



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
7 RUE D'ANJOU
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

AVIS ET RAPPORT

PRISON, CONFIDENTIALITÉ

FR

12 JANVIER 1993

AVIS ET RAPPORT SUR LES SITUATIONS MÉDICALES
SANS ABSOLUE CONFIDENTIALITÉ DANS L'UNIVERS
CARCÉRAL

AVIS

Les recommandations du Conseil national du sida se divisent en trois grandes catégories : d'abord des actions visant à favoriser la confidentialité en poursuivant les efforts déjà entamés d'humanisation des lieux de détention ; ensuite des actions spécifiques de formation et d'information visant à rappeler aux différents acteurs de l'univers carcéral la nécessité et l'intérêt de préserver la confidentialité ; enfin une mesure d'intérêt général visant à simplifier et à améliorer la pratique médicale en milieu carcéral.

A) CONFIDENTIALITÉ ET HUMANISATION

L'humanisation des lieux de détention et le respect de la confidentialité sont liés. L'une et l'autre passent par l'amélioration des conditions de vie et de travail en milieu carcéral, pour les détenus comme pour les personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire et tous les autres intervenants en milieu carcéral. Les situations de rupture de la confidentialité que le Conseil national du sida a identifiées sont bien souvent liées à la situation de pénurie chronique qui caractérise les services médicaux pénitentiaires et, à bien des égards, l'univers carcéral tout entier. Dénoncer le trop-plein chronique des prisons françaises - au 16 mai 1992, 54 307 détenus pour 44 782 places dans les prisons françaises (Le Monde, 16 mai 1992) - est devenu un lieu commun : mais il est clair que cette situation rend difficilement possible le respect de la confidentialité. Les moyens en personnel et en matériel attribués par l'État aux prisons françaises doivent donc être augmentés.

Le Conseil national du sida formule les propositions suivantes :

CINQ PROPOSITIONS CONCERNANT L'INFECTION À VIH

1. La forte corrélation entre séropositivité et toxicomanie dans l'univers carcéral rend nécessaire une réflexion approfondie sur ce sujet. Même s'il est impossible à l'administration pénitentiaire d'en reconnaître officiellement l'existence, il est probable que de la drogue circule dans les lieux de détention. Pour éviter des contaminations supplémentaires, le Conseil national du sida souhaite que l'administration pénitentiaire prenne acte de cette éventualité, et procède, comme cela se fait dans certains pays étrangers, à la **distribution gratuite de produits de stérilisation (sous la forme d'eau de Javel diluée par exemple).**
2. De la même manière, le Conseil national du sida estime que la position officielle de l'administration pénitentiaire, qui tend à nier la possibilité de l'existence de pratiques sexuelles dans l'univers carcéral, peut faire courir le risque de contaminations supplémentaires. La situation actuelle est caractérisée par l'incertitude : le bilan effectué par l'administration pénitentiaire pour l'année 1991 indique que rares sont encore les établissements où les préservatifs sont laissés à la disposition des détenus à l'infirmerie, et que dans un quart des établissements les préservatifs ne sont pas disponibles du tout. Le Conseil souhaite que **des préservatifs soient systématiquement mis à la disposition des détenus qui souhaiteraient pouvoir s'en procurer (pour les permissions et les libérations, mais aussi au sein des lieux de détention), et qu'en outre soit gratuitement remise aux détenus, au moment de leur incarcération, une trousse de toilette contenant des objets d'hygiène (brosse à dents, dentifrice, etc) ainsi que des préservatifs.**
3. Parce que la toxicomanie et la sexualité en prison ne peuvent être réduites à la distribution de préservatifs et d'eau de Javel diluée, le Conseil national du sida souhaite qu'une vaste **réflexion** sur le sujet soit mise en oeuvre par les différents acteurs de l'univers pénitentiaire.

4. Le développement prévisible du nombre des détenus séropositifs et malades dans les années à venir oblige à poser dès maintenant le problème du renforcement des **structures d'accueil en psychiatrie**. Le sida va entraîner une demande grandissante, qu'il faut prévoir, et que la structure actuelle des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ne suffit pas à satisfaire.

5. Le Conseil national du sida attire solennellement l'attention des autorités de tutelle sur le sort des détenus d'origine étrangère faisant l'objet d'une interdiction de séjour : au moment de leur libération, soit ils sont expulsés du territoire et envoyés dans des pays où ils ne peuvent trouver des traitements adéquats, soit ils restent en France clandestinement, sans pouvoir bénéficier d'un suivi médical et psychologique satisfaisant (s'ils sont déjà traités par AZT, ils peuvent être assignés à résidence sur le territoire français). Dans les deux cas, ils sont frappés d'une " double peine " qui n'honore pas la France : la prison est le seul lieu où ils peuvent recevoir des soins. **Le Conseil souhaite qu'une réflexion soit engagée sur les modalités d'une prise en charge par la collectivité des détenus séropositifs et malades libérés, sans distinction de statut social ou de nationalité.**

QUATRE PROPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Puisque la prison se révèle, pour de nombreux détenus notamment dans les maisons d'arrêt, le lieu de la première rencontre de soins, et devant la réapparition de la tuberculose, il est particulièrement important de **doter les services médicaux des moyens adéquats en personnels médicaux et infirmiers.**

2. Pour éviter les ruptures de confidentialité dues à l'absence de secrétariat médical dans les infirmeries des lieux de détention, il convient de **dégager des crédits affectés à des postes de secrétariat médical**. Dans l'hypothèse où ces postes ne pourraient être pourvus faute de candidats, il convient de **développer les formations** destinées aux agents des personnels de surveillance désireux de remplir ces fonctions, en insistant toutefois sur l'obligation du respect du secret médical pour éviter les conflits engendrés par une double loyauté (fonction pénitentiaire et fonction soignante).

3. De la même façon, puisque l'on demande à la prison de remplir auprès de nombreux détenus une fonction de socialisation que la société est incapable d'accomplir, il importe de donner à l'institution pénitentiaire les moyens d'accomplir cette mission : cela suppose notamment de **renforcer les effectifs des services socio-éducatifs.**

4. Assurer les soins et le suivi des détenus à la sortie apparaît essentiel. Comme le note le Conseil de l'Europe dans un rapport récent, « l'important est d'assurer à la population incarcérée, après le retour à la vie normale, la prévention et les soins qui ont été amorcés en prison ». (Conseil de l'Europe, L'impact de l'épidémie du sida sur les services de santé et leur planification en Europe, Strasbourg, 1992, p. 30) Trop souvent, la sortie ne constitue qu'une parenthèse entre deux incarcérations. Sans méconnaître les difficultés d'un suivi à l'extérieur, et de la préparation de la sortie, le Conseil souhaite que **des actions spécifiques soient engagées pour préparer les sorties**. Plus largement, il conviendrait de poursuivre les réflexions entamées par les organismes compétents sur l'incarcération des toxicomanes, qui sans résoudre la question de leur toxicomanie grève lourdement le budget de l'administration pénitentiaire.

B) FORMATION ET INFORMATION

Le Conseil national du sida recommande la poursuite, dans les cas où elles existent déjà, ou la mise en place généralisée d'actions de formation des différents acteurs de l'univers pénitentiaire.

Le Conseil national du sida formule les propositions suivantes :

MAGISTRATS ET AVOCATS

1. Le Conseil national du sida recommande que le garde des Sceaux, ministre de la justice, rappelle aux magistrats l'importance de la préservation de la confidentialité en matière de sérologie des prévenus et des condamnés. En particulier, le Conseil souhaite qu'il soit demandé aux magistrats instructeurs de ne plus porter l'indication de la sérologie sur les notices individuelles. Le Conseil recommande également que les bâtonniers de l'Ordre des avocats rappellent à leurs confrères la nécessité de préserver la confidentialité en matière de séropositivité, sauf souhait exprès de leurs clients.

PERSONNELS DE SURVEILLANCE

2. Dans le cas des personnels de surveillance, il est particulièrement nécessaire de veiller à la mise en place et au développement des actions de formation concernant le VIH, d'un point de vue médical mais aussi éthique. Des actions ont été entreprises en ce sens,

à la fois dans le cadre de l'École nationale de l'administration pénitentiaire installée à Fleury-Mérogis, et dans le cadre des sessions de formation permanente des personnels en place. Mais un sondage de mars 1991 (enquête du Centre régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé) suggère que 71 % des personnels pénitentiaires sont en faveur d'une affectation des détenus des séropositifs dans un quartier spécialisé lors de la détention et 66 % dans un service spécialisé lors d'une hospitalisation (Le Quotidien du Médecin, 12 mars 1991). Cette attitude négative souligne la nécessité de poursuivre et d'accroître ces actions de formation et d'information : elles ont pour résultat tangible de transformer les représentations mentales de ces personnels, qui peuvent ainsi devenir d'indispensables relais d'information.

DÉTENUS

3. Le Conseil national du sida souhaite que les actions de formation et d'information en direction des détenus soient poursuivies et développées. Elles constituent le meilleur moyen de limiter les risques de discrimination et de stigmatisation des détenus séropositifs et malades de la part des autres détenus.

PERSONNELS DE SANTÉ

4. Le Conseil national du sida recommande que le ministre de la santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins rappellent aux médecins amenés à intervenir dans les prisons au titre des conventions passées entre les centres de détention et l'administration hospitalière, l'importance du maintien de la confidentialité. Le Conseil souhaite également que le garde des Sceaux, ministre de la justice, rappelle aux chefs d'établissement l'importance de la confidentialité en matière médicale.

C) MESURE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL

Le Conseil national du sida estime urgent et nécessaire, pour faciliter l'action des personnels de santé et faire disparaître les ambiguïtés existant sur leurs missions et leurs tâches, que les pouvoirs publics achèvent de **faire passer sous le contrôle administratif et financier exclusif du ministère de la santé la médecine en milieu carcéral, et les personnels de santé intervenant en milieu pénitentiaire.**

RAPPORT

- Préambule.
- Introduction générale.
- Présence du sida dans l'univers pénitentiaire
- VIH et toxicomanie
- VIH et (homo)sexualité
- Soins et demandes de soins.
- Sorties et suivi à l'extérieur
- Les incertitudes de la confidentialité.
- La confidentialité durant la procédure judiciaire
- La confidentialité dans le cadre carcéral
- Le dépistage et les résultats
- Dossiers médicaux pénitentiaires et armoires
- Soins, surveillants et détenus
- Confidentialité et discrimination : le travail des détenus
- Conclusion

PRÉAMBULE

Le Conseil national du sida, lors de la séance plénière du 27 septembre 1990, a pris l'initiative de se saisir de la question des situations médicales sans absolue confidentialité, et a situé sa réflexion dans le cadre de la médecine en milieu militaire, hospitalier et pénitentiaire, ainsi que de la médecine du travail. Le premier thème abordé a été celui de la médecine en milieu pénitentiaire, qui fait l'objet du présent rapport et de l'avis qui le suit.

Pour des raisons de confidentialité, l'ensemble des données recueillies par le Conseil au cours de son travail préparatoire a été rendu anonyme, à l'exception des citations provenant de textes publiés.

Le Conseil national du sida n'a pas en effet pour mission de procéder à des enquêtes administratives ou de mettre en cause des personnes ; il souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur les problèmes structurels qu'il a pu constater. On trouvera en annexe une liste des établissements visités et des personnes entendues par le Conseil. Par ailleurs, il peut arriver que le texte fasse allusion à d'autres établissements que ceux que les conseillers ont effectivement visités.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La réflexion du Conseil national du sida sur la confidentialité en milieu carcéral se veut inscrite dans la réalité de l'univers pénitentiaire. A cette fin, les conseillers, en séance plénière ou en groupe de travail, ont procédé à l'audition de différents acteurs de cet univers (responsables de l'administration pénitentiaire, représentants des personnels de surveillance, médecins, infirmières, psychologues, éducateurs, membres du groupe AIDES-Prison) et se sont rendus dans quatre centres de détention.

Ce rapport n'a pas la prétention d'être exhaustif, puisque le Conseil national du sida n'a ni l'ambition ni les moyens de lancer une enquête d'ampleur nationale. Mais si les pages qui suivent se limitent à rendre compte de quelques situations particulières, l'observation a permis de mettre au jour un certain nombre de dysfonctionnements structurels, sur lesquels le Conseil entend attirer l'attention des autorités de tutelle. En effet, comme le note un acteur et observateur de l'univers carcéral, il existe un décalage entre « les objectifs définis réglementairement, par voie de circulaire, dans le domaine de la santé en prison » pour l'infection à VIH, qui sont « conformes aux règles éthiques médicales, aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Conseil de l'Europe », et « l'application » de ces textes, « qui fait défaut »¹.

Les problèmes soulevés par la confidentialité en milieu pénitentiaire s'inscrivent dans le contexte plus large de l'irruption du sida dans l'univers carcéral au cours de la dernière décennie². Cette irruption a entraîné à l'époque une vague de panique dans les prisons, en raison des incertitudes qui régnaient au début des années 1980 sur les modes de contamination. L'auteur d'un livre consacré à La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention, y décrit ainsi l'atmosphère qui prévalait alors : "Il a fallu, au moment de l'accueil des premiers détenus atteints de sida, bien préciser les conditions du risque de contamination. Un détenu séropositif menaçait les surveillants : « Le premier qui m'approche, je le mords ! » On s'interrogea donc sur les risques contaminatoires de la salive, non seulement sur les plaies, mais par simple contact avec un crachat, ou avec la trace laissée sur le bord d'un verre, par exemple. Un détenu nous disait même en plaisantant : « Attention, j'ai le baiser qui tue ! » Et la contamination par la main qui vient d'essuyer une larme, puisque toutes les sécrétions biologiques sont riches en virus ? Autant de soupçons qui motivèrent les quelques refus individuels d'accompagner des contaminés, moins nombreux toutefois que dans la police ou la gendarmerie où l'information semble avoir circulé plus tardivement. Certains procès ont dû être reportés parce que l'escorte refusait d'assurer le transfert des détenus porteurs du virus de la prison ou du service hospitalier de médecine pénitentiaire jusqu'au palais de Justice. Ces faits remontent à quelques années, mais paraissent déjà très lointains ; ils datent de la période archaïque de l'invasion. Depuis, l'information est venue et la peur a été mieux canalisée. »³

Le Conseil national du sida a constaté cette évolution. Alors qu'en 1985-1986, selon un surveillant, le sida avait provoqué une psychose dans le personnel pénitentiaire, le sida serait aujourd'hui entré dans les mœurs ; un surveillant-chef estime, avec l'approbation de ses collègues, qu'il "serait abominable de les [les détenus séropositifs ou malades] mettre à part." Cette attitude est liée étroitement à la diffusion de l'information sur la maladie : dans un établissement, le directeur a fait distribuer des dépliants d'information et des stages de formation sida/toxicomanie pour le personnel de surveillance ont été mis en place. Certes, des zones d'ombre demeurent : le moindre incident provoque l'inquiétude du personnel de surveillance et indique que les peurs et les fantasmes, en apparence maîtrisés, peuvent aisément faire leur réapparition. Ainsi constate-t-on que tout dérapage télévisuel, sur une éventuelle transmission du VIH par la salive par exemple, pose dans les lieux de détention des problèmes considérables. Il reste que les efforts entrepris depuis plusieurs années ont eu pour conséquence d'inscrire le sida au quotidien dans l'univers pénitentiaire.

PRÉSENCE DU SIDA EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Encore faut-il distinguer en fonction des différents types de lieux de détention : les maisons d'arrêt, qui reçoivent « les inculpés, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire » (Art. 714 du Code de procédure pénale), et les établissements pour peines,

¹ Dr Pierre ESPINOZA, « L'ombre du second choc sida. Sida, toxicomanie et système pénitentiaire », Revue française des affaires sociales, hors-série : Les années sida, octobre 1990, p. 63-96

² Pour l'évolution générale des prisons, voir par exemple Jacques-Guy PETIT et al., *Histoire des galères, bagnes et prisons, XIII^e-XX^e siècles. Introduction à l'histoire pénale de la France*, Toulouse, Privat, 1991. Sur l'évolution de la population pénale depuis 1971, voir par exemple *Infostat Justice* (Bulletin d'information de la Sous-Direction de la Statistique, des Etudes et de la Documentation, Ministère de la Justice, Direction de l'Administration générale et de l'Équipement), 25, octobre 1991

³ Dr Daniel GONIN, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, Editions de l'Archipel, 1991, p. 186-187.

où « les condamnés purgent leur peine » (Art. 717). En fait, il faut affiner cette distinction⁴. Les maisons d'arrêt regroupent également, « à titre exceptionnel », "les condamnés auxquels il reste à subir une peine d'une durée inférieure à un an." Il existe une maison d'arrêt auprès de chaque tribunal de grande instance, de chaque cour d'appel et de chaque cour d'assises, avec des exceptions, soit au total 150 maisons d'arrêt en France. Les établissements pour peines se divisent en plusieurs types de prisons, où sont répartis les détenus « compte tenu de leur catégorie pénale, de leur âge, de leur état de santé et de leur personnalité » (Art. 718). On peut distinguer les maisons centrales (type Clairvaux), réservées aux détenus ayant de très longues peines à purger et aux détenus jugés dangereux ; et les centres de détention, destinées à des détenus jugés moins dangereux ou ayant des peines moins longues à purger. Enfin, il faut mettre à part les établissements spécialisés, tels l'Établissement d'hospitalisation public national (ex-hôpital) de Fresnes.

Ces distinctions administratives sont importantes pour comprendre la présence et les effets de l'infection à VIH en milieu carcéral. 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 parisienne⁵.

On constate que les établissements les plus concernés par le VIH sont d'une part les maisons d'arrêt, et d'autre part les établissements sanitaires spécialisés. Au contraire, les établissements pour peines qui regroupent des condamnés de longue durée sont moins affectés. Selon des statistiques du ministère de la Justice au 31 mai 1989, 90% des détenus séropositifs connus des services médicaux étaient placés en maison d'arrêt, 7,3% en centre de détention, 1,7% en maison centrale. Au 1er juillet 1991, les maisons d'arrêt comptaient 1 951 détenus séropositifs connus, dont 128 cas de sida ; les établissements pour peines comptaient 306 séropositifs connus, dont 26 cas de sida. Au total, 59 détenus étaient hospitalisés, dont 26 à l'EHPNF de Fresnes et 33 dans les hôpitaux généraux⁶.

Le Conseil national du sida a pu constater le caractère important mais variable de la proportion de détenus séropositifs :

- dans tel grand établissement prévu pour 2 500 personnes, mais qui en abrite dans la réalité quelque 5 000 à un moment donné de l'année (en flux, 12 500 entrants par an), on estime qu'il y a environ 1 000 séropositifs à un moment donné, soit environ 20% de la population totale. Ces séropositifs sont à 45% des étrangers (dont 40% de Maghrébins).
- dans tel autre établissement, qui reçoit un flux annuel d'environ 6 000 entrants, 12% des entrants annuels sont séropositifs (soit environ 720 personnes). Si l'on ne raisonne plus en termes de flux, on peut estimer à environ 200 le nombre de détenus séropositifs à un moment donné de l'année.
- tel autre lieu de détention offre un exemple d'un genre tout différent. Il comprend au maximum 127 places : au jour de la visite de la délégation du Conseil, 96 personnes y sont détenues ; le nombre de détenus séropositifs est évalué à 4 ou 5.

Dans tous les cas, il existe une forte corrélation entre toxicomanie et séropositivité.

VIH ET TOXICOMANIE

Toutes les observations et analyses de l'épidémie à VIH en milieu pénitentiaire soulignent la forte corrélation, voire la stricte adéquation entre toxicomanes et séropositifs parmi les détenus⁷.

Les enquêtes du Conseil national du sida le confirment : dans chaque établissement visité, il est apparu que toxicomanie et séropositivité étaient des phénomènes qui se recouvraient complètement. Dans tel établissement, sur 6 000 entrants, 25% (soit 1 500 personnes) sont des toxicomanes (2/3 en intraveineuse, 1/3 en prise nasale ou « sniff »), dont 40% sont séropositifs. Sur les quelque 720 détenus séropositifs (en flux), 90% (soit environ 650 personnes) ont été contaminés par injections de drogue et 3% (22

⁴ Françoise Sanchez et Philippe Bertau, La prise en charge de l'infection à VIH en milieu carcéral : pré-enquête sur quatre sites, rapport de pré-enquête, convention GRES 31- ANRS, Toulouse, 1991.

⁵ 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.

⁶ Pour 1989 : Frank Hausser, « Sida et prison : quelles politiques, quelles réglementations ? », dans Sida et droits de l'homme. L'épidémie dans un Etat de droit, Strasbourg, Gersulp, 1990, p. 202. Pour 1991 : 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.

⁷ Voir notamment P. Espinoza, art. cit., p. 72 : « La toxicomanie est donc étroitement liée à l'infection par le V. I. H. dans le système pénitentiaire » Et p. 73 : « Un taux de séropositivité de 30 à 40% reflète globalement la situation pour l'ensemble de la population toxicomane française. »

personnes environ) par voie sexuelle (essentiellement homosexuelle)⁸. La toxicomanie constitue donc, de loin, le principal facteur de contamination des entrants. Dans tel autre établissement, on estimait à 25 ou 30 le nombre de séropositifs, sur un total de 400 détenus (6,25 à 7,5%). La quasi-totalité de ces personnes étaient des toxicomanes.

VIH ET (HOMO)SEXUALITÉ

Cette corrélation forte entre VIH et toxicomanie ne doit pas conduire à occulter le problème de la sexualité en milieu carcéral, sur lequel les avis divergent fortement.

Au cours des visites dans les différents établissements, la délégation du Conseil national du sida a abordé à plusieurs reprises le sujet. Dans tous les cas, ses interlocuteurs – observateurs et acteurs de l'univers carcéral – ont nié sinon l'existence, du moins l'importance de la sexualité en prison. Tel estime qu'il n'y a pas d'homosexualité dans le cas des maisons d'arrêt, où les détenus ne restent pas suffisamment longtemps pour remettre en cause leurs valeurs qui sont, en règle générale, de type machiste.

Plus largement, l'Administration pénitentiaire ne reconnaît pas l'existence de relations sexuelles, avec ou sans consentement, dans les différents établissements dont elle a la tutelle. Comme le notent les auteurs d'une étude sur la sexualité en prison, « officiellement, il n'y a pas d'homosexualité en prison ! Cette assertion déborde largement les cadres officiels : détenus, surveillants, voire médecins ne semblent pas loin de partager cet avis. Du moins en maison d'arrêt. Les détenus sont loin de revendiquer cet aspect de la sexualité. L'annonce erronée d'une distribution généralisée de préservatifs en prison a ainsi provoqué d'importants mouvements d'humeur dans la population pénale qui refusait que soit accolée à sa collectivité l'image d'une sexualité déviante et stigmatisante. »⁹

Il reste que ces auteurs, comme d'autres observateurs, estiment que le silence sur l'existence de relations sexuelles entre détenus ne doit pas être confondu avec l'inexistence de ces relations :

« Comment pourrait-il en être autrement, quand, par exemple, les détenus vivent vingt heures sur vingtquatre à quatre pour quelques mètres carrés sans le minimum d'intimité pour les ablutions et leurs besoins naturels ? »¹⁰ Un interlocuteur du Conseil national du sida estime que les relations sexuelles dans les prisons, de nature homosexuelle, ne sont pas perçues comme telles par les détenus, et sont donc vécues comme une sexualité non-homosexuelle.

Sans doute faut-il distinguer entre les établissements pour peines, où l'existence de relations sexuelles entre les détenus est peut-être plus fréquente (quoique non reconnue et admise), et les maisons d'arrêt. Mais nier complètement l'éventualité de relations sexuelles paraît dangereux : en évacuant ainsi la question d'une possible transmission par voie sexuelle de l'infection à VIH en milieu pénitentiaire, n'empêche-t-on pas tout discours rationnel sur la prévention ?

Le problème est d'autant plus délicat qu'il existe au sein de l'univers pénitentiaire un certain consensus entre détenus, surveillants et médecins pour ne pas aborder le sujet. Il n'empêche que la présence possible de relations sexuelles (comme de drogue) dans les prisons, alors même qu'une partie de la population carcérale est contaminée par le VIH, doit être envisagée. C'est ce qu'a admis 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 », qui 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. »¹¹

Il apparaît donc nécessaire de prendre en compte l'existence de possibles relations sexuelles et la présence possible de drogue dans le monde carcéral, sans pour autant dramatiser la situation. En effet, une enquête financée par la Direction générale de la santé en 1988 conclut au caractère « exceptionnel, et nullement comparable à la situation aux États-Unis, en Italie, en Espagne », de l'usage de drogue en intraveineuse pendant la détention en maison d'arrêt, et ajoute que « les risques de contamination, en maison d'arrêt, par relation homosexuelle, paraissent réels, mais peu fréquents. »¹²

⁸ L'origine de la contamination des 7% restants n'est pas déterminée.

⁹ B. GRAVIER et P. LAMOTHE, *La sexualité en prison : un comportement à risque*, communication présentée à la Cinquième Conférence internationale sur le SIDA, Montréal, 4-9 juin 1989, cité par D. GONIN, op. cit., p. 173.

¹⁰ *Ibid*

¹¹ 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.

¹² P. ESPINOZA, art. cit., p. 79, citant P. ESPINOZA et al., *Etude des risques de contamination par le virus de l'hépatite B, le V. I. H. en milieu carcéral*, A. P. S. P.- C. R. F., Recherche action financée par la D. G. S., 1988.

SOINS ET DEMANDE DE SOINS

Le constat fait en matière de soins et de demandes de soins permet de souligner 4 caractères principaux :

1. Le premier point, observé dans tous les lieux de détention visités, concerne les demandes des détenus en matière de soins et de prise en charge de la santé.

Souvent socialement marginalisés, les détenus tolèrent mal les frustrations engendrées par la détention et conjuguent demandes de soins et de maternage avec des exigences nouvelles en matière de santé. C'est particulièrement le cas chez les toxicomanes, dont les comportements habituels traduisent une grande négligence de leur corps : certains semblent utiliser leur séjour en prison de manière plus ou moins délibérée pour se préoccuper de leur corps et de leur santé. Ce premier contact avec le système de santé peut être divisé en trois niveaux de pathologie : d'abord, des problèmes de santé liés à la détention elle-même, notamment des troubles du sommeil ; ensuite, des problèmes de santé non traités auparavant, dentaires, oculaires notamment ; enfin des maladies graves affectant la population générale, maladies cardio-vasculaires ou cancers ou encore sida, dont certaines, comme le sida, prennent une importance plus grande que dans la population générale pour d'évidentes raisons sociologiques. Dans un établissement particulier, 30% des détenus environ suivent un traitement quelconque.

Cette tendance à la médicalisation de l'institution ne doit pas être confondue avec des méthodes d'abrutissement thérapeutique par distribution généreuse de neuroleptiques : les toxicomanes sont soumis à un sevrage selon un protocole thérapeutique mis au point par le ministère de la Santé, et appliqué à des patients libres ou détenus. Selon un intervenant, ce traitement aurait plus de chances d'aboutir dans la prison qu'à l'extérieur, car il serait quasiment impossible de se procurer de la drogue à l'intérieur des murs.

Les services médicaux des prisons assurent en fait une fonction de soins à l'égard de détenus souvent sans contact avec le système de santé avant leur incarcération. Certains d'entre eux, ainsi mis dans le circuit médical, y restent après leur libération. Pour d'autres, ce n'est pas le cas. Et d'autres enfin, réincarcérés, reviennent à la charge des services médicaux des établissements pénitentiaires. Selon une infirmière, on peut même se demander si l'accompagnement terminal de certains cas de sida ne s'y fait pas mieux que dans un service extérieur, dans le cas de personnes souvent en situation de rupture avec leur famille. Quand le détenu est malade, c'est le personnel soignant qui vérifie si la famille a demandé le parloir (droit de visite) : les soignants ne peuvent appeler les familles, mais elles peuvent les joindre. Pour les familles de province, le médecin prend contact avec le médecin traitant de la famille, qui est lié par le secret médical.

2. Cette demande de soins et de prise en charge est dans l'ensemble satisfaite.

Les détenus séropositifs ont en général à leur disposition les traitements disponibles sur le marché, à l'exception d'un établissement où les (quelques) détenus séropositifs ne recevaient pas d'AZT et ne pouvaient utiliser d'aérosols. Dans l'Établissement d'hospitalisation public national de Fresnes, les patients peuvent recevoir les mêmes soins que dans des hôpitaux civils, et ils ont accès à toutes les thérapeutiques connues. En ce qui concerne les essais thérapeutiques, l'entrée dans des essais nouveaux n'est pas permise, mais on autorise la poursuite d'essais commencés à l'extérieur. Cet hôpital possède un plateau technique complet – à l'exception d'un scanner, mais ce n'est pas là une situation exceptionnelle, même dans un hôpital civil.

Dans tel autre établissement, les conditions de soin sont considérées comme satisfaisantes : les détenus peuvent notamment disposer d'AZT sans difficultés, et recevoir des traitements préventifs de la pneumocystose. Pour les aérosols, il n'existe pas de local adéquat dans chacun des secteurs de détention : on utilise donc une seule des trois infirmeries, au risque de la rupture de la confidentialité des soins. Dans les cas de sida déclarés graves, le détenu est en effet envoyé à Fresnes pour hospitalisation.

Lorsque les soignants estiment ne plus pouvoir assurer les soins, le patient est envoyé en urgence en consultation extérieure ou bien il est hospitalisé dans un service de réanimation. En dépit du manque de personnels et de locaux, tous les moyens disponibles sont mis en oeuvre.

3. Mais les moyens mis à la disposition des établissements pénitentiaires restent très insuffisants, surtout en prévision des besoins entraînés par l'augmentation du nombre de détenus contaminés par le VIH.

Ces déficiences concernent d'abord le manque de personnel. Ainsi, dans tel établissement de grande taille, on trouve une infirmerie par aile, dont l'une est l'infirmerie centrale, véritable dispensaire ouvert de 8h à 12h et de 14h à 18h. L'établissement compte au total 7 infirmeries, pour lesquelles il dispose d'un médecin-chef, de 20 internes et de 20 infirmières. Les gardes de nuit pour les urgences, qui surviennent en moyenne 1 nuit sur 3, sont assurées par un interne.

Elles concernent ensuite des situations structurellement inacceptables. Dans tel établissement, dont le cas n'est sans doute pas exceptionnel, les moyens sont limités : outre l'infirmière (présente 6 après-midis sur 7 de 14h à 17h), l'établissement a recours à un médecin généraliste qui effectue une vacation hebdomadaire (3 à 4h) ; à un dermatologue-vénérologue envoyé par la DDASS, présent 2 à 4 fois par mois ; et à un dentiste. Les deux médecins examinent tous les entrants. L'infirmière a semble-t-il pour fonction essentielle de préparer les médicaments qui sont distribués par les surveillants : les médicaments potentiellement

dangereux sont dilués dans de l'eau et distribués dans des fioles ; les autres doivent être absorbés devant le surveillant. L'infirmière n'assure pas de permanence la nuit ou le dimanche. En cas d'urgence, l'établissement a recours à un service d'urgence et à l'hôpital local : ainsi, pour pouvoir donner à un détenu un comprimé de Tranxène à 23h, il a été ainsi nécessaire de déplacer le service d'urgence (coût : 900F).

Cet établissement ne dispose d'aucun psychologue ou psychiatre, malgré des demandes réitérées auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Cela pose des problèmes considérables, notamment dans le contexte du sida. L'établissement a recours à un service d'aide aux toxicomanes subventionné par la DDASS, qui offre un service d'accueil, des appartements thérapeutiques, et une antenne toxicomanie à double fonction psychologique et éducative.

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 responsables de l'établissement. Un toxicomane écroué un dimanche ne peut recevoir aucun médicament, puisqu'il n'y a pas de permanence médicale. Même si le chef d'établissement reconnaît prendre parfois des libertés, dans l'urgence, avec un règlement qui l'empêche de distribuer quelque médicament que ce soit, il insiste sur les contraintes et les inconvénients du système. Le médecin généraliste, particulièrement mal rétribué, ne continue à venir que par amitié pour son directeur.

Mal équipé médicalement, cet établissement est également à la merci de la politique pénale des transferts. Seule une décision judiciaire peut faire transférer dans un autre établissement mieux équipé un détenu en dialyse ou souffrant d'insuffisance cardiaque. Ces mesures sont lourdes et difficiles à gérer. Elles posent également problème dans le cas de détenus souffrant de sida déclaré.

La médecine en milieu carcéral est en pleine mutation. Il importe que les pouvoirs publics augmentent les moyens accordés, notamment dans le cas de la lutte contre le sida. Rappelons que les crédits attribués aux établissements pénitentiaires le sont par le ministère de la Justice, via le ministère de la Santé, et que les crédits affectés au sida du ministère de la Santé ne les concernent pas. Ainsi, l'AZT, qui est disponible sans difficultés, est payé par l'Administration pénitentiaire, alors que dans tout autre hôpital le financement provient de la Direction des Hôpitaux. Cet état de fait est sans doute imputable à la situation exceptionnelle des prisons à l'égard des régimes de la sécurité sociale.

4. La demande nouvelle de soins fait peser une pression considérable sur les soignants.

Le sida impose d'aider les malades face à un pronostic sombre et de leur fournir un soutien psychologique dans la gestion de leur état de santé. Dans la situation difficile et particulière qui est celle de la prison, sans la famille, avec des problèmes humains considérables, il est difficile d'assurer les aspects techniques et d'être disponible sur le plan relationnel, comme l'a souligné un interlocuteur du Conseil, qui note combien l'irruption du sida dans le champ de sa pratique quotidienne avait bouleversé ses certitudes, rendant nécessaire une réflexion en profondeur. Les médecins, les personnels infirmiers, les cadres administratifs, les surveillants, les éducateurs et les travailleurs sociaux sont confrontés, surtout dans les maisons d'arrêt où la vie quotidienne est compliquée par la diversité et la rotation accélérée de la population pénale et la pauvreté des moyens mis à la disposition des détenus, à des situations d'une difficulté extrême. La maison d'arrêt est le lieu de l'incertitude, et cette incertitude constitue une cause de déstabilisation supplémentaire, en sus de la séropositivité. Les travailleurs sociaux, notamment, qui doivent être à l'écoute des angoisses devant la mort et des souffrances face au constat d'un avenir bloqué, se trouvent ainsi associés à un travail de deuil, tout en étant également confrontés aux familles et à la difficulté de répondre à leurs questions sans violer le secret professionnel. Or, les travailleurs sociaux en milieu carcéral ne sont pas formés à l'accompagnement de malades condamnés, et ils ont des besoins nouveaux de soutien psychologique, de formation et d'information, y compris sur des problèmes d'éthique tels que ceux posés par le dépistage.

SORTIES ET SUIVI À L'EXTÉRIEUR

Dans tel établissement, l'accord avec le CISIH et un service de maladies infectieuses a permis d'instaurer un suivi de la population toxicomane. C'est un problème très difficile car il s'agit d'une population par définition erratique et peu socialisée, même si la demande de médicalisation au sein de la prison peut laisser penser que des évolutions sont possibles. Les statistiques de suivi qui ont pu être établies indiquent qu'environ 20% des femmes et 14% des hommes examinés, suivis et soignés à l'intérieur de cet établissement se rendent après leur sortie dans le service hospitalier afin de poursuivre leur traitement ou leur prise en charge.

Il convient d'évoquer ici le fait qu'un détenu libéré ne se voit pas toujours remettre d'ordonnance lui permettant de poursuivre les traitements commencés en prison. Cette situation n'est pas la conséquence d'une décision des responsables des maisons d'arrêt, mais des circonstances précipitées qui président aux libérations, dont l'infirmière n'est souvent prévenue qu'après coup. Dans d'autres cas, à l'inverse, lorsque la libération a été préparée, le détenu peut avoir accès à un comité de probation où il se voit remettre de l'argent liquide et, si nécessaire, des médicaments.

Tels sont, rapidement brossés, les traits généraux concernant le sida en milieu carcéral que le Conseil national du sida a relevés au cours de son enquête, et qui informent sa réflexion sur les problèmes plus précis de la confidentialité.

LES INCERTITUDES DE LA CONFIDENTIALITÉ EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

L'idée même de confidentialité en milieu carcéral était, jusqu'à une date récente, difficilement concevable. Par tradition, la logique pénitentiaire est une logique de l'absence de secret au sein de l'espace clos qu'est la prison. La mise en place dans l'univers carcéral d'une logique médicale, indissociable de la notion de secret médical, semblait donc conflictuelle, sinon inconcevable.

L'irruption du sida dans les prisons a contribué à la réévaluation partielle de cette situation par l'Administration pénitentiaire elle-même. Cette transformation progressive (et à bien des égards, restée encore à l'état de projet) participe d'une conception nouvelle de la situation sanitaire du monde carcéral : confrontée à la montée des problèmes posés par la question sanitaire dans les prisons, l'Administration pénitentiaire a pris conscience de la nécessité de choisir entre la définition d'une mission sanitaire et l'abandon à une tutelle extérieure – le Ministère de la Santé – de cette question sanitaire. En optant depuis une dizaine d'années pour la deuxième solution, les responsables du Ministère de la Justice ont créé les conditions d'un débat nouveau, comme l'a souligné le 4 avril 1992 le directeur de l'Administration pénitentiaire, à l'occasion du colloque *Soigner absolument : Pour une médecine sans rupture entre la prison et la ville* : « 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 ». Mais cette conception du droit à la santé des détenus et d'une « médecine sans rupture entre la prison et la ville » vient se heurter à la question du secret médical et de l'éthique médicale en milieu pénitentiaire.

C'est dans ce contexte idéologique et politique mouvant qu'il faut replacer les problèmes de confidentialité posés par le VIH dans les lieux de détention. Ces problèmes sont encore aggravés par le développement d'autres infections qui peuvent être la conséquence du VIH, comme la tuberculose.

LA CONFIDENTIALITÉ DURANT L'INSTRUCTION ET LES PROCÉDURES JUDICIAIRES

Le Conseil national du sida a été informé de l'existence de manquements aux règles de confidentialité durant l'instruction et les procédures judiciaires.

Le juge d'instruction peut prescrire une sérologie aux termes de l'article 81 du Code de procédure pénale (Ordonnance n° 58-1296 du 23 décembre 1958), qui porte que « le juge d'instruction peut prescrire un examen médical, confier à un médecin le soin de procéder à un examen médicopsychologique ou ordonner toutes autres mesures utiles », notamment la saisie du dossier médical d'un inculpé dans un établissement hospitalier. Mais ce type d'examen pose quatre types de problèmes :

1. Dans certains cas, le dépistage du VIH semble être effectué à l'insu du prévenu, et non avec son consentement libre et éclairé. De telles procédures peuvent poser un problème au regard du respect des droits de la défense. Rares sont au demeurant les affaires qui nécessitent que la sérologie du prévenu soit connue du magistrat instructeur.
2. Du même ordre de questions relèvent les problèmes posés par les expertises ordonnées par les magistrats instructeurs et les juges d'application des peines (articles 156 à 169-1 du Code de procédure pénale). En l'état actuel des choses, un flou complet règne sur la manière dont les résultats d'un test de dépistage sont rendus à l'inculpé dans le cadre d'une procédure d'expertise : l'obligation de rendre le résultat sérologique n'est pas énoncée ; la personne (le médecin de l'établissement pénitentiaire ? le médecin expert ?) qui doit rendre ce résultat n'est pas définie ; enfin, il est difficile de savoir si le prévenu ou le condamné a le droit ou même la possibilité de refuser de subir ce dépistage.
3. Comme en témoignent les documents reproduits à l'annexe 2, il arrive que le statut sérologique du prévenu soit mentionné par le magistrat instructeur sur la notice d'orientation qu'il établit, sans toujours avoir la certitude de l'exactitude de cette information. Cette notice accompagne le prévenu placé en détention provisoire et son contenu est porté à la connaissance des responsables administratifs des établissements pénitentiaires. La confidentialité n'est plus alors respectée.

Il en va de même lorsque la séropositivité est mentionnée par le magistrat sur le dossier individuel de la personne condamnée, sans doute en vertu d'une application contestable de l'article D. 158 du Code de procédure pénale : « La notice individuelle contient les renseignements concernant l'état civil du condamné, sa profession, sa situation de famille, ses moyens d'existence, son degré d'instruction, sa conduite habituelle, sa moralité et ses antécédents. Ces renseignements sont complétés par l'exposé des faits qui ont motivé la condamnation et des éléments de nature à aggraver ou à atténuer la culpabilité de l'intéressé. »

4. Enfin, il faut souligner qu'il arrive qu'au cours d'un procès le statut sérologique de l'accusé soit mentionné, par le président, le procureur ou l'avocat, sans l'accord exprès et éclairé de la personne concernée.

LA CONFIDENTIALITÉ DANS LE CADRE CARCÉRAL

Le degré de confidentialité en matière de VIH et de sida varie considérablement d'un lieu de détention à l'autre et, au sein même d'un établissement, d'un moment à un autre. Toute généralisation est donc périlleuse. Il est toutefois clair que les questions de confidentialité sont considérées comme marginales dans la plupart des lieux de détention.

Au cours de ses travaux, le Conseil national du sida a identifié plusieurs circonstances ou endroits qui jouent un rôle central dans la rupture possible de la confidentialité.

LE DÉPISTAGE

Dans les prisons françaises, le dépistage de l'infection à VIH est proposé par le corps médical aux entrants exposés à des risques d'infection. Comme l'a rappelé la circulaire conjointe du ministre de la Justice et du ministre de la Santé en date du 17 mai 1989, « le dépistage obligatoire et systématique des entrants en prison doit être exclu », pour des raisons d'efficacité et de coût. La même circulaire définit les « quatre règles fondamentales » qui doivent entourer le dépistage :

« a/ Une consultation médicale préalable au test qui vise à informer et à obtenir le consentement de l'intéressé dans une démarche de responsabilisation. »

« b/ Le résultat du test doit lui être donné, qu'il soit positif ou négatif, et expliqué par le médecin qui ne doit pas déléguer cette tâche délicate et essentielle au personnel infirmier. Le médecin doit également demander à l'intéressé l'adresse du médecin ou du dispensaire auquel pourra être adressé le résultat de ce test au cas où celui-ci parviendrait à l'établissement postérieurement à la libération. Dans l'hypothèse où la durée du séjour du détenu dans l'établissement apparaîtrait d'emblée trop courte pour le résultat puisse lui être restitué, il conviendra, plutôt que d'inviter le détenu à y procéder, de lui fournir toutes les informations nécessaires pour qu'il y recoure dès sa sortie. »

« c/ Le médecin doit, à cette occasion, informer les détenus sur les risques encourus et les précautions à prendre. »

« d/ L'organisation de la prise en charge médicale, sociale et psychologique doit être examinée avec l'ensemble des services concernés et notamment le service médical, le service socio-éducatif et l'antenne toxicomanie. »¹³

Depuis quelques années, les circonstances entourant le dépistage semblent s'être améliorées. Dans tel grand établissement provincial, le temps du dépistage des entrants à leur insu, au moment où l'on procède également au dépistage de la syphilis, paraît révolu, depuis la mise en place d'un programme financé par le Conseil général et mis en oeuvre par la Direction départementale des actions sanitaires et sociales. Dans un autre cas, chaque entrant est reçu par une infirmière qui discute avec lui de ses antécédents et facteurs éventuels de risque d'infection au VIH. La sérologie peut être alors effectuée, à la demande du détenu. En aucun cas elle n'est effectuée à son insu ou contre son gré : « Si un détenu ne souhaite pas connaître sa sérologie bien qu'ayant eu des conduites « à risque », une information précise concernant les risques qu'il encourt et qu'il fait éventuellement courir aux autres lui est donnée mais la sérologie n'est jamais faite contre son gré. »¹⁴ Ailleurs encore, « les sérologies sont faites à la demande des patients ou bien en présence d'une symptomatologie d'appel conduisant à soupçonner une infection par le VIH », « elles sont faites avec le consentement des intéressés et le résultat leur est transmis par le médecin. »¹⁵

C'est là un changement par rapport aux résultats d'une enquête réalisée à Fresnes en 1989 auprès de 130 toxicomanes séropositifs : « Dans la moitié des cas, c'est le toxicomane lui-même qui demande le test. Mais dans 21% des cas, le consentement préalable au test n'a pas été requis et, dans sept cas, le test a été fait malgré le refus exprimé par le patient ! L'étude démontre que ces pratiques concernent tout autant les hôpitaux que les prisons. »¹⁶

Les risques de rupture de confidentialité sont probablement plus grands encore au moment de la remise des résultats du test. Dans l'établissement provincial déjà cité, il y a eu un moment où les résultats des tests n'étaient pas communiqués au détenu, mais étaient placés dans son dossier médical pénitentiaire. Ailleurs, où il arrive que la sérologie ELISA soit demandée par le détenu au

¹³ Ministère de la Justice, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, circulaire n°AP 89.03.62 du 17 mai 1989 relative aux mesures de prévention préconisée dans l'institution pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre le SIDA.

¹⁴ Dr I. Roustang, « *Quelques mesures de prévention et de suivi concernant l'infection par le VIH à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy* », Bulletin de l'association des personnels soignants des prisonniers, n°4, s.d., p. 15-18

¹⁵ Dominique TABONE, « *Quelques réflexions à propos du sort des détenus séropositifs et sidéens dans et hors des murs de la prison* », La Revue Agora, n°18-19, automne 1991, p. 90.

¹⁶ L. LETELLIER, *Toxicomanie et V. I. H. Aspects éthiques. Aspects particuliers en milieu carcéral : un certain regard vers l'extérieur*, thèse de doctorat en médecine, Université de Paris Ouest, 1989, cité par P. ESPINOZA, art. cit., p. 77.

terme d'un entretien avec l'infirmière seule, et non avec le médecin, les résultats du test sont eux toujours communiqués dans le cadre d'un entretien avec le médecin. Là encore, la situation telle qu'elle ressort de l'enquête de 1989 déjà citée diffère : « C'est généralement le médecin qui annonce le résultat mais, parfois, également l'infirmière (14%), ou le laboratoire de ville qui remet le résultat directement au patient (dépistage fait hors prison) dans 15% des cas. »

Dans les différents établissements que le Conseil national du sida a visités, les dispositions entourant le dépistage semblent conformes aux exigences éthiques. Dans l'un d'entre eux, le dépistage est systématiquement proposé, mais n'est pas effectué à l'insu en cas de refus et le résultat est donné par un médecin quelle que soit la nature de ce résultat. Ailleurs, environ un tiers des entrants sont dépistés : alors que jusqu'en 1988 on testait des gens qui ne connaissaient pas leur séropositivité, désormais il s'agit plutôt de contrôler leur statut sérologique. Le dépistage n'est systématiquement proposé qu'en chirurgie, où il n'est effectué qu'avec le consentement du détenu patient. En général, les propositions de dépistage ne se heurtent qu'à 5 à 10% de refus. Ces refus s'expliquent souvent par des informations trop hâtives ou par un fossé culturel ou linguistique. Il arrive qu'il y ait confusion entre le dépistage de la syphilis et celui du VIH. Il faut parfois avoir recours aux services d'un interprète : rarement avec les populations maghrébines, plus souvent avec les populations d'Afrique noire.

Dans un autre centre de détention, il n'est pas procédé à un dépistage systématique, mais le dépistage est proposé en fonction de l'âge, des antécédents ou des risques possibles, à la suite d'un entretien avec le médecin à l'entrée en détention, ou il est effectué à la demande du détenu. 95% des détenus acceptent le test lorsqu'on le leur propose, et les refus sont, pour la plus grande part, seulement temporaires. Les demandes de dépistage sont nombreuses, même si les détenus parlent peu du sida. Le médecin essaye toujours de présenter le test comme une chose normale, et rend toujours le résultat dans le cadre d'un dialogue singulier. En quatre années de présence, le médecin a décelé 1 cas de séropositivité en 1989, aucun en 1990, 2 en 1991. Lorsqu'un dépistage est demandé ou proposé, une sérologie ELISA ou éventuellement Western Blot (pour confirmation) est effectuée : le prélèvement est fait dans la prison, les analyses dans un laboratoire privé de la ville voisine, les résultats communiqués au détenu par le médecin, comme il a été dit.

Au total, les dispositions légales concernant le dépistage semblent appliquées dans les établissements visités par le Conseil. Généraliser ces remarques à l'ensemble des prisons françaises est difficile : un témoin a indiqué qu'il existerait des établissements où serait pratiqué un dépistage systématique des entrants, avec ou sans leur consentement. Le Conseil n'a pas pu vérifier l'exactitude de ces propos. A l'inverse, d'autres témoignages soulignent que les pratiques de dépistage sont généralement conformes à la loi. Il reste que le Conseil a conscience que des pressions directes ou indirectes peuvent être exercées sur les détenus pour les amener à se faire dépister, et qu'en tout état de cause il est essentiel que les dispositions légales soient systématiquement rappelées aux soignants en milieu pénitentiaire, afin d'éviter tout dérapage.

DOSSIERS MÉDICAUX PÉNITENTIAIRES ET ARMOIRES

L'existence d'un dossier médical pénitentiaire est prévue par l'article D. 161 du Code de procédure pénale : « La partie médicale du dossier comprend l'ensemble des documents relatifs à l'état de santé physique et mental du condamné et, notamment le résultat des examens pratiqués par les médecins et dentistes ou par les différents services de dépistage. Le personnel médical de l'établissement peut seul consulter ces documents, faire état des renseignements qui y sont mentionnés compte tenu des prescriptions relatives au secret médical et des dispositions de l'article D. 378. En cas de transfèrement, cette partie du dossier est adressée sous pli fermé au médecin de l'établissement de destination. »

Ces dossiers médicaux sont tenus à jour comme l'indique l'article D. 371 : « Le résultat de tout examen médical ou dentaire subi par un détenu est porté sur une fiche individuelle, ainsi que toutes indications relatives à l'état de santé et au traitement de l'intéressé. La fiche est classée à l'infirmier de l'établissement à la seule disposition du personnel médical et infirmier, et, en cas de transfèrement, elle est incluse dans le dossier du détenu visé à l'article D. 161 ou transmise directement sous pli fermé adressé au médecin de l'établissement de destination. A la libération elle est placée audit dossier. »

Mais ces définitions font bon marché des problèmes pratiques que pose la gestion des dossiers médicaux : si en théorie seul « le personnel médical de l'établissement » est habilité à y avoir accès, en pratique ce règlement est fréquemment violé.

En raison de la situation de pénurie en personnel médical qui caractérise les lieux de détention, ce sont des surveillants (avec ou sans formation d'aide-soignants) ou même des détenus « classés » (c'est à dire autorisés à travailler) qui assurent le secrétariat médical ou des fonctions d'auxiliaires médicaux. Dans telle prison de 1 400 détenus pour 500 places théoriques, il n'y a pas de secrétaire médical. Cette situation est tout à fait illégale. Elle contrevient non seulement aux articles D. 161 et D. 371 déjà cités, mais également à l'article D. 105 du Code de procédure pénale : « Aucun détenu ne peut être employé aux écritures de la comptabilité générale, au greffe judiciaire ou dans les services médico-sociaux. »

Dans les établissements visités par le Conseil, la situation est apparue moins mauvaise : dans un cas, les dossiers médicaux sont tenus exclusivement par l'infirmière, qui les conserve dans une armoire fermée à clé à laquelle, en dehors d'elle-même, ont seuls accès le directeur de l'établissement et les médecins durant leurs vacances. En principe, personne d'autre ne peut connaître l'état sérologique d'un détenu. Un surveillant a déclaré ignorer qui était séropositif, et un éducateur avoir appris le statut sérologique d'un

détenu de cette personne, et jamais par l'infirmière ou une autre source. Tous notent que les détenus séropositifs annoncent leur statut à leurs co-détenus.

Ailleurs, les dossiers médicaux sont conservés dans l'infirmierie dans une armoire qui n'est pas toujours fermée à clé. Mais l'infirmierie est, elle, toujours fermée à clé, et même le surveillant-chef ne peut alors y accéder. Il n'y a pas de détenus « classés » à l'infirmierie ; les dossiers médicaux sont tenus par le personnel soignant (médecins, infirmière, aide-soignants) ; il n'y a jamais de détenus laissés seuls dans l'infirmierie, y compris durant les consultations. Au cours de la visite de l'infirmierie, la délégation du Conseil a remarqué que les armoires étaient en fait fermées à clé à ce moment-là. Rappelons enfin que les aide-soignants sont des surveillants ayant reçu une formation spécifique et astreints au secret médical.

Dans un troisième établissement, les entrants arrivent avec leur dossier médical, ou parfois seulement avec leur dossier pénitentiaire, ou encore sans dossier aucun. Tous les cas de figure sont possibles, en particulier dans les cas d'urgence (tentative de pendaison, etc). Du point de vue de l'administration pénitentiaire, il est important que les personnels sachent qui est l'arrivant et quel est le profil de l'exécution de la peine, car il est dangereux de ne pas savoir qui est le détenu. Il peut arriver que le dossier pénitentiaire (écrou, notice du magistrat instructeur avec parfois indications médicales sur la notice individuelle du prévenu) porte une indication de séropositivité, notamment lorsque le prévenu déclare sa sérologie durant l'instruction. Symétriquement, il peut y avoir des informations pénitentiaires dans les dossiers médicaux. Le personnel infirmier déclare ne pas s'intéresser à ces informations et estime préférable que les soignants ne connaissent pas le profil pénal du détenu, sauf s'il s'agit d'un détenu particulièrement dangereux : un tel savoir n'est pas neutre dans les soins. La direction ne souhaite pas connaître le statut sérologique des détenus, sauf pour les recours en grâce ou les demandes de libération conditionnelle. Mais des surveillants notent qu'ils vivent avec les détenus tous les jours, et que, sans savoir nécessairement et systématiquement le statut sérologique des détenus, il arrive qu'ils le devinent, ou que le détenu se confie au surveillant.

Ailleurs encore, ce sont les détenus « classés » qui gèrent les dossiers et, dans les infirmieries, on trouve des médecins, des infirmières, des auxiliaires sanitaires et des « classés ».

Au total, le secret médical dans les établissements pénitentiaires est un problème constant, jamais admis, jamais banalisé. Un auteur, revenant sur son expérience en la matière, note la difficulté de la lutte pour « protéger le secret médical, en particulier les éléments écrits des observations cliniques. L'interdiction de consulter ces documents à toute personne autre que les soignants, leur mise sous clé la nuit et les dimanches, avec pour seule possibilité d'être consultés en cas d'urgence par le praticien de S. O. S. Médecins ou du SAMU., furent autant d'exigences difficiles à imposer et toujours sujettes à contestation. A l'usage, nous nous sommes rendu compte que le secret médical n'était pas violé en prison plus qu'ailleurs. Mais les conséquences en sont plus importantes : la connaissance des misères physiologiques et des antécédents du détenu diminue la part secrète de son intimité, accentue la pression du regard de surveillance, et restreint encore un peu plus son espace de liberté. Une préservation intelligemment conçue du secret reste à élaborer, comme le montrent des exemples récents. »¹⁷

La situation est très variable d'une prison à une autre. Dans un établissement, les armoires sont fermées à clé, mais la clé est conservée par des classés : l'établissement a des armoires, mais pas de secrétaires. Mais alors qu'il y a quelques années, il arrivait que des détenus assistent aux consultations, il n'en va plus ainsi aujourd'hui.

La question des dossiers médicaux est en effet liée à celle des armoires. L'existence de ces armoires illustre bien les difficultés du maintien de la confidentialité : l'Administration pénitentiaire a récemment rappelé le caractère obligatoire de ces armoires, mais juge que le directeur et le directeur adjoint d'une prison doivent posséder un double de toutes les clés pour des raisons de sécurité ; il est par exemple nécessaire de les fouiller régulièrement pour vérifier qu'aucune arme n'y est dissimulée.

Au-delà des instructions officielles, la réalité est très variable. Dans certains lieux de détention, les armoires sont fermées à clé et les pressions pour violer la confidentialité sont faibles voire inexistantes. Ailleurs, il y a eu une époque où les dossiers des détenus séropositifs étaient indiqués par une pastille rouge.

SOINS, SURVEILLANTS ET DÉTENUS

Dans le domaine des soins, plusieurs situations entraînent des ruptures de la confidentialité :

- **La présence de détenus et de surveillants dans les infirmieries**

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. Dans une autre prison, les locaux médicaux, y compris la salle des dossiers, ont été explorés lors d'une fouille générale. Les médecins se

¹⁷ 17 D. GONIN, ouv. cit., p. 75.

sont aperçus à cette occasion que les surveillants avaient le double de toutes les clefs. Ailleurs, un surveillant est présent lors des consultations (généralement, les surveillants restent à l'extérieur de la salle qui est vitrée). Ailleurs encore, le manque de personnel médical fait que l'aide-soignant ou le préparateur en pharmacie est un surveillant.

• Les consultations à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison

Dans un grand établissement, il a été possible de mettre sur pied une consultation anonyme et gratuite insérée dans la consultation anti-vénérienne préexistante, ce qui rend possible le respect de l'anonymat. Cette initiative a été prise malgré l'hostilité du médecin-chef de la prison, qui regrettait le fait que le résultat de cette consultation (et notamment le résultat du test de dépistage) ne soit pas versé au dossier médical pénitentiaire, contrairement à ce que prévoit le Code de procédure pénale (Art. D. 161).

Dans un autre établissement de province, des progrès ont été enregistrés depuis 1987-1988, date des débuts de la convention avec le CISH local. A l'origine, il s'agissait d'une consultation à l'hôpital, pour laquelle les détenus devaient être "extraits", et à laquelle ils étaient conduits entravés. Désormais, un nouveau système a été mis en place, dans le cadre d'une consultation de médecine interne le mercredi de 14h à 17h. Ce nouveau système a pour avantages un suivi médical théoriquement sans rupture et des conditions satisfaisantes pour effectuer examens biologiques et thérapeutiques et pour transmettre l'information. Mais la consultation étant « fléchée », tous les détenus qui se rendent alors à l'infirmerie sont connus comme séropositifs : le secret médical n'est donc pas sauvegardé.

• La distribution des médicaments

Comme le note un auteur au sujet d'une prison, « les détenus sont à quatre par cellule et le nom des médicaments, distribués quotidiennement, est écrit sur les sachets les contenant. S'il s'agit d'AZT par exemple, on peut être sûr que tout le monde est au courant. D'autre part, le manque de personnel soignant a pour conséquences entre autres que ce sont les surveillants qui distribuent les médicaments. Bien que formés et informés, ils ne se sentent pas tenus au secret médical et tout le quartier sait très vite si tel ou tel est séropositif ou non. »¹⁸ Les observations du Conseil national du sida confirment cette appréciation.

CONFIDENTIALITÉ ET DISCRIMINATION : LE TRAVAIL DES DÉTENUÉS.

C'est dans ce domaine que les discriminations apparaissent les plus flagrantes. Pour mieux les apprécier, il convient de se reporter aux textes qui régissent le travail des détenus, et de replacer le cas français dans une perspective comparatiste internationale.

Le travail des détenus est régi par les articles D. 98 à D. 110 du Code de procédure pénale. Aux termes de l'article D. 101, « le travail est procuré aux détenus compte tenu du régime pénitentiaire auquel ceux-ci sont soumis, des nécessités du bon fonctionnement des établissements ainsi que des possibilités locales d'emploi. » Les détenus peuvent être employés au service général de la prison (mais non « aux écritures de la comptabilité générale, au greffe judiciaire ou dans les services médicosociaux »), ou dans le cadre de concessions de travail accordées au sein de chaque établissement. En pratique, le chef d'établissement désigne les détenus appelés à travailler au service général. Ces détenus « sont choisis de préférence parmi les condamnés n'ayant pas une longue peine à subir » (Art. D. 105).

Dans le contexte international, une enquête réalisée en 1987 par le docteur Timothy W. Harding pour le Conseil de l'Europe indique que la France (comme l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, l'Italie et la Suisse) ne prend pas de mesures d'exclusion des détenus séropositifs des emplois « classés ». Au contraire, en Allemagne, on interdit aux détenus séropositifs « l'accès des cuisines et de certains ateliers dans lesquels le risque de blessures est élevé. » Au Portugal, les séropositifs sont complètement isolés¹⁹. Enfin au Royaume-Uni, existe depuis 1985 un règlement appelé *Viral Infectivity Restrictions*, qui provoque ségrégation et restrictions pour patients séropositifs, notamment en matière de travail. Ce règlement optionnel était appliqué au gré des directeurs de prison. Après quelques années d'essai, le système des VIR est pratiquement abandonné aujourd'hui dans les prisons du Royaume-Uni.

Si le rapport Harding souligne que les détenus séropositifs ne font l'objet d'aucune disposition spéciale, il reste que la réalité offre une image moins satisfaisante. Dans la mesure où il y a plus de détenus candidats à un emploi que d'emplois proposés, les chefs d'établissement ont toute latitude pour gérer la sélection des détenus. Dans certains établissements, les informations recueillies indiquent que les détenus séropositifs ne sont pas autorisés à travailler au service général, et notamment aux cuisines.

En théorie, le chef d'établissement ne connaît pas le statut sérologique des détenus. Il peut cependant, s'il le souhaite, examiner les dossiers médicaux puisqu'il détient la clé de l'armoire. Tous les chefs d'établissement interrogés ont déclaré ne pas souhaiter

¹⁸ D. TABONE, *ibid.*

¹⁹ Timothy W. Harding, *Les maladies transmissibles en milieu carcéral* avec référence spéciale au SIDA, dans Conseil de l'Europe, Huitième Conférence des directeurs d'administration pénitentiaire (CDAP), Strasbourg 2-5 juin 1987, Strasbourg, 1988, p. 27.

connaître la sérologie des détenus. En tout état de cause, le statut sérologique d'un détenu est souvent connu des autres détenus, des surveillants et des cadres, soit par une indiscrétion, soit du fait du détenu lui-même.

Seul maître de la décision de « classer » ou non un détenu, le chef d'établissement décide en fonction des impératifs de sécurité et de la volonté des détenus de travailler ou non au service général. De manière très explicite, un directeur a souligné que les séropositifs étaient considérées comme des personnes à risques, parce qu'ils étaient presque tous toxicomanes. Ailleurs, on n'a jamais déclassé un détenu pour séropositivité, et l'un des médecins estime que tous les détenus « classés », séropositifs ou non, devraient pouvoir travailler n'importe où. Mais le fait que ce médecin recommande lui-même aux détenus « classés » séropositifs de ne pas révéler leur statut sérologique montre bien qu'il y a là un point sensible où doivent exister des pratiques discriminatoires plus ou moins avouées.

Le refus de « classer » un détenu toxicomane en raison d'un comportement agressif ou dangereux s'accompagne souvent de discours fantasmatiques sur les risques de contamination qui paraissent d'autant plus étonnants qu'ils proviennent de personnes qui ont accès à l'information sur la transmission du VIH. Ainsi, un directeur n'a pas exclu une possible contamination des autres détenus s'il autorisait un séropositif à travailler en cuisine, alors qu'aucun cas de contamination par voie alimentaire n'a jamais été attesté. Ailleurs, l'un des médecins présents lors de la visite de la délégation du Conseil s'est demandé jusqu'à quel point il était possible et raisonnable de laisser des détenus séropositifs ou malades travailler à des postes où ils risqueraient de se blesser (faisant sans doute allusion au risque de blesser un autre détenu).

Il n'est dès lors pas surprenant que des fantasmes comparables existent dans les lieux de détention, malgré les actions d'information et de prévention déjà entreprises. Ici, un directeur estime que le fait d'employer des séropositifs dans les cuisines lui paraîtrait un élément de difficultés potentielles entre les détenus. Là, un autre directeur a d'ailleurs indiqué que la présence dans les cuisines d'un détenu séropositif avait entraîné une menace de grève de la faim de la part des autres détenus. L'affaire s'était apaisée parce que le détenu séropositif en question était libérable sous trois jours.

En la matière, il semble donc qu'il y ait parfois, sinon fréquemment, un écart entre le discours rationnel de la direction, et des pratiques irrationnelles de la part de la direction comme des détenus. C'est là un argument supplémentaire en faveur de la nécessité de développer l'information sur les modes de contamination à l'égard des détenus, et de rappeler à la direction le caractère inacceptable de pratiques ouvertement ou insidieusement discriminatoires.

CONCLUSION

Le constat que dresse le Conseil national du sida sur la situation de la confidentialité dans les prisons est à la fois préoccupant et encourageant.

Préoccupant en raison des ruptures de confidentialité constatées, et qui tiennent à la fois à des raisons structurelles et à des raisons conjoncturelles. Il est clair que l'univers clos de la détention est un monde où les choses se disent et se savent. En outre, les détenus eux-mêmes font souvent état de leur séropositivité. Cela étant, il est des situations où la confidentialité est violée alors même qu'elle pourrait et devrait être préservée.

Mais le constat établi par le Conseil est aussi encourageant, parce que les évolutions récentes indiquent que la situation de la confidentialité va en s'améliorant. Si les résultats ne sont pas encore satisfaisants, il n'empêche que le Conseil ne peut que prendre acte de la volonté exprimée par l'Administration pénitentiaire d'améliorer la situation existante, et espérer que les engagements pris se traduisent rapidement dans les faits.

En tout état de cause, le Conseil national du sida n'a pas trouvé dans les prisons françaises qu'il a visitées de situations comparables à celles qui peuvent exister dans certains pays étrangers. Ainsi, aux États-Unis, un rapport de 1991 de la *National Commission on AIDS* cite le cas de prisonniers isolés et mis à l'écart par l'administration pénitentiaire pour des raisons fallacieuses de santé publique, ou encore de détenus privés de l'accès aux possibilités de travail, aux bibliothèques, aux programmes de réinsertion et aux antennes toxicomanie et alcoolisme. Ce type de pratiques de ségrégation et d'exclusion ne semble pas exister en France, à l'exception de l'accès au travail dans les cuisines.

In fine, le Conseil national du sida estime que ce rapport rend compte à la fois d'une situation générale et de situations particulières, dans la mesure où il est apparu au cours des visites que si les textes réglementaires étaient connus et le plus souvent appliqués, il restait une marge de liberté à tous les niveaux qui permet à chaque établissement de présenter une configuration originale de la manière de traiter les différents points abordés dans ce rapport.

Il n'est donc pas possible pour le Conseil national du sida de présenter ce rapport comme une image photographique valable pour l'ensemble des prisons françaises dans les années 1991-1992. Néanmoins, il met l'accent sur un certain nombre de dysfonctionnements rencontrés ou signalés par les interlocuteurs du Conseil, qui fondent les propositions développées dans l'Avis.

LISTE DES AUDITIONS ET VISITES

• AUDITIONS

20 mars 1991 : Dr Louis RENÉ, président du Conseil national de l'Ordre des Médecins ; Dr Chantal VERNAY-VAISSE, médecin-chef à la Direction des interventions sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône

11 avril 1991 : Dr Pierre ESPINOZA, médecin-chef à l'Établissement d'hospitalisation public national de Fresnes

28 mai 1991 : M. Jean-Claude KARSENTY, directeur de l'Administration pénitentiaire au ministère de la Justice

8 novembre 1991 : Mme Christiane BEAUME, chef du service socio-éducatif du Centre de détention de Caen ; Dr Denis LACOSTE, médecin au CISIH de Bordeaux et à la prison de Gradignan

18 juin 1992 : M. Jean-Pierre ROMAN, surveillant à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis ; Melle VERGNIAUD, surveillante à la Maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis ; M. SANS, surveillant à la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis ; Melle TSOUNGA CANELLA, surveillante à la Maison d'arrêt des femmes de Fleury-Mérogis

27 octobre 1992 : M. Alain ESNAULT, Fédération AIDES, groupe "prison"

• VISITES

23 mai 1991 : Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

23 janvier 1992 : Établissement d'hospitalisation public national de Fresnes

19 mai 1992 : Maison d'arrêt de Compiègne

2 juin 1992 : Centre de détention sanitaire de Liancourt