps de passage des mineurs au *Centro di prima accoglienza*, les quatre jours pendant lesquels ils attendent leur jugement pourraient être mieux utilisés dans un but de prévention. On pourrait pendant ces quatre jours leur fournir de l'information ou faire des entretiens notamment avec des psychologues ou encore des analyses. À partir du moment où tu as à disposition ces quatre journées, tu pourrais faire beaucoup de choses... Et au lieu de cela, on ne fait quasiment rien. C'est pratiquement une salle d'attente pour aller voir le juge.

F.E : Et quelle est la position des psychologues et des médecins qui travaillent à la prison pour mineur?

A.C: Tu dois savoir que tous les opérateurs sanitaires qui travaillent à Casa del marmo sont favorables à cette loi. Mais pour être plus exact il y a des gens plus ou moins d'accord selon le fait que les gens aient déjà un travail qui soit titularisé ou non. Dans le sens où si une personne le fait comme second ou troisième emploi, elle préfère rester rattachée au ministère de la justice parce que si un médecin est rattaché au ministère de la santé alors il doit choisir un seul et unique travail. Ce qui a lieu en prison, beaucoup plus pour les adultes que pour les mineurs, c'est qu'il y a des médecins titularisés qui travaillent en prison et qui font aussi des consultations en tant que spécialistes. Il n'y a pas d'incompatibilité entre les deux. Parce que tu travailles d'un côté pour le ministère de la santé et de l'autre pour le ministère de la justice. Ce sont deux ministères différents et donc tu peux le faire. Si en revanche il y a le passage au ministère de la santé, tu ne peux pas conserver les deux emplois et tu dois choisir. Et donc les médecins qui travaillent en prison comme troisième ou quatrième emploi sont contraires à la réforme car si elle n'est pas appliquée, ils pourront continuer à travailler comme ils le font en conciliant ces deux patrons. En revanche, ceux pour qui la médecine pénitentiaire est leur activité principale ou même qui voudraient y travailler encore plus, alors ils sont favorables à la réforme car ils voient dans la réforme une possibilité supplémentaire.

A.C: Car outre la prison, ils pourraient aussi travailler dans d'autres services sanitaires. Tu pourrais alors par exemple demander ton transfert pour travailler en maternité. Si je suis rattachée au ministère de la santé alors je peux aussi me fatiguer de travailler en prison et demander à travailler dans un autre service sanitaire. Alors qu'actuellement je suis rattachée au ministère de la justice et je n'ai donc que deux

possibilités, soit je continue à travailler là où je suis, soit je pars. Les possibilités de changement sont très limitées.

A.C: Et puis il y a aussi le fait que beaucoup de personnes vont à la retraite. Par exemple j'ai une collègue qui a été maîtresse dans une école élémentaire toute sa vie, elle est inscrite à l'ordre des psychologues car elle est diplômée en psychologie et elle fait donc des consultations dans la prison pour mineurs et elle est pourtant en retraite de l'école élémentaire depuis dix ans. Et chaque mois elle cumule ses consultations en psychologie et sa retraite d'enseignante. Elle n'aurait pas d'avantages par exemple à être transférée au ministère de la santé car elle est rattachée au ministère de l'instruction publique. La position de chaque personne vis-à-vis de la loi dépend de sa situation personnelle.

A.C: La loi intéresse surtout les personnes les plus jeunes ou alors qui voudraient s'investir davantage dans ce domaine. Personnellement, j'aime beaucoup ce travail et donc... Je suis favorable parce que je vois la possibilité de m'impliquer davantage. Donc certaines personnes sont intéressées par cette loi et d'autres le sont beaucoup moins. Mais au-delà de mon intérêt personnel, si cette loi me convient ou de me convient pas, il s'agit également d'un discours culturel c'est-à-dire le fait qu'il y ait une santé pour les détenus et une santé pour les citoyens. Cela ne me plaît pas. C'est aussi une question de principes et de culture qui fait que je suis favorable à cette réforme, au-delà des avantages dont je pourrais bénéficier. J'ai même peur que je n'arrive jamais à voir l'application de cette loi.

A.C: Le docteur Libianchi répète constamment que cette réforme a pris seulement quatre mois en France et que c'est un vrai succès. Il dit toujours qu'il a seulement fallu quatre mois. Je crois vraiment en cette réforme

Entretien n°24 : Lillo di Mauro, président de l'Organe consultatif pénitentiaire permanent de la ville de Rome, 09/06/2003, 1h15.

L.M: Je suis président de la *Consulta penitenziaria* de la ville de Rome, je suis le coordinateur du *Piano cittadino* de la ville de Rome et enfin je suis le responsable du département justice d'une coopérative sociale. C'est un instrument à vocation de consultation ou dont s'est doté la ville de Rome il y a trois ans et qui est composé de 80 organisations comme par exemple Arci, Antigone, San Egidio et qui sont donc pour la plupart présentes au niveau national. Notre rôle est de solliciter les organismes locaux comme les municipalités afin de faire des interventions en prison. Notre champ de compétence est la protection des droits des détenus. La municipalité a fait une délibération (*delibero consigliare*) et a institué notre organisme il y a trois ans. Nous exerçons une fonction de consultation vis-à-vis de la municipalité car quand la ville doit faire quelque chose en prison, ils se fondent par rapport à ce que nous leur proposons dans tous les domaines qui concernent la prison, de la santé au travail. Et à partir du moment où l'on s'est rendu compte que les interventions en prison sont des interventions temporaires, parcellaires et qui souvent été plus basées sur la bonne volonté de quelques associations et pas d'un projet planifié. Les actions qui sont faites en prison ne partent

pas le plus souvent d'une analyse des besoins. Par exemple on ne sait pas combien de détenus bénéficient de telle ou telle prestation ou combien de détenus sont malades et ont besoin de telle prestation médicale ou encore combien de détenus ont besoin d'un logement pour sortir de prison. Il s'agit de projeter des interventions à partir de cette analyse des besoins de manière à ce que les fonds des institutions locales, communes, *provincie* et régions, investissent sur la prison soient programmés. Jusqu'au jour où la Consulta n'existait pas, la ville de Rome a un *Assessorato* aux services sociaux qui a aussi une délégation pour les prisons. Mais le problème c'est que la prison est un sujet dont personne ne veut s'occuper en Italie car c'est un sujet qui n'apporte pas de votes électoraux et qui au contraire souvent en enlève. Les intérêts des institutions locales étaient très peu importants à s'investir sur le dossier "prison" à part en cas exceptionnel comme lors d'un événement médiatique.

F.E: Et quelle importance à cette delega?

L.M: Tu dois être conscient que dans une ville italienne l'*Assessorato* aux services sociaux est l'*Assessorato* le plus important, c'est celui qui dispose des moyens les plus considérables. C'est lui qui contrôle tout le budget pour les activités sociales. C'est l'un des *Assessorato* les plus importants de la ville de Rome. Et donc la *Delega* pour la question pénitentiaire n'est pas une petite structure. Ce n'est pas que la *Delega* n'avait pas les moyens de traiter la question mais elle ne s'y intéressait pas, c'était une question de volonté. Elle s'occupait des choses qui devaient être faites et la ville de Rome investit chaque année 800 millions pour un total de 4000 détenus. De toute façon, on travaille en collaboration avec la *Delega* car nous sommes réunis au sein de l'*Assessorato* car c'est lui qui nous donne l'espace nécessaire pour nous réunir. Le problème c'est qu'il n'y a pas qu'à Rome l'*Assessorato* aux services sociaux qui intervient en prison mais intervient également l'*Assessorato* pour le travail. Et nous actuellement avec que le *Piano cittadino* nous cherchons de faire intervenir également l'*Assessorato* pour l'école et l'*Assessorato* pour le logement. Nous avons comme interlocuteur direct le conseil communal ce qui implique que nous avons en face de nous la majorité mais aussi l'opposition municipale car la *Consulta* n'est pas sous la responsabilité d'un *Assessorato* mais elle dépend directement de la ville de Rome. C'est une institution autonome de la ville. Nous avons un statut différent de l'agence pour les toxicomanies qui dépend directement de *l'Assessorato* aux services sociaux.

F.E: Et donc l'Assessorato aux services sociaux ne peut pas intervenir sur votre structure?

L.M: Non c'est même l'inverse, c'est nous qui intervenons sur l'*Assessorato* aux services sociaux. Nous effectuant une mission de contrôle sur ce que réalise la ville de Rome en matière de prison. Par exemple nous allons voir l'*Assessorato* aux services sociaux et nous lui demandons "as-tu réalisé telle ou telle chose en prison?", "as-tu débloqué les fonds prévus?". C'est cela notre fonction, une fonction de consultation. La ville de Rome vient nous voir et nous demande des conseils sur les différentes décisions qui relèvent du milieu pénitentiaire. Nous avons également une mission de contrôle sur les actions qu'effectue la ville. La *Consulta* est composée d'un comité directeur qui rassemble onze organisations qui se réunissent de façon régulière puis il y a une assemblée qui rassemble toutes les organisations et enfin il existe un certain nombre de

commissions de travail. Il y a par exemple une commission sur les immigrés, une commission sur les femmes, une commission sur la santé, une commission sur le travail, une commission sur les droits et une commission sur les "sujets faibles". Dans la commission santé, il y a des communautés thérapeutiques comme Villa Maraini ou Parsec, l'ordre des psychologues, l'Agence pour les toxicomanies, il y a aussi le docteur Libianchi. Car la *Consulta* rassemble non seulement les organisations du secteur non lucratif mais elle peut faire appel aussi à d'autres personnalités extérieures jugées importantes. Il y a également le ministère de la justice mais qui ne participe pas très souvent, surtout cette période. Ces commissions réalisent des propositions que j'apporte ensuite en conseil communal pour les faire adopter.

[....]

L.M: Vis-à-vis de la loi de 1999 concernant la santé en prison, nous avons été à l'origine, avec la *Lega delle autonomie locali*… Car la loi du renouveau de la médecine pénitentiaire de 1999 qui a été réalisée sous le gouvernement de centre-gauche a été sollicitée par l'ensemble du tiers secteur qui voulait que la médecine pénitentiaire soit rattachée au système sanitaire national, la *Lega delle autonomie locali*, qui est une structure qui rassemble des communal, *provincie* et des régions italiennes et qui se sont associés afin de promouvoir la loi de 1999. La *Lega delle autonomie locali* existe depuis des dizaines d'années, elle s'intéresse à tous les problèmes des institutions locales dont le problème de la médecine pénitentiaire.

F.E: Vous avez participé au passage de loi de 1999?

L.M: La *Consulta* a participé à tous les passages de cette loi, des premières commissions parlementaires lorsque la loi était encore en cours de définition et puis nous avons voulu également associer à cette loi le tiers secteur et nous avons organisé pour cela trois congrès nationaux sur la médecine pénitentiaire. Une ultime chose que nous avons organisée étant donnée que malgré la loi, rien ne fonctionne, le 19 mars 2002, la Consulta a été à l'origine d'un congrès de dénonciation sur la non-application de la loi. Il y avait près de 300 personnes et nous avions réussir à rassembler de nombreuses organisations et nous avons dénoncé ce problème de la non d'application de la loi et nous avons fait venir un *Assessore* de la région Toscane car la région Toscane, grâce à la réforme du titre cinq de notre constitution qui donne une ample autonomie d'intervention aux régions notamment dans le domaine de la santé, a adopté une loi spécifique sur la médecine pénitentiaire. Étant donné que le gouvernement n'a pas actualisé les deux décrets d'application de la réforme de 1999, la région Toscane a adopté une loi régionale qui dit en substance que là où le ministère de la justice n'a pas agit, le fait la région. Car il faut savoir que le gouvernement actuel, outre le fait de ne pas appliquer la réforme de 1999, a coupé les fonds pour la médecine pénitentiaire. Et donc le gouvernement non seulement n'a pas appliqué le texte mais en plus coupé les fonds disponibles. Par exemple, le DAP ne donnera plus les moyens nécessaires pour le traitement des toxicomanes jusqu'en juin. Que disent-ils? Comme la loi de 1999 prévoyait que les toxicomanes et la prévention passent directement au système sanitaire national… Il a fallu près de quatre ans pour que les Sert puissent se développer dans chaque institut pénitentiaire. Ici, tu es à Rome mais si tu vas dans une prison du sud de l'Italie, on n'en parle même pas de cette affaire, tu es dans un autre pays là bas. Dans le Nord c'est le

même problème. En dehors des grandes villes, il y a de nombreux problèmes. Donc l'administration pénitentiaire dit comme les compétences sont passées au système sanitaire national, nous ne faisons plus d'interventions en prison. Et le problème c'est que l'argent reste bloqué au niveau de l'administration pénitentiaire qui n'effectue plus les interventions. Les ASL ne sont pas payées et disent "si tu ne me donnes par l'argent, je n'y vais pas". L e DAP dit "tu dois y aller car la loi le prévoit". Et à la fin nous sommes dans un immobilisme le plus complet. Face à cela, la région Toscane a élaboré une loi qui lui a permis d'ordonner aux ASL, puisqu'elles dépendent de la région, d'intervenir en prison. Elle a imposé aux hôpitaux de constituer des secteurs spécifiques pour l'hospitalisation des détenus. Mais cette situation est très grave selon moi car c'est l'administration pénitentiaire qui absorbe tous les fonds disponibles pour l'instant de la médecine pénitentiaire et c'est la région qui doit suppléer. Et avec cet argent que détient administration pénitentiaire, il se passe des scandales absolument illégaux. J'ai des documents ici que je ne peux pas te montrer mais dont je pense me servir pour faire éclater un scandale. Pour une visite d'un médecin de deux heures qui réalise 28 visites et qui s'est pris la modeste somme de 2500 EUR. Tu a compris? C'est un rapport purement clientéliste. La Cour des comptes italienne a dit récemment que la dépense de la médecine pénitentiaire est trop excessive, elle est de trois fois supérieures que pour un citoyen libre. Cela est lié aux surfacturations, aux médicaments également car tu dois savoir qu'il n'y a pas de transparence sur ces choses. Nous ne savons pas ce qu'il s'y passe là-dedans. Les deux autres régions expérimentales initiales, le Lazio et la Puglia n'ont absolument rien fait contrairement à la Toscane. Dans le Lazio c'est un fait politique car nous avons une direction de région qui est de centre-droite.

F.E: Et tu peux me dire quelle est la position des médecins pénitentiaires vis-à-vis de cette loi?

L.M: Ce sont eux qui ont fait l'obstruction la plus importante dans l'application de cette loi. C'est l'AMAPI. Ils ont une position très rigide et sont absolument très contraires au transfert des compétences et du budget. C'est un lobby. C'est eux qui ont une responsabilité à 99 % de la non-application de cette loi. Le pour cent de responsabilité restant revient aux ministères, aussi bien le ministère que de la justice que de la santé. Mais la question n'est pas uniquement partisane car le gouvernement de centre-gauche aurait eu également le temps d'appliquer cette loi s'il avait voulu. La loi a été approuvée en 1999 et le gouvernement de centre-droit est arrivé au pouvoir en 2001, ce qui laissait deux ans pour son application. Parce que les lobbies aussi bien de l'influence d'un côté que de l'autre. C'est la ministre Rosy Bindi qui a porté cette loi mais elle aussi a dû affronter l'opposition des lobbies. Comme le docteur Libianchi aime le répéter, en France il a suffi quatre mois pour appliquer la loi et en Italie cela fait déjà quatre ans.

F.E: Et au niveau régional qu'elle est l'application de la loi?

L.M: Sur Rome tu connais la situation, il y a eu des modifications au niveau de Rebbibia et Regina Coeli. Mais le problème c'est que je me connais pas la situation dans les petits instituts pénitentiaires comme Viterbo ou Civitavecchia. Le problème c'est qu'il y a une absence de contrôle au niveau national ou régional. Et sans ce contrôle chacun fait comme bon lui semble. Cela relève au niveau régional de l'*Assessore* pour la santé. Il y a aussi un service pour les questions pénitentiaires qui est dirigé par un ancien responsable

du DAP.

F.E: En 1999, la loi a été suivie par beaucoup de débats parlementaires?

L.M: Nous, nous avons réussi à faire porter le débat par l'intermédiaire de certains députés qui étaient intéressés sur le sujet. Ils se sont chargés d'interroger les ministres et le gouvernement sur l'absence de changement. Mais le problème c'est qu'il n'y a pas de véritable mobilisation politique sur cette chose car il n'y a pas une coupure politique qui permettrait que des personnes descendent dans la rue pour demander l'application de la loi. Il y a une indifférence au niveau du centre-gauche ou du centre-droit qui équivalente. Au niveau de la municipalité, c'est pareil. Il y a une indifférence totale. C'est nous qui faisons les politiques en matière de milieu pénitentiaire sur Rome. En pratique, les prisons, je les tiens entre mes mains. Toutes les actions qui sont faites sur les prisons à Rome, se sont faites à partir de nos propositions. Nous avons même organisé un conseil municipal. Le maire avec ses *Assessori*, la majorité et l'opposition sont allées faire un conseil municipal à Rebbibia où ils ont pris des engagements formels dont la décision la plus importante a été de consacrer la prison de Rebbibia comme un arrondissement en soi. Rome est constituée de 19 arrondissements et Rebbibia constitue le XXe. Ainsi les détenus en tant que citoyen de la ville de Rome ont droit aux mêmes prestations que les autres citoyens.

L.M: En outre, le conseil municipal de Rome a établi le la figure du "garant". Le garant est un personnage qui sert de référence pour la protection des droits des détenus sur les prisons de Rome. C'est la personne qui recevra toutes les plaintes des détenus sur le non-respect de leurs droits. Il s'agit là aussi d'une des initiatives de la ville qui place Rome parmi les villes les plus innovantes en matière pénitentiaire. La *Consulta*, le *Piano cittadino* et le garant constituent les trois éléments du modèle romain qui constitue contre modèle face à la politique du ministre actuel de la justice Bertelli.

F.E: Quel type de problèmes rencontrez-vous par exemple en matière de santé pénitentiaire?

L.M: Ce sont des problèmes très graves. Par exemple les détenus ne peuvent pas être hospitalisés la plupart du temps dans les hôpitaux car des secteurs spécifiques d'hospitalisation des détenus n'ont pas été installé. Il faut savoir qu'à Rome, il y a longtemps, dans l'hôpital Sandro Pertini qui est le plus proche de la prison, était prévu la réalisation d'une section uniquement consacrée aux détenus. Car très souvent nous avons une difficulté, outre le fait de trouver une place libre, qui est lié aux exigences de sécurité. D'une part, la surveillance peut gêner les autres patients qui sont libres. D'autre part, si les détenus sont hospitalisés dans les différentes sections des différents hôpitaux romains, cela augmente le nombre de surveillants nécessaires. L'administration pénitentiaire n'a pas eu le personnel suffisant pour cela. Pour résoudre ce genre de difficulté et pour éviter des refus soit de la part de l'hôpital soit de la part de la police pénitentiaire, nous avons envisagé de créer un service spécifique pour les détenus. Le résultat est que beaucoup de personnes ne peuvent pas faire de consultations hospitalières ce qui entraîne des drames. Par exemple il y avait un détenu qui avait un bout de fer dans le fémur mais qui n'a pas pu faire de kinésithérapie et sa jambe a développé une gangrène par manque de mouvement. Je suis allé visiter certains malades

du sida qui étaient en phase terminale et qui ne pouvaient ni manger, ni se lever. Et le problème de manque de moyen ne se pose pas uniquement pour les structures hospitalières mais pour toutes les structures territoriales. Par exemple si un toxicomane à sa sortie de prison recommence à effectuer un délit. Et les structures territoriales comme les services sociaux ont très peu de places disponibles. Le *Piano cittadino* a pour but que la commune ou la région mobilise des fonds nécessaires en faveur de l'accueil des toxicomanes ou des malades du sida. Car tu sais que la loi prévoit un régime d'incompatibilité avec la vie carcérale. Mais le problème c'est que s'ils n'ont pas à l'extérieur une famille qui puisse les accueillir ou une structure alors ils continuent à rester en prison. Un autre problème important de l'application de cette loi c'est le fameux principal de la "discrétionnalité" du juge. C'est sûr que les personnes atteintes de sida qui vivent en prison ne reçoivent pas l'attention qu'ils devraient avoir. Au niveau des soins par exemple mais aussi au niveau du régime alimentaire ou encore niveau du soutien psychologique. On sait très bien que ces éléments influencent beaucoup sur le pronostic et l'évolution de la maladie.

F.E: Et pourquoi le service d'hospitalisation n'a pas été construit à l'hôpital comme cela avait été prévu?

L.M: Parce qu'il n'y avait pas la volonté de le faire.

[...] Il y a de plus en plus de personnes âgées dans les prisons. Tu sais qu'en Italie il y a une loi depuis des années 70 qui prévoit qu'à partir d'un certain âge les détenus finissent de purger leur peine à l'extérieur. Le problème c'est que s'ils n'ont pas une famille qui puisse les accueillire à leur sortie alors et ne peuvent pas bénéficier de cette mesure. Et la semaine dernière encore j'ai été visité en prison un homme qui avait plus de 90 ans. Le problème des prisons en Italie c'est que les lois de l'Etat ne s'y appliquent pas comme elles devraient. La prison constitue un monde autonome coupé du reste de la société. Et le but de la loi de 1999, outre d'améliorer la prise en charge sanitaire des détenus, c'était d'affirmer le principe d'ouverture de la prison. La prison ne doit pas rester repliée sur elle-même, elle fait partie de notre pays. C'est une institution d'Etat. En Italie il y a un proverbe qui dit "fais la loi et trouve le "truc"" c'est-à-dire que une fois que tu as trouvée comment détourner la loi, tu peux la promulguer. Comme ça le gouvernement bénéficie d'une présomption d'innocence puisqu'il a élaboré la loi.

[...] Cela est le cadre général de la situation en Italie et nous, nous ne pouvons rien faire d'autres que d'essayer d'activer la chose au niveau politique en portant plainte ou en essayant de mobiliser les médias. Le problème c'est que souvent les médias n'aident pas la cause des prisons car ils ne nous appellent que lorsque quelqu'un est mort en prison pour savoir s'il est mort de naturelle ou s'il a été assassiné. Et s'il est mort de mort naturel, ils s'en fichent. Ils veulent un scoop médiatique. Ils devraient exercer une fonction d'information sur les prisons auprès des citoyens.

[...] Le principe du recupero est un principe à valeur constitutionnelle qui a été appliqué pour la première fois à travers la loi Gozzini. C'est une loi qui est quasiment inappliquée mis à part pour les délits politiques ou mafieux.

[...] Les magistrats de surveillance ont une fonction primordiale c'est celle de surveiller et de contrôler, d'inspecter les prisons. Ils servent de référant en cas de violation

des droits des détenus afin de les faire appliquer. Le problème, c'est que c'est tout l'inverse. Car quand ils reçoivent la demande d'un détenu pour pouvoir accéder à une loi, ils créent des centaines de problèmes et trouvent toujours des excuses et au final les personnes restent en prison. Si tu leur demandes pourquoi, ils vont te répondre qu'ils ne sont pas assez nombreux. C'est l'excuse que les institutions italiennes sont en train d'utiliser pour justifier ce qu'il se passe en prison.

F.*E: Et en revanche pourquoi le ministère de la santé n'essaie pas d'accélérer l'application de la loi?*

L.M: Parce qu'ils n'ont aucun intérêt à le faire. Parce que cela représente un coût. Ça ne les intéresse pas. Tout est prévu normalement par la loi. Par exemple il est prévu que le personnel passe du ministère de la justice au ministère de la santé. Ce sont des excuses. Mais il y a des réticences assez fortes des ASL elles-mêmes. Par exemple je viens de proposer il y a peu de temps que le service d'aide aux handicapés de la ville de Rome puisse accéder aux dix personnes handicapées qui se situent dans le *Nuovo complesso* de Rebbibia. La municipalité s'est tout de suite montrée très enthousiaste à cette proposition. En revanche j'attends encore la réponse des ASL. Nous verrons bien. Tu dois bien être conscient que les ASL relèvent des prérogatives de la région et qu'elles se trouvent donc placées sous la responsabilité directe de la Région qui est actuellement de droite. Les responsables des ASL sont nommés par la Région Lazio. Quand Storace est arrivé au pouvoir, le président de la région Lazio, il a démis de leurs fonctions tout les dirigeants des ASL qui avaient été installés par le précédent gouvernement régional. Cela a été une épuration des services et il a mis en place des personnes dont la réputation est très discutable, ce qui lui a permis de les contrôler directement. Le problème c'est que tout est géré par la politique au lieu de l'être par des principes généraux. La santé ne se fait pas selon des impératifs réels de santé publique mais selon des raisons électorales.

F.E : En revanche, je sais qu'il y a un service d'hospitalisation à Regina Coeli ?

L.M: Oui, car après la réforme, l'administration pénitentiaire ne devait plus faire de dépense en faveur de la santé des détenus car toutes les compétences ont été transférées à la santé. En revanche, la DAP n'en a fait qu'à sa tête et a utilisé des milliards pour construire cette unité d'hospitalisation. Ils ont fait cette section qui est inutilisable car ils n'ont pas le personnel. Donc nous avons dépensé des milliards et les personnes ne peuvent pas être soignées. Il n'y a pas le personnel suffisant pour opérer les transferts de Rebbibia à Regina Coeli. Ce centre est quasiment inutilisé, si ce n'est de quelques personnes de Regina Coeli. Cela n'avait pas de sens. Cet argent aurait du être donné à l'ASL.

Entretien n°25 : Mme Covelli, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire du *Nuovo complesso* (Rebbibia), 09/06/2003, 1h20.

C.C: Le Nouvo complesso est divisé en cinq sections. Je suis directrice de la section pénale, appelée G8, qui est consacrée aux personnes qui sont déjà condamnées à des longues peines et il y a également une section spéciale pour les transsexuels. En tant que directrice de la section pénale, j'exerce avant tout une fonction de gestion du personnel et

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

des détenus. J'ai en particulier le rôle de coordonner les différentes interventions par exemple entre les éducateurs, les médecins et les psychologues.

F.E: Combien de médecins sont présents dans chaque section ?

C.C: Chaque section comporte un médecin titulaire, ce qui fait qu'il y en a donc six en tout. Il y a en plus dans chaque section plusieurs médecins de gardes qui sont présents 24 heures sur 24 et qui se relaient donc en permanence. En revanche le médecin titulaire n'est astreint à être présent que trois heures par jour et cela en fonction de son souhait. Par exemple s'il ne souhaite être là que le matin, il ne vient que le matin. Le médecin titulaire fait les visites ordinaires auprès des détenus mais surtout il rédige tous les certificats. C'est bien sûr lui qui prescrit les thérapies. Si un détenu veut consulter un spécialiste, c'est également lui qui peut le décider. Cela dépend si la visite en spécialiste peut se faire sur place, à Rebbibia, ou si elle nécessite d'être faite à l'hôpital. Le médecin doit alors demander un certificat par le secrétariat médical qui demande l'autorisation au magistrat de surveillance et à l'autorité judiciaire qui doit lui accorder son permis si la personne est en attente de jugement. Il y a donc une double responsabilité partagée entre le magistrat de surveillance et le médecin.

F.E : Et en cas d'urgence comment cela se déroule t'il?

C.C: En cas d'urgence, le médecin présent ici fait un certificat qui doit être ratifié par le directeur ou un sous-directeur, c'est-à-dire un responsable de section, en vertu de l'article 17 de la loi de 2000. Si cela se déroule la nuit et que les directeurs où les sous-directeurs ne sont pas présents dans l'institut alors on peut nous contacter en permanence et nous pouvons donner notre autorisation par téléphone. Ce n'est que dans un second temps, c'est-à-dire après que l'extraction d'urgence a eu lieu, qu'on demande alors la ratification du magistrat.

F.E : Et pour les hospitalisations?

C.C: Alors on distingue deux types d'hospitalisation. Il y a les hospitalisations d'urgence ou les hospitalisations programmées. Si elle est programmée alors le magistrat demande à la police d'effectuer un contrôle et une vérification sur les lieux. C'est-à-dire que la police se rend sur les lieux pour vérifier qu'ils soient conformes à une hospitalisation d'un détenu. Cela nous demande bien sûr une demande en personnel assez importante. Si l'hospitalisation a lieu en urgence alors elle se fait automatiquement au Pertini en raison de sa proximité.

F.E : Et comment s'effectue le choix de l'hôpital?

C.C: Alors pour le choix de l'hôpital, c'est l'infirmerie qui envoie un appel à quelques hôpitaux et l'attribution se fait donc en fonction des disponibilités. C'est-à-dire que c'est le premier hôpital qui répond qui prend en charge le détenu.

F.E : Et il n'y a pas de réticences de la part des hôpitaux à prendre en charge des détenus?

C.C: Non, non. Nous avons toujours réussi à trouver un hôpital pour prendre en charge un détenu. En fait nous avions un projet qui était d'établir une unité spéciale pour détenus au Pertini car cela nous permettrait de garantir un placement en permanence. Cela serait d'ailleurs beaucoup plus facile pour des questions de sécurité car cela ne

mobiliserait pas autant de surveillants pour la garde. Mais le projet est en attente depuis plus de trois ans. Il y a aussi Regina Coeli qui dispose d'un CDT, *Centro diagnostico terapeutico*, depuis quelques années et il nous arrive fréquemment d'y avoir recours. C'est sûr que si on a le choix entre un hôpital extérieur et celui de Regina Coeli, en préférera avoir recours au second car au moins on reste dans la même structure, c'est-à-dire dans l'administration pénitentiaire. Mais cela n'est pas toujours possible car les places sont peu nombreuses et il est souvent plein.

[...]

C.C: Il faut savoir que le magistrat de surveillance est la principale figure de surveillance afin de garantir les droits fondamentaux du détenu. En cas de violation présumée de ses droits, il peut se rendre sur place en prison ou agir par écrit. L'avantage c'est que pour les peines alternatives, il peut agir avant une décision du tribunal car avant il fallait toujours attendre le jugement, ce qui pouvait prendre du temps.

[...]

C.C: Pour le suivi du détenu, nous élaborons tous les six mois un programme thérapeutique. Il s'agit d'une équipe qui réunit aussi bien l'administration pénitentiaire, les éducateurs ou les psychologues et qui élaborent pour chaque détenu définitif un programme notamment par rapport aux différentes activités comme le travail ou les activités scolaires. Ce programme doit être impérativement soumis au magistrat qui doit l'approuver.

F.E : Je voulais savoir si des contrôles sanitaires étaient effectués par des organismes extérieurs comme par exemple le ministère de la santé?

C.C: Non, il n'y a aucun contrôle extérieur. Il y a bien sûr en revanche le *Provveditore regionale* de l'administration pénitentiaire qui exerce une fonction de contrôle. Il peut parfois faire des visites sans prévenir mais cela est plutôt assez rare.

[...]

C.C: Toutes les activités médicales du Nuovo complesso sont coordonnées entre les différentes section par un médecin titulaire. C'est un médecin qui travaille ici depuis plus de vingt ans et qui est très compétent. Je sais qu'en dehors de la prison il exerce des activités dans le secteur privé.

F.E : Je voulais savoir si les cours de prévention avaient été organisés?

C.C: Oui quelquefois, par exemple il y a quelques années l'ASL RmB a organisé un cours de prévention sur la tuberculose auprès du personnel de surveillance. Pour leur expliquer notamment quelles devaient être les précautions à prendre dans leurs relations avec les détenus. Ils ont également organisé un cours de prévention des maladies infectieuses auprès des surveillants sur les réactions à adopter en cas de difficultés.

F.E : N'avez-vous pas rencontré des problèmes du respect du secret médical?

C.C: Alors, en théorie seul le médecin est en mesure de connaître la séropositivité des détenus puisqu'il est lié par le secret professionnel. Bien sûr, il doit le communiqué en cas de besoin. Par exemple, l'éducateur peut en avoir besoin. Mais en fait cela se sait plus ou moins par tout le monde, tout simplement car les détenus sont les premiers à le

dire.

[...]

C.C: Le magistrat peut choisir en dernier recours d'accorder à un détenu l'état d'incompatibilité entre l'incarcération et sa maladie et la personne peut alors être mise en *arresti domicilari*.

F.E : Comment la procédure se déroule-t-elle ? C'est le détenu qui doit le demander au médecin ?

C.C: En théorie non. Le détenu n'a pas à le demander car le médecin devrait se saisir lui-même du dossier du patient et le transmettre au juge. Il peut arriver que cela ne se passe pas comme cela. Bien sûr tous les cas de sida ne sont pas déclarés incompatibles et nous avons en détention plusieurs cas de sida déclarés mais cela signifie que leur niveau de CDA4 n'est pas en dessous de la loi ou que leur état physique est jugé suffisant pour pouvoir être incarcéré.

F.E : Comment s'effectue le suivi social du détenu?

C.C: Nous disposons dans l'administration pénitentiaire de plusieurs éducateurs qui réalisent des entretiens avec le détenu pour évaluer ses besoins. Ils envoient alors une note au CSSA qui se situe à Trastevere dans laquelle ils demandent une prise en charge à l'extérieur et c'est le directeur du centre social qui assure la répartition des dossiers entre les assistants sociaux. Les assistants sociaux extérieurs peuvent alors vérifier la situation sociale du détenu notamment vis-à-vis de sa famille ou encore s'il a un travail. L'assistant social réalise un dossier à partir de cette enquête et il le porte à l'équipe pénitentiaire. Cela est très important car si la personne n'a pas de contacts extérieurs, elle ne peut pas bénéficier des mesures alternatives. Par exemple, si un détenu veut bénéficier d'une mesure de réduction de peine par exemple si on lui offre un travail à l'extérieur, alors l'assistant social doit absolument vérifier l'authenticité de cette offre de travail, que ce poste existe véritablement. Et si le détenu sort de prison en bénéficiant d'une de ces mesures il doit alors certifier sa présence en se rendant auprès du CSSA.

F.E : Les éducateurs du CSSA travaillent-ils en lien avec le personnel médical?

C.C: Non ils n'ont pas de rencontres et ils n'ont pas de rapports spécifiques avec le service sanitaire. En revanche, c'est l'éducateur pénitentiaire qui effectue le lien entre les deux.

F.E : Le personnel médical a-t-il fait des formations auprès des surveillants?

C.C: Oui il y avait eu par exemple des cours de premiers secours qui avaient été réalisés par des médecins pénitentiaires sur la demande de l'administration. Le personnel de surveillance avait demandé notamment des cours de premiers secours pour savoir réagir en cas de problèmes urgents. Ils avaient aussi demandé une formation pour connaître un peu mieux les différents problèmes psychiatriques car ils aimeraient savoir comment gérer la population carcérale qui est de plus en plus atteintes de trouble.

F.E : Y a-t-il une section spécifique pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques?

C.C: Actuellement non mais il existait auparavant une section spécifique pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Les personnes étaient alors envoyées au PO, c'est-à-dire à la *Preosservazione psiciatrica*. L'endroit existe plus aujourd'hui car il a été fermé.

F.E : Pourquoi ?

C.C: Il a été fermé en 1998 pour qu'on y fasse des restructurations et puis il n'a jamais été réouvert. En fait la place libre a été occupée par la section de haute surveillance. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont maintenant traitées dans chaque section. Moi par exemple à la section pénale, j'ai trois cas vraiment graves.

F.E : Les personnes sont isolées dans des cellules ?

C.C: Non pas du tout. Elles vivent avec d'autres compagnons de cellules. Ça se passe plutôt bien. Ces fous, entre guillemets, sont traités de toute façon avec des médicaments, des tranquillisants notamment. Ils se comportent de façon assez normale la plupart du temps. Il leur arrive d'avoir des crises par moment bien sûr. Mais quand je vous dis que c'est grave, ça reste gérable. Je pense cependant que ma collègue on a beaucoup plus dans sa section.

[…]

Et en cas de personnes gravement atteintes, le psychiatre à qui le détenu a été présenté par le médecin peut proposer de placer la personne en OPJ, c'est-à-dire en *Ospedale psiciatrico giudiziare*. La proposition est alors soumise au magistrat et la personne est envoyée en cas d'accord en OPJ pour une durée maximale de 30 jours. Cette durée peut bien sûr être reconduite en cas de besoin car il est rare que les personnes qu'on y envoie soient guéries à leur retour. En fait, souvent c'est l'inverse, elles sont très énervées car elles sont en colère qu'on les a envoyées là-bas. L'avantage c'est qu'il y a suffisamment d'OPJ sur tout le territoire pour qu'on puisse trouver les places disponibles.

F.E : Mais il n'existe pas des mesures de désincarcération pour ces personnes?

C.C: Si, la loi prévoit des mesures de désincarcération concernant les personnes affectées de troubles psychiatriques graves mais en fait elles ne sont presque jamais utilisées puisqu'en principe on a recours aux OPJ. Et puis il existe aussi l'article 111 selon lequel la personne peut être envoyée de façon définitive en OPJ pour toute la durée de sa peine.

F.E : Je voulais savoir s'il y avait déjà eu des distributions de préservatifs en détention?

C.C: Non car la distribution de préservatifs est interdite et cela ne s'est jamais fait à Rebbibia. Ce sont des objets interdits en détention. Quelquefois on en a trouvé en cas de fouilles dans des cellules et dans ce cas on les saisit immédiatement. C'est encore arrivé la semaine dernière par exemple. En principe ce sont les personnes extérieures à la prison qui les apporte comme des volontaires par exemple. Ils rentrent en détention avec ces objets et les distribuent pour des motifs humanitaires par exemple.

Entretien n°26 : Laura Passaretti, sous-directrice de l'établissement pénitentiaire du *Nuovo complesso* (Rebbibia), 09/06/2003, 1h00.

L.P: Je m'occupe de la section G11 qui est un quartier de moyenne sécurité destiné aux détenus en attente de jugement ou pour les courtes peines c'est-à-dire inférieures à cinq ans. Mais en réalité nous avons aussi des détenus de longue peine. Et le problème c'est qu'on ne devrait pas pouvoir mettre dans une section des personnes en attente de jugement et des détenus définitifs car ils devraient bénéficier d'un traitement différent. En droit, les personnes en attente de jugement bénéficient de la présomption d'innocence et sont considérés comme étant non-coupables. On ne peut pas par exemple les soumettre à un traitement de réhabilitation. En réalité bien sûr ces personnes font les mêmes activités.

F.E : Vous savez quel est le nombre de toxicomanes dans la prison ?

L.P: L'institut comprend une moyenne de 30 % de toxicomanes. Bien sûr il ne s'agit que de la toxicomanie émergente c'est-à-dire qui se fonde sur les déclarations des détenus qui veulent bien se reconnaître comme toxicomane, ce qui laisse penser qu'il y en a davantage.

[...]

L.P: En 1998, nous avons décidé de créer une section spécifique pour les toxicomanes ce qui explique leur nombre important dans la section dont je m'occupe actuellement, le G11. Nous avons alors élaboré un projet de traitement triennal financé par le ministère de la justice et qui comportait des activités spécifiques. Le fait d'avoir regroupé les toxicomanes dans une section de quarante places facilitait considérablement les activités. On leur proposait par exemple du théâtre, du jardinage et des cours de céramique. Mais les fonds ont été suspendus en 2002 à la fin du programme et il n'a pas été reconduit. C'est d'ailleurs pourquoi nous avons fermé la section pour toxicomanes et qu'ils ont été répartis avec les autres détenus. Ils font maintenant les mêmes activités que les autres comme par exemple l'école ou la formation professionnelle.

F.E : Quelle avait été la conclusion de cette expérience?

L.P: Selon moi, cette initiative était intéressante même si elle n'a pas vraiment fonctionné. Ce qui a le plus manqué, c'était la collaboration du Sert car le personnel du Sert a suivi les toxicomanes de ce programme comme tous les autres détenus et n'a pas voulu leur accorder un statut particulier. Ils ne se sont pas suffisamment investis selon moi sur ce projet.

F.E : Il y a des structures associatives qui interviennent dans votre section pour le traitement des toxicomanes?

L.P: Oui, par exemple il y a les Narcotiques anonymes qui interviennent depuis 1999. Ils lancent ponctuellement des campagnes et organisent des groupes qui se réunissent de façon hebdomadaire. Ce sont des groupes de discussion organisés par d'anciens toxicomanes. Il y a également Villa Maraini qui intervient. Ce sont deux types

d'intervention mais c'est assez différent des narcotiques anonymes. Ils organisent également un groupe de discussion mais celui-ci n'est pas volontaire. Ils sont rétribués car en fait ils ont répondu à un appel d'offre lancé par la prison. Ils ont également fréquemment des rencontres avec des détenus pour les prendre en charge par leur communauté thérapeutique dans le cadre de l'*affidamento in prova*.

F.E : Quelle prise en charge y a-t-il des toxicomanes sidéens?

L.P: Nous disposons de psychologues de l'administration pénitentiaire et il y a également des psychologues du Sert qui organisent régulièrement des entretiens avec des détenus toxicomanes sidéens notamment parce qu'il s'agit d'une maladie très difficile à prendre en charge. Le problème c'est que le personnel du Sert a tendance à délaisser les toxicomanes qui sont porteurs du sida.

F.E : Comment se déroule la mesure d'affidamento in prova?

L.P: Il faut déjà que les détenus puissent correspondre aux trois conditions. Il faut tout d'abord que le toxicomane soit certifié comme tel par le Sert, il faut qu'il y ait également de la disponibilité en communauté ce qui pose notamment des problèmes pour les alcooliques pour lesquels il y a très peu de place en communauté, il faut enfin que la peine résiduelle ne soit pas supérieure à quatre ans tandis que les mesures de libération conditionnelle peuvent être obtenues pour les autres détenus avec une peine résiduelle inférieure à trois ans.

F.E : Quelle est la prise en charge des toxicomanes?

L.P: Les personnes qui arrivent ici et qui sont en crise d'abstinence sont envoyées à leur arrivée à l'infirmerie qui se situe dans la section G14 et où ils sont pris en charge de façon médicale par le Sert a scalare pour une durée d'un mois après quoi ils réintègrent notre section.

F.E : Pourquoi avoir fermé la section spécifique pour les toxicomanes ?

L.P: On a fermé cette section car du moment qu'il n'y avait plus d'actions spécifiques qui leur étaient destinées ça ne servait plus à rien. En plus, il y avait le risque de les géthoiser et c'est pourquoi nous avons préféré fermer cette section. C'est vrai que ça ne les aidait pas forcément de les laisser ensemble car ils avaient tendance à parler de leur dépendance et de leurs doses quotidiennes.

[...]

L.P: Pour nous, cette section représentait une étape intermédiaire car elle s'adressait à des détenus déjà désintoxiqués par la méthadone après leur passage à l'infirmerie mais qui ne sont pas pour autant en fin de peine parce qu'après les toxicomanes peuvent intégrer la Terza casa, qui constitue une sorte de pré communauté et qui est en surveillance atténuée. C'était donc une étape intermédiaire entre la désintoxication et la réinsertion.

F.E : Quelles sont les conditions pour intégrer cette terza casa?

L.P: Il faut que le détenu dispose une peine résiduelle inférieure à 3 ans, qu'il ait plus de 36 ans, qu'il soit condamné à une peine définitive et qu'il n'ait pas de pathologie

particulière. Bien sûr les personnes admises ne viennent pas uniquement de notre section, du G11 mais de toute la région car dans les autres établissements il y a des sections pour toxicomanes mais pas comme la terza casa. Bien sûr la majorité des personnes vient de notre section.

F.E : Je voulais savoir si les assistants sociaux du CSSA travaillent en lien avec les assistants sociaux du Sert?

L.P: Non, à ma connaissance il n'y a pas un travail spécifique entre les deux.

F.E : Connaissez-vous le nombre de personnes sidéennes ou séropositives dans l'institut?

L.P: Il y a à l'infirmerie seize cas de sida déclarés qui sont hospitalisés. Dans ma section, j'ai 60 personnes séropositives qui sont suivis par un médecin infectiologue conventionné et qui est rattaché à l'infirmerie. Les soins, et notamment les antirétroviraux, sont assurés par le Spallanzani bien que la convention vient de changer et se fait désormais avec l'hôpital San Giovanni. Il y a également des psychiatres pénitentiaires qui suivent ces personnes. En fait, normalement les psychologues du Sert devraient également s'en occuper mais elles ne sont pas vraiment impliquées sur ce point là.

F.E : Avez-vous organisé des actions de prévention?

L.P: Il y a une psychologue qui avait réalisé une formation d'éducation à la santé sur le sida qui était destiné aux surveillants. C'était une formation sur les pratiques à risques notamment vis-à-vis du sang. Il devait y avoir avec elle un médecin qui devait participer mais qui n'était pas venu au dernier moment. Cette action s'était faite à l'initiative de cette psychologue et je me rappelle d'ailleurs qu'elle était volontaire et qu'elle n'était pas rémunérée [...] Il y avait aussi les opérateurs de l'ASL qui avaient développé des programmes de prévention qui ont été reconduits pendant plusieurs années mais ils n'ont pas eu lieu cette année.

F.E : Distribuez-vous des dépliants de prévention?

L.P: Non, nous ne le faisons pas directement. En fait, il y ait des associations de volontaires qui distribuent ce genre de dépliants aux détenus notamment par rapport au risque de contamination avec les brosses à dent ou les rasoirs.

F.E : Les surveillants ont-ils connaissance de la séropositivité des détenus?

L.P: Oui la plupart du temps le personnel sait qui est séropositif en fonction des traitements que prennent les détenus mais on leur demande de se comporter comme si tout le monde était séropositif. Ce qui signifie de porter le matériel requis comme par exemple des gants et des masques en cas de situation de risque.

F.E : Je voulais savoir si les personnes extracommunautaires pouvaient bénéficier des même mesures que les toxicomanes italiens?

L.P: En droit oui, mais le problème c'est qu'ils ont beaucoup plus de difficulté à y accéder car selon la loi c'est à l'administration pénitentiaire de rétribuer les communautés thérapeutiques qui prennent en charge les toxicomanes qui bénéficient de ces mesures.

Le problème c'est que l'administration pénitentiaire refuse de prendre en charge les détenus émigrés qui ne disposent pas d'un permis de séjour et donc les communautés ne les prennent pas en charge.

Entretien n°27: Anna-Maria Pisacone, responsable du bureau « Sida » de la ville de Rome, 10/06/2003, 1h10.

Responsable du bureau de prise en charge des sidéens de la ville de Rome.

Leur principale activité est de traiter les demandes d'aide à domicile, ils prennent en charge près de 400 personnes sur l'ensemble de la ville à travers une délégation à 6 organismes associatifs, le plus souvent des communautés thérapeutiques.

A-M.P: Nous travaillons depuis décembre 2002, c'est donc très récent, avec les prisons de Rome, Rebbibia et Regina Coeli. Par exemple lorsqu'un détenu qui a le sida doit sortir dans un délai de trois ou quatre mois et qu'il a besoin d'aide pour préparer sa sortie alors nous envoyons en prison des opérateurs qui effectuent plusieurs entretiens avec lui au cours desquels nous définissons ses besoins. Notamment s'il a besoin d'un logement ou d'effectuer des démarches auprès d'une administration. Nous travaillons également sur les rapports qu'il entretient avec sa famille.

[…]

A-M.P: Nous avons souhaité développer ce secteur à la demande de plusieurs communautés avec lesquels nous travaillons et qui ont rencontré plusieurs problèmes. En effet cela leur arrive fréquemment de travailler avec une personne sidéenne qui est arrêtée puis mise en prison. L'incarcération de la personne met le plus souvent fin au rapport que nous avions avec elle. Par exemple nous travaillons avec plusieurs personnes qui sont en *arresti domiciliari* mais si jamais ces personnes commettent un délit ou viennent à s'échapper alors le magistrat met fin à cette mesure et la personne vient hospitaliser en prison puisque chaque prison dispose d'un centro clinico.

[….]

A-M.P: Nous avons désormais depuis décembre 2002 le rôle d'organiser des actions de prévention en prison. Nous avons pour l'instant seulement accompagné l'association La Lila qui a organisé plusieurs rencontres avec le personnel pénitentiaire sur les risques de contamination. Nous avons notamment indiqué aux surveillants que la toxicomanie n'est aujourd'hui plus la principale voie de contamination mais qu'il s'agit de la voie sexuelle. Donc nous avons participé à des groupes de discussions et nous avons distribué des petits dépliants d'information. Mais le problème majeur reste le fait qu'il est interdit de distribuer des préservatifs en prison. En fait l'administration pénitentiaire a peur qu'ils puissent servir à faire circuler de la drogue. Donco n peut en amener pour servir de démonstration mais on ne peut pas en distribuer.

[…]

A-M.P: Il y a beaucoup d'associations de volontaires en Italie qui interviennent en prison. Il y en a sûrement trop en fait. En fait, il n'a pas été facile pour nous d'arriver à travailler en prison car quand nous sommes entrés en contact avec Rebbibia, on ne nous

a pas considérés comme une institution de la ville de Rome mais comme une simple association. Arriver à nous faire reconnaître n'a pas été facile et notamment parce qu'il y a beaucoup d'associations de volontaires et que les prisons se méfient parfois un peu de leurs activités. Et puis je pense que le caractère spontané du volontariat peut sembler un avantage mais cela représente beaucoup de problèmes notamment parce qu'il ne s'agit pas d'une action programmée. Il n'y a pas de contrôle. C'est d'ailleurs pour cela que la ville de Rome a conçu un *Piano cittadino* afin de pouvoir englober les différentes activités des associations de volontaires. Car elles ont surtout des activités caritatives comme par exemple la distribution de chocolats ou l'enseignement en prison. En revanche, il y en a peu qui s'occupent des problèmes de travail ou des relations avec la famille qui sont malheureusement peu pris en charge. Ces associations sont davantage à caractère philanthropique.

[...]

A-M.P: Les relations sont pour nous beaucoup plus facile avec Rebbibia que Regina Coeli car le Sert de Rebbibia nous sert d'interface dans nos relations avec la prison. Nous avons pour ainsi dire des rapports privilégiés. Tandis qu'à Regina Coeli, le fait que le Sert soit externe à la prison ne facilite pas les rapports. En plus il s'agit d'une prison de passage où les détenus restent peu et cela rend la prise en charge assez difficile.

[…]

A-M.P: Le problème actuellement c'est celui des *doppia diagnosi*, c'est-à-dire des personnes qui sont à la fois séropositives et qui présentent des troubles mentaux très importants. Il y en a ces dernières années de plus en plus. Car l'amélioration des thérapies a permis aux malades de vivre de plus en plus longtemps et le problème et que cela a entraîné une détérioration de leur santé mentale du fait de vivre avec une maladie aussi lourde. Et actuellement nous avons un problème de prise en charge de ces personnes. Car les services de soin psychiatrique qui se situent dans les ASL refusent de les prendre en charge du fait qu'il s'agit de personnes sidéennes. Mais les Sert refusent également le plus souvent [...] En Italie, personne ne veut s'occuper des malades du sida. Pour ceux qui sont toxicomanes, les Sert accordent toute l'attention sur le problème du sida et occulte leur toxicomanie. En fait, ils se déchargent sur nous. Si une personne a le sida, sa toxicomanie va sembler presque secondaire car le fait qu'elle ait le sida lui donne une étiquette.

[…]

A-M.P: Le problème au niveau du sida, c'est qu'il n'y a quasiment aucune coordination au niveau national. C'est en fait le bureau SIDA de la région qui devrait s'en occuper. Celui-ci a notamment un rôle pour accréditer des organismes qui sont habilités à prendre en charge les personnes sidéennes. Le problème est que nous avons très peu de relations et nous n'en avons quasiment pas entendu parler depuis un an et demi.

[…]

A-M.P: Le problème c'est que nous n'avons encore que très peu d'expérience avec la prison. Et pourtant nous avons voulu commencer à travailler avec eux depuis plus d'un an mais nous avons rencontré beaucoup de problèmes. Déjà cela était très difficile de se

faire reconnaître comme une institution de la municipalité. Et puis nous avons dû organiser de nombreuses rencontres avec le directeur. Et cela n'a pas facilité les choses car il y a eu beaucoup de changement de directeur ou d'éducateurs aussi et donc on a eu l'impression de recommencer toujours le même discours.

Entretien n°28 : Eugenio Iaffrate, responsable du projet « prison » de la communauté thérapeutique « Villa Maraini », 10/06/2003, 1h15.

E.I: Le projet prison est né en 1979 lorsque la communauté de villa Maraini se retrouva avec les mêmes personnes qu'elle suivait et qui allaient en prison. En raison de la nouvelle loi sur les stupéfiants de 1975, les personnes furent incarcérées et le projet "Carcere" visait à faire rentrer un opérateur en prison et à visiter le détenu. Cela était possible notamment en raison de la mission de la Croix-Rouge à visiter les personnes en prison. Et des groupes systématiques ont été mis en place à partir de 1984 dans toutes les prisons de Rome. Il y a actuellement dix groupes comportant un maximum de 15 détenus et animés de deux opérateurs dont au moins l'un doit être psychologue, si ce n'est les deux, et ils réalisent ainsi ces groupes de soutien et d'information et de préparation aux projets alternatifs à la prison aussi bien dans Villa Maraini qu'en dehors Villa Maraini car nous ne pourrions pas accueillir tous les détenus toxicomanes de Rome.

[….] Ces mesures peuvent être aussi bien en *custodia cautelare* pour les personnes en plein non définitif est donc non encore condamnés et qui peuvent donc bénéficier uniquement des *arresti domicilari* auprès d'une communauté, ou alors les personnes bénéficiaires d'une mesure d'*affidamento in prova* pour les personnes condamnées définitivement. Nous avons également une activité de guichet d'information disponible auprès des familles, des détenus. Nous exerçons une fonction d'information et de coordination auprès de la police, des magistrats, des avocats et de tous ceux qui travaillent en prison. Nous avons également des liens avec des détenus situés en dehors de Rome car bien sûr les détenus sont transférés en raison de la surpopulation carcérale. Nous ne pouvons pas bien sûr faire des entretiens avec les personnes situées à l'extérieur mais nous cherchons à maintenir des liens par écrit. Nous sommes la seule association à intervenir de façon régulière sur les prisons de Rome.

F.E: J'ai appris également qu'il y avait les Narcotiques anonymes?

E.I: C'est vrai, il y a également les Narcotiques anonymes qui interviennent depuis peu de temps. De temps en temps, ils font une intervention même s'ils se sont basés sur notre expérience. Mais tu peux remarquer que Villa Maraini est la seule structure conventionnée avec la prison puisque nous sommes payés, nous sommes peu payés, mais nous sommes payés pour faire ce que nous faisons en prison. Le problème c'est qu'il y a souvent des gros retards dans le paiement mais ça c'est le fonctionnement de la prison italienne.

[....] Les psychologues qui interviennent dans nos groupes de paroles sont des psychologues et qui travaillent de façon régulière dans la communauté de Villa Maraini.

F.E: Il peut y avoir des refus de la part du magistrat pour les mesures d'affidamento in prova?

E.I: Bien sûr, les refus sont motivés et s'expliquent par un manque de sérieux du détenu. Ils peuvent être motivés par le programme thérapeutique particulier. Ils peuvent être refusés par la non adaptation du détenu. Nous faisons déjà un premier entretien et une première évaluation mais le phénomène est en train de changer depuis quelques années dans les prisons italiennes. Les toxicomanes sont en train de changer et on retrouve de moins en moins de petits délinquants comme auparavant. Très souvent la dépendance n'est pas l'origine du problème et se rajoute à la criminalité qui existait déjà avant la dépendance. Alors qu'avant il s'agissait de toxicomanes qui la plupart du temps volaient pour se procurer leurs doses. Et tu dois bien être conscient que les toxicomanes en Italie ont en prison un parcours plus avantageux que les non toxicomanes. Certains toxicomanes ont découvert que la toxicomanie constituait désormais dans le système pénal italien une "circonstance atténuante". Ils se sont rendus compte que les toxicomanes certifiés par le système sanitaire national peuvent sortir désormais de prison pour réaliser un programme thérapeutique. Si tu n'es pas toxicomane, tu n'as pas de circonstances atténuantes, tu ne peux sortir que trois ans avant ta fin de peine. Et par conséquent nous avons actuellement une population de personnes qui ont cinquante ans et qui deviennent toxicomanes, notamment par la cocaïne. Ce sont par exemple des délinquants qui s'attaquaient avant aux coffre-forts et qui sont en train de devenir toxicomanes officiellement parce qu'à J-4, ils sortent... L'important est qu'ils soient certifiés car ce titre est important. Ils doivent disposer d'un certificat pour être reconnu comme tel.

F.E: Quels sont les types de substances parmi les personnes que vous accueillez?

E.I: Ce sont surtout des héroïnomanes et des cocaïnomanes bien qu'actuellement le problème de l'alcool est en train d'émerger. Il y a très peu de communautés qui acceptent les alcooliques à Rome. Nous sommes la plus grosse structure de la ville à accueillir les alcooliques. La plupart de ces communautés n'acceptent pas des personnes âgées de plus de 25 ans. [...] Notre travail est en train d'évoluer car on ne soigne pas uniquement le rapport de dépendance mais le programme thérapeutique est construit à partir du principe d'éducation à la légalité, d'éducation à la santé aussi car ceci est lié. Notre objectif est aujourd'hui de provoquer un changement de vie car certaines personnes continue à commettre des délits alors même qu'elle utilise plus de substances [...] Nous accueillons actuellement 150 personnes dont trente personnes bénéficient des *arresti domiciliari*. La différence ne change rien dans le programme thérapeutique mais en revanche le traitement juridique est totalement distinct. L'*affidato* doit respecter certains horaires, il ne peut pas sortir après une certaine heure en revanche dans les *arresti domiciliari* il y a un lien très étroit entre les horaires de présence à domicile et le programme thérapeutique en communauté. Il ne peut quasiment pas sortir sans prévenir le magistrat. S'il sort d'ici à sept heures et demi alors il devra être à huit heures chez lui. Mais il arrive souvent des problèmes avec le trafic de Rome. Certains ne peuvent même pas prendre les moyens de transport public.

F.E: J'aimerais connaître en revanche qu'elles sont vos conditions pour accepter un détenu?

E.I: Qu'il soit certifié, qu'il ait l'envie d'entamer un programme thérapeutique et qu'il

soit disponible sachant fondamentalement que 50 % de la motivation d'un détenu est de sortir de prison. Qu'il y mette au moins l'autre 50 %. Il ne peut bien sûr pas commettre de délits. Il ne peut user de violence ou introduire des produits stupéfiants. Nous évaluons aussi la motivation car si la personne a déjà eu un échec dans la communauté, nous devons savoir si cela vaut la peine de l'accepter car entamer un programme thérapeutique en pleine ville comme cela se fait à Villa Maraini est beaucoup plus risqué parfois qu'entreprendre un programme thérapeutique sur la petite colline derrière la forêt... Si la personne rentre chez elle le soir, elle rentre par la même route et retrouve les mêmes stimulations qui parfois lui ont fait connaître la drogue. La plupart des personnes que nous recevons sont des gens qui ont déjà tenté un programme thérapeutique et qui ont connu plusieurs fois de suite à présent.

F.E: Au cours de programme thérapeutique les détenus et les noms détenus sont mélangés?

E.I: Oui bien sûr et nous aimerions mélanger encore davantage car nous ne voulons pas reproduire une prison. Certains de nos secteurs sont des reproductions de la prison dans une version "libre". Nous voulons rompre avec l'image carcérale où les personnes demeurent dans une logique de délit. Plus nous arrivons à mélanger et mieux c'est. Mais la chose dramatique selon moi c'est que désormais il n'y a plus un seul toxicomane libre en Italie. Parmi les toxicomanes qui sont dans notre communauté, il n'y a pas presque aucun qui n'a jamais connu la prison. Dans la communauté thérapeutique normale, il y a presque entre 50 et 60 % qui viennent de prison. Et nous avons un autre service thérapeutique qui est composé à 100 % de personnes venant de prison. Nous avons un service ouvert 24 heures sur 24 composé seulement des *arresti domiciliari* qui est la reproduction d'une prison et où il est difficile de rompre le mur de la vie carcérale. Les mêmes mécanismes qu'en prison, de pouvoir par exemple, se reproduisent ici.

F.E: Il y a des extracommunautaires qui bénéficient de ces mesures?

E.I: Oui. Je ne pense pas qu'ils ne représentent pas la majorité. Il est très difficile pour un immigré de réaliser un programme thérapeutique. Il suffit de penser déjà aux mécanismes culturels car un immigré maghrébin de religion islamique a des mécanismes culturels différents. Et puis il y a ce problème de l'expulsion car chaque personne non européenne fait l'objet d'un décret d'expulsion après avoir été condamnée pour la loi sur les stupéfiants. Donc chaque personne non italienne, du moment même où elle commet un délit, fait l'objet d'un décret d'expulsion. Donc c'est très difficile pour eux. Il y a actuellement un immigré dans les *arresti domiciliari* ce qui est très peu. C'est très peu car où peuvent-ils aller? Ils ne savent pas où aller dormir la plupart du temps.

F.E: Et vous avez des cas d'évasion ou de fuite?

E.I: Oui bien sûr, dans ce cas on avertit immédiatement les autorités judiciaires avec lesquelles nous sommes en rapport étroit. Mais je pense que ça représente un pourcentage assez faible, 3 ou 4 % . En revanche, nous n'avons aucune responsabilité dans la fuite, nous devons seulement informer les autorités compétentes. Car nous, nous sommes des thérapeutes, nous sommes ici pour soigner, nous ne sommes pas là pour réprimer. Si quelqu'un veut s'en aller, nous cherchons à le convaincre mais nous n'allons pas le retenir, il peut s'en aller. La police effectue des contrôles très réguliers. Pour eux

c'est même plus pratique car il est difficile peuvent contrôler 50 personnes tandis que sinon ils devraient se rendre chez eux. Pour eux c'est beaucoup plus pratique et c'est beaucoup plus contrôlable. Je pense qu'actuellement pour le futur en Italie, cela peut devenir une des nouvelles formes de prison. Parce qu'un détenu coûte en Italie 450.000 lires au mois alors qu'ici il ne coûte que 60 000 lires, c'est peut-être une forme de prison privée à l'américaine... Les assistants sociaux sont les opérateurs rois vis-à-vis des détenus bénéficiant des mesures d'*affidamento in prova*. Nous, nous réalisons la partie technique c'est-à-dire du soin mais ils sont le trait d'union avec le magistrat de surveillance.

F.E: Et vous préparez la réinsertion de la personne?

E.I: Oui au fur et à mesure du programme thérapeutique, quand la personne commence à s'approcher de la fin nous envisageons une réinsertion professionnelle de la personne. Le magistrat participe beaucoup à cela et il joue même un rôle important. Car aujourd'hui il vaut mieux, selon eux, envoyer un toxicomane aller travailler que faire un programme thérapeutique. Mais le problème si le toxicomane travaille, c'est qu'avec l'argent de son salaire il retourne se piquer ou il retourne boire. Je crois que c'est un problème général, qu'il y a une tendance à penser qu'en donnant un travail la personne s'affranchit de sa dépendance de substance. Mais ce n'est pas ainsi. Je pense que le travail est une activité importante mais seulement après un parcours thérapeutique car une personne qui ne réussit pas à vivre avec un travail normal, le travail ne peut pas être un palliatif suffisant. Et donc il y a de grands échecs sur cette question. Je pense qu'il y a cette tendance à donner un travail sans que cela se fasse au moment approprié. Les récidives ne se font pas par hasard.

F.E: Je voulais savoir quel était votre lien avec le Sert?

E.I: On travaille avec le Sert mais la différence c'est que Villa Maraini existe depuis une vingtaine d'années tandis que le Sert intérieur n'existe que depuis quelques années. Le problème c'est qu'ils n'ont pas de personnel, ni à Rebbibia, ni à Regina Coeli et donc ils arrivent à peine, à peine à réaliser la distribution des médicaments. Mais le problème c'est que les compétences d'un Sert sont en Italie beaucoup plus larges car il s'agit d'une évaluation psycho-socio-éducative ce qui implique trois plans de travail différent, le psychologique, le social et d'action éducative. C'est seulement à partir de ces trois approches que peut se construire un parcours thérapeutique. Mais le problème par exemple c'est qu'ils n'ont pas d'éducateurs. Je connais très bien le personnel qu'ils ont puisque je suis le vice-président de la *Consulta permanente* et que nous discutons de ces problèmes de façon quotidienne. Le Sert de Rebbibia comportent deux assistants sociaux dont l'un à temps partiel, deux psychologues à contrats, un médecin responsable et ils devraient avoir en théorie à la fin de juin, à partir du texte 230 de 1999... Pour l'instant le service du Dr Libianchi fonctionne surtout avec des stagiaires. Ils acquerront où devraient acquérir les psychologues et certains médecins qui sont payés par le ministère de la justice. Mais d'une part on ne sait pas si cette opération se fera. Même si elle se réalise, il y aura un problème d'horaires, de rétribution et un problème d'organisation de leadership car le docteur Libianchi ne commande plus rien. Il a commis une série d'erreurs qui fait qu'il ne contrôle pas une grosse partie des psychologues.

F.E: Mais qui les contrôle?

E.I: Cela est le problème car on ne sait pas qui les contrôle. Tout le monde les contrôle, ce qui signifie que personne ne les contrôle. Ils sont aujourd'hui payés par le Ministère de la justice depuis des années. Il y a toute une série de questions qui restent ouvertes : qui paye ? Qui commande? Que doivent-ils faire? Et cela entraîne des problèmes. Par exemple le Sert de Rebbibia a le devoir de certifier la conformité des candidats aux programmes thérapeutiques mais pour faire cela ils doivent voir les gens et le problème c'est qu'ils ne les voient pas. Et par conséquent ils n'accordent pas les certificats car s'il n'y a pas ce document, il est impossible de formuler une demande au magistrat. Il arrive que le psychologue pénitentiaire accepte de s'occuper du détenu mais il applique le traitement que le psychologue du Sert lui a dit d'effectuer et l'équipe très petite du Sert ne lui donne pas l'acceptation. Nous n'avons jamais de rencontre avec l'équipe du docteur Libianchi et pourtant cela fait deux ans que nous demandons de les rencontrer. Nous avons déjà donné la méthadone à leur place en prison car ils n'y sont pas allés et du coup la prison nous a rappelés et nous avons porté la méthadone. Regina Coeli m'a demandé hier de donner la méthadone à certains détenus qui sortaient avec l'escorte pour aller en tribunal... Ils sortent trop tôt pour que le Sert puisse s'en occuper, ils rentrent trop tard du tribunal et le Sert est déjà fermé et ils nous ont demandé de distribuer aussi la méthadone dans les cellules de sécurité de la police, c'est-à-dire pour les personnes à peine arrêtées. Cela nous le faisons nous-mêmes. Nous le faisons depuis six ans. Nous allons en prison pour faire des groupes de psychologie mais s'ils ont un problème sanitaire et qu'ils n'arrivent pas à trouver quelqu'un pour distribuer les produits de substitution alors tout le monde prend peur et ils nous appellent.

F.*E: Et parmi ceux qui bénéficient des mesures d'affidamento in prova, certains prennent encore de la méthadone?*

E.I: Oui il y en a certain. On peut dire que c'est surtout les *arresti domiciliari*. En revanche les *affidamento in prova* sont en revanche définitifs mais il peut arriver aussi que certains prennent encore de la méthadone.

F.E: Et parmi les personnes qui bénéficient de ces mesures certaines sont porteurs du VIH?

E.I: Bien sûr. Je crois qu'ici nous avons cinq *arresti domiciliari* qui sont séropositifs et en condition de santé également assez mauvaise. La loi sur l'incompatibilité établie une incompatibilité entre la maladie et la détention mais le problème ces c'est qu'elle est peu appliquée. Ce sont des personnes qui demandent en se fondant sur leur état de santé les *arresti domiciliari* pour pouvoir se soigner. Je crois qu'actuellement nous avons une dizaine de cas déclarés de sida.

F.E: Et quels sont vos rapports avec les autres communautés de Rome?

E.I: Nous avons des rencontres mais aussi des affrontements. Nous avons des rencontres occasionnelles mais surtout des contacts téléphoniques au sujet de transfert de certains détenus. Car beaucoup de communautés s'ils ne veulent plus un détenu, ils l'envoient ici. Nous travaillons avec le CEIS, la Communità incontro, San Patrignano. Beaucoup de gens sortent de prison pour aller dans ces communautés mais ils n'y arrivent pas et viennent donc nous voir. Soit le détenu est transféré parce qu'il a enfreint

la règle, soit le magistrat comprend que ce n'est pas dans l'intérêt du détenu et il demande le transfert.

[interruption]

E.I: Nous sommes actuellement dans une situation de surpopulation carcérale qui est dramatique. Par exemple Regina Coeli a une capacité de 700 personnes mais accueille actuellement 1100 détenus. Le *Nuovo complesso* de Rebbibia peut accueillir 1500 –1600 détenus. Les normes d'hygiène publique ne sont plus respectées en prison depuis très longtemps. Il y a aussi la *custodia attenuata* qui peut accueillir près de 90 toxicomanes mais qui accueille peu de personnes et c'est une prison qui a coûté une somme absolument astronomique. Je n'ai jamais vraiment compris pourquoi. Mais c'est un type de prison prévue par la loi. A Rome, cette prison qui a coûté des dizaines de milliards de lires a seulement une vingtaine de personnes et depuis toujours. Il y a un vieux dicton de sociologie qui dit que la prison ne sert pas à contrôler le détenu mais qu'elle sert à faire vivre les opérateurs. Car si de façon improvisée demain, personne ne commettait plus de délit, nous aurions de toute façon une prison autour de laquelle travaillent des magistrats, des avocats, des policiers et des médecins qui resteraient sans emploi.

F.E: J'aurais aimé savoir s'il était plus facile de travailler avec le Sert de Regina Coeli ou de Rebbibia?

E.I: Non, il n'y a pas une grosse différence, le seul problème c'est que Regina Coeli étant une prison de première entrée, elle contient une grosse proportion de détenus en attente de jugement tandis qu'à Rebbibia il y a une grosse proportion de détenus déjà condamnés. En revanche il y a beaucoup d'autres prisons où le Sert reste extérieur à la prison et ne fait que des interventions comme à Civitavecchia. Mais je pense que c'est beaucoup mieux le fait que le Sert soit extérieur. Et les Sert qui se situent à l'intérieur ne font rien d'autre que des conférences...

[...] Il me semble que San Patrignano qui est la plus grande communauté thérapeutique d'Italie a 450 détenus.

[...] Mais parce que la santé des détenus n'est pas considérée comme une priorité en Italie. C'est de l'argent à vide, c'était de l'argent qui est jeté...

[...] Je suis indépendant du Sert depuis 1981. Villa Maraini est l'unique organisation privée en Italie qui bénéficie d'un décret spécifique l'autorisant à distribuer la méthadone. Villa Maraini distribue également la méthadone en raison des fermetures des Sert : ils sont fermés le soir, ils sont fermés le week-end... Ce qui se déroule à l'intérieur des Sert en milieu carcéral et le reflet de ce qui se déroule à l'extérieur depuis une dizaine d'années. Le gouvernement actuel de droite est en train de détruire le réseau du système sanitaire national en faveur des toxicomanes. Nous sommes actuellement au niveau national en termes de postes en dessous des 50 % du plan de planification nationale.

F.E: Je voulais savoir aussi si l'affidamento in prova peut se faire également auprès d'un Sert?

E.I: Oui mais les magistrats ont tendance à ne pas trop l'appliquer car c'est une méthode beaucoup moins sûre car elle ne garantit pas un contrôle sur le détenu. La personne est vue deux heures sur la durée de toute la semaine et s'il y a des peines

importantes, le magistrat nous dit que le détenu doit effectuer une peine et au lieu de l'effectuer, il est vu deux heures ou trois dans la semaine. C'est un problème de contrôle social et d'ordre public.

Entretien n°29 : Antonio Loiacono, responsable du bureau de l'action sanitaire en milieu carcéral de la Région *Lazio*, 11/06/2003, 1h20.

Président de la société italienne de psychologie.

A.L: Je travaillais tout d'abord dans la région Lazio dans les services de la culture, des actions socioculturelles puis j'ai été appelé par le Docteur Bazzaglia pour travailler sur les projets de santé à la région. J'ai travaillé tout d'abord sur les toxicomanes puis sur les immigrés. Je me suis absenté quelques années et à mon retour ils m'ont donné cette fonction de m'occuper de la médecine pénitentiaire et du *mobbing*, c'est-à-dire la violence sur les lieux de travail.

[...]

A.L: Le discours est celui-ci, ce passage de la médecine pénitentiaire au système sanitaire national a été un peu long. Il y a eu une expérimentation mais les temps ont été assez longs et il y a eu beaucoup de résistances, surtout de la part des médecins, à ce transfert de compétences.

F.E: Tu peux m 'expliquer les raisons de ce passage?

A.L: Le législateur a pensé justement que s'agissant de problèmes de santé, il était normal que ce soit le ministère de la santé qui s'en occupe et donc l'ASL. C'était beaucoup aussi pour une question de coordination notamment au niveau de la formation du personnel. Actuellement je suis en train d'écrire une lettre aux ASL qui leur rappelle ce transfert qui a eu lieu depuis janvier 2000. Car en fait les personnes durant ce passage ne comprennent plus rien. Les ASL sont maintenant contraintes, même si le transfert de budget n'a pas eu lieu comme cela a été prévu, d'appliquer toutes les dispositions qui étaient prévues par la loi notamment concernant les médicaments, les programmes thérapeutiques, les consultations spécialisées. Les ASL le savent souvent déjà qu'il y a eu cette réforme mais avec les problèmes qu'il y a eus, chacun s'arrange comme il le peut et je pense qu'il est important que la loi soit rappelée à tous afin d'éclaircir les problèmes.

F.E : Dans chaque ASL, il y a des personnes qui ont été nommées pour ce transfert?

A.L: Oui il y a des correspondants ou des référents. Il y a une commission régionale composée de 120 membres et mixtes entre certains directeurs de Sert, certains directeurs de prison ou des personnes déléguées pour la médecine pénitentiaire avec par exemple quelques responsables sanitaires de prison comme pour Regina Coeli. Je participe également à cette commission et quelquefois y participe également le ministère de la justice. Cette commission a eu lieu il y a quelques années, nous nous sommes réunis plusieurs fois. Plus ou moins, toutes les prisons étaient représentées. Soit directement à travers un représentant comme le directeur ou alors indirectement à travers un opérateur du service de toxicomanie ou de santé. Donc toutes les prisons étaient présentes. Au début, il y avait un représentant du secteur pour mineure de la prison de Casa del Marmo,

et après et je ne sais pas pour quelle raison, le ministère n'a plus voulu envoyer cet opérateur.

F.E : Et comment s'est fait le choix des ASL, toujours sur une base territoriale?

A.L: Oui les ASL compétentes sont toujours les ASL qui relèvent de la zone où se situe l'institut pénitentiaire. Celle de Libianchi par exemple est la RmB parce que la prison de Rebbibia se trouve dans cette zone. Pour Regina Coeli, il s'agit de la RmA. Il y ait eu le décret 230 mais le problème c'est que le passage est très lent, il est très graduel et il y a encore beaucoup de confusion en matière d'organisation car chaque ASL doit prendre les mesures de ce passage et comme le ministère n'est pas très présent sur ce sujet, nous devons tenter de tout coordonner. Et la région est l'institution principale pour pouvoir coordonner cela car il y a eu cette loi de décentralisation de la santé vers les régions. Et donc pour me rendre compte de la mise en oeuvre de la loi, j'envoie un questionnaire auprès de chaque ASL en posant des questions précises sur par exemple la gestion des médicaments pour comprendre ce qu'il est vraiment en train de se dérouler dans les différentes zones. Chaque responsable d'ASL est chargé de ce transfert et s'il y a des problèmes nous pouvons les rencontrer.

F.E : Je voulais savoir s'il y avait beaucoup de différences entre les différentes prisons vis-à-vis de ce transfert?

A.L: Oui il y a des différences mais cela dépend beaucoup de la sensibilité des opérateurs et parfois aussi de la compétence. Il y en a certain qui ont fait des progrès dans ce domaine mais parfois il y en a certain qui ont travaillé là-dessus mais souvent par choix politique, on n'envoyait pas les opérateurs qui suivent ce projet mais on envoie des personnes qui ont un niveau hiérarchique supérieur mais qui ne comprennent rien au sujet. Par exemple dans l'ASL RmB, Libianchi est plus compétent mais par exemple ils peuvent envoyer quelqu'un d'autre qui ne connaît rien au sujet mais qui est plus gradé et donc il n'est pas en mesure de travailler avec nous. Mais c'est une question politique de représentation avant tout. Alors que ça serait important que les opérateurs qui travaillent sur ce projet puissent donner leur point de vue, les besoins et les exigences de ce transfert. Cela serait important aussi pour avoir des échanges entre les opérateurs afin d'organiser un peu une coordination. Parce que par exemple si une situation n'a pas pu être résolue dans une ASL par un moyen, peut-être qu'un autre opérateur a réussi à la résoudre de façon différente et c'est pourquoi ce genre de rencontres pourrait être utile.

F.E : La seconde partie de la loi concernait le transfert de la médecine pénitentiaire dans sa globalité?

A.L: Oui, les médecins pénitentiaires ont été en fait transférés mais ils doivent être organisés. En fait normalement le ministère de la justice ne devrait plus rien avoir à faire avec eux car le seul ministère compétent est celui de la santé.

F.E : Parce que les médecins sont, aujourd'hui, sous la hiérarchie du ministère de la justice ou de la santé?

A.L: Eh bien en fait ceci est un vrai problème car les conventions ont été passées... Et par ailleurs ceci est un vrai problème, c'est qu'ils sont très peu payés. Les médecins ou les psychologues payés par L'ASL sont très peu payés, quelque chose comme 30 000

lires à l'heure. Il y en a donc beaucoup qui travaillent mais qui font autre chose aussi. Il y a aussi beaucoup de très jeunes qui n'ont pas d'expérience comme de jeunes psychologues dans les ASL. Et puis il y a le fait qu'en passant dans l'ASL, les personnes de la ASL ne peuvent pas prendre à la fois leur salaire et faire des consultations et c'est pour ça qu'il y a cette grosse résistance des médecins à passer au système sanitaire national. Parce qu'ils savent qu'ils vont être beaucoup moins payés. Parce que la convention prévoit le transfert de tout ceux qui travaillaient auparavant dans la médecine pénitentiaire et qui souhaitent continuer à travailler pour le système sanitaire national. Et donc leur salaire va être basé désormais sur les rétributions de l'ASL et tous les salaires pour être contrôlés par l'ASL et c'est pour ça qu'il y a autant de résistances.

F.E : Je voulais savoir si les contrôles étaient prévus par la loi?

A.L: Oui il y a une loi en 1994 qui prévoit des contrôles notamment des conditions de travail, pour voir par exemple si les horaires sont respectés. Ce sont des contrôles effectués par les médecins de l'ASL. Mais toi tu voulais peut-être parler de contrôles externes? Alors la loi prévoit que les régions exercent une action de contrôle mais je ne crois pas que ces contrôles soient faits actuellement, mis à part des contrôles de type bureaucratique comme par l'envoi de lettres. Et c'est pour ça que je souhaite adopter cette démarche territoriale afin d'enquêter sur les conditions de travail dans chaque institut pour mieux savoir comment fonctionne ce rapport. Il y a le *Provveditore regionale* qui devrait aussi avoir une fonction de contrôle mais il dépend du ministère de la justice mais actuellement avec la loi de transfert, les compétences sanitaires ne relèvent plus de lui. Mais nous travaillons parfois en commun, il était présent durant les réunions de la commission de consultation.

F.E : Tu me disais que les transferts budgétaires n'avaient pas été faits?

A.L: Oui, alors ils ont été faits et ils n'ont pas été faits. Car en réalité ils ont été faits de manière assez confuse, cela est lié à la loi de finance qui est la loi de base en Italie. Et puis il y a beaucoup de confusion pour le transfert des activités de spécialistes et des médicaments. Cette circulaire a pour but d'éclaircir un peu les choses. Pour les médicaments, il y a le problème des différentes catégories car certains sont gratuits et d'autres non. Pratiquement, en ce qui concerne les détenus, tous les médicaments devraient être gratuits et donc par exemple dans notre enquête il y a des questions spécifiques pour savoir quelles sont les catégories de médicaments qui sont prescrits par exemple aux toxicomanes incarcérés, A, C, etc... Et puis nous avons des questions aussi concernant les consultations de spécialistes pour savoir s'il y a des consultations de psychiatrie ou d'infectiologie. Cela va nous servir à comprendre ce qu'ils font, pour savoir s'ils interviennent avec des spécialistes de la ASL ou s'ils ont des spécialistes internes. Parce que la loi prévoit le recours aux spécialistes de la ASL s'ils sont présents et s'ils sont disponibles. Parce que par exemple pour certaines maladies rares, ce n'est pas nécessaire que dans chaque ASL il y ait des spécialistes disponibles. Par exemple pour les infectiologues, on est obligé d'avoir recours à l'hôpital du Spallanzani. Donc cela dépend beaucoup. Si l'hôpital appartient aux compétences de l'ASL alors il n'y a pas de problèmes mais s'il s'agit d'un hôpital spécialisé alors on procède avec une convention pour certaines pathologies ou pour certaines interventions particulières. Donc par rapport aux médicaments, nous souhaitons vérifier quels types de consommation et de

prescription il y a. Cela est une première enquête plus quantitative puis nous devrons faire un travail sur le qualitatif pour voir quelles prescriptions font les praticiens pour quelle pathologie. Nous avons besoin d'une évaluation un peu chiffrée d'abord pour mieux nous représenter le problème. Cela va nous permettre de voir aussi s'il y a beaucoup de médicaments similaires, cela serait préférable d'un point de vue économique de faire des achats groupés et de les répartir ensuite dans le territoire.

F.E : Et vis-à-vis du budget?

A.L: Le transfert a été fait par la loi mais ensuite on doit voir dans la loi de finance si l'argent a effectivement été transféré. Parce que même s'il y a la loi, s'il n'y a pas l'argent… La loi existe mais toutes les lois ne sont pas forcément appliquées. En fait, on ne sait pas qu'est ce qui a été transféré pour l'instant et qu'est-ce qui ne l'est pas et donc on fait cette évaluation pour savoir comment les choses fonctionnent.

F.E : Je voulais savoir comment fonctionnaient désormais les relations entre les Sert et la médecine pénitentiaire?

A.L: Alors il y a des Sert qui se situent à l'intérieur de la prison comme celui de Rebbibia et il y a des Sert territoriaux qui interviennent sur demande dans la prison, les opérateurs du Sert, les médecins, les psychologues ou les assistants sociaux, font par exemple des consultations. Je pense que de la prison qui a le plus de toxicomanes est celle de Rebbibia qui doit voir aux moins 50 % de toxicomanes et on comprend donc qu'il y ait une structure interne. A Regina Coeli, il y a une unité du Sert qui a été créée dans la prison, dans les autres instituts il me semble qu'il y a uniquement une intervention des structures extérieures.

F.E : Il y a des différences de fonctionnement?

A.L: Selon moi, cela est lié au nombre de personnes dans chaque prison. Parce que pratiquement, si les opérateurs sont appelés très souvent ils ne peuvent pas faire les allers et retours en permanence. Donc je pense que cela convient très bien à une prison comme Rebbibia. D'un autre côté, il y a aussi le discours de dire qu'un opérateur fixe peut avoir au fil du temps un minimum de complicité avec les usagers. Donc je pense que ça serait bien de temps en temps de faire intervenir aussi des consultants extérieurs afin d'éviter la création de dynamiques internes entre les patients et les thérapeutes. Mais malheureusement le travail que font les opérateurs dans les Sert est d'initier des programmes de substitution avec la méthadone, la méthadone sert un peu d'initiative à un programme thérapeutique alors qu'on aurait besoin d'aider les personnes à résoudre leur malaise. Et donc je pense que parfois des consultants qui viennent de l'extérieur ont plus d'objectivité. Bien sûr les Sert ne font pas que de distribuer de la méthadone et il y a aussi des consultations psychologiques mais il faut reconnaître qu'elles sont assez peu demandées et par contre quelque chose qui pourrait être très utile, notamment en prison, sont les thérapies de groupe. Ça permettrait beaucoup de connaître les dynamiques d'un groupe et le type de conflit tout en révélant les difficultés à communiquer. Et cela n'est pas toujours fait malheureusement. Déjà par manque de temps, mais aussi pour des problèmes d'organisation car il faut avoir les locaux adaptés. Et puis il y a un problème de compétence car tout le monde ne sait pas gérer des groupes. Ce n'est pas encore un

secteur qui est très bien organisé selon moi, même si bien sûr il y a déjà des cas isolés ou cela fonctionne bien. Certains services s'adaptent très bien par exemple aux problématiques des alcooliques alors que d'autres équipes thérapeutiques le font beaucoup moins bien. Et les Sert par exemple ne sont pas très adaptés pour la prise en charge des alcooliques. C'est déjà pour le fait que les alcooliques se rendent très peu dans les Sert. Il y a quelques Sert qui se sont spécialisés dans leur prise en charge, il y en a deux ou trois dans la région. Mais c'est vrai que la prise en charge des alcooliques se fait souvent par des coopératives privées. Le problème dans le traitement de l'alcoolisme, c'est qu'il s'agit de logiques assez différentes que pour la toxicomanie.

F.E : Je voulais savoir pourquoi on avait choisi à travers cette loi de transfert de la médecine pénitentiaire, les Sert et non pas les ASL directement?

A.L: Et bien parce que les Sert sont les structures qui sont les plus porteuses de cette logique de malaise, ce qui est très important dans le cadre de la médecine pénitentiaire. C'est là où il y a le plus de contradiction. Le toxicomane est un rebelle en soi et c'est vrai qu'au-delà de cela, le Sert est en mesure de porter avec lui tout un discours de la santé vers le détenu. Je pense que l'idée était celle-ci. Je pense que c'était à la fois bien parce que c'est juste pour les raisons que je t'ai dit, mais le problème c'est que ceux qui s'occupent de toxicomanie sont souvent des personnages un peu à part, ils ne sont pas selon moi représentatifs de tous ceux qui s'occupent de médecine et ils ne sont donc pas forcément en mesure de porter un discours complet sur la santé. Et c'est d'ailleurs pour cela qu'il faut mettre en place une loi de transfert sur toute la médecine pénitentiaire.

F.E : Et en revanche pour les détenus hospitalisés?

A.L: Oui, il y a une unité spéciale pour les détenus hospitalisés qui est en construction à l'hôpital du Pertini. Ça sera une unité pour 25 détenus et ils ont investi beaucoup d'argent dans ce projet. Et il y en a un autre qui est terminé depuis peu à Viterbo. Ce sont des structures qui sont sous la direction du ministère de la santé. Ce ne sont bien sûr pas des structures qui sont spécifiques à Rome mais qui sont régionales. Et puis il y a une autre chose qui est le centre opératoire qui a été ouvert depuis peu à Regina Coeli dont nous avons dû faire la procédure d'accréditation. Je ne sais pas s'il est vraiment encore utilisé. Ce qui est sûr, c'est qu'au début il sera surtout utilisé pour les détenus de Regina Coeli et puis je pense ensuite qu'il y aura de plus en plus de transfert avec les autres prisons. Je ne sais pas comment a été fait le choix. Je pense que c'était un résultat de compromis entre la prison et l'ASL et le problème selon moi c'est que le choix aurait du être fait de façon programmée.

F.E : Je voulais savoir s'il y avait des actions d'éducation pour la santé sur les prisons du Lazio?

A.L: Oui mais ce sont beaucoup d'actions liées à des initiatives personnelles des opérateurs. Sur le tabagisme par exemple ou l'alimentation. Mais je pense que ça pourrait être aussi l'objet d'une seconde circulaire pour voir ce que fait chaque ASL en matière de prévention. Car il y a dans chaque ASL, des sections dédiées à la prévention qui fonctionnent bien dans certaines structures et qui fonctionnent moins bien dans d'autres. Je pense quand même qu'il y a un lien réel avec la prison. Même si, selon moi, il est très difficile de prévenir vraiment en prison car c'est ça, l'éducation pour la santé et c'est avant

tout de la prévention. Il y a par exemple une forte surpopulation en prison et il devrait y avoir beaucoup moins de détenus. Pour l'instant nous ne sommes pas vraiment dans une démarche de prévention, c'est un peu le contraire.

Entretien n°30 : Ivano Carbonaro, commandant de la police pénitentiaire à la *Terza casa* depuis 1996, 11/06/2003, 1h00.

F.E : Peux-tu m'expliquer comment fonctionnent les extractions médicales?

I.C : Alors on distingue deux types d'extractions médicales. Cela dépend s'il s'agit d'une extraction médicale faite en urgence ou si elle est programmée. En cas de problème, notre hôpital de référence est le Pertini mais le médecin des urgences peut choisir d'envoyer le détenu dans un autre hôpital qui peut être plus adapté. C'est normalement le directeur de l'institut qui doit donner son accord pour cette hospitalisation mais s'il n'est pas ici, ce qui est souvent le cas, le référent c'est le commandant de la police pénitentiaire, c'est-à-dire moi. Bien sûr en fait c'est souvent le médecin de garde qui prend la décision car c'est lui qui est compétent. Mais disons que je suis le référent.

F.E : Je voulais savoir si en cas hospitalisation les surveillants étaient présents pendant les soins?

I.C : Cette question est assez délicate et elle est souvent laissée à la discrétion du chef de l'escorte. En principe les agents de la police pénitentiaire ne sont pas présents pendant les soins, sauf cas particulier. Le problème c'est que la police est assez mal vue à l'hôpital. On représente souvent l'autorité qui ne plaît pas et ça peut donc nous arriver d'avoir un mauvais rapport avec les infirmières et parfois même avec les médecins. Ça m'est déjà arrivé quelquefois et dans ce genre de cas, je les rappelle à l'ordre.

F.E : Qu'est-ce que tu leur dis?

I.C : Je leur dis qu'elles sont infirmières et qu'elles doivent faire leur métier d'infirmière et nous laisser faire le nôtre.

[...]

I.C : Le problème en cas d'hospitalisation c'est que nous devons assurer la garde en permanence. Nous avons donc besoin de mobiliser deux agents pendant huit heures et ce durant 24 heures. On a donc besoin de six agents de surveillance toutes les 24 heures. Cela fait qu'à chaque fois on a un problème d'agents qui est systématique. Donc nous sommes contraints d'appeler les gens qui sont en repos. Il y a actuellement une section spécifique pour les détenus hospitalisés en construction au San Robertini et je pense que ça va vraiment faciliter les choses. Car déjà là où j'ai travaillé avant, à l'institut de peine d'Arezzano qui se situe dans les Abruzzes, il y avait déjà une unité d'hospitalisation pour détenus car l'hôpital le plus proche était une structure nouvelle dans laquelle ils avaient prévu une unité pour détenus.

F.E : Et comment se passent les choses en cas d'hospitalisation programmée?

I.C : Alors dans ce cas le médecin doit faire un certificat médical en demandant

l'hospitalisation du détenu. Et nous devons communiquer notre demande par fax aux différents hôpitaux pour avoir une demande de rendez-vous. Bien sûr il faut également demander l'autorisation judiciaire au magistrat de surveillance et à l'autorité compétente notamment en fonction du fait que le détenu soit en attente de son jugement, soit en appel ou soit déjà en condamnation définitive. Donc par exemple si un détenu doit réaliser une visite en cardiologie, on contacte les différents hôpitaux qui disposent d'un service cardiologique et c'est le premier qui nous répond qui sera choisi.

F.*E : Il n'y a pas trop de réticence des hôpitaux à accepter des détenus?*

I.C : Non pas du tout, les délais d'attente ne sont pas très longs. En fait, les détenus ont même une préférence au sein des hôpitaux. Parce que par exemple on envoie un premier fax et si personne nous répond, on envoie un deuxième fax quelques jours après puis un troisième voire un quatrième. Ce qui fait que les détenus sont sûrs à la fin d'avoir leur rendez-vous. Et donc ils sont privilégiés par rapport à nous par exemple. Parce que moi qui travaille si je veux prendre un rendez-vous chez un spécialiste, je ne peux pas appeler toute la journée car je travaille et ça va parfois me prendre des semaines pour prendre un rendez-vous alors que le détenu lui est privilégié. Je n'ai personne qui prend les rendez-vous pour moi. Et d'ailleurs avec la peur qu'il puisse survenir un problème, parce que tu peux être sûr que dans ce cas tous les journaux de Rome et d'Italie vont en parler, les détenus sont sûrs d'être beaucoup mieux protégés que les citoyens ordinaires

F.E : Tu peux m'expliquer le fonctionnement de la terza casa?

I.C : Alors la terza casa a un fonctionnement un peu particulier car les détenus sont en régime de garde atténuée. Cela veut dire qu'ils ont beaucoup plus de temps en liberté. Par exemple dans une journée on ouvre les cellules à huit heures et les détenus sont libres d'aller et de venir dans l'institut jusqu'à 22 h. Alors, il y a deux philosophies de pensée différentes. Il y a ceux qui disent que comme il s'agit d'un mode de surveillance atténuée et qu'il s'agit d'un institut qui est beaucoup plus ample, car par exemple il y a une salle de musculation et il y a de nombreuses activités qui sont proposées, alors il est logique qu'il devrait y avoir plus de surveillant. Parce que souvent il y a un surveillant qui se retrouve seul dans une pièce avec plusieurs détenus. Mais il y a également ceux qui disent que comme il s'agit d'une unité à surveillance atténuée, il est normal qui il y ait moins de surveillant. Moi personnellement je défends plutôt la première opinion. Je pense que nous devrions être au moins 80 alors que pour l'instant nous n'avons que 49 policiers. Et le problème c'est que souvent une seule personne doit travailler sur deux postes de surveillance au lieu d'un pour pouvoir économiser du personnel.

F.E : Je voulais savoir si vous avez accès au dossier médical?

I.C : Bien sûr. C'est indispensable parce que si j'ai besoin de connaître quelque chose sur un détenu je dois pouvoir consulter des dossiers médicaux. Par exemple si un détenu s'ouvre une veine alors j'ai besoin avant d'intervenir de savoir s'il est séropositif. Parce que le médecin n'est pas là uniquement pour protéger la santé des détenus il doit aussi protéger la mienne. Il y a de nombreux détenus qui ont par exemple des hépatites qui sont des maladies transmissibles et les surveillants ne peuvent pas refuser d'aller aider un détenu parce qu'il a l'hépatite donc nous devons nous protéger. Nous avons des

gants et nous avons des sprays à utiliser.

F.E : Je voulais savoir si vous avez des cours dans le domaine de la prévention?

I.C : Oui bien sûr car chaque agent de la police pénitentiaire passe par une formation durant laquelle nous avons des cours très approfondis sur la prévention ou afin de faciliter le dialogue avec les détenus. On travaille beaucoup sur la communication avec les détenus, je pense que nous dépensons beaucoup de ressources dans ce domaine.

F.E : Je voulais savoir qu'elle était votre rapport avec le personnel médical du Sert?

I.C : Ça peut aller. Mais c'est sûr que nous avons des bien meilleurs rapports avec les éducateurs. Je pense que nous nous comprenons beaucoup mieux. C'est pareil nous avons un très bon rapport avec les psychologues. Il nous arrive fréquemment de leur parler par exemple des risques de suicide pour un détenu. De même, si on a peur qu'une personne ait un geste d'auto-agression on peut alors demander des conseils.

F.E : Et comment se déroule la procédure si un détenu veut consulter un médecin ?

I.C : Eh bien dans ce cas il doit s'adresser à nous et le surveillant transmet sa demande à l'infirmerie. Et bien sûr il doit attendre son tour s'il y a déjà beaucoup de monde.

F.E : Et la personne doit donner la raison pour laquelle il veut voir un médecin ?

I.C : Pas du tout. Il n'a pas besoin de dire sa motivation. Ce n'est pas à nous d'évaluer la raison pour laquelle il veut voir un médecin.

F.E : Je voulais savoir si vous trouvez parfois des seringues en détention?

I.C : Ça nous est arrivé quelquefois de trouver des seringues en cellule et dans ce cas-là le détenu est éloigné de la terza casa. Nous savons également qu'il y a certains rapports homosexuels dans l'établissement mais cela reste assez marginal.

[...]

I.C : Il faut que tu saches que tous les médicaments qui sont distribués aux détenus sont à la charge de l'administration pénitentiaire et que donc tout est gratuit pour les détenus. Alors que moi par exemple si je vais faire une visite médicale, je paye le ticket modérateur. Il ne s'agit bien sûr que des soins "de conservation" parce que si un détenu veut faire de la chirurgie alors il devra le faire avec ses dépenses. Sauf s'il est indigent.

Entretien n°31 : Corinna Proietti, psychologue au Sert de Rebbibia, 11/06/2003, 1h10.

C.P: J'interviens dans la prison pour femmes. Je réalise des entretiens individuels et j'anime un groupe de discussion spécialisé sur l'alcoolisme.

F.E : Il peut vous arriver de travailler avec d'autres Sert?

C.P: Cela dépend. Si une personne a été prise en charge depuis longtemps par un Sert alors il se peut effectivement que nous rentrions en contact avec eux. Mais ça dépend beaucoup du Sert. En général, on cherche à travailler en collaboration.

[…]

F.E : Est-ce que vous avez une préférence pour le choix d'une communauté thérapeutique dans le cas d'une mesure d'affidamento in prova?

C.P: En fait ça dépend beaucoup de la personne. C'est vrai que si la personne demande à être prise en charge par une communauté comme San Patrignano, nous considérons que ce n'est pas forcément la solution idéale pour la personne. Parce qu'il s'agit d'une structure qui est très grande et qui est très peu personnalisée. Mais si la personne semble motivée et insiste dans sa demande alors je ne vois pas pourquoi nous lui refuserions. C'est pareil, il y a des communautés qui sont composées presque exclusivement de détenus tandis que dans d'autres les détenues ne forme qu'un petit groupe. Je ne pense pas qu'il y ait une préférence dans l'absolu. Le choix doit vraiment être guidé en fonction de la personne. C'est vrai, que selon moi il est préférable d'éviter la formation d'un ghetto.

F.E : Je voulais savoir si les extracommunautaires rencontraient des problèmes pour bénéficier de ces mesures?

C.P: Non, pas forcément. Je crois que nous les envoyons comme les autres. La part des personnes immigrées qui bénéficient les mesures alternatives, toutes mesures confondues, s'élève à 25 %. En revanche nous rencontrons d'autres problèmes, notamment dans la prise en charge. Car les étrangers ont tendance à se tourner assez peu vers le Sert. Souvent ils ne nous connaissent pas. Ils ont beaucoup de mal aussi à accepter un programme thérapeutique notamment un programme de substitution avec la méthadone. Mais cela est très variable car il y a très grande diversité des étrangers.

F.E : Et vous avez des réunions avec les psychologues pénitentiaires?

C.P: Généralement nous nous rencontrons une fois par mois. C'est avant tout une réunion qui nous permet d'organiser le service. Nous répartissons notamment les détenus car le problème c'est que si un détenu est suivi à la fois par une psychologue du Sert et de psychologue pénitentiaire, il ne va pas forcément le signaler. Donc nous faisons en sorte de nous partager les détenues. Souvent en fait, nous prenons en charge les personnes qui ne sont suivies par personne. La différence aussi, c'est que notre travail au Sert est de suivre avant tout les personnes toxicomanes.

F.E : Et vous savez comment sont pris en charge les détenus atteints du sida?

C.P: Dans le Nuovo complesso, il y a une section spécifique pour les détenues sidéens qui se situe à l'infirmerie centrale. Cela permet de faciliter les soins en concentrant les personnes dans un seul service. Le problème c'est que si la personne a le sida et ne se situe pas dans ce secteur alors elle ne bénéficie pas des mêmes soins. Et donc on aboutit à une différence de traitement en fonction de là où la personne se trouve.

F.E : Et comment se déroulent vos relations avec le personnel pénitentiaire de surveillance?

C.P: Avant tout, je suis considérée comme appartenant à l'ASL et donc je ne fais pas partie de l'administration pénitentiaire. En général nous avons d'assez bons rapports. Les surveillants n'hésitent pas à signaler les personnes qui semblent aller mal. Il y a une

assez bonne collaboration je pense. Par exemple quand une personne est agitée, ils nous la signalent. Le problème c'est peut-être qu'ils font parfois une utilisation abusive du service et ils nous appellent souvent pour des choses un peu futiles. Mais je sais que les psychologues pénitentiaires n'ont pas du tout le même rapport avec eux. Ils travaillent beaucoup plus en collaboration. Nous avons assez peu de liens. Par exemple, il peut arriver qu'un surveillant me demande des conseils pour quelque chose de personnel mais cela est assez rare alors que je sais que les psychologues pénitentiaires sont appelés beaucoup plus souvent pour résoudre certains problèmes du personnel.

F.E : Je voulais savoir également si les surveillants sont présents pendant vos entretiens avec les détenus?

C.P: La plupart du temps nous faisons les entretiens dans un local spécifique où les portes sont transparentes et donc il n'y a pas de problème car le surveillant peut rester à l'extérieur de la pièce tout en assurant la sécurité. Cela nous permet donc de concilier les deux exigences. En revanche, il m'arrive parfois de faire des entretiens dans d'autres bâtiments qui ne sont pas équipés du même système et dans ce cas le surveillant assiste à notre entretien. Il y a eu une circulaire du ministère de la justice pour demander au surveillant d'évaluer la situation. Parce que c'est vrai que ça dépend beaucoup des conditions. Par exemple si manifestement le détenu semble très en colère ou semble dangereux alors c'est difficile de dire au surveillant de s'en aller.

F.E : Est-ce que vous travailler en lien avec certaines associations qui interviennent ici sur les problématiques liées à la toxicomanie?

C.P: Oui, par exemple il y a les Narcotiques anonymes qui interviennent ici depuis quelques années. Ils organisent notamment un groupe de parole. Nous avons une collaboration assez intéressante avec eux car je pense qu'ils font du très bon travail. Ils rendent compte régulièrement de ce qu'ils font et nous entretenons de bonnes relations. Villa Maraini par contre effectue un travail qui est beaucoup moins clair. Ils interviennent ici depuis très longtemps et refusent de rendre des comptes. Nous n'avons jamais de rencontres communes et ils refusent de travailler avec nous.

F.E : Quelle est votre coopération avec la direction pénitentiaire?

C.P: Cela dépend beaucoup de la prison. Par exemple nous entretenons un très bon rapport avec la direction pénitentiaire du Nuovo complesso et il nous arrive fréquemment de travailler en partenariat. Cela signifie qu'ils demandent systématiquement notre avis sur tout ce qui est entrepris en matière de toxicomanie. Par exemple, nous avons depuis quelque temps des problèmes avec des associations de volontaires qui ne sont pas vraiment en règle. Il y en a une en particulier qui intervient et qui devrait être déclarée illégale car on s'est rendu compte qu'elle faisait payer les personnes pour soi-disant les soigner. Le problème c'est que c'est une association qui intervient depuis un certain temps et il est difficile de les faire partir. Beaucoup d'associations de volontaires interviennent à Rebbibia depuis longtemps et comme nous sommes assez récents, bien que la direction a changé, il nous faut du temps. Donc par exemple avec le Nuovo complesso, nous avons un rapport très étroit. Par contre, nous n'avons pas de véritable collaboration avec la prison pour femmes car c'est une direction pénitentiaire qui décide quelles sont les associations qui peuvent rentrer et elles ne nous consultent pas. Ils

peuvent par exemple faire un contrat de travail avec n'importe quel psychologue dans le traitement de la toxicomanie sans nous demander notre avis. Et cela bien sûr ne va pas bien car au final il y a un manque de coordination dans le travail. Dernièrement par exemple, c'est le prêtre qui a approuvé l'intervention d'une communauté afin qu'elle développe un programme pour toxicomanes et nous n'avons pas été questionnés là-dessus. Sur la Terza casa, nous avons beaucoup évolué car avant c'était le directeur qui décidait par lui-même. Mais à mesure que nous nous sommes implantés ici, nous avons travaillé en collaboration avec lui.

F.E : Je voulais savoir comment s'était passée la création du secteur pour toxicomanes dans la section G11?

C.P: Alors au début, l'idée est partie d'une volonté de la direction pénitentiaire de rassembler les toxicomanes et de leur faire faire des activités en commun. Le problème c'est que la section a été créée mais que les activités n'ont pas été proposées par manque de moyens. Et le problème c'est que cela a renforcé la toxicomanie des détenus qui y ont été envoyés. Il y a d'ailleurs eu des problèmes entre nous et la direction car nous étions fortement défavorables à ce projet. Cela n'avait pas de sens selon moi car si tu regroupes des toxicomanes entre eux, c'est pour leur faire suivre des activités. À la fin, beaucoup de personnes ne voulaient même pas y aller. Donc le projet est vraiment né de la direction pénitentiaire sans que nous soyons consultés. En fait, je crois surtout qu'ils voulaient utiliser des fonds qu'ils avaient à leur disposition. Cela correspondait à une directive de l'administration pénitentiaire qui avait accordé des fonds spécifiques. Ils se sont rendus comptes que c'était un échec et ils ont dû fermer le service. Un autre problème c'était d'ailleurs qu'étant donné que les personnes étaient en régime de garde atténuée, elles pouvaient sortir de leur cellule pendant toute la journée et il y avait beaucoup de trafic.

F.E : Quelles sont les conditions pour initier un traitement à la Terza casa?

C.P: Alors pour arriver ici, un détenu doit en faire la demande auprès de son éducateur. Nous organisons ensuite plusieurs entretiens avec des psychologues du Sert puis nous nous réunissons afin d'établir une décision en équipe. Il faut que la personne réponde aux exigences, à savoir une peine résiduelle inférieure à quatre ans, qu'elle ait au maximum 35 ans et qu'elle soit dans sa première détention. Cette dernière condition est importante car elle permet de s'assurer qu'elle ait un projet à sa sortie et cela facilite la réinsertion. Bien sûr il faut qu'elle soit condamnée de façon définitive et qu'elle n'ait pas commis de délits très graves.

F.E : Mais ce ne sont pas des personnes qui ont demandé à partir en communauté thérapeutique?

C.P: En fait cela dépend, c'est vrai qu'il y en a plusieurs qui ont formulé une demande pour partir en programmes thérapeutiques auprès d'une communauté mais qui viennent ici pendant leur temps d'attente. Il y a en a d'autres qui choisissent la Terza casa car ils préfèrent rester ici par exemple pour les visites. Bien sûr, si un détenu a demandé une communauté toxicomane et qu'il demande à rentrer ici, nous l'acceptons.

Circulaire du 8/12/1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale.

J.O n° 29 du 3 février 1995 page 1859 : Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la Ville

Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale

NOR : SPSH9403796C

Paris, le 8 décembre 1994. Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre délégué à la santé à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, directions régionales des services pénitentiaires), Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) Orientations générales Les modalités de la prise en charge sanitaire des détenus sont modifiées par deux mesures complémentaires instituées par la loi no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale : - l'organisation et la mise en oeuvre de cette prise en charge sont transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier, conformément aux dispositions de l'article L. 711-3 du code de la santé publique ; - le bénéfice de la protection sociale est étendu à l'ensemble des détenus, affiliés dès leur incarcération au régime général de la sécurité sociale, selon les modalités prévues par les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale. Le décret no 94-929 du 27 octobre 1994 fixe les modalités d'application des articles L. 711-3 du code de la santé publique et des articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale et précise la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. Cette réforme est l'aboutissement d'une collaboration étroite entre le ministère de la justice et le ministère chargé de la santé, marquée depuis une dizaine d'années par des étapes importantes dans le domaine de la santé. Une augmentation significative des moyens, corrélative à ce transfert de responsabilité, permettra d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population. La réussite de cette politique novatrice nécessite l'engagement conjoint des personnels hospitalier et pénitentiaire.

I - Le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier :

Une orientation dictée par des impératifs de santé publique et une expérience de collaboration positive, marquée par des étapes successives :

Le transfert de prise en charge a été préconisé par le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la santé en milieu carcéral, publié en 1993, qui met l'accent sur l'insuffisance et l'inadaptation des réponses que pouvait apporter l'administration

pénitentiaire aux problèmes de santé publique soulevés par l'état sanitaire de la population pénale : - prévalence du virus de l'immunodéficience humaine dix fois supérieure en milieu carcéral ; - tuberculose trois fois plus fréquente que dans la population générale ; - toxicomanies touchant 15 p. 100 des détenus ; - importance des troubles psychologiques et psychiatriques ; - fréquence des hépatites B et C et des maladies sexuellement transmissibles.

Dès 1984, le contrôle de l'action sanitaire en milieu carcéral est confié à l'inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé. Dans le domaine de la psychiatrie, la prise en charge des détenus est dévolue au service public hospitalier depuis 1986. La création des services médico-pyschologiques régionaux (S.M.P.R.) a permis l'implantation d'équipes hospitalières spécifiques au sein d'un certain nombre d'établissements pénitentiaires, les soins psychiatriques courants étant confiés aux équipes des secteurs de psychiatrie générale dans les autres établissements pénitentiaires. Sur ce modèle, le recours au service public hospitalier a été transposé, à titre expérimental, aux soins somatiques en 1992, par la signature de trois conventions pilotes entre les établissements pénitentiaires et les centres hospitaliers de Laon, Châteauroux et les Hospices civils de Lyon (pour l'établissement pénitentiaire de Saint-Quentin-Fallavier). Déjà, la signature de conventions avec les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H) pour la prise en charge des malades atteints du sida avait constitué, en 1989, une première avancée en matière de soins somatiques. Ces expériences ont montré la pertinence de la démarche consistant à confier la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier.

Une mission étendue, reposant sur une conception globale de la santé, confiée au service public hospitalier :

La mission confiée au service public hospitalier recouvre les aspects somatiques et psychiatriques de la prise en charge, dans ses dimensions de soins et de prévention. Elle s'exerce principalement en milieu pénitentiaire mais aussi au sein de l'hôpital, quand il s'avère nécessaire de recourir à son plateau technique. Elle inclut la préparation des relais sanitaires, au terme de la période d'incarcération, en liaison avec les services de l'administration pénitentiaire concourant à la réinsertion. La mission s'étend à l'ensemble des établissements pénitentiaires, maisons d'arrêt et établissements pour peine des départements métropolitains et d'outre-mer, à l'exception des établissements du « programme 13 000 » non repris en régie directe, dans lesquels les soins sont actuellement confiés à des sociétés privées.

Un renforcement et une intégration des actions menées par les secteurs de psychiatrie au sein de ce nouveau dispositif :

Le dispositif mis en place par les textes de 1986 est, d'une part, complété par la création de services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.) supplémentaires et, d'autre part, renforcé par l'implication des secteurs concernés dans la prise en charge des détenus, notamment en établissements pour peine. Les moyens existants sont augmentés de façon à doter chaque S.M.P.R. d'une équipe minimale, à diversifier les prestations des secteurs de psychiatrie générale au sein des maisons d'arrêt et à

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

favoriser leur intervention dans les établissements pour peine. Ce dispositif psychiatrique doit être intégré dans le dispositif général de soins en milieu pénitentiaire et étroitement coordonné aux soins somatiques. Parallèlement, la psychiatrie en milieu pénitentiaire est inscrite dans les schémas départementaux et régionaux de psychiatrie, en s'appuyant sur le cadre pénitentiaire arrêté en application des dispositions du second alinéa de l'article 11 du décret no 86-602 du 14 mars 1986 modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Une double condition de proximité et de niveau de plateau technique requise pour le choix des établissements de santé :

Le mode de désignation et les caractéristiques des établissements hospitaliers habilités à organiser et à mettre en oeuvre la prise en charge sanitaire des détenus sont précisés par les articles R. 711-7 à R. 711-9 du code de la santé publique. Après concertation entre la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.), la direction régionale des services pénitentiaires (D.R.S.P.), il appartient au préfet de région, après avis des préfets de département, d'arrêter la liste des établissements sanitaires répondant à la double condition de proximité et de technicité. Les soins somatiques doivent être assurés par un établissement public de santé doté d'un plateau technique suffisant et habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences, au sens du III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique. Si cet établissement de santé n'est pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, il est fait appel à l'établissement de proximité en mesure d'assurer les soins psychiatriques. Les établissements privés participant au service public hospitalier peuvent être appelés, en application du premier alinéa de l'article 11 du décret no 86-602 du 14 mars 1986 modifié, à participer à la prise en charge psychiatrique des détenus. Lorsque l'établissement pénitentiaire est siège de S.M.P.R., sa désignation s'intègre dans la procédure de sectorisation psychiatrique.

La formalisation des engagements par la signature de protocoles :

Les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire sont mentionnées aux articles R. 711-13 à R. 711-15 du code de la santé publique. Pour répondre à ces obligations, l'établissement de santé chargé des soins somatiques crée au sein de l'établissement pénitentiaire une unité de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.), animée par une équipe composée de personnel hospitalier. Il fournit l'équipement et les prestations nécessaires au fonctionnement de cette unité médicale. Il organise également l'accueil à l'hôpital des détenus pour des consultations et examens spécialisés. L'établissement pénitentiaire met à disposition et aménage des locaux adaptés pour l'implantation de l'unité médicale. Le personnel de surveillance chargé d'assurer la sécurité des locaux est affecté par le chef de l'établissement pénitentiaire, après avis du praticien hospitalier responsable de l'U.C.S.A., conformément à la procédure déjà en vigueur pour les S.M.P.R. Les engagements de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé sont formalisés par un protocole, également signé par les représentants de l'Etat dans la région et le département, et par le directeur régional des services pénitentiaires, en application du premier alinéa de l'article R. 711-10 du code de la santé publique. Ce protocole décrit les conditions d'intervention des services hospitaliers et les moyens mis en oeuvre, tant par

l'établissement sanitaire que par l'établissement pénitentiaire, conformément aux dispositions de l'article R. 711-16 du code de la santé publique. Il est établi par référence aux modèles de protocole déterminé conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé. Lorsque les soins psychiatriques sont assurés par un autre établissement de santé, un protocole complémentaire, établi en application du deuxième alinéa de l'article R. 711-10 du code de la santé publique, fixe ses modalités d'intervention et précise la coopération avec l'établissement chargé des soins somatiques, notamment pour la fourniture, la dispensation et la distribution des médicaments. Dans le cas des établissements pénitentiaires où sont implantés des S.M.P.R., le protocole qui fixe les modalités d'intervention de l'établissement de santé de rattachement du S.M.P.R. est établi en application des dispositions de l'article 4 modifié de l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des S.M.P.R. relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les D.D.A.S.S. ont vocation à animer la réflexion utile à l'élaboration de ce projet, en raison de la connaissance qu'elles ont acquise des besoins sanitaires des établissements pénitentiaires de leur département, du fait de la mission de contrôle qu'elles y exercent depuis 1984.

Un partenariat réclamant le plein engagement des services publics hospitalier et pénitentiaire :

Les structures de soins mises en place dans les établissements pénitentiaires doivent être pleinement intégrées dans l'organisation hospitalière. Leur projet sanitaire, établi en concertation avec les services pénitentiaires, constitue un volet du projet médical de l'établissement de santé. Cependant, si la loi du 18 janvier 1994 transfère au service hospitalier l'organisation et la mise en oeuvre des soins, ainsi que la coordination des actions de prévention, les personnes détenues n'en demeurent pas moins confiées par l'autorité judiciaire aux établissements pénitentiaires. En conséquence, les personnels sanitaires et pénitentiaires travaillent dans la reconnaissance et le respect des missions de chacun.

Les conditions d'hospitalisation des détenus sont redéfinies par l'article R. 711-19 du code de la santé publique :

Les hospitalisations psychiatriques sont réalisées dans les S.M.P.R., à l'exception de celles qui, relevant de l'article D. 398 du code de procédure pénale, sont effectuées dans un établissement de santé habilité, au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique, à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement, en raison de troubles mentaux. Les hospitalisations pour d'autres pathologies sont assurées soit par l'établissement de santé signataire du protocole quand elles présentent un caractère d'urgence ou de très courte durée, soit par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel dans les autres cas.

L'association des médecins et des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire à la mise en oeuvre de la réforme :

L'ensemble de la réforme engagée pour assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité de soins équivalant à ceux offerts à l'ensemble de la population ne saurait être mené à son terme sans l'apport immédiat et indispensable d'un personnel médical et infirmier qualifié et expérimenté. Aussi la loi prévoit-elle que les infirmiers de

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

l'administration pénitentiaire sont, dès la date d'effet des protocoles, détachés auprès des établissements publics de santé associés au dispositif. Les médecins antérieurement employés par l'administration pénitentiaire peuvent être recrutés dans l'un des statuts médicaux hospitaliers existants. Dans un délai d'un an, les infirmiers de l'administration pénitentiaire peuvent opter soit pour leur intégration dans un des corps infirmiers de la fonction publique hospitalière, soit pour leur intégration dans un des autres corps infirmiers relevant de la fonction publique de l'Etat. Cependant, ils peuvent également choisir d'être maintenus en position de détachement sans limitation dans le temps et, en conséquence, continuer à être maintenus dans leur corps d'origine, le corps des infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse. L'intégration dans la fonction publique hospitalière intervient selon des modalités qui permettent aux intéressés de conserver le bénéfice de leurs droits statutaires, notamment en matière d'ancienneté dans leurs grade et échelon, de rémunération et de retraite. En outre, en optant pour la fonction publique hospitalière, ils peuvent bénéficier d'un reclassement indiciaire plus avantageux s'ils justifient d'une durée d'activité publique ou privée, non déjà prise en compte dans leur carrière, avant leur recrutement dans la fonction publique de l'Etat. Par ailleurs, ils peuvent prétendre à un régime indemnitaire sensiblement plus favorable que celui dont ils bénéficient dans leur corps d'origine et se voir offrir des perspectives de promotion et de formation plus gratifiantes. Enfin, les infirmiers relevant de la Croix-Rouge française en fonctions à la date d'effet du protocole sont mis à la disposition des établissements publics de santé jusqu'à la date d'expiration de la convention qui lie cet organisme au ministère de la justice. Au-delà, ils pourront être recrutés par les établissements publics de santé avec prise en compte de la durée de leur activité antérieure ou, le cas échéant, bénéficier d'un nouveau contrat qui sera passé entre l'établissement de rattachement et la Croix-Rouge française.

La prise en charge financière des soins dispensés aux détenus, tant en milieu hospitalier qu'en milieu pénitentiaire, par l'assurance maladie :

Concernant les prestations dispensées aux détenus en milieu hospitalier (hospitalisations, consultations et soins externes), l'assurance maladie se substitue, à compter du 1er janvier 1994, à l'administration pénitentiaire pour la part qui lui incombe, sans charge supplémentaire pour les établissements de santé. Il ne s'agit pour eux que d'un changement de débiteur. En revanche, les soins dispensés en milieu pénitentiaire constituent une mission nouvelle pour les établissements de santé concernés par le nouveau dispositif, et donc une charge nouvelle. Des dotations budgétaires supplémentaires sont attribuées à ces établissements de santé au fur et à mesure de la passation des protocoles. Ces dépenses sont financées selon les règles de droit commun, par dotation globale pour la part incombant à l'assurance maladie et par l'administration pénitentiaire pour le solde. En outre, l'administration pénitentiaire prend à sa charge la totalité de la cotisation dont sont redevables durant leur incarcération les détenus affiliés, en application de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale. En dehors de ces dépenses, les articles L. 381-30-5-II et L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale et R. 711-15 du code de la santé publique définissent celles dont la prise en charge incombe à l'Etat.

Un dispositif mis en place avant le 1er juillet 1995 avec l'aide technique des services du ministère chargé de la santé et du ministère de la justice :

Une mission sur l'organisation des soins en milieu pénitentiaire (mission EO 4) a été constituée au sein de la direction des hôpitaux afin de coordonner, avec les services déconcentrés, la mise en oeuvre de ce dispositif, en liaison avec le bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie (bureau GB 3) à la direction de l'administration pénitentiaire. Au cours d'une première phase, les services centraux apporteront un accompagnement méthodologique, au niveau de chaque région, pour la négociation de premiers protocoles de référence. Dans un second temps, le processus sera généralisé sous l'impulsion des D.R.A.S.S. et des D.R.S.P., l'ensemble des protocoles devant être signé au 1er juillet 1995 au plus tard, en application de l'article 17 du décret no 94-929 du 27 octobre 1994.

II. - L'extension de la protection sociale du régime général aux détenus

Antérieurement à la loi no 94-43 du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire et la couverture sociale des détenus étaient principalement assurées par l'administration pénitentiaire, la sécurité sociale demeurant pour l'essentiel externe à ce dispositif. Parallèlement à l'intervention du service public hospitalier en milieu pénitentiaire, le renforcement de la protection sociale des détenus par leur rattachement au régime général de la sécurité sociale constitue un axe essentiel de la réforme. Ainsi, les détenus sont désormais, à compter de leur incarcération, obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale. Ils acquièrent la qualité d'assuré social. Ils bénéficient pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité servies par le régime général. A compter de leur libération, ils bénéficient du maintien des droits pendant une année. Toutefois, s'agissant des détenus en situation irrégulière au regard de la législation sur les étrangers, l'ouverture des droits à prestation se limite à eux seuls, et uniquement durant leur incarcération. La mise en oeuvre de ce nouveau dispositif de prise en charge sanitaire des détenus repose, au plan local, sur des procédures régulières d'échange d'informations entre les établissements pénitentiaires et les caisses primaires d'assurance maladie en vue de l'affiliation et de l'immatriculation des détenus au régime général.

Le guide méthodologique annexé à la présente circulaire a pour objet de décrire le dispositif de prévention et de soins tant somatiques que psychiatriques, l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier, de préciser la nouvelle situation des personnels sanitaires précédemment employés par l'administration pénitentiaire, de fixer les modalités financières de prise en charge des détenus, la procédure et l'échéancier d'exécution de la réforme ainsi que le système de protection sociale des détenus. La réussite de cette réforme d'envergure est subordonnée au plein engagement des services publics hospitalier et pénitentiaire, à l'adhésion de l'ensemble des personnels à cette nouvelle conception de la prise en charge sanitaire des détenus, à la mobilisation et à la collaboration des services déconcentrés et à l'appui des services centraux. L'ensemble des partenaires concernés doit pleinement contribuer à cette mission de service public.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, SIMONE

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

VEIL Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, PIERRE MEHAIGNERIE
Le ministre délégué à la santé, PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, « Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5,della legge 30 novembre 1998, n.419".

Articolo 1

Diritto alla salute dei detenuti e degli internati

I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali.

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, in particolare, ai detenuti ed agli internati:

livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;

azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;

informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà;

interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;

l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;

l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Ogni Azienda unità sanitaria locale, nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, adotta un'apposita Carta dei servizi sanitari per i detenuti e gli internati. Ai fini della predisposizione della Carta dei servizi sanitari le Aziende unità sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini.

I detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, compresa quella medico – generica.

Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui

sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.

I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Articolo 2

Princìpi

Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende unità sanitarie locali e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l’attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

L’assistenza sanitaria ai detenuti ed agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell’intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l’Azienda sanitaria locale. L’amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati da essa assistiti.

Articolo 3

Competenze in materia sanitaria

Il Ministero della sanità esercita le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.

Le regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

Alle Aziende unità sanitarie locali sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. Il direttore generale risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell’attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell’assistenza sanitaria nei suddetti istituti.

L’amministrazione penitenziaria segnala alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell’esercizio dei poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del presente decreto legislativo.

Articolo 4

Competenze in materia di sicurezza

Al Ministero di grazia e giustizia sono riservate tutte le competenze in materia di sicurezza all’interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell’ambito dei luoghi esterni di cura ove sono ricoverati i detenuti e gli internati.

Sulla base degli indirizzi formulati con decreto del Ministro di grazia e giustizia e di

concerto con il Ministro della sanità, il direttore dell'istituto penitenziario, sentito il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, disciplina il regime autorizzatorio e le modalità di accesso nell'istituto medesimo del personale appartenente al Servizio sanitario regionale.

Il personale appartenente al servizio sanitario nazionale è tenuto all'osservanza delle norme previste dall'Ordinamento Penitenziario, dal relativo regolamento di esecuzione, dal regolamento interno dell'istituto penitenziario nonché delle direttive impartite dall'amministrazione penitenziaria e dal direttore dell'istituto medesimo in materia di organizzazione e sicurezza.

In relazione alle esigenze dell'amministrazione penitenziaria è definito, senza oneri a carico del bilancio dello Stato, con provvedimento adottato dal Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentite le organizzazioni sindacali, un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'amministrazione penitenziaria. Con il medesimo provvedimento sono stabiliti i requisiti e i criteri per la individuazione di detto personale, nonché i relativi compiti, fermo restando il diritto di opzione per tale contingente di personale.

Articolo 5

Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario

Nell'ambito del Piano sanitario nazionale, di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, è previsto un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.

Il Progetto obiettivo di cui al comma 1 ha durata triennale ed è approvato con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281. in sede di prima applicazione, il Progetto obiettivo è approvato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.

Nel Progetto obiettivo di cui al comma 1 sono definiti gli indirizzi alle regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati. Il Progetto obiettivo indica, in particolare:

gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari;

i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati secondo la tipologia di istituto;

le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;

le linee – guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti penitenziari lo sviluppo delle modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;

gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio nell'ambito degli istituti penitenziari.

Nella determinazione dei criteri generali di valutazione dell'attività dei direttori generali e le regioni tengono conto anche del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari, con riferimento alle risorse disponibili e alle caratteristiche degli istituti penitenziari medesimi.

Le regioni danno attuazione, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, agli indirizzi contenuti nel Piano sanitario nazionale, sentiti i provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria, anche prevedendo specifici progetti di intervento in materia di assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti e degli internati. La mancanza del Piano sanitario regionale comporta l'applicazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario di cui al comma 1.

Trascorso un anno dalla entrata in vigore del progetto obiettivo di cui al comma 1, senza che la regione abbia provveduto a dare attuazione a quanto previsto dal comma 5, il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità, è integrata con un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, redatto d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, nel quale sono:

illustrate le condizioni di salute della popolazione detenuta ed internata;

descritte le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari;

esposti i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi finali stabiliti nel Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario;

illustrati i risultati conseguiti dalle regioni rispetto all'attuazione di piani sanitari regionali;

fornite indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi in ambito penitenziario.

Articolo 6

Personale e strutture

Con uno o più decreti del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, è individuato il personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al Servizio sanitario nazionale. Si applica l'articolo 19 della legge 15 marzo 1997, n.59.

In sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali sono definite le

forme e le procedure per il trasferimento del personale del personale individuato ai sensi del comma 1, anche con la definizione di apposite tabelle di equivalenza.

Con uno o più decreti del Ministro di grazia e giustizia e del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è disciplinato, nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e degli altri beni strumentali, di proprietà della amministrazione penitenziaria da destinare al servizio sanitario nazionale.

Articolo 7

Trasferimento di risorse

Agli oneri derivanti dall'applicazione del presente decreto legislativo e dei decreti legislativi di cui all'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n.419, si provvede mediante utilizzazione delle risorse assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria.

Con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo , sono assegnate al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero di grazia e giustizia. Con il medesimo decreto sono definiti, altresì, i criteri e le modalità della loro gestione.

Dall'applicazione del presente decreto legislativo non possono derivare oneri a carico del bilancio dello Stato superiori all'ammontare delle risorse attualmente assegnate al Ministero di grazia e giustizia e destinate alla sanità penitenziaria.

Articolo 8

Trasferimento delle funzioni e fase sperimentale

A decorrere dal 1° gennaio 2000 sono trasferite al Servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti. Sono contestualmente trasferiti il relativo personale, le attrezzature, gli arredi e gli altri beni strumentali nonché le risorse finanziarie, nel rispetto dei principi contenuti nell'articolo 7 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con il Ministro per la funzione pubblica, da adottare entro trenta giorni dalla data della entrata in vigore del presente decreto legislativo, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali, sono individuate almeno tre regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie. Con il medesimo decreto è stabilita la durata della fase sperimentale, tenuto conto dei termini previsti dall'articolo 5, comma 2, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Nella fase sperimentale prevista dal comma 2 del rapporto di lavoro del personale

non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6. Tale personale è posto alle dipendenze funzionali del Servizio sanitario nazionale. I beni strumentali restano nella titolarità della amministrazione penitenziaria; la gestione degli stessi è affidata al Servizio sanitario nazionale.

Con i decreti previsti dal comma 2 dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419, al termine della fase sperimentale, si provvede al trasferimento delle altre funzioni in tutto il territorio nazionale, anche sulla base della sperimentazione svolta.

Articolo 9

Trasferimento delle funzioni alle Regioni a statuto speciale e per le provincie autonome di Trento e di Bolzano, con norme di attuazione ai sensi dei rispettivi statuti.

Per il trasferimento delle funzioni di cui al presente decreto legislativo si provvede, per le Regioni a statuto speciale e per le provincie autonome di Trento e di Bolzano, con norme di attuazione ai sensi dei rispettivi statuti.

Roma, lì 22 giugno 1999

Résumé :

La loi du 18 janvier 1994 opère le transfert de l'organisation des soins en milieu carcéral de l'administration pénitentiaire auprès du ministère de la santé. Cette réforme marque l'affirmation du principe de santé publique en prison suite à une crise de gouvernance de l'ancien dispositif sanitaire. Sa mise en œuvre donne cependant lieu à de nombreuses contradictions en accentuant les systèmes d'opposition antérieurs entre les logiques soignante et pénitentiaire. Le système hospitalier français, chargé de la nouvelle organisation des soins, apparaît parfois inadéquat à remplir la mission qui lui a été confiée. Ces limites constituent les enjeux d'une réforme réussie.

Mots clefs : prison, prévention, sang contaminé, santé publique, sida, toxicomanie.