

ce guide transversal

SORTIE DE **PRISON**

est une publication de Sidaction





Rédaction

Florence Raynal, Neijma Hamdaoui et Renaud Persiaux



Correction

Neijma Hamdaoui et Renaud Persiaux



Conception graphique – réalisation

Jeanne Julien



Remerciements

aux **intervenants**,

au groupe expert « **Prison** » de Sidaction.

Merci à **Charlotte Paradis** pour ses relectures attentives.



Collection « guide *Transversal* »

éditée par Sidaction – Ensemble contre le sida

Tirage **2 000 exemplaires.**

Ne peut être vendu.



SORTIE DE **PRISON**

- 6 **AVANT-PROPOS**
- 8 **PRÉFACE**
- 12 **SUIVI POSTCARCÉRAL : DU TRAVAIL...
MAIS PEUT MIEUX FAIRE**
- 14 **TRAITER LE VHC EN PRISON :
UNE INITIATIVE SALUTAIRE**
- 16 **VHC : UN SUIVI PERSONNALISÉ AU LONG COURS**
- 20 **LA FAMILLE, UN PARTENAIRE INCONTOURNABLE**
- 22 **LA SUSPENSION DE PEINE, UNE AFFAIRE DE DIGNITÉ**
- 25 **LA SORTIE DE PRISON, UN PARCOURS DU COMBATTANT**
- 28 **LE CANADA, UN COUPABLE À CONDAMNER ?**
- 30 **LE SPIP, UNE INTERFACE**
- 33 **DES PASSERELLES ENTRE LE DEDANS ET LE DEHORS**
- 35 **MIEUX ORIENTER LES DÉTENUS**
- 38 **UN TRAVAIL INSCRIT DANS LE TEMPS
ET LA CONTINUITÉ**

EN PRATIQUE	43
SYNTHÈSE DES ATELIERS	44
QUEL PARCOURS POUR LE SORTANT DE PRISON ATTEINT PAR LE VIH ET/OU LE VHC ? Expériences pratiques autour de discussions de cas	
RECOMMANDATIONS FINALES	51
FICHE JURIDIQUE 1	53
SUSPENSION DE PEINE POUR RAISONS MÉDICALES	
FICHE JURIDIQUE 2	57
LIBÉRATION CONDITIONNELLE POUR RAISONS MÉDICALES	
FICHE JURIDIQUE 3	61
SORTIE DE PRISON : PRINCIPALES DÉMARCHES	
BIBLIOGRAPHIE	67
ADRESSES	68

AVANT-PROPOS

par le Pr Antoine Lazarus,
Groupe multiprofessionnel
des prisons

Le thème de cette journée de réflexion était le suivi médico-social des personnes sortant de prison et atteintes d'une infection à VIH ou d'une hépatite virale. Les questions posées sont nombreuses et je souhaite ici remercier tous les acteurs de terrain qui ont accepté de venir réfléchir et travailler ensemble, dans une volonté de dialogue et de partage de leurs expériences professionnelles.

En préalable, il semble pertinent de nous interroger sur la définition de ce dont nous allons discuter. Qu'est ce qu'un sortant de prison ? Est-ce celui qui est déjà dehors ? Mais c'est alors un « sorti de prison ». Or, c'est sans doute l'articulation de la prise en charge après la sortie qui reste la plus problématique, en raison des incertitudes sur la continuité des soins et sur les probabilités de récidives. Dans cette situation, les personnes se sentent stressées, perdues, abandonnées. Par une coïncidence frappante, on retrouve les mêmes inquiétudes en psychiatrie : le sortant va-t-il à nouveau sombrer dans la maladie mentale ? À ce détail près que, dans le cas d'une réponse affirmative, d'un côté on mettra en cause la responsabilité des équipes soignantes et de l'autre celle de la personne elle-même.

Le sortant de prison est-il au contraire celui qui s'apprête à sortir ? Si oui, dans quel délai ? Dès l'entrée en prison, on est déjà potentiellement sortant – en tout cas dans la mesure où l'on en sort vivant. La sortie de prison représente-t-elle alors toute la durée de l'incarcération ? Cette question générale se pose avec une acuité particulière lorsqu'on se penche sur les problématiques liées au VIH et aux hépatites virales.

Doit-on considérer la sortie comme un moment particulier, à l'occasion duquel on se réveille et l'on cherche à savoir où la personne en est par rapport au VIH et aux hépatites ? Ou au contraire, approfondit-on un regard, un suivi, une attention, portée à ces questions tout au long de l'incarcération ? Voire peut-être même auparavant. Je voudrais en effet rappeler, au-delà du thème de cette journée, qui concerne les quelque 61 000 personnes en détention, la situation des 120 000 à 130 000 personnes sous main de justice. Qu'en est-il de la santé de ces individus qui, sans être incarcérés, dépendent de l'administration pénitentiaire ?

Il importe de savoir, d'autre part, qui est concerné par le VIH et les hépatites virales ? S'agit-il seulement des personnes diagnostiquées, connaissant leur statut et connues des services ? Ou au

contraire de l'ensemble des personnes vivant en prison ? La réponse apportée n'est pas sans conséquences sur les politiques à mener et les démarches à entreprendre. Bien au contraire, selon les pays, les régions, les établissements même, le choix est fait de ne répondre qu'à ce qui est apparent, ou, au contraire, d'anticiper et de rechercher ceux qui ne sont pas connus des services.

Lorsque volonté d'anticipation il y a, elle se traduit fréquemment par un dépistage systématique à l'entrée. Dès lors, une nouvelle question se pose. Le moment de l'incarcération est-il le plus adapté pour la personne ? Celle-ci est alors généralement épuisée physiquement par de longues procédures et éprouvée psychologiquement par sa nouvelle situation. Procéder à un dépistage dans ces conditions ne risque-t-il pas d'ajouter une nouvelle source d'anxiété, dans la mesure où il implique d'envisager la maladie ? Se pose alors, pour aider la personne à appréhender cette nouvelle, la question de l'accompagnement et du conseil, et partant, de la disponibilité des équipes.

À la sortie de prison, la santé est souvent la dernière des priorités. Lorsqu'on essaie de se reconstituer un petit morceau d'identité sociale vendable, qui ne soit pas seulement la plainte du marginal, on n'a pas le loisir de se demander quel sera son état de santé cinq, dix ou quinze ans plus tard. La prévention n'est alors qu'une lointaine priorité par rapport à la vie quotidienne.

Ces questions, qui se posent à l'occasion de la sortie de prison, renvoient à un moment psychique particulier dans la vie de la personne. Cette dernière a-t-elle, à cet instant, la capacité à prendre en compte tous les éléments, à les prendre en charge psychologiquement ou concrètement ? En prison, la vie est dure, mais elle est assurée. Dehors, certains perdent pied : ils disent, paradoxalement, ne pas s'en sortir ou « ne plus y arriver ». Alors qu'en prison, les mêmes parvenaient à mener des projets d'éducation et de santé.

Peut-on exiger cet effort de la part de gens qui sortent, souvent sans repères, dans le tohu-bohu du monde extérieur ? La question reste ouverte. Mais bien souvent, les sortants, oubliant la question de la sérologie, peinent à négocier les risques. N'oublions pas le nombre considérable de personnes toxicomanes qui ont péri par surdose dès leur sortie de prison.

Puissent ces journées permettre de concevoir et mettre en évidence un commun dénominateur de points de vue entre les responsables de terrain, étatiques et associatifs. Mais surtout, surtout, en tenant compte de ce qui se passe dans la tête des personnes concernées.

PRÉFACE
par **Ridha Nouiouat**,
chargé de mission
« Milieu carcéral »
de Sidaction

Aborder la question de la santé en prison revient à soulever le problème du droit à la santé et aux soins dans un univers où les droits élémentaires sont souvent difficilement respectés.

Avec plus de 61 000 détenus pour environ 51 500 places disponibles (soit un taux d'occupation de 119%) et un manque flagrant de personnels d'accompagnement médical et de réinsertion, la France connaît aujourd'hui des difficultés majeures dans la prise en charge dans des conditions décentes de sa population carcérale.

Comment parler de confidentialité, d'anonymat, de secret médical et d'observance dans un milieu qui déshumanise et dans lequel les détenus ne sont identifiés que par leur numéro d'érou ou de cellule ?

Pour les soignants, comment dans ces conditions garantir aux personnes qui sont confiées à leur soin « *un état de complet bien-être physique, mental et social* » et « *la possession du meilleur état de santé qu'ils sont capables d'atteindre* »¹ ?

Cette question interpelle en premier lieu le politique, notamment au travers de l'administration pénitentiaire, dans son rapport à des populations souvent très fragiles et dont les parcours font de la prison une étape quasiment inéluctable.

Ainsi, la prison apparaît comme un observatoire idéal de la société et un révélateur des rapports que l'État entretient avec ses citoyens.

Les personnes dont les conditions de vie sont marquées par la précarité et la maladie, notamment celles vivant avec le VIH, se retrouvent en prison dans une situation encore aggravée d'isolement social et relationnel. La Loi du 18 janvier 1994, qui devait permettre de garantir « *aux personnes incarcérées une égalité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population* », a permis des progrès indéniables. Mais les résultats sont bien moindres que ceux attendus en matière de lutte contre le VIH/sida et les hépatites.

Ce qui est d'autant plus regrettable que l'infection au VIH, par la menace qu'elle faisait à l'époque peser sur la société, a joué un rôle essentiel dans cette réforme

qui privilégiait la continuité de la lutte sur l'ensemble du territoire en confiant au service public hospitalier la prise en charge sanitaire des détenus.

Aujourd'hui, les prévalences du VIH et des hépatites qui sont respectivement trois à quatre fois et quatre à cinq fois supérieures en prison que dans la population générale², ne font que renforcer cette orientation et obligent à déployer des moyens supplémentaires pour le suivi des populations carcérales.

La problématique du sida et des hépatites en milieu carcéral nécessite aujourd'hui que les structures associatives de lutte contre le sida et institutionnelles mettent en place des dispositifs spécifiques et y consacrent des moyens majeurs.

Ce champ de plus en plus identifié comme prioritaire par les différents opérateurs de la lutte contre le sida et les hépatites nécessite d'être davantage investi par les associations.

Ainsi, en décembre 2004, le service des programmes associatifs de Sidaction a mis en place une mission nationale « milieu carcéral » de soutien méthodologique et financier aux associations développant des programmes de lutte contre le VIH et les hépatites en détention.

La création de cette mission est née du constat fait par Sidaction de l'insuffisance de l'investissement associatif en direction de la prison et de la faiblesse de leurs moyens. La mise sur pied d'une mission dédiée pour impulser et soutenir la réponse associative dans ce domaine, identifié comme prioritaire par Sidaction, répond pleinement aux objectifs et à la vocation de l'association.

En identifiant l'univers pénitentiaire comme un milieu particulièrement exposé pour le VIH/sida et les hépatites, Sidaction a souhaité, au travers des associations accompagnées, apporter son soutien aux malades et à leurs proches en prison et à la sortie.

Différentes enquêtes sanitaires³ et rapports parlementaires français et européens (voir bibliographie) attirent l'attention sur cette situation sanitaire alarmante. Ces études révèlent l'existence de conduites à risque

en prison, notamment en matière d'usage de drogues et de pratiques sexuelles. Cette situation étant aggravée par une surpopulation carcérale induisant promiscuité et conditions de détention incompatibles avec une prise en charge adaptée des détenus malades.

À cela s'ajoutent les tabous, la stigmatisation et les représentations de la maladie qui constituent encore des obstacles importants à la lutte contre le VIH/sida et les hépatites en milieu carcéral.

Ces rapports mettent pour la plupart en évidence une prise en charge inadaptée des personnes malades ayant des répercussions sur leur état de santé et un accès insuffisant aux soins conduisant parfois à des ruptures de prise en charge médicale lors de la sortie.

Le soutien de Sidaction au développement de programmes associatifs de lutte contre le VIH/sida et les hépatites en prison s'inscrit dans les objectifs de santé publique de l'État. L'association a mis en place un dispositif méthodologique et financier pour accompagner les associations dans toutes les étapes de leur projet, de la conception à la réalisation de leurs actions sur le terrain. Un groupe d'experts issus du monde associatif et de représentants du milieu carcéral accompagne et oriente la mission de Sidaction. La mission « milieu carcéral » a également produit une charte devant permettre aux intervenants associatifs d'aborder l'univers carcéral en parfaite connaissance de cause et dans le respect des valeurs portées par Sidaction.

La journée nationale prison de Sidaction a pour but de faire se rencontrer l'ensemble des acteurs du milieu carcéral autour d'une problématique de santé identifiée comme prioritaire par le groupe expert en ce domaine travaillant avec l'association. Le thème retenu pour la journée du 22 juin 2007 était celui du « *suivi médico-social des personnes atteintes d'une infection à VIH et/ou d'une hépatite virale sortant de prison* ». Nous avons donné la parole aux acteurs de terrain – professionnels, associations, représentants des prisonniers – pour qu'ils nous aident à identifier les contraintes pesant sur leur travail et compromettant la santé des détenus malades. Objectif : proposer des solutions pour

un parcours de soins à l'intérieur de la prison équivalent à celui de la population générale et une prise en charge à la sortie adaptée. Des intervenants représentant les associations de détenus, l'administration pénitentiaire et les ministères de la Justice et de la Santé ont apporté des éclairages complémentaires. Trois ateliers (voir synthèse des ateliers) organisés autour de l'étude de cas témoins identiques ont permis d'appréhender les problématiques communes sous des angles différents.

Je tiens à remercier, au nom de Sidaction, toutes les personnes qui se sont investies dans l'organisation de la Journée nationale prison du 22 juin 2007. Merci aux intervenants pour la qualité de leurs interventions et au groupe expert « Prison » de Sidaction pour sa mobilisation. Je remercie spécialement André-Jean Rémy, Noëlle Ballay, François Bes, Nathalie Vallet, Rosine Réat et les autres experts du groupe (liste p. 52). Je remercie Antoine Lazarus, qui en acceptant de présider cette journée, a contribué à son succès.

¹ Organisation mondiale de la santé (OMS), 1946.

² Rapport Santé-Justice, décembre 2000.

³ Direction de la recherche et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DRESS) 2003, Direction générale de la santé (DGS)/Direction hospitalière de l'organisation des soins (DHOS) 2003, premier observatoire prison de l'hépatite C (Pophec) 2003, Académie de Médecine 2003.

SUIVI POSTCARCÉRAL : DU TRAVAIL... MAIS PEUT MIEUX FAIRE

ENQUÊTE NATIONALE
DES PRATIQUES
SUR LE SUIVI
MÉDICO-SOCIAL
DES PERSONNES
SÉROPOSITIVES
SORTANT DE PRISON

Que se passe-t-il, pour les détenus infectés par une hépatite et/ou le VIH, à leur sortie de prison ? Quel suivi médical, social, associatif se voient-ils proposer ? Quelles passerelles assurent le lien entre le dedans et le dehors ? Autant de points sur lesquels a enquêté l'équipe du Dr André-Jean Rémy. État des lieux.

intervenant :
Dr André-Jean Rémy,
UCSA de Perpignan

« La prison n'est pas un lieu de soins, mais elle est un lieu où l'on soigne, rappelle le Dr André-Jean Rémy, médecin coordinateur de l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de Perpignan. Et un lieu où l'on tente de le faire le mieux possible. » Cela a même parfois des conséquences paradoxales, puisqu'il arrive que les experts sollicités dans le cadre d'une demande de suspension de peine pour raison médicale considèrent qu'un patient sera mieux traité s'il reste en prison que s'il en sort, du fait de la grande précarité qu'il retrouvera à l'extérieur... Dans nombre d'établissements, la prise en charge nécessite toutefois maintes améliorations. En particulier, l'accompagnement postcarcéral des personnes atteintes par le VIH ou une hépatite doit évoluer, comme le démontre l'équipe du Dr André-Jean Rémy dans son enquête nationale de 2006 sur les pratiques de suivi médico-social des personnes séropositives sortant de prison. Une population relativement importante, puisque les prévalences du VHB, du VHC et du VIH sont particulièrement élevées en milieu carcéral. L'hépatite B concerne ainsi aujourd'hui 1,3 % des détenus, l'hépatite C, 4,7 % – un taux stable mais un nombre de personnes concernées en augmentation – et le VIH, 1,2 % (contre 1,56 % en 2000).

Une prise en charge inégale. Sur le plan du suivi médical postcarcéral, l'enquête révèle une série d'indicateurs significatifs des progrès à accomplir. Ainsi, seules 56 % des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) disposent systématiquement de la liste des détenus libérables – laquelle permet d'anticiper la sortie –, et 10 % ne l'ont jamais. Par ailleurs, une unité sur trois uniquement (31 %) rédige la lettre au médecin traitant, une sur dix ne se prêtant jamais à l'exercice. L'enquête établit en outre que les coordonnées d'un généraliste sont remises sans exception

dans 20 % des services et celles d'un spécialiste dans 25 %. De surcroît, moins d'un patient sur deux concerné par le VIH ou le VHC se voit transmettre les coordonnées d'une structure d'accueil (11 % des UCSA le font systématiquement, 19 % jamais). Quant aux renseignements sur les droits sociaux, ils ne sont que rarement donnés puisque dans 48 % des cas, cela n'est jamais fait. Les UCSA qui le font automatiquement ne sont que 7 %. Rares sont aussi les rendez-vous pris à l'hôpital ou dans un Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST), tout comme les relais mis en place avec des associations. Ceux-ci ne sont assurés qu'au cas par cas et jamais dans 38 % des unités. Enfin, l'enquête constate que 52 % des UCSA donnent systématiquement des médicaments aux détenus sortants et 2 % jamais ; 40 % enfin leur remettent toujours une ordonnance alors que 15 % ne s'en préoccupent jamais.

Soigner l'articulation UCSA-SPIP. La sortie de prison se révèle être « *une véritable parcours du combattant* », affirme le Dr André-Jean Rémy. Pour lui, « *l'idéal est donc de faire les choses en amont* ». Aussi, attire-t-il l'attention sur le fait que « *58 % des UCSA font une demande de 100 % auprès de la Sécurité sociale, alors que tous les patients VIH ou VHC en relèveraient* ». Concernant les demandes de Couverture maladie universelle (CMU), le taux est de 44 %, pour la CMU complémentaire, il est de 37 %, pour l'Allocation adulte handicapé (AAH), de 42 %. Les demandes sont réalisées à 52 % par les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et à 37 % par les UCSA. À noter que, dans quelques établissements, des assistantes sociales de la caisse primaire d'assurance maladie viennent en milieu carcéral monter les dossiers. L'enquête pointe par ailleurs la faiblesse des collaborations entre UCSA et SPIP. Le Dr André-Jean Rémy se réjouit cependant de la coopération fréquente opérée avec les réseaux de soins. Ce type de collaboration concerne 46 % des UCSA pour les hépatites, 41 % pour le VIH et 45 % pour la toxicomanie et les addictions. Sa faiblesse dans le domaine des réseaux spécialisés dans la précarité reste cependant à déplorer.

Des besoins dessinés en creux. Pour améliorer la situation, plusieurs pistes sont ainsi naturellement tracées. Parmi elles, la nécessité de procéder en prison aux démarches ouvrant droit à la Sécurité sociale et au bénéfice de l'Affection longue durée (ALD), de constituer le dossier médical à remettre avant la libération, de donner au détenu sortant une ordonnance, de transmettre une copie du dossier au médecin traitant, de développer la collaboration UCSA-SPIP, d'améliorer la réponse en matière d'hébergement... Les dys-

fonctionnements pointés ne touchent pas spécifiquement les personnes atteintes par le VIH et les hépatites. Plus largement, c'est le suivi postcarcéral des patients souffrant de maladies chroniques qui se révèle problématique.

Près de la moitié des UCSA a répondu

L'enquête a été réalisée par envoi postal et des relances téléphoniques ont été faites. Quarante-vingt six UCSA ont répondu, soit 46 % de l'ensemble, ce qui est, selon le Dr André-Jean Rémy, « un très bon résultat pour une enquête médicale postale ». L'étude a ainsi permis de recueillir des données en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Les réponses émanaient en majorité de maisons d'arrêt accueillant des hommes.

TRAITER LE VHC EN PRISON : UNE INITIATIVE SALUTAIRE

PRISE EN CHARGE
DES HÉPATITES
VIRALES ET DU SIDA
EN PRISON
ET PRÉPARATION
À LA SORTIE

Confrontée à un taux important de personnes contaminées par le VIH et/ou le VHC, l'UCSA de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone a adapté sa prise en charge. Aujourd'hui, l'équipe du Dr Fadi Meroueh propose aux patients infectés par le VHC d'initialiser un traitement en prison et mise sur la pluridisciplinarité et le travail en réseau.

intervenant :

Dr Fadi Meroueh,
UCSA de Villeneuve-
lès-Maguelone

À la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone, près de Montpellier, le taux de prévalence du VIH s'élevait à 2,4 % en 2005. Sur 750 détenus, 13 personnes étaient ainsi contaminées. Parmi elles, 9 étaient coïnfectées par le VHC, dont une également par le VHB. Sur ces 13 détenus, 6 n'étaient pas suivis avant leur incarcération. Jusqu'en 2002, aucun traitement du VHC n'était mis en œuvre à la maison d'arrêt. Partant du principe que les critères d'inclusion au traitement du VHC n'étaient pas remplis en prison, l'équipe a alors cherché à savoir si les patients honoraient un premier rendez-vous à la sortie de prison. Une enquête a ainsi permis tout d'abord de constater que le taux de prévalence du

VHC était important, puisque le virus concerne 13 % de la population de la maison d'arrêt, mais aussi que l'observance se révélait mauvaise en postcarcéral puisque seuls 3 % des patients se rendaient au rendez-vous prévu. « *Nous nous sommes alors interrogés sur la pertinence de l'initialisation d'un traitement en détention et sur les conditions de sa mise en œuvre* », résume Fadi Meroueh.

Assurer « l'après ». Aujourd'hui, un dépistage des hépatites A, B et C, du VIH et de la syphilis est systématiquement proposé à tous les entrants et plus de 80 % des patients connaissent leur sérologie. Une équipe pluridisciplinaire (médecin généraliste, infirmière, psychologue, éducatrice spécialisée,...) a été mise en place ainsi qu'un réseau extérieur (CSST, médecins généralistes et spécialistes,...). « *Ces partenaires acceptent de recevoir les patients sortant de prison sans solution, pour assurer la continuité du traitement* », souligne le D^r Fadi Meroueh. En outre, poursuit-il, « *un courrier est remis au patient dès le début du traitement, un contact est établi avec le médecin qui le suivra, l'ordonnance est déposée au greffe dans le paquetage de sortie et nous délivrons parfois une à deux semaines de traitement* ». L'équipe a également créé en son sein un poste spécifique d'animatrice sociale, dont le rôle est de suivre les patients atteints du VIH et/ou du VHC pour préparer la mise à jour des droits sociaux.

De mi-2003 à mi-2007, 365 patients ont été vus. Parmi eux, 152 bénéficient ou ont bénéficié d'un traitement, soit 65 % des 234 personnes chez lesquelles avait été décelée la présence de l'ARN du VHC. Pour mieux évaluer l'intérêt de débiter le traitement en milieu carcéral, deux enquêtes « un jour donné » ont été réalisées, l'une en 2003, avant le lancement de l'opération, l'autre en 2007. Les résultats sont des plus probants et vont dans le sens de l'initialisation. Ainsi, conclut le D^r Fadi Meroueh, « *la prise en charge du VHC aujourd'hui n'a pas la même ampleur que celle du VIH, mais les freins sont en fait davantage à chercher du côté des professionnels que des patients.* »

Repères

1989 signature d'une convention entre les établissements pénitentiaires particulièrement confrontés au VIH et les structures hospitalières dites CISIH (Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine), en vue d'assurer des consultations VIH à l'intérieur de ces prisons.

1993 publication d'un rapport sur la santé en milieu carcéral dans lequel le Haut comité pour la santé publique souligne la gravité des problèmes de santé en prison.

1994 transfert de la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier concrétisé par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. L'objectif poursuivi est d'assurer aux détenus une qualité de soins équivalente à celle de la population ainsi que leur continuité.

2006 apparition des Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI).

VHC : UN SUIVI PERSONNALISÉ AU LONG COURS

PRISE EN CHARGE
DE L'HÉPATITE C
DANS UNE UCSA

intervenant :

Jérémie Hervet,
UCSA de Perpignan

L'UCSA de Perpignan assure le traitement des détenus atteints par l'hépatite C. Pour leur permettre de le mener à bien, une consultation infirmière spécifique a été mise en place.

Ses missions : informer le patient sur sa pathologie et les effets secondaires, répondre à ses questions, gérer les conséquences au quotidien et favoriser l'observance.

Explications de Jérémie Hervet, infirmier.

¹ L'établissement comprend deux maisons d'arrêt, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes, un centre de détention, un quartier pour mineurs et un centre de semi-liberté.

Au centre pénitentiaire de Perpignan¹, qui compte en moyenne 650 à 700 détenus, la prévalence de l'hépatite C est de 7 %. Par son importance, ce taux a incité l'équipe à mettre en place une consultation spécifique VHC intégrant la présence quotidienne à mi-temps d'une infirmière référente.

Première étape : le dépistage. « *Tout détenu arrivant rencontre un médecin avec un personnel infirmier et se voit proposer de faire le point sur sa sérologie quant au VIH, au VHB, au VHC et à la syphilis, ainsi que, pour les femmes, de rechercher la présence éventuelle de chlamydiae* », explique Jérémie Hervet. Par ailleurs, des dépistages sont proposés aux personnes ayant pris des risques au cours de leur incarcération ou d'une permission de sortie et qui le souhaitent. Les résultats des prélèvements sanguins sont remis 15

jours plus tard par un médecin généraliste. Lorsque la personne est séropositive pour le VHC, un bilan biologique complémentaire, pré-thérapeutique, est réalisé. Le détenu rencontre trois semaines plus tard l'un des deux gastro-entérologues qui consultent à tour de rôle chaque semaine à l'UCSA en présence d'un personnel infirmier.

En fonction du bilan biologique, du stade de la fibrose hépatique, de l'avis du psychiatre – l'établissement dispose d'un service médico-psychologique régional ou SMPR – et de la motivation du patient, une mise sous traitement par bithérapie est proposée. *« Depuis 2004, nous avons recours au Fibrotest et, depuis mai 2006, nous disposons d'un FibroScan, toutes les quatre à six semaines, au sein de l'unité, explique Jérémy Hervet. Ce moyen, indolore et rapide, ne nécessite ni préparation ni hospitalisation et permet d'évaluer la fibrose dans le cadre du VHC, mais aussi du VHB ou encore d'hépatopathies alcooliques. »*

Une approche globale. Le suivi infirmier se divise en deux temps. D'une part, l'équipe infirmière assure la distribution de médicaments, l'injection hebdomadaire, la surveillance biologique et une présence lors de la consultation mensuelle avec le spécialiste ; de l'autre, l'infirmière référente pour le VHC mène un suivi spécifique et régulier tout au long du traitement. *« Cette consultation infirmière spécialisée a été conçue pour offrir une réponse à toutes les questions sur la maladie, le traitement ou la vie quotidienne que peuvent se poser les patients. Elle a également vocation à limiter les risques d'observance dus au découragement que peuvent provoquer les effets secondaires, à soutenir la motivation de la personne. Enfin, elle permet d'alléger la charge de travail de l'équipe »,* souligne l'infirmier.

Outre informer, encourager et accompagner le détenu afin de lui donner toutes ses chances de guérison, l'infirmière a également à gérer et limiter les conséquences de la pathologie au quotidien. Par exemple, il peut s'agir de faciliter la vie en communauté lorsque le détenu n'est pas seul en cellule, de régler les difficultés qui peuvent survenir lors des permissions (telle la poursuite des injections), de permettre l'annonce éventuelle au conjoint voire de lui suggérer un dépistage...

Un accompagnement étroit. Ce suivi débute par un entretien individualisé d'une heure environ, un jour avant le début du traitement. Durant celui-ci, l'infirmière recueille des informations sur l'histoire du patient (habitudes de vie, environnement...), de la maladie (antécédents, mode de contamination...), cherche à estimer ses connaissances et lui remet un livret de suivi du traitement. Le premier mois, elle voit le patient chaque semaine pour évaluer les effets secondaires et les connaissances acquises. Les rendez-

vous ont ensuite lieu une fois par mois. Le patient est suivi jusqu'au deuxième contrôle de post-traitement, soit six mois après la fin du traitement. « Si l'ARN est négative, on considère la personne guérie, on lui rappelle les modes de (re) contamination possibles et on lui donne des conseils d'hygiène de vie. Si elle se révèle positive, rendez-vous est pris avec le gastro-entérologue et un entretien a lieu avec l'infirmière en vue de rassurer la personne », observe Jérémy Hervet. Lorsqu'un détenu est transféré vers un autre établissement pénitentiaire, la continuité est assurée. En cas de libération avant la fin du traitement, deux scénarios sont possibles. Soit la personne est établie dans la région de Perpignan et est alors suivie par l'un des deux gastro-entérologues exerçant en prison – l'un consulte à l'hôpital, l'autre en ville – ; soit elle réside ailleurs et la jonction est assurée avec le médecin traitant. Quelques jours de traitement sont en outre remis au patient en attendant la consultation. « Notre principale difficulté concerne les détenus résidant hors région et dont on ne connaît pas le médecin, témoigne l'infirmier. De plus, il arrive que l'on sache trop tardivement la date de libération du patient pour organiser sa sortie. »

« En prison, on devient la maladie »

Incarcéré à la maison d'arrêt de la Santé, Didier Robert témoigne depuis sa cellule de son quotidien. Le quotidien d'une personne malade du sida, souffrant de plusieurs pathologies, et dont la santé vacille avec l'enfermement. Tout comme le moral.

Témoignage lu par **Charlotte Paradis**, de Ban Public (association dont Didier Robert est membre).

« Si j'ai découvert ma séropositivité en prison en 1987 et pris mon premier traitement à l'AZT en 1991 à la maison d'arrêt de la Santé, c'est la première fois que j'y vis ma maladie en phase sida avec une quadrithérapie. C'est l'enfer. Depuis mon incarcération, j'ai des neuropathies, des maux de tête, des crises d'hypoglycémie. J'ai mal aux muscles, j'ai des crampes et des douleurs que je ne ressentais pas à l'extérieur grâce à l'activité professionnelle que j'avais ainsi qu'à ma pratique sportive. En prison, je vis cela en continu. Le traitement anti-VIH que je prends devrait être mis au frais, pourtant, malgré la chaleur de l'été, on me le donne pour 7 jours. Tout est fait pour que je balance tout à la poubelle parce qu'en plus, j'ai le moral à zéro. Difficile de croire qu'un traitement puisse être efficace dans des conditions de détention aussi insalubres. »





En arrivant en 2005, j'ai été placé dans une cellule de trois personnes, j'ai donc été obligé de cacher aux autres ma maladie et ma prise de médicaments, matin et soir. Je m'étais alors inventé un diabète et un problème rénal. Je n'avais alors rien à manger, ce qui se révèle pourtant indispensable à une bonne observance. Pour les douleurs musculaires liées aux neuropathies, je ne pouvais que me masser et boire le plus possible, mais l'eau du robinet est infecte et extrêmement calcaire.

Suite à mon incarcération, j'ai perdu 7 kg en un mois. J'essaye de m'alimenter même si l'appétit manque, mais la nourriture fournie par l'administration pénitentiaire est vraiment trop imangeable. Grâce aux mandats envoyés par mes amis, j'achète des denrées faciles à absorber.

Je dois prendre mes médicaments à heures fixes, toutes les 12 heures, mais en prison, c'est très compliqué. Il faudrait que les repas soient distribués à des heures normales et non en fonction des horaires administratifs. Le déjeuner est servi à 11 h 45 et le dîner à 17 h 45. Qui mange à ces heures ? Personne. Or, manger au moment de la prise des médicaments assure la bonne efficacité du traitement et permet d'éviter les nausées et autres effets secondaires. Sinon c'est l'enfer dans toute sa splendeur. À propos de nutrition, on devrait absorber normalement entre 1 800 à 2 000 calories par jour, et 10 % de plus pour les personnes séropositives aux VIH et VHC. Ici, les repas n'en contiennent pas suffisamment.

À 17 h 30, en prison, la journée est finie. Reste à affronter la soirée et la nuit. C'est au moment où je veux me coucher et dormir que je rencontre mes démons. Mon horloge biologique est restée sur l'horaire d'un homme libre. Heureusement, je vois un psychologue chaque semaine pour en parler. Et puis, il y a cette maladie silencieuse que l'on appelle sida, qui me ronge les CD4 et la santé en silence, sournoisement, en tueur impitoyable.

Depuis mon incarcération, on m'a diagnostiqué un cancer bénin de la peau, la maladie de Bowen. Cela m'a valu trois opérations pour m'ôter des tumeurs et des tâches. J'ai également fait un infarctus et une péricardite, ma vue a baissé (je porte maintenant des lunettes), j'ai été mis sous Fuzéon (une injection sous-cutanée toutes les 12 heures) avec tous les soucis liés aux autorisations d'injection du médicament en cellule car l'UCSA n'est pas ouverte sur une amplitude de 12 heures.

Dire que dehors, de mon sida, je ne faisais vraiment pas une maladie ! En prison, on devient la maladie. Je dois subir tous les effets secondaires que j'arrivais à gérer dehors... Malgré tout, ne dit-on pas qu'il ne faut jamais baisser les bras ? Mais en vérité, confronté à la réalité du quotidien carcéral, il y a des jours où je me dis « à quoi bon se bourrer le mou sur une espérance de vie plus longue ? » Jusqu'à quel prix payer pour gagner quelques années que je vais certainement passer en prison ? »

LA FAMILLE, UN PARTENAIRE INCONTOURNABLE

LE POINT DE VUE
DES PRISONNIERS ET
DE LEUR FAMILLE

intervenante :
Charlotte Paradis,
Ban Public

La famille est trop souvent tenue à l'écart du processus de réinsertion, alors qu'elle en est un élément central. Tout doit être mis en œuvre pour veiller à maintenir, ou à recréer, les liens familiaux et impliquer les proches dans la préparation à la sortie. Explications de Charlotte Paradis, responsable des questions de santé de Ban Public, et de Didier Robert, malade du sida aujourd'hui incarcéré.

Le retour à la vie libre ne se prépare pas quelques semaines avant la sortie mais bien en amont, dès que, la condamnation étant devenue définitive, la date de libération est connue. Ce principe, valable pour tout détenu, l'est encore plus dans le cas des personnes atteintes d'une pathologie lourde. En effet, certains détenus ont passé un temps si long en prison, si gravement malades et si seuls, qu'ils en ont perdu tout repère. « *L'esprit et le corps ont alors d'énormes carences* », résume Charlotte Paradis, trésorière et responsable des questions de santé de l'association Ban Public. Un vécu qu'après plusieurs incarcérations, Didier Robert, malade du sida, relate en ces mots : « *Durant des mois et des années, nous n'avons pas uniquement lutté contre le système carcéral qui est, à lui seul, dévastateur, nous avons lutté aussi contre la maladie, lutté pour rester en vie. Ce combat, malheureusement, nous l'avons livré seuls.* » Les associations de lutte contre le sida ou d'aide sociale sont en effet, selon lui, trop peu présentes en détention, voire « *quasi absentes dans un grand nombre de prisons* ». Mais une autre composante de la société y est aussi trop absente : les familles, insuffisamment impliquées par l'institution. Il suffit de voir, pour s'en convaincre, la brièveté et la rareté des visites autorisées. Pourtant, l'entourage peut apporter un soutien psychologique essentiel. La qualité de vie du détenu repose par ailleurs avant tout sur sa famille et ses proches. Le travail étant très rare, il est en effet difficile pour la plupart des personnes incarcérées d'y accéder ; quant aux salaires, ils demeurent si bas qu'ils ne peuvent procurer un revenu suffisant. Aussi, sans les mandats de l'extérieur, le détenu n'a pas les moyens de cantiner, et notamment d'acheter de la nourriture pour s'alimenter décemment. Or cela se révèle particulièrement nécessaire pour combattre la maladie.

« *Même si des commissions d'indigence attribuent une aide matérielle en fonction des situations individuelles, la famille et les proches restent toujours le soutien le plus important* », assure Charlotte Paradis.

Veiller à renforcer le lien. Les familles, elles aussi, souffrent de la séparation. « *Elles sont également condamnées à une peine, car elles vivent douloureusement l'absence de la personne incarcérée*, déplore Charlotte Paradis. *Les familles qui ont déjà à gérer leur lourd quotidien avec, entre autres des difficultés liées à la précarité pour beaucoup d'entre elles, se trouvent souvent empêchées dans le maintien du lien familial. Au fil des mois et des années, cela peut entraîner leur désengagement. Les familles doivent être épaulées.* » Soutenir durant l'incarcération les liens qui tendent à se déliter avec l'entourage se révèle pourtant indispensable pour bien préparer l'après-prison. Au-delà de l'aspect humain, il s'agit de considérer, affirme Charlotte Paradis, que « *les familles et les proches seront souvent la seule solution à la sortie, le seul relais dans l'attente de la mise en place des processus de prise en charge, d'hospitalisation ou autre.* » Car s'il est une question problématique, c'est bien celle de l'hébergement. Elle est d'ailleurs parfois si aiguë que malgré la gravité de l'état de santé du détenu, maints aménagements de peine pour raison médicale ne sont pas accordés. « *Il est donc primordial que les professionnels prennent contact avec les proches et les familles pour les impliquer à chaque étape du processus de préparation à la sortie* », estime la militante. Un autre moyen de préserver des liens entre la personne incarcérée et ses proches réside dans la multiplication des unités de vie familiale (UVF), où ils peuvent se retrouver pendant plusieurs heures, dans un cadre moins carcéral. « *Il est impossible de prévoir une sortie dans de bonnes conditions lorsque les conjoints et les parents n'ont pas eu un accès systématique aux UVF* », affirme Charlotte Paradis. Et de rappeler : « *Une sortie de prison réussie, c'est une sortie qui a été préparée. Être lâché dans la nature sans savoir où ni à qui s'adresser, n'être attendu nulle part, est le meilleur moyen pour faire de la sortie un échec.* »

Quelques impératifs...

« Comment faire en sorte qu'à sa sortie, une personne détenue atteinte du VIH et sans forcément des proches pour l'attendre de l'autre côté du mur ne se retrouve pas en rupture de suivi médical et de traitement ? », interroge Didier Robert. Pour lui, des mesures sur les plans sanitaire et social s'imposent. Tout d'abord, il convient de remettre à la personne libérée son traitement pour 15 jours à un mois, afin de lui laisser le temps de prendre contact avec un spécialiste du VIH dans un hôpital proche de son lieu d'habitation ou de domiciliation. Quant à l'UCSA, elle doit participer à la préparation à la sortie en assurant le lien entre le détenu libérable et le médecin que celui-ci consultera à l'extérieur et en faisant suivre le dossier médical. Au niveau social, un certain nombre de démarches doivent être réalisées durant la détention. Il en va ainsi de la carte nationale d'identité pour les personnes qui n'en disposent pas, car sans ce document aucune démarche n'est possible, ou des demandes d'Allocation adulte handicapé (AAH). Enfin, selon Didier Robert, il faudrait aussi mettre en place dans les établissements des « guichets uniques ». « De tels lieux, explique-t-il, rassembleraient des représentants de la CAF, de l'ANPE, des ministères de l'Emploi et de la Santé... Bref, de toute structure susceptible d'apporter des éléments utiles à la construction globale et cohérente d'un projet de réintégration dans la communauté. »

LA SUSPENSION DE PEINE, UNE AFFAIRE DE DIGNITÉ

LA JUSTICE
FACE À LA MALADIE

intervenant :
Jean-Claude Bouvier,
juge d'application
des peines de Fresnes

Cinq ans après son vote en 2002, la prometteuse loi instaurant la suspension de peine pour raison médicale a été en grande partie vidée de sa substance. En raison d'interprétations très restrictives, peu de détenus malades du sida en bénéficient. Explications de Jean-Claude Bouvier, juge d'application des peines de Fresnes.

« Jusqu'en 2002, aucun régime spécifique ne permettait de faire sortir un détenu de prison en raison de son état de santé. L'instauration de la suspension de peine pour raison médicale par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a été une vraie révolution », affirme Jean-Claude Bouvier. En effet, auparavant, seuls existaient les dispositifs classiques d'aménagement de peine. Un malade pouvait ainsi bénéficier d'une libération conditionnelle, d'une semi-liberté, d'un placement extérieur ou sous surveillance électronique

(PSE) pour motif médical mais sous certaines conditions. Ainsi, pour être accessible à une libération conditionnelle, le détenu doit notamment avoir accompli au moins la moitié de sa peine et pour prétendre à une semi-liberté, un placement extérieur ou un PSE avoir un reliquat de peine inférieur ou égal à un an. Hors de ces cadres, le détenu restait en prison avec ses souffrances. Ce qui a d'ailleurs valu à la France d'être condamnée par la Cour européenne des droits de l'Homme, laquelle a estimé, rappelle le juge, « *que maintenir un malade en détention dans ces conditions était attentatoire à la dignité humaine* ».

Avec cette loi, les critères d'octroi devenaient donc d'ordre purement médical. Nul besoin de bien se conduire en détention, d'accomplir des efforts de réinsertion, seules devaient prévaloir des considérations liées à la santé. Le texte de loi prévoit ainsi que la suspension peut être ordonnée « *pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital* » ou encore dont « *l'état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention.* » Un progrès que Jean-Claude Bouvier juge « *énorme* » tout en déplorant qu'il « *n'ait pas eu, dans la pratique, l'impact qu'on voulait lui donner* ». En effet, analyse-t-il, « *devant l'incompréhension de l'opinion publique, confrontés à leurs propres réticences et aux attermolements d'une classe politique effrayée par sa propre audace, les professionnels puis le législateur ont limité le champ d'application de la loi.* »

Détournement de loi. Tout d'abord, de nombreux magistrats ont exigé que le pronostic vital soit engagé « *à court terme* », ce que ne précisait pas la loi, dans le but « *d'éviter que les libérations n'interviennent que dans des temps très proches du décès* », souligne le juge. Dans des arrêts récents, la Cour de cassation a d'ailleurs « *retenu l'exigence d'un pronostic vital engagé à court terme* », regrette Jean-Claude Bouvier. Avant d'accorder une suspension de peine pour raison médicale, le juge doit par ailleurs recueillir deux expertises médicales établissant de façon concordante que l'un des deux critères est rempli. Or le second est particulièrement difficile à évaluer. Il suppose notamment, observe le juge, « *que les médecins désignés aient une connaissance suffisante du milieu carcéral afin d'être en capacité de comprendre si les souffrances sont compatibles avec une détention.* » Or, ils n'en sont pas forcément spécialistes. Au fil du temps, un glissement s'est ainsi opéré. « *On a considéré que ce critère devait être non pas regardé sous le prisme de la dignité de la personne mais sous l'angle de l'offre de soins existante en prison. La problématique de la souffrance physique, psychique, occasionnée par la détention et qui*

peut porter atteinte à la dignité a été souvent délaissée et l'idée que l'on accorde une suspension de peine lorsque le détenu ne reçoit pas les mêmes soins qu'à l'extérieur s'est développée », constate Jean-Claude Bouvier. De fait, aujourd'hui, très peu de suspensions sont accordées à des détenus atteints par le VIH. « *Les médecins, et les magistrats à leur suite, estiment ainsi qu'ils reçoivent les traitements adaptés en détention. La loi est peu à peu vidée de sa substance* », poursuit-il. À ces évolutions s'en est ajoutée une autre : une part importante de la jurisprudence a consacré la mise en œuvre de critères liés à la dangerosité du condamné ou aux troubles à l'ordre public. Une tendance qui a ensuite pris corps dans la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive. Celle-ci ajoute une troisième condition, cette fois, liée au risque grave de renouvellement de l'infraction. Autrement dit un critère non médical.

Retour possible en prison. Lorsqu'une juridiction se prononce en faveur d'une suspension de peine pour raison médicale, elle n'a pas à déterminer par avance sa durée. Un principe cohérent avec l'incertitude relative à l'évolution de la situation sanitaire des condamnés visés. « *Pour autant, complète le juge, la suspension étant essentiellement subordonnée à des considérations d'ordre humanitaire et médical, il a été prévu qu'elle n'avait plus lieu d'être maintenue lorsque l'état de santé du malade venait à s'améliorer.* » Aussi, si le pronostic vital n'est plus engagé ou si le malade retrouve suffisamment de santé pour retourner en prison, la juridiction de l'application des peines peut ordonner le retrait de la mesure et le malade être réincarcéré. En matière criminelle, une expertise médicale visant à vérifier que les conditions de la suspension sont toujours remplies doit d'ailleurs, depuis la loi du 12 décembre 2005, intervenir tous les six mois.

S'il marquait un tournant, le dispositif législatif instituant la suspension de peine laisse aujourd'hui beaucoup de malades au bord du chemin. Sans compter qu'il ne s'adresse qu'aux personnes condamnées, faisant fi de celles en attente de jugement. Or celles-ci ne bénéficient pas non plus par définition d'aménagements de peine.

LA SORTIE DE PRISON, UN PARCOURS DU COMBATTANT

Si l'on peut « survivre en milieu carcéral avec de lourdes pathologies, cela ne peut se faire que dans des conditions psychologiques et matérielles souvent attentatoires à la dignité humaine », estime Julien Nève, de l'Observatoire international des prisons (OIP). Lequel dénonce la rareté des suspensions de peine accordées aux détenus malades ainsi que les obstacles multiples qui les attendent à leur sortie de prison.

DIFFICULTÉS
À LA PRISE EN CHARGE
DES SORTANTS
DE PRISON MALADES

intervenant :
Julien Nève,
Observatoire
international des prisons

Chaque année, quelque 120 personnes meurent de maladie ou de vieillesse en prison, décès naturels auxquels s'ajoutent 120 suicides. Des chiffres donnés par le Conseil national du sida en 2005 et qui font dire au Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé que « *la prison est un lieu de mort, de maladie et de vieillesse.* » Pourtant, rares sont les suspensions de peine pour raison médicale accordées, alors même qu'elles visent « *à assurer aux condamnés gravement malades un suivi médical ou une fin de vie dans la dignité, hors les murs* », résume Julien Nève. En effet, selon les chiffres de la Direction de l'administration pénitentiaire, sur les 502 demandes déposées entre 2002 et 2006, seules 259 ont été acceptées, soit à peine plus d'une sur deux.

Des freins sur le fond et la forme. L'application de la loi se heurte en fait à plusieurs obstacles : manque de repères de la jurisprudence sur les critères médicaux d'octroi entraînant une interprétation limitative du texte, introduction depuis son vote de critères restrictifs, non application aux personnes en détention provisoire, alors que certaines risquent de décéder avant même d'avoir été jugées et qu'en maison d'arrêt, elles subissent les conditions d'incarcération les plus difficiles... À ces entraves s'ajoutent des freins d'ordre pratique, telle la lourdeur des procédures d'expertise. En effet, précise Julien Nève, « *comme l'a relevé le Commission nationale consultative des droits de l'Homme, dans 25 % des cas, le délai moyen d'étude du dossier est supérieur à trois mois* ». La compétence des experts qui, souvent, connaissent mal la problématique de la santé et de la vie en détention, pose également problème. Une lacune dont sont « *particulièrement victimes les*

détenus séropositifs », observe Julien Nève, rappelant que « *de par la promiscuité et le manque d'hygiène, la détention exacerbe les effets secondaires de la maladie et peut pousser une personne à arrêter son traitement.* » Parmi les détenus obtenant une suspension de peine, rares sont d'ailleurs ceux atteints du sida, car il est généralement estimé qu'ils bénéficient de soins de bon niveau. « *À partir du moment où une personne est en trithérapie et qu'elle va à peu près bien, les experts considèrent souvent que son état de santé est compatible avec la détention. On ne tient pas assez compte de ce que cela signifie de vivre une maladie chronique en détention* », résume-t-il.

Des inégalités de traitement entre établissements sont également à déplorer. « *De nombreux cas de mort en détention ont mis en évidence le déficit de signalement aux juges d'application des peines des détenus malades dans des prisons où la suspension de peine est peu pratiquée* », assure le représentant de l'OIP. De surcroît, il est à regretter que les conseillers d'insertion et de probation (CIP) « *ne disposent pas de formation spécifique concernant la mise en place de dossiers permettant la sortie et la prise en charge médicale et sociale des personnes concernées. Cela en dépit des obstacles rencontrés avec les administrations, les structures de soins ou d'accueil.* » Mais, avant cela même, c'est l'absence de solution d'hébergement qui ruine le plus les chances des détenus malades de bénéficier d'une sortie anticipée (lire encadré p. 27). Elle conditionnerait ainsi près d'un refus de suspension de peine sur cinq, selon une enquête de l'association nationale des juges d'application des peines. « *Faute de perspective d'hébergement, des ajournements de mesures sont prononcés alors même que la juridiction de l'application des peines est favorable à une suspension de peine* », témoigne Julien Nève. Des détenus gravement malades voire mourants restent donc de fait incarcérés.

Dehors sans ressources ni CMU. Pour maints détenus malades, la possibilité de sortir de prison ne signifie pas pour autant l'arrêt des ennuis. En effet, assure Julien Nève, « *bien souvent, l'ensemble des démarches maintenues ou initiées en détention risquent d'être interrompues par manque de relais entre l'intérieur et l'extérieur et par l'absence de solution d'hébergement* ». C'est à l'administration pénitentiaire qu'incombe la mission de réinsertion et que revient, selon le code de procédure pénale, de « *permettre au détenu de préparer sa sortie dans les meilleures conditions possibles* ». Pour autant, celle-ci « *s'apparente en général à un parcours du combattant* », selon Julien Nève. Alors que la continuité des soins doit être assurée entre le dedans et le dehors, il arrive souvent que le dossier médical ne suive pas la personne ni ne soit transmis à l'hôpital, que celle-ci ne

sorte qu'avec un traitement pour la journée et sans ordonnance. Parmi les explications : l'absence d'information des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) sur la date de sortie des patients et la mauvaise articulation avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). En outre, surchargés, les CIP ne parviennent pas toujours à préparer la sortie. Ce, en particulier en maison d'arrêt où, souvent, si les personnes ne sollicitent pas de rendez-vous – ce qui doit se faire par écrit – avec le SPIP, rien n'est entrepris. Aussi, témoigne Julien Nève, *« beaucoup de détenus sortent sans qu'aucun dossier n'ait été instruit en détention. Tout reste à faire après la sortie. »* Maintes formalités sont de surcroît irréalisables en prison. Des détenus se retrouvent donc dehors sans ressources ni couverture maladie ni prise en charge à 100%, alors que leurs thérapies sont des plus coûteuses. Autant de freins, d'insuffisances, voire de manquements, parfaitement identifiés par les pouvoirs publics. Autant de réalités aussi qui *« soulignent avec acuité la difficulté à concevoir la prison comme un lieu de soins »*, analyse Julien Nève. Pourtant, l'heure est non *« à sortir la maladie de la prison »* mais plutôt *« à rendre cette dernière compatible avec toutes les pathologies. »*

De la prison... à la rue ?

Trouver un lieu d'accueil est l'un des problèmes principaux que rencontrent les détenus atteints du VIH et/ou de l'hépatite C à leur sortie de prison. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), quant à eux, manquent de places et ne peuvent recevoir que des personnes relativement autonomes. Concernant les appartements de coordination thérapeutique (ACT), plusieurs obstacles se présentent. Ainsi, dénonce Julien Nève, *« on compte environ une place pour dix demandes. De plus, cela nécessite l'envoi d'un certificat médical au médecin de la structure, ce que les UCSA ne font que trop rarement. »* La personne doit de surcroît rencontrer l'équipe, *« ce qui est presque impossible à organiser durant la détention. Or l'obtention d'un hébergement médicalisé du type ACT dès la sortie est quasi irréalisable. »* À cela s'ajoutent les fantasmes les plus fous que suscitent les détenus.

Pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme, il manquerait en outre 2 000 places en structures de soins palliatifs. La longueur des listes d'attente et des délais se révèle incompatible avec leur état de santé. *« Beaucoup sortent donc sans hébergement ou avec des hébergements précaires, d'urgence, avec des prises en charge allant de quelques jours à quelques semaines. Mettre en place des soins dans un tel contexte, où les personnes ne savent parfois pas où elles vont dormir le soir est extrêmement difficile »*, dénonce Julien Nève. Quant aux étrangers malades sans titre de séjour, leur trouver un accueil relève tout bonnement de la gageure.

LE CANADA, UN COUPABLE À CONDAMNER ?

LE VIH/SIDA
EN PRISON,
L'EXPÉRIENCE
CANADIENNE

intervenant :

Pr Jean-Claude Bernheim,
Université d'Ottawa

Au Canada, la prise en compte du VIH et du sida est loin d'être efficace dans tous les pénitenciers. Malgré les textes promouvant l'accès à la santé sans discrimination, des manques importants sont repérés. Une situation que dénonce le Pr Jean-Claude Bernheim, criminologue de l'Université d'Ottawa. Pour lui, la responsabilité de l'État est engagée.

Moins on en sait, mieux on se porte ! Telle est, selon le Pr Jean-Claude Bernheim, la position des autorités fédérales canadiennes concernant le VIH en prison. Lequel déplore : « *On ne veut pas savoir combien de détenus sont porteurs du virus ou atteints par la maladie et ce n'est que confronté aux réalités que l'on aura des chiffres.* » Aujourd'hui, on estime a minima que 250 personnes détenues sont contaminées. Le Canada compte un système fédéral – qui accueille quelque 11 000 condamnés à des peines d'emprisonnement de deux ans et plus – et 13 systèmes provinciaux et territoriaux – qui prennent en charge 20 000 prévenus et condamnés à des peines inférieures à deux ans. Les taux changent en outre beaucoup d'une province à l'autre. « *Globalement, on peut observer institution par institution qu'ils sont de 6 à 70 fois plus élevés que dans la population libre, avec une moyenne de 30. Le système correctionnel fédéral, quant à lui, évalue celle-ci à 10* », résume le criminologue.

Des textes aux actes. Depuis 1988, maints organismes et experts ont publié des rapports et émis des recommandations en matière de VIH. Parmi elles : rendre disponible les tests de dépistage anonyme pour les détenus, leur offrir, de discrètement et sans attendre leur demande des préservatifs, des digues dentaires et des lubrifiants, leur fournir du matériel d'injection stérile ou à défaut de l'eau de Javel, permettre de débiter ou de poursuivre des traitements de substitution. Pourtant, certaines provinces refusent toujours de faire des dépistages, de fournir du matériel de prévention ou de réduction des risques et de délivrer des traitements de substitution.

Au Canada, divers textes (lois provinciales ou nationales, normes internationales) reconnaissent le droit à la vie, à la sécurité, à des services de santé... pour tous. Dans les faits, on en est loin. Le Bureau de l'Enquêteur correctionnel, qui analyse les plaintes des détenus et émet si besoin des recommandations, dénonce depuis

longtemps la question des soins médicaux. En 2006, il s'est notamment dit préoccupé par le fait que seules 10 % des installations avaient reçu une totale accréditation, plus de la moitié se l'étant vu refuser d'emblée. Réponse lapidaire du service correctionnel : « *L'accréditation de toutes les installations des soins de santé est un objectif et non une obligation légale* ». De manière générale, le nouveau gouvernement, en place depuis septembre 2006, affiche clairement vouloir réaffecter l'argent des contribuables attribué à certains programmes menés en prison à la lutte contre le crime. Des projets pilotes visant à organiser des activités de tatouage avec du matériel stérile ont ainsi été interrompus.

Un crime d'État. « *Mais qu'est-ce qu'un crime ?* », interroge Jean-Claude Bernheim. « *Avant de s'intéresser à la prison, il convient d'évaluer cette notion, car c'est elle qui détermine, selon les époques, quels comportements conduiront en prison* », développe-t-il. Et d'illustrer, non sans ironie : « *Le vol à l'étalage est ainsi un crime affreux s'il en est. La publicité trompeuse, non. On a là un exemple clair de ce que l'État considère ou pas comme un crime.* » Pour sa part, le chercheur définit comme crimes d'État « *les actes, omissions et attitudes de la personne morale d'ordre public allant à l'encontre du droit national ou international et dont la perpétration est incontestablement nuisible à la vie, à la liberté et à la sûreté des personnes, à la paix, à l'ordre, aux normes et politiques établies ainsi qu'à la sécurité nationale ou internationale* ». Or il observe que le gouvernement du Canada, par action ou omission, met en cause la vie et la sûreté des personnes détenues atteintes du VIH ou pouvant l'être. Aussi, il estime que « *le Canada a commis un crime d'État pour lequel il devrait être condamné.* »

LE SPIP, UNE INTERFACE

PRÉPARATION *À Fresnes, le SPIP s'implique de manière spécifique*
 À LA SORTIE *dans la prise en charge des détenus porteurs du VIH ou du VHC.*
 DES DÉTENUS *Ce travail sous-entend une forte activité partenariale.*
 MALADES *Témoignage de trois conseillers d'insertion et de probation (CIP).*

Intervenants : **Lise Le Prunnec, Karine Poncelet et Christophe Lojou**, SPIP de Fresnes

« Une attention accrue pour les personnes séropositives »

Lise Le Prunnec, CIP à la maison d'arrêt de Fresnes

« Les détenus infectés par le VIH ou le VHC bénéficient d'une prise en charge spécifique au sein des établissements pénitentiaires comme en milieu ouvert. Au quotidien, en tant que conseiller d'insertion et de probation (CIP), nous surveillons particulièrement les risques de fragilité physique ou psychologique que peuvent rencontrer ces personnes du fait de ces pathologies. Nous sommes aussi très attentifs aux problèmes pouvant survenir dans les rapports avec les personnels ou les autres détenus. À Fresnes, nous essayons d'échanger régulièrement avec tous les interlocuteurs, y compris la direction de l'établissement et les surveillants, sur la situation de ces personnes, cela, bien sûr, avec leur accord. La spécificité du suivi tient aussi à l'importance du travail partenarial que nous menons en interne comme avec les intervenants extérieurs : CSST, associations, juges d'application des peines, familles, éventuels employeurs... Les CIP sont des généralistes. Ils n'ont pas de formation particulière dans le domaine médical et leur mission est globale. Le SPIP joue en fait un peu un rôle d'interface entre la personne et ceux qui l'accompagnent en détention.

Dès l'incarcération, nous préparons l'après-prison, que ce soit dans le cadre d'une suspension de peine pour raison médicale, d'un aménagement de peine ou d'une sortie sèche. Le stade de la maladie et ses conséquences sont nécessairement pris en compte, mais à des degrés variables selon la mesure. Nous procédons également à l'ouverture des droits : Sécurité sociale, dispositifs pour personnes handicapées... Il est vrai cependant que des personnes sortent encore aujourd'hui de prison sans protection sociale ni ordonnance et que la coordination avec les médecins doit être améliorée. »

« Un accompagnement jusqu'à la fin »

Karine Poncelet, CIP à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes

« Nous avons suivi un détenu séropositif de 40 ans, multirécidiviste, polytoxicomane sous substitution, ayant des problèmes avec l'alcool et issu d'un centre de détention où il purgeait une peine de 36 mois. Lorsqu'il est arrivé à Fresnes, il ne pouvait pas encore bénéficier d'un aménagement de peine et avait fait une demande de suspension de peine. Bien que son état de santé ait été jugé préoccupant par le médecin de son établissement, sa requête avait été rejetée par le juge d'application des peines (JAP). Sa situation ne s'améliorant pas, il a alors été transféré à l'hôpital de Fresnes, où notre médecin a rédigé un certificat à l'attention du JAP. Des démarches ont ensuite été enclenchées pour construire un projet de sortie lié à la maladie.

Lors de précédentes incarcérations, nous l'avions déjà accueilli à l'hôpital. Il n'avait jamais souhaité contacter sa famille. Cette fois-ci, le médecin lui ayant annoncé que le pronostic n'était pas bon, il a tenu à le faire, mais en taisant sa maladie. Car pour cet homme d'origine maghrébine, celle-ci rimait avec déshonneur et exclusion. Nous nous sommes également rapprochés d'une structure gérant des appartements de coordination thérapeutique (ACT) dont le détenu avait déjà bénéficié, mais où il avait eu des problèmes. Sa famille acceptait de le prendre en charge mais ne pouvait l'héberger dans des conditions acceptables (chambre personnelle). La structure est venue le voir – il est essentiel que les associations se déplacent. Devant la gravité de son état, elle a accepté de le reprendre. Ainsi, la journée, une tierce personne était présente et, la nuit, la famille prenait le relais. Celle-ci a ainsi pu l'accompagner jusqu'à la fin. Nous avons eu beaucoup de chance que ce réseau existe et qu'il passe outre le premier échec. Il est en effet très difficile de trouver des solutions de prise en charge pour certaines personnes. En particulier celles qui sont trop malades pour être admises en structures de soins curatifs, mais pas assez pour les unités de soins palliatifs. »

« La notion de projet, nous la conjugons au quotidien »

Christophe Lojou, CIP à la maison d'arrêt de Fresnes

« Africain d'environ 30 ans, Ousmane¹ vit en France depuis une dizaine d'années et n'a pas de titre de séjour. Incarcéré à Fresnes, il a été condamné à 7 ans de prison pour un viol sur mineur – la fille de son ex-compagne. Il a eu avec cette dernière un enfant que la justice lui interdit de voir malgré son insistance. Ousmane entretient des rapports très conflictuels avec son ex-compagne. Il est dans un déni total des faits. C'est un problème récurrent chez les personnes impliquées dans des affaires de mœurs, sur lequel nous travaillons beaucoup, et qui est une contrainte majeure dans le suivi quotidien. Ousmane est en outre porteur du VIH. Durant deux années, nous avons œuvré en partenariat avec l'UCSA, le service médico-psychologique régional (SMPR), les surveillants, la direction pénitentiaire et un visiteur de prison très actif, pour l'accompagner jusqu'au jugement. L'Association nationale des visiteurs de prison est à ce titre un partenaire très précieux pour un SPIP.

Dès la condamnation d'Ousmane, nous avons mis en route une dynamique "aménagement de peine". Cette notion est de plus en plus développée par l'administration pénitentiaire, notamment depuis la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité. L'objectif est de ne pas libérer les gens en sortie sèche et d'individualiser leur peine. Nous faisons tout pour conjuguer la notion de projet au quotidien. Mais c'est très coûteux en temps et les moyens manquent. Après presque 10 mois de démarches auprès de la Préfecture, Ousmane a fini par se voir délivrer un titre de séjour pour deux ans. Au terme de cette période, son dossier repassera en commission médicale. Le juge d'application des peines (JAP) a accepté de lui accorder une semi-liberté probatoire pendant quelques mois à Fresnes. Il devrait ensuite obtenir une libération conditionnelle. Il n'a toujours pas le droit de voir son enfant, mais entend se battre pour y parvenir. »

¹ Le prénom a été modifié.

DES PASSERELLES ENTRE LE DEDANS ET LE DEHORS

L'Association réflexion action prison et justice (Arapej), en Seine-Saint-Denis, accueille des détenus bénéficiant d'aménagements de peines : placements extérieurs, libérations conditionnelles... en particulier avec des problèmes de santé. Travailleuse sociale, Nathalie Vallet, souligne l'intérêt de bien préparer la sortie en amont et détaille les difficultés rencontrées.

À peine libérée, la personne incarcérée doit troquer son identité de détenu, qu'elle s'est parfois forgée durant de longues années, contre celle de travailleur, de citoyen, de personne réinsérée. Ce passage est souvent difficile. Pour l'adoucir, une bonne préparation à la sortie est indispensable. C'est pour faciliter cette transition « entre le dedans et le dehors » que l'Arapej a mis en place plusieurs dispositifs. L'association, qui dispose d'un lit « permissionnaire », accueille des détenus autorisés par le JAP à sortir ponctuellement pour construire leur projet : mener des entretiens en vue d'obtenir un hébergement, mettre en place des soins à l'extérieur, se rendre à l'hôpital le plus proche du futur lieu de résidence, etc. Lorsqu'une permission de sortir n'est pas envisageable ou qu'il faut suivre avec régularité une personne, des visites en détention sont également organisées.

Le placement extérieur, un bon sas. L'Arapej suit par ailleurs des détenus dans le cadre d'aménagements de peine et, en particulier, de placements extérieurs. « Cette formule est intéressante car elle inclut des repères, un cadre. Elle peut donc servir de sas entre le dedans et le dehors », explique Nathalie Vallet. Par exemple, les personnes qui bénéficient d'un des appartements dont nous disposons doivent y être rentrées le soir à 20 heures. Elles peuvent avoir le droit de sortir le week-end, mais sinon, elles doivent mener l'activité prévue : emploi, soins... » Des placements extérieurs peuvent en effet être octroyés pour des raisons de santé. « Nous avons mis en place des contrats d'aide à l'emploi, ce qui permet de moduler le temps car nous avons un atelier d'insertion. Lorsque des personnes doivent se rendre à l'hôpital ou débiter un traitement, ce temps est comptabilisé comme du temps consacré à l'emploi », précise-t-elle. L'équipe est néanmoins confrontée

L'ACCUEIL
DES SORTANTS
DE PRISON
ET L'AMÉNAGEMENT
DE PEINE

intervenante :
Nathalie Vallet,
Arapej

à plusieurs difficultés. Tout d'abord, la durée trop courte de certains placements – parfois seulement un mois ou quinze jours avant la libération – ce qui interdit toute véritable prise en charge. La question des papiers et de l'accès aux droits revient aussi régulièrement. *« Il y a peu, la Caisse primaire d'Assurance-maladie de Seine-Saint-Denis a estimé, dans une circulaire, que c'était à l'administration pénitentiaire de prendre en charge les soins des personnes sous écrou. Nous ne pouvons donc pas leur ouvrir des droits à la CMU. La réponse de la Sécurité sociale est d'envoyer les personnes se faire soigner à la maison d'arrêt de Villepinte, ce qui est impossible ! »*, dénonce Nathalie Vallet. L'Arapej doit alors recourir aux dispensaires associatifs.

Des problèmes évitables. L'association accueille aussi des personnes ayant obtenu une libération conditionnelle pour raison médicale. Souvent parce qu'il a été trop difficile d'obtenir une suspension de peine et qu'elles sont juridiquement dans les temps. Dans ce cadre, la personne n'est tenue qu'à la mise en place des soins. *« L'une des difficultés majeures est alors de récupérer le dossier médical qui, bien souvent, ne suit pas la personne, témoigne Nathalie Vallet. Celle-ci n'est d'ailleurs pas toujours au courant des traitements qu'elle prend. Nous devons alors la faire hospitaliser pour effectuer un bilan de santé. Ce qui a un coût élevé pour la Sécurité sociale. »*

De manière générale, beaucoup de personnes sortent sans papiers, ordonnance ni traitement. *« Même celles qui bénéficient d'un traitement de substitution ! »* C'est alors à l'Arapej nous de tout remettre en place, *« ce qui est évidemment très compliqué. »* Pour la travailleuse sociale, *« il serait indispensable de bien préparer la sortie en amont. D'autant qu'une libération conditionnelle ou un placement extérieur ne se décident pas du jour au lendemain ! »*. L'équipe se heurte aussi à la réticence des centres d'hébergement et des structures gérant des ACT, lesquelles sont peu enclines à accueillir des malades issus de détention.

Un dernier problème taraude l'équipe : le sort des étrangers ayant obtenu un titre de séjour pour raison médicale. *« De plus en plus, nous sommes confrontés à des expulsions de personnes qui, après avoir obtenu un titre séjour pour soins, ont fait leur vie ici et travaillent. Au moment du renouvellement, le médecin de la Préfecture estime qu'ils pourront être soignés dans leur pays d'origine. C'est très inquiétant. »*

« Réapprendre le quotidien en gérant la maladie »

Nathalie Vallet, travailleuse sociale à l'Arapej

« Dans le cadre d'aménagements ou de suspensions de peine, beaucoup de personnes sont dans le déni de leur maladie, notamment après une longue incarcération. La détention a souvent été perçue comme un temps de mort. Elles veulent donc rattraper les années perdues. Elles arrêtent alors leurs traitements pour se lancer dans une nouvelle vie, affichent leur envie de travailler, d'avoir une maison, une femme, un chien... À l'inverse, d'autres sont dans une surmédicalisation : la vie à l'extérieur leur paraît si dure que leur seul refuge est leur maladie. Elles se sentent mieux à l'hôpital où elles retrouvent une sorte de cocon. Bien sûr, la prison n'était pas un cocon, mais certains y ont vécu tellement longtemps qu'ils se disent "*fondus dans les murs*". En prison, on est infantilisé. À la sortie, on n'a plus de repères ni dans le temps, ni dans l'espace, ni dans sa relation aux autres. Il faut réussir à réapprendre le quotidien – certains après une longue détention ne parviennent même plus à ouvrir une porte, à traverser une rue – tout en gérant la maladie. »

MIEUX ORIENTER LES DÉTENUS

Particulièrement investie dans le suivi des personnes infectées par le VIH et/ou le VHC, l'Armée du Salut reçoit, dans son centre d'hébergement et de réinsertion sociale¹ de Marseille, de nombreuses personnes ayant eu maille à partir avec la justice. Sa directrice adjointe, Anne-Marie Bontemps, souligne la nécessité de créer des relais entre la détention et le milieu libre pour faciliter la réinsertion.

PRÉCARITÉ
ET SORTANTS
DE PRISON

intervenante :
Anne-Marie Bontemps,
Armée du Salut
de Marseille

« Lorsque la prise en charge du VIH a commencé dans notre centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les traitements de substitution en étaient à leurs balbutiements, les trithérapies n'existaient pas, et les traitements hépatiques n'étaient pas pris en compte. Nous avons accompagné certains de nos résidents jusqu'à la fin de leur vie. Et ce même au sein de l'établissement », rappelle Anne-Marie Bontemps, soulignant le chemin parcouru. Depuis, l'Armée du Salut, à Marseille, a signé une convention non

pérenne avec l'État (1996), pour accompagner huit personnes séropositives. Dix ans plus tard, sa capacité d'accueil est passée à douze lits VIH. Grâce aux avancées thérapeutiques, les perspectives de travail ont évolué. « *Nous nous préoccupons davantage de resocialisation, de régularisations administratives ou d'accès au logement. Nous travaillons également de plus en plus autour de la notion de confort pour les personnes qui arrivent très désinsérées et doivent réapprendre à vivre dans des conditions décentes.* » Le projet d'établissement, en cours de réécriture, accorde d'ailleurs une place importante au VIH.

Un besoin de proximité. L'Armée du Salut, à Marseille, accueille tout type de public sans domicile fixe en difficulté sanitaire et sociale. Au sein de cette population se trouvent de nombreuses personnes en rupture sociale, présentant des problématiques psychiatriques, ayant des addictions (alcool ou toxicomanie), parfois des comportements violents... Près de la moitié ont commis des actes de délinquance. « *En 2006, nous avons suivi 21 personnes. Deux ne se sont pas présentées au rendez-vous. Les candidatures nous sont adressées prioritairement par les structures de soins (centres d'information et de soins de l'immuno-déficience humaine, hôpitaux...). Dans une moindre mesure, par les structures prenant en charge des toxicomanes. Les autres personnes sont orientées par des hôpitaux psychiatriques ou des associations tels Médecins du Monde ou Afrisanté* », précise Anne-Marie Bontemps. En 2006, 63 % des résidents accueillis étaient sous trithérapie, 4,5 % sous bithérapie et autant sous quadrithérapie. Pas moins de 28,5 % n'avaient pas d'antirétroviraux. Plus des trois-quarts des personnes présentaient une coinfection VIH/VHC, et 50 % souffraient de maladies opportunistes. « *Ce cumul de pathologies met en évidence que les personnes reçues au CHRS nécessitent un suivi et un encadrement de proximité. Notamment quand elles entreprennent les traitements VHC* », insiste Anne-Marie Bontemps.

Anticiper la sortie. Depuis octobre 2005, l'Armée du Salut a signé des protocoles avec le SPIP des Baumettes concernant le placement de détenus sortant de prison sans suivi de justice à leur libération, ou bénéficiant d'un aménagement de peine sous forme de placement extérieur individualisé. Elle reçoit également des personnes en libération conditionnelle et même, depuis 2007, des prévenus dans le cadre d'une mise en liberté. « *Nous nous rendons une fois par mois en détention afin de rencontrer les personnes orientées par le SPIP* », explique la directrice adjointe, qui précise que sont ainsi impliqués deux travailleurs sociaux et une psychologue. Afin d'évaluer

cette action et de faire coïncider le mieux possible les orientations du SPIP et la prise en charge du CHRS, une rencontre avec les conseillers d'insertion et de probation a eu lieu. Un comparatif entre les orientations des personnes détenues et celles issues du droit commun ayant un passé avec la détention a par ailleurs été établi. *« Il en est ressorti qu'une meilleure préparation devait être faite en détention afin que les personnes rencontrées puissent réellement s'approprier les démarches de réinsertion »*, résume la directrice adjointe. Autre constat : dans la plupart des cas, alors que des problèmes de dépendance sont présents, *« les relais de soins ne sont pas toujours effectués et nous éprouvons des difficultés dans la prise en charge des soins faute de connaître cette problématique »*, observe-t-elle. Ces échanges se sont néanmoins révélés fructueux. *« Ils nous ont permis de reposer le cadre, avec pour objectif d'accompagner ces personnes dans un parcours de réinsertion sociale plus réaliste et réalisable »*, analyse Anne-Marie Bontemps.

Une absence de soutien. Toutefois, il subsiste quelques bémols. *« Actuellement, aucune personne n'a été orientée par le biais médical de la détention, déplore la directrice adjointe. Tous arrivent par le droit commun. Nous constatons pourtant que certaines personnes qui nous sont adressées ont eu des démêlés avec la justice. Sans relais à leur sortie, elles ont souvent demandé de l'aide à des hôpitaux ou des associations. Nous nous interrogeons sur cette absence d'orientation du public en détention, et souhaiterions qu'une réflexion soit menée afin de répondre aux besoins de cette population. »* Et de souligner : *« le temps passé en prison par les travailleurs sociaux et la psychologue émane d'une réelle volonté de notre part. Mais cet investissement ne pourra perdurer sans l'obtention, entre autres, d'une reconnaissance financière des services de la Chancellerie. »*

¹ Le CHRS marseillais peut héberger au total 100 personnes de 18 à 65 ans. Depuis 2004, il accueille quatre familles de petite taille ainsi que des pères avec enfants. En octobre 2007, il a ouvert une résidence d'accueil pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

UN TRAVAIL INSCRIT DANS LE TEMPS ET LA CONTINUITÉ

SUIVI DES USAGERS
DE DROGUES
EN MILIEU CARCÉRAL
ET À LA SORTIE

Depuis 2000, le Caarud Sida Paroles, à Colombes, intervient en prison pour maintenir le soutien qu'il apporte à ses usagers lorsque ceux-ci font l'objet d'une incarcération. Pour la psychologue Rosine Réat, il faut « briser leur isolement ».

intervenante :

Rosine Réat,
Sida Paroles

« À la Boutique, nous recevons des usagers de drogues ayant des pratiques de consommation parfois non contrôlées, dans des problématiques multiples et douloureuses liées à la toxicomanie, parfois sociales, parfois psychiatriques. Souvent, ces personnes se trouvent hors des circuits de soins et vivent des situations d'isolement, de désaffiliation, de désinsertion. Elles se retrouvent donc particulièrement exposées aux risques d'incarcération. Car ce sont les usagers de drogues les plus désinsérés et les plus fragiles qui vont en prison », explique Rosine Réat, psychologue au centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) Sida Paroles. Pour les soutenir durant cette épreuve et ne pas rompre leur suivi, Sida Paroles a décidé en 2000 de poursuivre son action derrière les barreaux. Ses objectifs : assurer la continuité du lien, accompagner les projets de soins, réduire les risques d'aggravation de la situation de l'usager sur le plan sanitaire et social que peut provoquer l'emprisonnement.

À Sida Paroles, l'intervention repose sur l'approche de la réduction des risques (RdR). Il s'agit de « dresser avec la personne un bilan de sa situation, dans une dynamique d'accompagnement et de co-construction des projets ». L'idée fondatrice « est de partir de la compétence des usagers et de leur capacité de changement. Nous pensons que le principe que la démarche de santé peut commencer autour de l'usage de drogues, en transmettant des idées de protection de soi. Car préserver sa santé est déjà un pas vers le soin ». Le premier ressort de l'accompagnement est le soutien à la personne, qui agit comme un catalyseur de la dynamique de soin. Celle-ci va au-delà du champ du sanitaire. « Ce soutien s'effectue sans conditions. Les personnes n'ont pas besoin d'avoir un projet de soin ou d'insertion. Avant tout, il sert à briser leur isolement », précise Rosine Réat.

Un espace de parole et d'écoute. Le travail tourne autour de trois thèmes : la RdR liée à l'usage de drogue, la toxicomanie et ses traitements, le VIH et les hépatites virales. Il consiste à transmettre des informations médicales, des conseils de RdR – la prison étant aussi un lieu de consommation de produits et donc de prise de risques – mais aussi à proposer un espace de parole propice à aborder des dimensions dépassant le cadre pur du sanitaire (vécu de la personne, ses craintes, ses représentations, ses résistances, ses espoirs...). Le suivi est hybride, abordant tant les aspects médicaux que psychologiques ou sociaux. Il s'inscrit dans la durée et la continuité : le travail mené en prison est toujours effectué en lien avec les membres de l'équipe qui suivaient le détenu avant son incarcération ou le suivront à sa sortie de prison. Il s'appuie sur un réseau fourni de partenaires. Il s'agit « *de soutenir la potentialité d'aide de l'environnement, qu'il soit familial, amical, professionnel* », complète la psychologue. Enfin, s'ajoute un volet de lutte contre les représentations négatives dont sont encore victimes les usagers de drogues et qui portent préjudice. « *Les usagers de drogue, même sous substitution, sont parfois refusés par certains centres d'hébergement* », témoigne Rosine Réat.

Anticiper plutôt qu'incarcérer. En prison, Sida Paroles observe un certain nombre de manques. Les détenus n'ont pas accès à l'ensemble des outils de RdR existant en milieu libre. Et même si la disponibilité des traitements de substitution s'est beaucoup améliorée, ils ne sont pas non plus toujours prescrits par des personnes suffisamment formées à leur spécificité. L'accompagnement, si utile à la compliance, est souvent défaillant. Enfin, certaines problématiques addictives (alcoolisme, cocaïnomanie...) sont peu prises en compte. Mais les manques concernent aussi le passage du dedans vers le dehors. « *Nous constatons depuis plusieurs années un manque cruel de lieux de soins ou permettant l'accès à des soins adaptés aux personnes et à leurs besoins. Il faudrait créer des lieux thérapeutiques alternatifs*, suggère Rosine Réat. *Cette situation, qui nuit à la préparation à la sortie, multiplie aussi en amont les risques d'incarcération. Il serait plus intéressant pour l'individu comme pour la société de favoriser l'accès aux soins, en particulier psychiatriques, des personnes avant leur incarcération.* »

« Peu à peu, Clovis commence à oser porter un regard sur lui »

Rosine Réat retrace l'histoire de Clovis¹ qui a commencé à fréquenter Sida Paroles en 2001 après un passage en prison.

« Très vite, la situation de Clovis se dégrade : rupture familiale, perte de son hébergement, clochardisation. Apparaissent des troubles du comportement et des passages à l'acte violents contre les autres et contre lui-même, de plus en plus fréquents. L'année 2002 est émaillée par plusieurs hospitalisations, notamment psychiatriques. Pour autant, Clovis ne réussit pas à intégrer le réseau de soins. L'équipe, impuissante, assiste à la dégradation de son état somatique et psychique. Clovis est alors polytoxicomane. Il a une consommation abusive d'alcool, de benzodiazépines et de cocaïne, et éprouve des difficultés à prendre régulièrement son traitement de substitution aux opiacés. Malgré, ou à cause, d'une situation de détresse importante, il semble avoir perdu la capacité à s'appuyer sur ses ressources et sur les dispositifs de soins, dépassés par la situation. Il se retrouve plusieurs fois en garde à vue. En janvier 2003, il est à nouveau incarcéré. Il ressort en août, puis retourne en prison en octobre, où il reste jusqu'en mai 2004. À ces occasions, un soutien est mis en place. Peu à peu, au fil des entretiens, un lien de confiance s'instaure. Clovis commence à oser porter un regard sur lui, sur son parcours, sur ses comportements violents. Il s'engage pas à pas dans un travail de prise en compte de ses conduites d'abus d'alcool et de cocaïne. Émergent aussi un désir d'accès aux soins et un projet de traitement pour son hépatite C. Pendant son incarcération, Clovis consulte un médecin-hépatologue, un travail est mené en lien avec son conseiller d'insertion et de probation (CIP), un accompagnement est réalisé par Sida Paroles durant sa détention et un rendez-vous est pris avec un lieu d'accueil spécialisé en vue d'une admission à sa sortie. En mai 2004, Clovis se retrouve ainsi dans cette structure d'hébergement, est suivi dans un centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) parisien pour son traitement de substitution et, en lien avec le médecin consulté en prison, est mis en place celui pour le VHC. Malgré diverses difficultés (effets secondaires, conflits avec la structure hébergeante), il réussit à le poursuivre. Au début de 2005, Clovis bénéficie d'un appartement de coordination thérapeutique (ACT) et commence un travail à mi-temps.

Originaire des Hauts-de-Seine, Clovis passe régulièrement à la Boutique pour donner de ses nouvelles et partager avec nous ses interrogations. Lors de sa dernière visite en mai 2006, il est venu nous annoncer qu'il avait emménagé dans un appartement dont il était locataire, nous parler de ses projets professionnels et partager son questionnement sur son couple. Il travaillait toujours, avait mené à bien son traitement et n'avait plus eu de problèmes avec la justice. Très récemment, nous avons appris qu'il venait d'avoir un enfant avec sa compagne. »

¹ Le prénom a été modifié.

« Je ne savais pas qu'on pouvait faire un tel parcours »

Après de multiples séjours en prison, Kader¹, 46 ans, contaminé par le VHC, a décidé de consacrer toute son énergie à son projet de soins. Fréquentant la Boutique de Sida Paroles, il a bénéficié du soutien de l'association durant sa dernière incarcération, « une aide précieuse », selon lui. Grâce au relais d'autres associations, il vit désormais en appartement de coordination thérapeutique (ACT).

« J'ai effectué plusieurs peines pour infraction à la législation sur les stupéfiants. La dernière a duré trois mois et je l'ai faite à Nanterre. Depuis un ou deux ans déjà, je fréquentais la Boutique de Sida Paroles. C'est un ami qui m'a fait voir la baraque. Là on m'a branché sur la substitution. J'ai fait le nécessaire et j'ai réussi à avoir un traitement méthadone via le Trait d'Union, avec lequel Sida Paroles m'a mis en contact. Lors de mon incarcération à Nanterre, j'ai rencontré Sida Paroles qui venait faire une intervention sur la réduction des risques. Ensuite, ils m'ont envoyé un mandat avec une lettre, j'ai trouvé ça sympa, je ne m'y attendais pas, et je leur ai écrit. Rosine, la psychologue, est alors venue me voir au parloir avocat, puis elle est revenue tous les quinze jours. Ce qui était bien aussi, c'est que Sida Paroles gardait mes affaires dans un casier. Comme ça, j'ai pu les retrouver à la sortie, alors qu'avant, à chaque passage en prison, je perdais tout. Ils ont aussi récupéré l'argent qui me restait de mon RMI et me l'ont envoyé par mandat.

Rosine m'a apporté une aide précieuse. Ça rassure de voir que quelqu'un de l'extérieur, d'une association que l'on connaît, pense à soi, on se sent moins seul. Jusque-là, à chaque incarcération, j'avais personne. Toute ma famille est au bled, en Algérie, j'ai jamais eu de soutien. Et puis, pour moi, il n'était pas question de voir un psychologue travaillant avec la maison d'arrêt. En prison, je me méfie de tout le monde. Avec Sida Paroles, la confiance était déjà installée. Avec Rosine, on parlait de plein de choses, de la détention, de la toxicomanie..., de tout ce que quelqu'un dit à un psychologue. Ce que fait Sida Paroles, c'est vraiment indispensable sur le plan humain, car il y a des gens en prison qui n'ont absolument aucune aide. C'est écœurant la misère que j'y ai vu. Il y a des gens très malades, du sida ou autre, et on n'en tient absolument pas compte. On ne peut pas enfermer les gens comme ça, il doit y avoir d'autres manières de payer ce qu'on doit s'il y a lieu. J'ai une amie à la maison d'arrêt des femmes de Fleury qui a le VHC, le VIH et un cancer. Cela fait plus de quinze mois qu'elle y est, elle a des problèmes psychologiques, ça se voit de suite et pourtant on la laisse là.

¹ Le prénom a été modifié.





Pour organiser ma sortie, un éducateur du Trait d'Union est venu me voir, ensuite tout s'est enchaîné. J'ai été libéré le 8 juillet 2006 et, le jour même, j'allais à L'Atre, à Lille². Je n'ai reçu aucune aide du SPIP dans le cadre de la préparation à la sortie. Le seul travail qu'ils font fait, c'est de chercher si je devais encore des choses à la justice ! Même les amendes, ils les ressortent. J'ai jamais eu d'aménagement de peine. La seule chose que j'ai eue là c'est un jour de remise de peine supplémentaire pour retrouver Rosine à la gare et aller à Lille. Quant au train, j'ai dû le payer de ma poche. Je me demande à quoi servent les SPIP dans le cadre de l'insertion ! Après trois mois et une semaine à L'Atre, j'ai été accepté en post-cure au Cèdre bleu. J'ai eu beaucoup de chance car je ne trouvais pas de centre pour m'accueillir alors que normalement l'Atre n'accepte les gens que durant deux mois. Mais ils ont vu que j'allais dans le sens de l'insertion. Je ne parle pas de "réinsertion" car je n'ai jamais été inséré.

C'est au Cèdre bleu que j'ai commencé mon traitement pour l'hépatite C. J'ai appris vers 1996 que j'étais infecté. Je n'étais pas en prison alors. Un jour, je suis tombé malade, on m'a fait une prise de sang et voilà. Sans doute, cela faisait déjà longtemps que je l'avais. En prison, on ne m'a jamais proposé de suivi. La seule chose que j'ai réussi à enclencher, c'est la biopsie lors de ma dernière incarcération. Cela fait maintenant huit mois que je me soigne et j'en ai en tout pour 18 mois car j'ai un virus un peu difficile (génotype 4). Le traitement est vraiment violent. Il tue, il massacre. Si je n'avais pas eu l'encadrement que j'ai eu, j'aurais déjà abandonné. Pour quelqu'un à la rue, c'est impossible. Avec le traitement, on a l'impression de passer de 40 à 120 ans, tellement on se sent faible. Cet été, j'ai perdu 19 kg d'un coup à cause du VHC. J'ai cru que j'allais y passer. Je suis resté environ 10 mois au Cèdre bleu. Maintenant, je suis en appartement de coordination thérapeutique et je passe de temps en temps à Sida Paroles. Avant, je ne savais pas qu'on pouvait faire un tel parcours.

Aujourd'hui, je fonctionne par étape. Pour l'instant, je me soigne. Quand je serai débarassé de ça, je pousserai la barre encore un peu plus haut. Je tiens bon, car comme j'ai déjà fait un peu de route, je n'ai pas envie de mettre ça à l'eau. Quand je vois que j'arrive à traverser le traitement du VHC, ça me redonne espoir. Après, je veux goûter à la vie. J'en ai marre de la drogue. J'en ai fait vingt fois le tour, c'est bon. Avec la substitution, j'arrive un peu à m'en détacher mais on est jamais à l'abri. Et puis enfin, il me reste encore à régler ma "réintégration" dans la nationalité française car aujourd'hui je n'ai toujours qu'une carte de résidence. On me considère comme Algérien – durant plus de dix ans, j'ai d'ailleurs eu une interdiction définitive de territoire et je vivais comme en cavale –, alors que je suis né en France, que j'ai fait toute ma scolarité ici, et que je me sens Français. »

² À Lille, l'Atre (Accueil temporaire pour la réinsertion) accueille des toxicomanes sortant de prison engagés dans un parcours de soin ou d'insertion. Originalité : un lieu et un accompagnement sont offerts de la libération à la concrétisation du projet (post-cure par exemple).

Ce séjour-relais est notamment mis à profit pour clarifier leur situation administrative.

EN PRATIQUE

QUEL PARCOURS POUR LE SORTANT DE PRISON ATTEINT PAR LE VIH ET/OU LE VHC ?

Expériences pratiques autour de discussions de cas.

Le principe de ces ateliers était de faire réfléchir les différents acteurs (SPIP, UCSA et associations) sur trois cas pratiques, en vue de faire ressortir divergences et convergences sur les difficultés rencontrées et les recommandations proposées.

Cas 1

Homme de 33 ans, usager de drogue actif, dépendant à l'alcool, avec comorbidités psychiatriques et en situation de précarité (sortant de prison, sans travail, sans logement, etc.) séropositif pour le VIH et le VHC.

Cas 2

Homme de 50 ans, inséré socialement et professionnellement avant son incarcération, ayant une consommation régulière de cannabis, d'alcool et de tabac, avec découverte fortuite de l'hépatite C à l'occasion de la visite médicale d'entrée.

Cas 3

Femme de 29 ans, africaine, en situation irrégulière, enceinte et séropositive ne connaissant pas son statut sérologique avant la prison.

Rapporteurs des ateliers : Noëlle Ballay (SPIP), Nathalie Vallet (associations) et André-Jean Rémy (UCSA).

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

1. Risques liés à la situation de détention

« *La situation de détention est toujours délétère* », analyse Nathalie Vallet. « *Il y a non seulement un risque de perte de l'emploi et du logement, mais aussi un danger de dégradation voire de rupture des liens familiaux. Le choc de l'incarcération, éventuellement associé à celui de l'annonce d'une pathologie, cause fréquemment un état dépressif et accroît le risque de suicide. Souvent, le détenu peine à annoncer sa pathologie à son entourage familial.* » Autant d'éléments qui augmentent les consommations de toxiques et les prises de risques, comme le note André-Jean Rémy. « *La difficulté vient de ce que les problèmes majeurs sont extrêmement variables d'une personne à l'autre. Chez certains, il s'agit d'une addiction, chez d'autres d'une précarisation liée à la perte d'un logement, ou encore d'une situation irrégulière (sans-papiers)* », souligne-t-il.

2. Relations difficiles avec l'administration pénitentiaire

« Beaucoup d'incarcérations se font sans réflexion sur des alternatives de peine, note Nathalie Vallet. De plus, l'administration pénitentiaire pose des difficultés pour l'accès aux soins. Le turn-over du personnel dans les prisons ne facilite pas la prise en charge. La mise en place des soins dépend d'ailleurs entièrement du fonctionnement des services. Il y a un important problème de communication. » Le problème des dates de sorties, fréquemment inconnues, est déploré par tous.

3. Multiplicité des missions du SPIP, manque de moyens

« En raison de la pluralité de ses missions des SPIP, nous mettons parfois de côté le paramètre santé, déplore Noëlle Ballay. Nous agissons aussi dans les domaines social, culturel et sportif. Nous devons gérer les aménagements de peine, le maintien des liens familiaux. » Selon elle, le temps et les moyens dont disposent les SPIP sont insuffisants. Un travailleur social s'occupe en moyenne de 100 détenus. « Il y a un manque chronique sur la face insertion de nos missions. »

4. Manque de formation des CIP et des soignants

De l'aveu même de Noëlle Ballay, la formation des CIP sur les questions de santé est insuffisante. Il s'agit essentiellement de juristes, dont la formation (deux ans à l'École nationale de l'administration pénitentiaire) aborde peu le volet insertion. Ce constat est partagé par Nathalie Vallet, qui pointe leur méconnaissance des droits des étrangers et des questions médicales. Et d'ajouter : « Il faudrait également une meilleure formation des soignants ».

5. Difficultés pour établir le dossier médical et assurer le suivi

Constituer le dossier médical, mettre en place un suivi médical sur le long terme et assurer la continuité des soins est très difficile. Nathalie Vallet donne en exemple la quasi impossibilité de prendre rendez-vous dans un délai raisonnable avec un hépatologue : la consultation doit avoir lieu à l'hôpital de référence sous escorte.

6. Manque de collaboration et de coordination

SPIP, UCSA et associations déplorent unanimement leur manque de collaboration et de coordination. Ces acteurs notent aussi un manque de connaissance du réseau des partenaires potentiels. En région parisienne, par exemple, un turnover important a lieu dans les SPIP : les nouveaux arrivants peinent à s'informer et les relations de coopération interpersonnelles établies antérieurement sont parfois remises en question par un simple changement de poste. « Il y a un déficit global de signalement de la personne aux différents services (SPIP notamment). Les différentes actions sont éparpillées, sans réelle connaissance de l'ensemble des partenaires », déplore Nathalie Vallet. Un constat partagé par les participants au groupe UCSA : « Préfectures, Ddass, SPIP, UCSA, justice, CPAM, etc., les interlocuteurs sont

souvent multiples et non coordonnés. » « *Nos collaborations avec les soignants (UCSA) ne dépendent que de la bonne volonté de chacun. Il y a très peu de liens institutionnels, très peu de réunions programmées* », confirme le rapporteur du groupe SPIP.

L'UCSA n'est d'ailleurs le plus souvent pas informée de la date de sortie du condamné, du fait de la déconnexion du secteur médical de la situation pénale. Certains proposent que l'UCSA soit reliée à Gide (le système de gestion informatisée des détenus en établissement) et ait ainsi un accès, limité, à certaines données judiciaires (avec une protection concernant les raisons de la détention). Cette proposition fait débat. Pour les membres du groupe SPIP, *« rien n'empêche l'UCSA d'appeler le SPIP pour avoir la date de sortie »*. *« Ce n'est pas possible en pratique »*, contestent des participants. Et inversement, les SPIP souhaiteraient avoir accès à certains éléments concernant la santé du détenu pour pouvoir mettre en place un éventuel processus de travail avec l'UCSA.

7. Déficit d'informations des détenus

« Il y a un réel déficit d'information des détenus, déplore Nathalie Vallet. Ils ne connaissent ni leurs droits, ni les démarches qu'ils peuvent, voire doivent entreprendre. Il y a également un manque cruel d'information et d'accompagnement par le service social et l'entourage de la personne. »

8. Déficit dans l'accompagnement à la sortie

Il y a un réel déficit de l'accompagnement à la sortie par les structures compétentes et informées de la situation du détenu. *« À chaque fois, c'est la même interrogation : Comment transmettre le dossier médical, et à qui ? »*, déplore le rapporteur du groupe UCSA. *« On ne sait pas quel sera le point de chute ou le centre de référence à la sortie »*, dénonce-t-il. Trop de détenus libérés en sortie sèche, hors du cadre d'un aménagement de peine, se retrouvent confrontés à des difficultés fortes importantes, notamment sur le front de l'accès aux droits. Les personnes usagères de drogue ont par exemple un risque accru d'overdose en cas de sortie sèche.

9. Manque de places dans les structures d'hébergement

« Le manque criant de places dans les structures d'hébergement entraîne un "tri", explique la rapporteuse du SPIP. Les personnes qui cumulent les problèmes sont stigmatisées. Il leur est très difficile d'obtenir un hébergement. » Et ce malgré que *« la domiciliation soit cruciale, que ce soit pour obtenir des papiers ou trouver du travail »*, souligne Nathalie Vallet. *« Le manque de logements – notamment à bas seuil et inconditionnel – est cruel »*, ajoute la rapporteuse de l'UCSA.

RECOMMANDATIONS

1. Améliorer le suivi médical

« Il faut mettre en place un suivi direct dès l'annonce de la pathologie et assurer la continuité des soins sur le long terme, explique le rapporteur du groupe UCSA. Dans le cas d'une femme enceinte et séropositive, par exemple, il est nécessaire de procéder à un suivi correct de la grossesse, de prendre en charge le VIH de la mère, et d'assurer la prévention de la transmission materno-fœtale. Dans le cas d'un diagnostic de VHC, il est indispensable de faire un bilan complet sans pré requis. Et quand on prend en charge une toxicomanie, il faut veiller à ne pas en créer une nouvelle, notamment aux benzodiazépines. Il faut aussi corriger des facteurs de risques, et plus généralement, assurer le counselling nécessaire, préparer la personne aux effets secondaires des traitements. » Nathalie Vallet souligne par ailleurs que la prise en charge doit être proposée quelle que soit la durée de l'incarcération. « Certains patients dont on découvre la séropositivité pour le VIH ne sont pas traités au prétexte d'une peine considérée comme courte par l'administration. »

2. Accroître la formation

Un effort est nécessaire sur la formation continue, afin d'améliorer le travail de diagnostic et d'orientation. Au sein de l'atelier SPIP, certains ont suggéré la création d'un poste de travailleur social spécialisé (sur les questions de droits et de santé) au sein des UCSA pour pallier au fait que la mission des SPIP soit trop généraliste.

3. Favoriser la coordination

Pour le SPIP, il est indispensable de favoriser et d'institutionnaliser les réunions et les rencontres entre les différents intervenants. « Il faut favoriser trois niveaux de coordination, déclare Noëlle Ballay. Entre le SPIP et l'UCSA, d'une part, entre le SPIP et les milieux fermé et ouvert, et enfin entre le SPIP et les partenaires associatifs et judiciaires. Des conventions ou des protocoles locaux sont nécessaires pour formaliser ces rapports. » Nathalie Vallet estime également nécessaire une coordination de l'action des différentes associations et une amélioration de la connaissance du réseau. Pour le SPIP, il faut faire connaître les missions et cadres d'intervention de chacun. « Il y a un gros défaut de communication. Nous nous connaissons mal, chacun défend son pré carré alors qu'il faudrait travailler ensemble, relaye Noëlle Ballay. Il faut poursuivre le travail avec les préfetures. »

« Il faudrait aussi améliorer la connaissance des ressources locales, en listant celles qui sont disponibles, ont estimé les participants à l'atelier UCSA. Pour une personne en situation irrégulière par exemple, il faut identifier un interlocuteur de référence adapté et assurer des liens avec les associations (Cimade, associations communautaires,...). »

4. Mieux impliquer les associations

Pour Nathalie Vallet, « *il faut créer une synergie entre les différents intervenants et améliorer la présence des associations dans les prisons* ». Elle voudrait que ces dernières soient impliquées mieux et plus tôt et leur présence officialisée (au moyen de conventions par exemple). Elle voudrait que leur soit reconnu un rôle de vigilance et d'intervention en cas de dysfonctionnement.

5. Préparer et accompagner la sortie

Préparer la sortie très en amont, voire dès l'entrée, est indispensable. « *Les lois sur les aménagements et les suspensions de peine devraient être mieux appliquées* », note Nathalie Vallet.

En ce qui concerne la santé, il faut établir un dossier médical, des ordonnances, identifier un médecin traitant, mettre en route un traitement de substitution, des traitements antiviraux. Les structures d'accueil et les détenus doivent se rencontrer avant la sortie – soit dans le cadre d'une permission de sortie, soit en invitant les structures. La politique d'aménagement de peine doit être développée pour éviter les sorties sèches. Les membres de l'atelier UCSA estiment nécessaire de « *créer et maintenir les liens entre les structures à l'intérieur et à l'extérieur. En quelque sorte, assurer le suivi social et juridique, prévenir et réduire les risques, avant et après la sortie.* » Pour Nathalie Vallet, c'est au CCAS, le service social de secteur, que revient la charge de relais administratif, pour les démarches administratives à la sortie de prison et notamment pour son rôle de lieu de domiciliation.

6. Développer l'information des détenus en renforçant le lien avec extérieur

« *Il faut développer l'information à destination des détenus* », affirme Nathalie Vallet. De l'avis de tous, il faut faire entrer l'extérieur à l'intérieur des prisons. En premier lieu, par la mise en place systématique de permanences (CSST, CPAM, CAF, préfecture et associations) au sein des établissements pénitentiaires. « *Des permanences de la CPAM existent déjà dans certains centres, ont rappelé les participants à l'atelier SPIP. Il faudrait les généraliser.* »

7. Préserver le travail

« *Il faut préserver le contrat de travail du détenu aussi longtemps que cela est possible* », exhorte Nathalie Vallet. La responsable associative voudrait que soient identifiées et mises à disposition des travailleurs sociaux toutes les possibilités de suspension légales d'un contrat (congés sabbatique, dispositif de congés longue maladie, mise en disponibilité,...).

8. Faciliter l'hébergement

« *Il faut sensibiliser le secteur de l'hébergement* », affirment de concert les rapporteurs des trois ateliers. Nathalie Vallet propose quelques pistes concrètes : « *Si la*

personne est seule avant son incarcération, dans le cas d'un bailleur "classique", il faut se mettre en contact avec lui afin d'éviter l'expulsion. Dans le cas d'un hébergement associatif, il faut maintenir le lien afin de permettre le relogement à la sortie de prison. Enfin, dans le cas de bailleurs sociaux, il est possible de garder le logement pendant deux ans au maximum, et de mettre en place un fonds de solidarité logement (FSL) à la sortie pour aider au paiement des arriérés. Pour rappel, si la personne est locataire en titre, il faut à la sortie, demander un accompagnement social lié au logement (ASL) dans le cadre du FSL. »

DÉBATS

Cette séance de questions et de débats des participants a été introduite par le Pr Antoine Lazarus.

« Nous sommes restés dans le cadre d'une discussion d'ingénieurs du médico-social : comment se servir le plus astucieusement possible, en le poussant certes un peu mais à peine, du système médico-social tel qu'il existe, dans le cadre des structures, des financements, des réglementations actuelles ? Sommes-nous dans une seule logique d'amélioration du système médico-social existant ? Ne peut-on pas l'élargir, avec des logiques communautaires, des actions d'auto support, des mobilisations de personnes en dehors du système ? En se réunissant et en contestant ensemble le système, ces dernières, je crois, pourraient réussir à faire des choses différentes de ce que nous constatons aujourd'hui. Faut-il seulement attendre une amélioration du système médico-social, laquelle sera forcément limitée par la hauteur et la logique des enveloppes budgétaires ? Seules quelques dizaines de places existent, disséminées sur le territoire, alors que des centaines seraient actuellement nécessaires et des milliers dans les années qui viennent. Il y a un besoin de lieux nombreux dans lesquels les personnes peuvent vivre, et non pas de quelques lieux, attribués parcimonieusement, à quelques-uns, pour quelques semaines, avec des prix de journée faramineux. »

UCSA : pour un accès limité à Gide ?

Le débat a été animé concernant un possible accès des UCSA au système de gestion informatisé des détenus en établissement (Gide). Certains arguent que ces dernières peuvent toujours appeler le SPIP ou le greffe du tribunal. *« C'est sûr, il est toujours possible de se débrouiller ! »,* rétorque Antoine Lazarus. *« Mais n'y a-t-il pas intérêt, pour le détenu, à ce que la date de sortie s'affiche en permanence sur le dossier dont dispose l'UCSA et d'informer en permanence l'équipe médicale du temps de séjour ? Parfois, le patient sortait la veille d'un examen qu'il avait passé des années à préparer. N'y a-t-il pas un moyen de concevoir une prise en charge qui s'inscrive dans la continuité de son existence ? ».* Christophe Lojou estime également que l'information

doit être partagée. « *L'UCSA est trop submergée de tâches pour se permettre d'appeler sans cesse le SPIP et apprendre de cette manière la date de sortie. Il y aurait mille moyens pour rendre cette information plus disponible.* » Inversement, certains estiment que cet état de fait est la conséquence normale et logique de la rupture du lien entre pénitencier et santé. « *Moins on en connaît sur les causes de l'incarcération du patient et mieux on le soigne* », note un médecin d'UCSA. Réponse de la rapporteuse du groupe SPIP : « *Si nous allons dans des directions différentes, ce ne sera pas au bénéfice des patients. Certes, toutes les données ne doivent pas être partagées, mais beaucoup doivent l'être ! Que ce soit par le biais de procédures ou de conventions, il faut que nous trouvions des bases de travail communes.* »

Faut-il replacer le patient au centre du processus de soin ?

« *Il semble que l'on soit en face d'un bricolage interindividuel, en l'absence d'une mission de collaboration, de mise en commun et d'harmonisation* », résume Antoine Lazarus. Comment imaginer dans le système actuel que travaillent ensemble travailleurs sociaux, médecine somatique et médecine psychiatrique, qui sont les liens avec l'extérieur ? Sans création de postes, un pivot faisant office d'interface – de manière continue ou en roulement – est-il possible ?

« *L'administration pénitentiaire ne pourrait-elle pas questionner le détenu sur ses attentes et ses désirs, et en partant de là, travailler avec l'ensemble des partenaires et fédérer une énergie constructive ?* », demande Catherine Charles, de l'association Visa-Vie. « *Cela permettrait que les gens soient observants et comprennent pourquoi ils sont en prison.* » Antoine Lazarus rappelle que cette démarche, qui s'oppose à la logique bureaucratique, serait le contraire de la dépersonnalisation pénitentiaire. Le détenu n'est plus compétent sur lui-même, n'a plus d'autonomie de décision sur son propre corps. Il n'est plus un sujet, mais un objet. « *L'individualisation de la personne est au centre de notre action. Nous conjugons la notion de projet au quotidien* », précise Christophe Lojou. « *Le lien, c'est le détenu. On sous-estime les capacités de la personne*, affirme Ruth Gozlan de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt). *L'interlocuteur premier ne peut-il pas être la personne elle-même ? Le SPIP ou le JAP peuvent interroger la personne sur son état de santé. Cette dernière doit devenir le lien privilégié entre les différents services du milieu carcéral et en dehors.* »

Recommandations finales élaborées par le groupe expert « Prison » de Sidaction

1. Accès aux droits (soins, sociaux, juridiques)

- Augmenter les moyens de **réduire les risques de transmissions virales** en prison, notamment par la mise à disposition de pailles, préservatifs féminins et masculins, gels, et matériel stérile d'injection, pour une égalité de traitement dedans et dehors en conformité avec la loi du 18 janvier 1994 ;
- Poursuivre les **actions de dépistage** à l'arrivée en prison en améliorant le counselling pré et post test et en renouvelant régulièrement les propositions de test ;
- Faciliter l'**accès aux examens complémentaires** extérieurs et **aux consultations spécialisées** (plages horaires spécifiques à l'hôpital, augmentation du nombre d'escortes...);
- Mettre en place les **droits sociaux** avant la sortie (couverture médicale, CPAM, inscription au RMI, aux Assedics...);
- Trouver des solutions pour garantir le **maintien des logements** pendant l'incarcération et **développer des solutions d'hébergement durable** à la sortie ;
- Développer l'**accompagnement juridique** en prison en lien avec l'extérieur (notamment en développant des points d'accès au droit).

Un seul but : Donner les moyens humains et financiers aux différents services (UCSA, SPIP, SMPR, associations...) pour que la préparation à la sortie soit mise en route dès l'entrée.

2. Coordination

- Créer une **coordination interdisciplinaire** afin d'assurer les liens entre les structures intervenant à l'intérieur (UCSA, SPIP, SMPR, détention, associations...);
- Faciliter l'accès en prison aux différentes **structures extérieures** par la mise en place d'une coordination ou la création d'un poste de coordinateur ayant pour rôle le développement d'un **plateau technique**, organe d'information et de diagnostic des situations afin de préparer au mieux la sortie et de prévenir la récidive (CPAM, UCSA, SPIP, SMPR, CAF, préfecture, associations, Éducation nationale, services de domiciliation...);
- **Mise en réseau** des différents acteurs intervenant à l'extérieur de la prison pour faciliter la réinsertion des détenus à leur sortie.

3. Formation

- **Donner plus de moyens financiers aux centres scolaires et aux organismes de formation** afin que la prison remplisse sa mission de réinsertion ;
- Développer des **actions d'éducation à la santé** en direction des personnes détenues ;
- Développer des **formations communes à l'ensemble des acteurs du milieu carcéral** : UCSA, SPIP, SMPR, surveillants, associations (ex : prévention du suicide, transmission virale, droits des étrangers...).

Liste des experts : Noëlle Ballay (SPIP Seine-Saint-Denis), François Bès (OIP), Jean-Claude Bouvier (JAP de Fresnes), Grégory Braz (Act Up-Paris), Armèle Frances-Garreau (Education nationale), Antoine Lazarus (groupe multiprofessionnel des prisons), Lise le Prunennec (SPIP de Fresnes), Fadi Meroueh (UCSA de Villeneuve-lès-Maguelone), Ridha Nouiouat (Sidaction), Charlotte Paradis (Ban Public), Betty Puiravaud (PJJ de Marseille), Rosine Réat (Sida Paroles), André-Jean Rémy (UCSA de Perpignan), Clara Ribeiro (Droits d'urgence), Jacqui Schneider-Harris (Acces), Olivier Segéral (UCSA de Fresnes), Jean-Baptiste Selleret (La Fratrie-UCSA de Nanterre), Taragimaire Tuahiva (Pastt) et Nathalie Vallet (Arapej 93).

SUSPENSION DE PEINE POUR RAISONS MÉDICALES

La suspension de peine pour raisons médicales est une mesure d'aménagement de peine stipulée par l'article 10 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Cette dernière permet la sortie de prison anticipée de personnes condamnées atteintes « *d'une pathologie engageant leur pronostic vital* » ou de celles présentant « *un état de santé durablement incompatible avec leur maintien en détention* ». Originellement accordable sous seules conditions médicales « *quelle que soit la nature [criminelle ou correctionnelle] de la peine ou la durée de la peine restant à subir* », cette suspension est depuis la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive réservée aux seules personnes ne présentant pas de « *risque grave de renouvellement de l'infraction* ». Les personnes en détention provisoire ne peuvent par ailleurs pas bénéficier de cette mesure. L'octroi d'une suspension de peine pour raisons médicales entraîne la mise en liberté du condamné pour une durée indéterminée. Cette suspension de peine crée des obligations particulières à la personne qui en bénéficie. Si son état de santé notamment s'améliore, la mesure peut être retirée et la personne à nouveau incarcérée. La peine reprend alors son cours.

La décision d'octroi d'une mesure de suspension de peine pour raisons médicales relève de la compétence du juge d'application des peines (JAP) si les personnes sont condamnées à une peine privative de liberté d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou quand la détention restant à subir (quelle que soit la durée de la peine initialement prononcée) est inférieure ou égale à trois ans. Dans les autres cas, le condamné saisira le tribunal d'application des peines (TAP) de sa demande¹. Quelle que soit la juridiction compétente pour recevoir la requête, celle-ci sera adressée au greffe du JAP au tribunal de grande instance (TGI) dont dépend l'établissement d'incarcération. Le détenu condamné doit adresser une demande écrite signée de lui ou de son avocat. Cette déclaration peut être adressée au chef d'établissement (auprès du greffe de son établissement) qui devra la constater, la dater, la cosigner (avec le condamné) puis l'adresser sans délai, en original ou copie, au greffe du JAP. Le condamné peut également envoyer directement sa demande au JAP par lettre recommandée avec accusé de réception. Si la demande relève du TAP, le JAP la lui transmet. Ces conditions sont essentielles parce que le juge n'est pas tenu de répondre si elles ne sont pas respectées.

¹ Quand le condamné est mineur, ces fonctions sont respectivement exercées par le juge des enfants et le tribunal des enfants.

Le condamné peut utilement accompagner sa demande d'un certificat médical attestant que son pronostic vital est engagé ou que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention. Il pourra spécifier au juge la pathologie dont il est atteint pour que celui-ci désigne des experts qualifiés dans la spécialité médicale considérée. Il est conseillé de préciser quelles sont les conditions de prise en charge médicale envisagées à l'extérieur. Si le prisonnier n'est pas en état de saisir le JAP, sa famille ou ses proches peuvent aussi écrire au JAP pour lui signaler une situation et lui demander de s'autosaisir. Les travailleurs sociaux (SPIP) doivent informer le détenu de la possibilité de demander une suspension de peine pour raisons médicales et le cas échéant l'aider dans ses démarches. Un médecin doit lui délivrer un certificat médical si son cas l'exige et peut éventuellement le remettre aussi à un proche du condamné (sans mention des éléments diagnostiques). Il peut aussi, après en avoir informé le patient, aviser le chef d'établissement, voire le JAP, de la situation. Le chef d'établissement doit attirer l'attention du JAP et du parquet sur les cas des personnes posant de graves problèmes d'ordre sanitaire en détention. Le procureur de la République, avisé d'un cas, peut également saisir le JAP.

Pour que la suspension de peine pour raisons médicales soit accordée, deux expertises médicales doivent établir que le pronostic vital de la personne est engagé à court terme ou que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention. Cette dernière condition est généralement admise pour des pathologies lourdement invalidantes ou pour lesquelles les soins ne sont pas adaptés en milieu carcéral. Cependant, les juridictions rejettent souvent les demandes quand le pronostic n'est engagé qu'à moyen ou long terme. Fréquemment enfin, les juges les rejettent parce que les expertises, rédigées dans des termes très techniques ne permettant pas de conclusions claires, sont déclarées non concordantes. La loi de 2005 relative au traitement de la récidive interdisant de prononcer une suspension médicale de peine en cas de « *risque grave de réitération de l'infraction* », la juridiction (JAP ou TAP) peut solliciter une expertise psychiatrique ou psychologique ou demander au SPIP de produire une synthèse « *socio-éducative de dangerosité* ». Le procureur de la République peut également lors de l'audience contradictoire d'octroi demander une expertise psychiatrique préalable pour les personnes condamnées pour homicide volontaire accompagné de viol. Les juridictions tiennent enfin généralement compte du « *risque de trouble à l'ordre public* » que peut provoquer la libération (circulaire du ministère de la Justice du 7 mai 2003).

Dans certains cas, ces restrictions peuvent se révéler contraires au droit européen. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) considère en effet que « *dans des conditions particulièrement graves* », le maintien en détention d'un condamné atteint d'une pathologie lourde constitue un traitement dégradant appelant des

« *mesures de nature humanitaire* » (arrêt Farbtuhs c/Lettonie du 2 décembre 2004). Or la Cour proscrit les traitements dégradants quelles que soient les causes de l'incarcération ou la conduite du détenu pendant l'accomplissement de sa peine. Outre ce recours possible auprès de la CEDH, plusieurs autres possibilités sont ouvertes. Le condamné ou le procureur de la République peuvent déposer un recours devant la chambre de l'application des peines de la cour d'appel dans un délai de 10 jours suivant la notification de la décision par la juridiction saisie (JAP ou TAP). Le parquet dispose de 5 jours supplémentaires si le condamné fait appel. Si le recours du procureur est introduit dans les 24 heures suivant la notification, il est suspensif. Une fois les appels déposés, la chambre de l'application des peines statue par arrêt motivé (après débat contradictoire). Si la chambre confirme le premier jugement, elle peut fixer un délai pendant lequel toute nouvelle demande sera irrecevable. Ce délai est nécessairement inférieur à 3 ans ou au tiers du temps de détention restant à subir. La décision de la chambre de l'application des peines peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation dans les 5 jours suivant sa notification.

Le condamné bénéficiant d'une telle suspension fait l'objet de mesures de contrôle de la part du JAP et du SPIP (dans les conditions habituelles relatives à l'octroi d'un aménagement de peine). Il doit répondre aux convocations des autorités publiques désignées par le JAP (SPIP mais également services de police ou de gendarmerie). Le juge peut à tout moment ordonner une expertise médicale. Pour les personnes condamnées en matière criminelle doit intervenir tous les six mois. Objectif : vérifier que les conditions qui ont conduit à l'obtention de la mesure de suspension sont toujours remplies. Le procureur de la République peut également saisir le JAP pour lui demander d'ordonner une expertise médicale. Outre ces expertises, le condamné peut avoir pour obligation d'établir sa résidence ou son lieu d'hospitalisation dans un lieu ou un établissement déterminé ; de tenir le JAP informé de son lieu de résidence ou d'hospitalisation ; de fixer son lieu de résidence ou d'hospitalisation dans des limites territoriales déterminées ; de ne pas sortir de limites territoriales déterminées ; de recevoir les visites du travailleur social du SPIP ; si l'état de santé du condamné lui permet de se déplacer, de répondre aux convocations du JAP ou du SPIP ; de s'abstenir d'entrer en relation avec les victimes de l'infraction pour laquelle il est condamné ou avec certaines personnes ou catégories de personnes, quand la condamnation concerne l'une des infractions mentionnées dans l'article 706-47 du code de procédure pénale.

Ces obligations peuvent être modifiées en cours d'exécution de la mesure par le JAP (que le condamné peut aussi saisir d'une demande de modification). Les décisions modifiant ou signifiant un refus de modifier ces obligations ouvrent au condamné un délai de 24 heures pour faire appel.

Au cours de la suspension de peine pour raisons médicales, toute insoumission aux mesures de contrôle, tout manquement aux obligations particulières et toute « *mauvaise conduite* » de la part du condamné peut donner lieu à révocation de la mesure. Cette décision peut également intervenir si les conditions d'octroi ne sont plus remplies ou si le condamné refuse une modification des conditions d'exécution de la mesure que la juridiction d'application des peines estime nécessaire. Enfin, la révocation peut être prononcée à la demande du condamné. La décision de révocation de la mesure de suspension de peine pour raisons médicales relève de la seule compétence de la juridiction qui en a accordé l'octroi. Les agents du SPIP sont tenus d'adresser un rapport d'incident au JAP lors de chaque manquement constaté. La commission d'une nouvelle infraction pénale peut également entraîner une révocation. Si le condamné ne respecte pas les obligations auxquelles il est soumis, son retour en détention peut être décidé par le JAP (après avis du procureur de la République). La décision d'incarcération provisoire peut également être ordonnée par le JAP du lieu où se trouve le condamné.

Le JAP peut décerner un mandat d'amener pour que le condamné soit présenté devant lui ou un mandat d'arrêt s'il est en fuite ou à l'étranger. Dans les quinze jours suivant l'incarcération, un débat contradictoire doit être organisé pour statuer sur l'éventuel retrait de la mesure. Ce délai est d'un mois quand le débat contradictoire doit avoir lieu devant le TAP. Sinon, la personne est remise en liberté. La procédure d'appel de la décision de retrait est identique à celle concernant une décision de refus d'octroi. Cette décision de retrait n'est jamais automatique, même en cas de nouvelle condamnation. Il s'agit d'une faculté laissée à l'appréciation du juge. Si cette révocation est prononcée, le condamné revient en détention et recommence à purger sa peine où elle avait été interrompue du fait de la suspension.

LIBÉRATION CONDITIONNELLE POUR RAISONS MÉDICALES

Les conditions d'octroi d'une suspension de peine pour raisons médicales étant très strictes, le condamné se trouvant dans les délais pour présenter une demande de libération conditionnelle peut avoir intérêt à privilégier cette procédure. La nécessité de suivre un traitement à l'extérieur est en effet une des raisons invocables permettant d'introduire cette demande. La libération conditionnelle est une mesure d'aménagement de peine qui permet la sortie anticipée d'un condamné. Elle ne peut intervenir qu'après un temps déterminé, qui doit nécessairement avoir été effectué : le temps d'épreuve. Pour les condamnés qui ne sont pas en état de récidive légale et qui ne font pas l'objet d'une période de sûreté, le temps d'épreuve s'achève quand la moitié de la peine au moins a été purgée. Pour les récidivistes, le temps d'épreuve est porté aux deux tiers de la peine. Concernant les infractions commises avant le 14 décembre 2005, ce temps ne peut excéder quinze années, même si le condamné est récidiviste. Le temps d'épreuve maximal est porté à vingt ans pour les personnes condamnées pour une infraction en récidive commise après le 13 décembre 2005. L'étranger incarcéré qui fait l'objet d'une peine complémentaire d'interdiction du territoire français (ITF) peut présenter une demande de libération conditionnelle s'il remplit les conditions légales pour en bénéficier. Cette interdiction est suspendue pendant la durée de la mesure et à son issue, le condamné est relevé de plein droit de cette peine complémentaire. Aucune libération conditionnelle ne peut être accordée à un condamné soumis à une période de sûreté pendant la durée de celle-ci. Si la personne a été condamnée pour une infraction sexuelle mentionnée à l'article 706-47 du code de procédure pénale, une expertise psychiatrique doit être réalisée préalablement à l'octroi éventuel de la mesure.

Le juge d'application des peines est compétent pour accorder la libération conditionnelle quand la ou les condamnations prononcées n'excèdent pas dix ans d'emprisonnement. Il intervient également dans le cas où, quelle que soit la peine prononcée, la durée de détention qui reste à subir ne dépasse pas trois ans. Le TAP est compétent pour les personnes condamnées à plus de dix ans d'emprisonnement ou qui ont encore plus de trois ans de détention à subir. Le condamné peut saisir ces juridictions dans les conditions habituelles (voir fiche p. 53). Pour un mineur, le juge des enfants et le tribunal des enfants exercent respectivement les compétences du JAP et du TAP. Ces juridictions sont saisies à la demande du condamné, du procureur ou à l'initiative du JAP dont relève l'intéressé. Elles doivent également recueillir l'avis d'un représentant de l'administration pénitentiaire (directeur de l'établissement, responsable du SPIP,...). Les décisions rendues doivent être motivées et précédées d'une procédure contradictoire sauf si le JAP,

avec l'accord du procureur et celui du condamné ou de son avocat décide d'octroyer cette mesure sans débat contradictoire. La juridiction saisie peut décider d'accorder, de rejeter ou d'ajourner la demande qui lui est soumise. Ces deux dernières décisions peuvent être assorties d'un délai pendant lequel le condamné ne pourra pas présenter une nouvelle demande de libération conditionnelle. Ce délai est au maximum d'un an quand la décision émane du JAP et de deux ans quand elle émane du TAP. Dans tous les cas, la décision de libération conditionnelle doit préciser les « *garanties de représentation ou de resocialisation* » de la personne concernant notamment sa résidence ou son domicile ainsi que la nature et l'importance des revenus dont elle pourra bénéficier. Ce qui implique, y compris pour une demande de libération conditionnelle pour motif médical que le condamné ait porté ces éléments à la connaissance de la juridiction lors de l'introduction de sa demande. Bénéficier d'un hébergement et le mentionner au juge est dans ce cas une notion fondamentale.

Avant d'octroyer une telle mesure, la juridiction compétente peut décider que le condamné accomplira une période probatoire en semi-liberté, en placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique (pendant un an maximum dans ce dernier cas). Elle peut également exiger que le condamné ait préalablement bénéficié d'une ou plusieurs permissions de sortie (qui sont alors accordables sans condition de délai). Pour les personnes dont la condamnation a été assortie d'une période de sûreté supérieure à quinze ans, une période probatoire de un à trois ans sous le régime de semi-liberté est obligatoire avant toute libération conditionnelle. La juridiction peut également conditionner l'octroi de cette mesure au fait que le condamné remette tout ou partie de son compte nominatif au SPIP qui le lui restituera par fractions ou encore qu'il s'engage dans l'armée. Pour les étrangers, cette condition préalable peut être d'accepter son expulsion du territoire national par reconduite à la frontière ou extradition ou de quitter le territoire national « *et n'y paraître plus* ». Mais dans ce cas précis, la libération conditionnelle ne peut être imposée au condamné contrairement à ce qui est prévu pour une libération conditionnelle expulsion. Cette dernière, qui implique l'éloignement immédiat du territoire, peut en effet être prononcée sans le consentement du condamné étranger. La personne est alors conduite dès sa sortie de prison vers l'aéroport ou un centre de rétention en attendant sa reconduite ou son expulsion. Si les conditions de délai de libération conditionnelle sont remplies, la juridiction n'est pas tenue de justifier sa décision au regard des critères de réinsertion sociale du condamné. Ce dernier peut de lui-même demander l'application de cette mesure. Cependant, la mesure n'est jamais de droit, le JAP ou le TAP pouvant refuser de l'accorder.

Dans ce cas, comme pour les autres aménagements de peine, la juridiction doit motiver son refus et sa décision est susceptible d'appel. Une décision de refus de libération conditionnelle peut être contestée par le condamné et le procureur devant la

chambre de l'application des peines de la cour d'appel. Si cette décision émane du JAP, le délai d'appel est de dix jours à compter de sa notification. Si elle provient du TAP, le parquet dispose alors d'un délai supplémentaire de cinq jours en cas d'appel du condamné et la chambre est composée, en plus du président et des deux conseillers assesseurs, d'un responsable d'une association de réinsertion des condamnés et de celui d'une association d'aide aux victimes. Lorsque l'appel du procureur intervient dans les vingt-quatre heures suivant la notification, l'exécution de la mesure est suspendue. Si la cour d'appel confirme le refus, elle peut fixer un délai – qui ne peut excéder le tiers du temps restant à effectuer ni trois années – pendant lequel toute nouvelle demande est irrecevable. La décision de la chambre doit être motivée et précédée d'un débat contradictoire au cours duquel sont entendues les réquisitions du procureur de la République et les observations de l'avocat du condamné. Ce dernier n'est pas entendu par la chambre sauf si elle le demande. Un pourvoi en cassation peut être formé par déclaration auprès du chef d'établissement, dans un délai de cinq jours à compter de la notification de l'arrêt de la cour d'appel.

Le JAP peut prévoir des mesures d'aide et d'assistance matérielle ou à caractère social dans le but de favoriser la réinsertion du condamné bénéficiant d'une libération conditionnelle. Ce dernier fait l'objet, pendant un temps appelé délai d'épreuve, de mesures de contrôle de la part du JAP et du SPIP dans les conditions habituelles relatives aux aménagements de peine. La durée du délai d'épreuve, déterminée en fonction de la peine restant à subir, est inférieure à dix ans. Seules les personnes condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité assortie d'une période de sûreté perpétuelle font exception à cette règle : leur délai d'épreuve est au minimum de trente ans et peut être illimité. En tout état de cause, la libération devient définitive à la fin du délai d'épreuve et le condamné est alors considéré comme ayant accompli la totalité de sa peine. Au cours de la libération conditionnelle (avant la fin du délai d'épreuve), toute insoumission aux mesures de contrôle, tout manquement aux obligations particulières et « *toute mauvaise conduite* » de la part du condamné peut donner lieu à la révocation de la mesure.

Seule l'autorité judiciaire ayant accordé la libération conditionnelle est compétente pour ordonner une éventuelle révocation de la mesure – magistrat chargé du suivi du libéré sous condition ou TAP pour les majeurs. A chaque manquement constaté, les agents du SPIP doivent adresser un rapport d'incident au JAP. Ce dernier ou le TAP peut retirer le bénéfice de la libération conditionnelle si le condamné refuse une modification des conditions de son exécution que la juridiction estime nécessaire. Si les conditions d'octroi de la mesure ne sont plus remplies, le JAP peut également demander sa révocation. Une nouvelle infraction pénale ou une évasion commise par la personne libérée sous condition peuvent également aboutir à ce résultat. La décision de révocation, jamais automatique, est une simple faculté laissée à l'appréciation de l'autorité compétente.

Un retour en détention est possible en cas d'inobservation de ses obligations par le libéré sous condition. Cette décision ne peut être ordonnée par le JAP – y compris celui du lieu où se trouve le condamné – qu'après avis du procureur de la République. Un débat contradictoire pour statuer sur l'éventuel retrait de la mesure doit être organisé dans les quinze jours suivant l'incarcération. Ce délai est porté à un mois quand le débat doit se faire devant le TAP. A défaut, si la personne n'est pas détenue pour une autre cause, elle est remise en liberté. Ce qui implique la remise à exécution de la mesure de libération conditionnelle.

Si aucune révocation de la libération conditionnelle n'est intervenue et si la mesure n'a pas été suspendue par l'incarcération provisoire du condamné, ce dernier est définitivement libre au terme du délai d'épreuve. La peine est alors réputée avoir pris fin le jour de la libération. Ce qui implique que les délais de demande de réhabilitation légale ou judiciaire commencent au premier jour où le libéré est sorti de prison et non au premier jour suivant la fin du délai d'épreuve.

SORTIE DE PRISON : PRINCIPALES DÉMARCHES

Cadre général. Dans les trois mois qui précèdent la libération d'une personne condamnée, un « *entretien de fin d'incarcération* » doit être organisé par le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP). Cette rencontre doit être l'occasion d'un bilan approfondi de la situation du détenu. Si nécessaire, un « *plan d'action* » doit être mis en œuvre pour accompagner la personne dans ses démarches préparatoires à la sortie. Quelques jours avant la libération, un « *entretien sortant* » permet de faire le point sur la réalisation ou non des différents objectifs fixés (démarches à effectuer, courriers à envoyer, contacts à prendre, etc.). Le rôle du SPIP est d'orienter les personnes prochainement libérées vers les organismes de droit commun en s'assurant qu'elles disposent des contacts nécessaires. Un plan d'urgence pourra le cas échéant être mis en place avec l'appui notamment de partenaires associatifs extérieurs (voir adresses p. 68). Le SPIP doit veiller à la continuité des actions menées pendant le temps de l'incarcération et se poursuivant après la libération. Cet accompagnement et cette aide peuvent se prolonger six mois après la sortie pour toute personne en adressant la demande auprès du SPIP du département de son lieu de résidence.

Suivi médical. L'organisation du suivi médical des personnes libérées suppose une étroite collaboration en amont de la sortie entre les personnels médicaux, les SPIP et les services des CPAM. Avant chaque libération, le SPIP et le greffe de l'établissement doivent rassembler tous les documents nécessaires pour que la personne puisse bénéficier après sa sortie d'une couverture maladie adaptée à sa situation (carte d'identité, carte Vitale et/ou attestation d'affiliation à l'assurance maladie). Objectif : éviter toute période de carence du régime de protection sociale (couverture maladie universelle (CMU), allocation adulte handicapé (AAH), etc.). Pour permettre à l'équipe soignante d'organiser la continuité des soins, le greffe doit communiquer à l'UCSA la liste des personnes libérables selon un échéancier précis. Chaque détenu doit rencontrer un médecin de l'UCSA avant sa libération. Une lettre comportant le nom et les coordonnées du praticien qui a suivi la personne en détention et des éléments de son dossier médical doit être adressée au médecin traitant choisi par l'intéressé. Une ordonnance et des médicaments doivent le cas échéant lui être délivrés pour éviter toute rupture de traitement. Ces éléments sont déposés sous pli confidentiel au greffe qui les remettra au détenu libéré lors de sa levée d'écrou. Depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades, la personne incarcérée peut demander à accéder directement à son dossier médical. Un document juridique et pratique doit être remis à chaque personne libérée.

VIH et hépatites. Une attention particulière doit être portée aux détenus vivant avec le VIH ou une hépatite B ou C pour garantir la continuité de leurs traitements. Ceux qui n'étaient pas suivi avant leur incarcération doivent être systématiquement orientée vers un service hospitalier spécialisé. En outre, quand une personne prochainement libérable ne dispose pas de logement et nécessite un encadrement particulier, le SPIP doit, en lien avec le personnel médical, rechercher une place dans un appartement de coordination thérapeutique (ACT).

Documents remis à la personne libérée

Un « *billet de sortie* » est systématiquement remis au moment de la levée d'écrou à toute personne libérée (article D.288 du CPP). Il est important de le conserver car il justifie de la régularité de la libération. Ce papier contient les indications relatives à l'état civil du libéré (nom, prénom, nationalité, date et lieu de naissance,...) ainsi que la mention de son numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale. Ce dernier est important pour une prise en charge en cas de maladie ou d'hospitalisation. Le billet de sortie doit également préciser les ressources financières dont dispose le détenu à sa sortie ainsi que « *les secours, sous leurs diverses formes, dont il a pu éventuellement bénéficier à sa libération* » (article D.479 du CPP). Il comporte aussi l'adresse du SPIP ou de l'antenne locale du service du lieu de résidence de la personne libérée. Le SPIP peut en effet apporter une aide matérielle aux sortants de prison (article D.573 du CPP).

De plus, au moment de sa libération, le détenu se voit remettre :

1. un certificat de présence destiné à l'Assedic (article D.480 du CPP) faisant état de l'exclusion ou non de l'intéressé du bénéfice de l'allocation d'insertion ;
2. un certificat attestant de la durée de sa présence en détention, sans précision du motif d'incarcération et mentionnant son affiliation à la Sécurité sociale (article D.429 du CPP) ;
3. son carnet de santé (mais pas son dossier médical, qui est confidentiel) établi par le médecin responsable de l'UCSA ou par le service médical dans le cas d'un établissement à gestion semi privée ;
4. le montant des sommes résultant de la clôture de son compte nominatif ainsi que, si nécessaire (article D.334 du CPP) :
 - les pièces justificatives du paiement des sommes versées pour l'exécution de ses condamnations pécuniaires (il faudra, le plus souvent, demander un récapitulatif des sommes versées et de celles encore dues) ;
 - les pièces justificatives du paiement des sommes versées pour l'indemnisation des parties civiles ;
 - un état des sommes prélevées au titre de la participation aux frais d'entretien ;

- un état des sommes épargnées au titre du pécule de libération ;
 - un état des sommes prélevées au titre des cotisations à caractère social.
5. les feuilles de paies, si le détenu a travaillé pendant sa détention, qu'il est important de conserver afin de pouvoir justifier de revenus (formations professionnelles, cotisations pour la retraite,...) ;
 6. un récépissé du compte d'épargne ouvert par le détenu durant sa détention le cas échéant.

Si le détenu doit être remis à une escorte au moment de sa libération (dans le cas d'une mesure d'éloignement du territoire par exemple) les fonds et les pièces justificatives sont remises au chef de l'escorte qui en devient responsable (article D.334 du CPP).

Source : Ban Public (www.prison.eu.org).

Hébergement. Le SPIP « *s'assure que la personne libérée bénéficie d'un hébergement dans les premiers temps de sa libération* ». Une mission qui parfois se résume à conseiller au sortant sans domicile d'appeler le 115 (numéro gratuit 7 j/ 7 et 24 h/24). En Ile-de-France, il est possible de se rendre au service régional d'accueil, d'information et d'orientation des sortants de prison (SRAIOSP). Mission : aide et information des libérés sans domicile ne faisant plus l'objet d'une mesure judiciaire et étant en situation régulière au regard de la législation sur les étrangers. Il est possible d'y rencontrer un travailleur social, un médecin généraliste et des représentants de la Sécurité sociale et de la Caisse d'allocations familiales (CAF). Toute personne remplissant les conditions d'accueil au SRAIOSP peut demander une domiciliation dans ce service. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) constituent une solution pour les personnes confrontées à des difficultés de logement. Les séjours peuvent aller jusqu'à six mois et un suivi éducatif et social y est assuré. De nombreux sortants de prison ont recours aux centres d'hébergement privés ou publics tels que ceux de l'Armée du Salut. Enfin, plus de 250 structures d'accueil de jour existent. Les adresses de toutes ces structures doivent être fournies dans le document remis aux détenus lors de leur sortie et sont disponibles auprès du SPIP.

Restauration. Dans de nombreuses communes ont été mises en place des épiceries sociales (communales) ou solidaires (associatives). On compte actuellement quelque 200 épiceries solidaires en France. Ces lieux sont accessibles pour des personnes adressées par les services sociaux communaux ou départementaux dans le cadre de la mise en place d'un projet individuel et pour une durée déterminée. Les personnes de plus de 60 ans dont les revenus sont inférieurs à un plafond légal de

ressources annuelles¹ peuvent bénéficier d'une prise en charge partielle ou totale de leurs repas dans des foyers restaurants communaux au titre de l'aide sociale. Des repas à prix modérés sont également servis en restaurants associatifs et des colis alimentaires distribués par des associations comme les Restos du Cœur, Emmaüs, le Secours populaire, le Secours catholique ou la Croix-Rouge. Les personnes souhaitant bénéficier de ces aides peuvent se renseigner auprès des mairies et des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS).

Carte d'identité. Une demande d'obtention de pièce d'identité doit être proposée aux détenus concernés – qui peuvent en faire spontanément la demande – pour qu'ils puissent sortir munis d'un justificatif d'identité. Une fois le dossier monté avec le SPIP et réception, la carte est conservée au greffe et remise au détenu au moment de sa libération. Si le détenu est libéré sans document d'identité, la demande doit être faite dans les meilleurs délais auprès de la mairie du lieu de domicile ou de la préfecture de police en cas de résidence à Paris. Les documents à fournir sont un extrait d'acte de naissance avec filiation (auprès du service de la mairie du lieu de naissance ou sur www.acte-naissance.fr), un justificatif de domicile (facture d'électricité, de gaz, de téléphone fixe, etc.), deux photos d'identité récentes et identiques ainsi qu'un certificat de nationalité en cas de naissance à l'étranger (ou de parents nés à l'étranger). En cas d'hébergement chez un tiers, une attestation d'hébergement, accompagnée d'une pièce d'identité et d'un justificatif de domicile du logeur doit être produite. En l'absence de domicile fixe, une domiciliation administrative doit être préalablement sollicitée. Les délais moyens de délivrance sont de trois semaines.

Compte en banque. Toute personne domiciliée en France en mesure de justifier de son identité a le droit d'ouvrir un compte de dépôt. Les pièces à fournir sont un justificatif de domicile datant de moins de trois mois et un justificatif de domicile. Tout établissement de crédit ou de service financier de la Poste peut être sollicité. En cas de refus, une saisine de la Banque de France est recommandée afin d'obtenir la désignation d'un établissement chargé de procéder à l'ouverture du compte. Obtenir un document écrit attestant du refus opposé par l'établissement est indispensable dans ce cadre.

Sécurité sociale. Depuis la loi du 18 janvier 1994, tous les détenus sont systématiquement affiliés aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité sociale dès leur arrivée en détention (articles D.366 du code de procédure

¹ Au 1^{er} janvier 2008, ce plafond est fixé à 7 719,52 euros pour une personne seule et à 13 521,27 euros pour un couple.

pénale et L.381-30 du code de la Sécurité sociale). Cette affiliation gratuite concerne également les ayants droit de la personne détenue. Un prisonnier qui travaille, perçoit une pension de retraite ou une allocation, est affilié au régime correspondant. Une fois libérée, la personne doit se présenter à la CPAM de son lieu de résidence munie de son billet de sortie et si elle en a une, de son attestation ou de sa carte Vitale. Pour pouvoir bénéficier de la protection sociale lors de leur libération et pour en faire bénéficier leurs ayants droit, les détenus étrangers doivent prouver la régularité de leur présence en France auprès de la CPAM (les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent seulement bénéficier de l'AME). Si la personne était affiliée en détention, elle bénéficie du maintien de ses droits pendant un an à compter de la libération. Dans le cas contraire, elle peut demander son affiliation à la CMU.

Allocations. Toute personne résidant en France de façon stable et régulière, ayant à sa charge un ou plusieurs enfants, a droit aux prestations familiales, la plupart étant soumises à des conditions de ressources. Si en principe, les personnes détenues ont droit aux prestations familiales, les CAF considèrent qu'elles « *se trouvent hors d'état de faire face à leurs obligations d'entretien* » de l'enfant. Les prestations sont maintenues au profit de la famille mais elles sont versées au parent qui a effectivement la charge du ou des enfants. Seules les mères incarcérées avec leur enfant, si elles remplissent les conditions d'octroi spécifiques à chaque prestation peuvent en bénéficier dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur (prestation accueil du jeune enfant, etc.). Les assistantes sociales des CAF sont disponibles pour aider au montage de dossier de demandes d'allocations familiales et logement.

AAH. L'allocation adulte handicapé continue à être intégralement versée au détenu qui en bénéficiait avant son incarcération s'il a un ou plusieurs enfants ou un ou plusieurs ascendants à charge. Par ailleurs, le détenu marié mais sans enfant dont le conjoint ne peut exercer une activité salariée pour un motif reconnu valable par la Cotorep (Commission technique d'orientation ou de reclassement professionnel) continue également à percevoir cette allocation. Pour les autres détenus, l'allocation est réduite à 12 % de son montant à compter du premier jour du mois suivant la fin d'une période de 45 jours de détention. L'allocation est à nouveau versée au taux normal à compter du premier jour du mois suivant la sortie de prison de l'allocataire.

RMI. Toute personne résidant de manière stable et régulière en France et âgée de plus de vingt-cinq ans ou assumant la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître, peut en bénéficier sous réserve de disposer de ressources inférieures au montant maximal du RMI et d'être prête à s'engager dans un contrat d'insertion. Révisé chaque année, le montant maximal du RMI varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. À titre indicatif, depuis le 1^{er} janvier 2008, il équivaut à 447,91 euros pour une personne seule sans enfant et à 671,87 euros pour

un couple sans enfant ou une personne seule avec enfant. Le greffe doit remettre au sortant de prison une fiche recensant les informations nécessaires à l'ouverture du RMI quand sa demande n'a pas été montée avant la libération. Les mairies et certaines associations peuvent accompagner la personne dans ses démarches.

ANPE et Assedic. Pour chercher du travail, il est possible de se rendre dans une des 158 maisons de l'emploi, structures qui regroupent les collectivités territoriales, les services de l'Etat, l'ANPE et l'Assedic, ainsi que les acteurs locaux de l'emploi et de la formation professionnelle. Une agence spécifique pour les personnes placées sous main de justice et les sortants de prison existe en Ile-de-France. Cette unité spécialisée dénommée Espace Liberté Emploi (voir adresses p. 68) propose des ateliers collectifs ou des suivis individuels ainsi que l'accompagnement par une assistante sociale parallèlement au dispositif d'insertion professionnelle mis en œuvre. L'ouverture ou la réouverture des droits aux allocations chômage nécessite une inscription ou une réinscription comme demandeur d'emploi auprès de l'antenne Assedic la plus proche de son lieu de domiciliation. Ce dossier peut être retiré à l'antenne la plus proche ou à la mairie de son lieu de domiciliation en l'absence d'antenne. Pour ces démarches, possibilité de se faire aider par des associations de chômeurs telles qu'AC (Agir ensemble contre le chômage) ou l'APEIS (Association pour l'emploi, l'information et la solidarité).

Source : *Le guide du sortant de prison*, publication OIP/La Découverte.

SÉLECTION DE GUIDES

Le guide du prisonnier, OIP/La Découverte, 2004.

Rapport 2005 sur les conditions de détention en France, OIP/La Découverte, 2005.

Le guide du sortant de prison, OIP/La Découverte, 2006.

Guide pratique 2007 à l'intention des personnes atteintes d'hépatite C, annuaire rédigé sous la direction du Dr André-Jean Rémy (avec le soutien de Roche).

Guide pratique pour une éthique des actions de santé en milieu carcéral, Ban Public, 2007 (sur www.prison.eu.org, rubrique « nos propositions »).

Annuaire des ressources postcarcérales médicales et sociales, publié par l'équipe du Dr André-Jean Rémy (avec le soutien de Roche), mai 2007 (édition actualisée en janvier 2008).

Annuaire des ressources postcarcérales associatives, qui sera publié au printemps 2008 par l'équipe du Dr André-Jean Rémy (avec le soutien de Sidaction).

SÉLECTION DE MAGAZINES

Dedans Dehors (édité par l'OIP), *Info Traitement* (édité par Actions Traitements), *Le journal du sida* (édité par Arcat), *Remaides* (édité par Aides), *Transversal* (édité par Sidaction).

AVIS ET RAPPORTS

« **Prisons : une humiliation pour la République** » (rapport n° 449) de Jean-Jacques Hyest et Guy-Pierre Cabanel, Sénat, juin 2000.

« **La France face à ses prisons** » (rapport 2521) de Louis Mermaz et Jacques Floch, Assemblée nationale, juin 2000.

« **L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation** », Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), juin 2001.

« **Situations pathologiques pouvant relever d'une suspension de peine, pour raison médicale, des personnes condamnées** » de Denys Pellerin, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 2003.

« **Note valant Avis sur la suspension de peine pour raisons médicales** », Conseil national du sida (CNS), mars 2003.

« **Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues** », Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCNDH), janvier 2006.

« **Sur le respect effectif des Droits de l'Homme en France** », rapport du Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, septembre 2005.

« **La santé et la médecine en prison** » (avis n° 94), Comité consultatif national d'éthique (CCNE), décembre 2006.

« **Rapport annuel de la Cour des Comptes** », partie sur l'Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), février 2008.

TÉMOIGNAGE

La guillotine carcérale, Silence on meurt, de Laurent Jacqua, éditions Nautilus, 2002.

associations

A

Act Up-Paris

BP 287 – 75525 Paris Cedex 11

tél. 01 49 29 44 75

fax 01 48 06 16 74

actup@actupparis.org

www.actupparis.org

Association des avocats pénalistes (Adap)

21, quai de Montebello

75005 Paris

tél. 01 44 27 03 65

fax 01 44 26 54 38

Aides-Fédération nationale

Tour Essor

14, rue Scandicci

93508 Pantin Cedex

tél. 01 41 83 46 46

fax 01 41 83 46 49

aides@aides.org

www.aides.org

Association française des magistrats instructeurs (AFMI)

TGI de Paris

2, bd du Palais

75001 Paris

tél. 01 44 32 55 73

fax 01 43 25

contact@afmi.asso.fr

Association nationale des visiteurs de prison (ANVP)

1 bis, rue de Paradis

75010 Paris

tél. 01 55 33 51 25

fax 01 55 33 15 33

anvpparis@free.fr

www.anvp.org

Amnesty International France

72-76, bd de la Villette

75940 Paris Cedex 19

tél. 01 53 38 65 65

fax 01 53 38 55 00

webmestre@amnesty.fr

www.amnesty.fr

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

24, rue du Moulin-à-Vent

86020 Poitiers

ANPE Espace Liberté Emploi

17, rue du Juge

75015 Paris

tél. 01 58 01 07 20

B

Ban Public (Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe)

12, Villa Laugier

75017 Paris

tél. 06 62 85 62 97

(Charlotte Paradis)

redaction@banpublic.org

www.prison.eu.org

C

Cimade

64, rue Clisson

75013 Paris

tél. 01 44 18 60 50

fax 01 45 56 08 59

www.cimade.org

Croix-Rouge française

98, rue Didot

75694 Paris Cedex 14

tél. 01 44 43 11 00

fax 01 44 43 11 01

www.croix-rouge.fr

E**Emmaüs France**

179 bis, quai de Valmy

75010 Paris

tél. 01 46 07 51 51

fax 01 46 07 69 10

contact@emmaus-france.org

www.emmaus-france.org

F**Fédération des associations
réflexion action prison et justice
(Farapej)**

68-68, rue de la Folie-Régnault

75011 Paris

tél. 01 55 25 23 75

fax 01 55 25 23 76

farapej@farapej.fr

www.farapej.fr

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

76, rue du Faubourg-Saint-Denis

75010 Paris

tél. 01 48 01 82 00

fax 01 47 70 27 02

fnars@fnars.org

www.fnars.org

Fédération SOS Hépatites

43, rue du Docteur-Mougeot

52100 Saint-Dizier

tél. 03 25 06 12 12

sos.hepatites@wanadoo.fr

www.soshepatites.org

Fondation Armée du Salut

60, rue des Frères-Flavien

75020 Paris

tél. 01 43 62 25 00

fax 01 43 62 25 56

www.armeedusalut.fr

G**Groupeement étudiant national
d'enseignement aux personnes
incarcérées (Genepi)**

12, rue Charles-Fourier

75013 Paris

tél. 01 45 88 37 00

fax 01 45 88 96 87

genepi@genepi.fr

www@genepi.fr

L**Ligue des droits de l'Homme (LDH)**

138, rue Marcadet

75018 Paris

tél. 01 56 55 51 00

fax 01 42 55 51 21

administration@ldh-france.org

www.ldh-france.org

O**Observatoire international
des prisons (OIP)**

Section française

7 bis, rue Riquet

75019 Paris

tél. 01 44 52 87 90

fax 01 44 52 88 09

contact@oip.org

www.oip.org

S**Secours Catholique**

106, rue du Bac

75007 Paris

tél. 01 45 49 73 00

info@secours-catholique.org

www.secours-catholique.asso.fr

70 ADRESSES

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

12, rue Charles-Fourier
75013 Paris
tél. 01 44 32 72 33 (du lundi
au vendredi de 9 h 30 à 12 heures)

Sidaction

228, rue du Faubourg-Saint-Martin
75010 Paris
tél. 01 53 26 45 55
fax 01 53 26 45 75
sidaction@sidaction.org
www.sidaction.org

avocats et magistrats

Barreau de Paris

Palais de Justice
4, bd du Palais
75001 Paris

Conseil national des barreaux

22, rue de Londres
75009 Paris
tél. 01 53 30 85 60
fax 01 53 30 85 61
cnb@cnb.avocat.fr
www.cnb.avocat.fr

Conférence nationale des bâtonniers (CNB)

12, place Dauphine
75001 Paris
tél. 01 44 41 99 10
fax 01 43 25 12 69
contact@conferencebatonniers.com
www.conferecedesbatonniers.com

École nationale de la magistrature (ENM)

9, rue du Maréchal-Joffre
33080 Paris
tél. 05 56 00 10 10
fax 05 56 00 10 99
www.enm.justice.fr

Ordre des avocats à la Cour de Paris

11, place Dauphine
75053 Paris Cedex 01
delegationgenerale@avocatparis.org
www.avocatparis.org

Syndicat des avocats de France (SAF)

34, rue Saint-Lazare
75009 Paris
tél. 01 42 82 01 26
fax 01 45 26 01 55
contact@lesaf.org

Syndicat de la magistrature (SM)

12-14, rue Charles-Fourier
75013 Paris
tél. 01 48 05 47 88
fax 01 47 00 16 05
syndicat.magistrature@
wanadoo.fr
www.syndicat-magistrature.org

cours et tribunaux

Cour de Cassation

5, quai de l'Horloge
75001 Paris
tél. 01 44 32 50 50
www.courdecassation.fr

Conseil d'État (CE)

1, place du Palais-Royal
75001 Paris
tél. 01 40 20 81 00
www.conseil-etat.fr

Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)

Conseil de l'Europe
67075 Strasbourg Cedex
tél. 03 88 41 20 18
webmaster@echr.coe.int
www.echr.coe.int

inspections administratives

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

35, rue Saint-Dominique
75007 Paris
tél. 01 42 75 77 13
fax 01 42 75 77 14
f.chapron@cncdh.pm.gouv.fr
www.commission-droits-hommes.fr

Haute autorité de lutte contre les discriminations (Halde)

11, rue Saint-Georges
75009 Paris
tél. 01 55 31 61 00
contact@halde.fr
www.halde.fr

Inspection générale des affaires sociales (Igas)

25-27, rue d'Astorg
75008 Paris
tél. 01 40 56 60 00
fax 01 40 56 67 84

Inspection générale des services judiciaires (IGSJ)

13, place Vendôme
75001 Paris
tél. 01 44 77 60 60
fax 01 44 77 78 78
christian.raysseguier@justice.gouv.fr

Inspection des services pénitentiaires

Direction
de l'administration pénitentiaire
8-10, rue du Renard
75004 Paris
tél. 01 44 77 60 60

permanences téléphoniques

Hépatites Info Service

7 jours sur 7 de 9 heures à 23 heures
(anonyme, confidentiel et gratuit) :
0800 845 800 pour prévention,
information et soutien.

Numéro vert (Arapej)

Lundi, mercredi et jeudi de 9 heures
à 17 heures ; mardi et vendredi
de 9 heures à 19 h 30 (appel gratuit) :
0800 870 745 pour personnes
confrontées à l'incarcération (détenus,
sortants de prison, proches et familles
de détenus, professionnels).

Sida Info Service

24 heures sur 24 (appel confidentiel,
anonyme et gratuit) : **0800 840 800**
pour toutes questions relatives
au VIH et aux hépatites
(santé sexuelle en général).

Sida Info Droit

Lundi et vendredi de 14 heures
à 18 heures ; du mardi au jeudi
de 16 heures à 20 heures
(appel anonyme et confidentiel
au prix d'un appel local à partir
d'un poste fixe) : **0810 636 636**
pour toutes questions juridiques
et sociales en lien direct avec le VIH.

ministères

Casier judiciaire national

107, rue Landreau
44317 Nantes Cedex 3
tél. 02 51 89 89 51
fax 02 51 89 89 18
cjn@justice.gouv.fr
www.cjn.justice.gouv.fr

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)

8-10, rue du Renard
75004 Paris
tél. 01 44 77 60 60

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

95, avenue de France
75013 Paris
tél. 01 40 45 90 00 (standard
ministère) ou portail d'informations pra-
tiques (du lundi au samedi
de 9 heures à 19 heures) :
Info'Ministère au **0 820 03 33 33**
www.jeunesse-sports.gouv.fr

Ministère de la Justice

13, place Vendôme
75001 Paris
tél. 01 44 77 60 60
fax 01 44 77 60 46
www.justice.gouv.fr

Parlement

Assemblée nationale

Palais Bourbon
126, rue de l'Université
75007 Paris
tél. 01 40 63 60 00
fax 01 45 55 75 23
info@assemblee-nationale.fr
www.assemblee-nationale.fr

Sénat

Palais du Luxembourg
15, rue de Vaugirard
75006 Paris
tél. 01 42 34 20 00
fax 01 42 34 26 77
communication@senat.fr
www.senat.fr

prisons françaises (avec directions pénitentiaires)

Bordeaux

87, rue de l'Abbé-de-l'Epée
33000 Bordeaux
tél. 05 57 81 45 00

établissements rattachés

A

MA Agen

44, rue Montaigne
BP 327 – 47008 Agen Cedex
tél. 05 53 77 43 90

MA Angoulême

112, rue Saint-Roch
BP 1358 – 16016 Angoulême Cedex
tél. 05 45 92 02 44

B**MA Bayonne**

44, rue Charles-Floquet
 BP 718 – 64107 Bayonne Cedex
 tél. 05 59 50 62 00

MA Bedenac

BP 9 – 17210 Bedenac
 tél. 05 46 04 38 31

MA Bordeaux Gradignan

17, rue Chouiney – BP 109
 33173 Bordeaux Gradignan
 tél. 05 57 96 57 57

CSL Bordeaux (Boudet)

1 bis, rue des Treuils
 33000 Bordeaux
 tél. 05 56 96 36 08

E**CD Eysses**

Rue Martyrs-de-la-Résistance
 BP 315
 47307 Villeneuve-sur-Lot Cedex
 tél. 05 53 36 22 22

G**MA Guéret**

9, avenue de la République
 BP 251 – 23005 Guéret Cedex
 tél. 05 55 52 00 31

L**MA Limoges**

17 bis, place Winston-Churchill
 87032 Limoges Cedex
 tél. 05 55 77 53 34

M**CD Mauzac**

24150 Mauzac-et-Grand-Castang
 tél. 05 53 73 55 00

MA Mont-de-Marsan

4, rue Armand-Dulamon
 BP 383 – 40012 Mont-de-Marsan
 tél. 05 58 46 69 00

N**CD Neuvic-sur-l'Isle**

Le But
 BP 01 – 24190 Neuvic-sur-l'Isle
 tél. 05 53 80 82 00

MA Niort

1, rue du Sanitat
 BP 519
 79022 Niort Cedex
 tél. 05 49 73 30 78

P**MA Pau**

14 bis, rue Viard
 BP 1616 – 64037 Pau Cedex
 tél. 05 59 02 38 54

MA Périgueux

2, place Beleyme
 BP 9064 – 24019 Périgueux
 tél. 05 53 08 11 06

MA Poitiers

209, faubourg du Pont-Neuf
 86000 Poitiers
 tél. 05 49 44 01 15

R**MA Rochefort**

11 ter, rue Maréchal-Gallieni
 BP141 – 17306 Rochefort Cedex
 tél. 05 46 99 56 80

S

CP Saint-Martin-de-Ré

17410 Saint-Martin-de-Ré

tél. 05 46 09 20 42

MA Saintes

59 bis, rue de l'Arc-de-Triomphe

BP 311 – 17107 Saintes Cedex

tél. 05 46 92 18 04

T

MA Tulle

26, rue Souham prolongée

BP 180 – 19005 Tulle cedex

tél. 05 55 26 63 70

U

CD Uzerche

Route d'Eyburie

BP 02 – 19140 Uzerche

tél. 05 55 73 87 00

Dijon

72 A, rue d'Auxonne

BP 1531 – 21033 Dijon Cedex

tél. 03 80 72 50 00

établissements rattachés

A

MA Auxerre

13, avenue Charles-de-Gaulle

BP 23 – 89010 Auxerre Cedex

tél. 03 86 94 28 28

B

MA Belfort

1, rue des Boucheries

90000 Belfort

tél. 03 84 28 06 81

MA Besançon

5, rue Pergaud

25031 Besançon Cedex

tél. 03 81 41 41 90

CSL Besançon

8 bis, rue Eugène-Savoye

25000 Besançon

tél. 03 81 88 10 37

C

MA Châlons-en-Champagne

1, bd Anatole-France

51022 Châlons-en-Champagne Cedex

tél. 03 26 65 17 87

MA Charleville-Mézières

21, place Winston-Churchill

BP 487

08109 Charleville-Mézières Cedex

tél. 03 24 36 67 70

MA Chaumont

27, rue du Val-Barizien

BP 551 – 52012 Chaumont Cedex

tél. 03 25 35 30 08

CP Clairvaux

Ville-sous-la-Ferté

10310 Bayel

tél. 03 25 92 30 30

D

MA Dijon

72 bis, rue d'Auxonne

BP 1505 – 21033 Dijon Cedex

tél. 03 80 66 47 32

J

CD Joux-la-Ville

La Poste-aux-Alouettes

89440 Joux-la-Ville

tél. 03 86 33 61 06

L**MA Lons-le-Saunier**

2, place de la Chevalerie
BP 472 – 39007 Lons-Le-Saunier Cedex
tél. 03 84 86 06 10

MA Lure

33, rue de la Font
BP 05 – 70201 Lure Cedex
tél. 03 84 30 09 39

M**MA Montbéliard**

2, rue du Bois-Bourgeois
BP 62 – 25206 Montbéliard
tél. 03 81 91 06 69

N**MA Nevers**

13 bis, rue Paul Vaillant-Couturier
BP 82 – 58020 Nevers Cedex
tél. 03 86 71 62 75

R**MA Reims**

23, bd Robespierre
51090 Reims Cedex
tél. 03 26 09 37 83

T**MA Troyes**

1 bis, rue Hennequin
BP 363 – 10025 Troyes Cedex
tél. 03 25 80 63 83

V**CP Varennes-le-Grand**

Route de la Ferté
71241 Sennecey-le-Grand Cedex
tél. 03 85 44 16 44

MA Vesoul

9, place Beauchamp
BP 401 – 70014 Vesoul Cedex
tél. 03 84 76 05 54

CD Villenauxe-la-Grande

Route de Sezanne
10371 Villenauxe-la-Grande
tél. 03 25 21 02 81

Lille

5, rue Gauthier de Châtillon
BP 765 – 59034 Lille Cedex
tél. 03 20 63 66 66

établissements rattachés**A****MA Amiens**

85, avenue de la Défense-Passive
BP 3005 – 80030 Amiens Cedex 1
tél. 03 22 66 65 65

MA Arras

12, rue des Carabiniers-d'Artois
BP 915 – 62022 Arras Cedex
tél. 03 21 21 34 00

B**CD Bapaume**

Chemin des Anzacs
62451 Bapaume Cedex
tél. 03 21 60 10 10

MA Beauvais

2, rue Bossuet
BP 80698 – 60006 Beauvais Cedex
tél. 03 44 06 19 30

MA Béthune

106, rue d'Aire
62407 Béthune
tél. 03 21 63 15 70

C

CP Château-Thierry (MCS-CDR)

54, avenue de Soissons
BP 228
02401 Château-Thierry Cedex
tél. 03 23 84 27 50

MA Compiègne

3, avenue de la Résistance
BP 37 – 60321 Compiègne Cedex
tél. 03 44 40 07 29

D

MA Douai

505, rue de Cuincy
BP 707 – 59507 Douai Cedex
tél. 03 27 71 32 00

MA Dunkerque

62, rue Henri-Terquem
59140 Dunkerque
tél. 03 28 51 90 30

E

MA Évreux

92, rue Pierre-Sémard
BP 3125 – 27031 Évreux Cedex
tél. 02 32 39 84 84

H

CSL Haubourdin

33, rue Vanderhagen
59320 Haubourdin
tél. 03 20 07 13 41

L

CP Laon

Chemin des Epinettes
02002 Laon
tél. 03 23 23 60 60

MA Le Havre

25, rue Lesueur
BP 39 – 76084 Le Havre Cedex
tél. 02 35 41 27 34

CP Liancourt

Maison Centrale – 60140 Liancourt
tél. 03 44 28 82 10

MA Lille-Sequedin

Chemin de la Plaine
BP 179 – 59482 Sequedin Cedex
tél. 03.20.30.28.00

CP Longuenesse

Plateau des Bruyères
BP 19 – 62965 Longuenesse Cedex
tél. 03 21 38 83 83

MA Loos

2, avenue du Train-de-Loos
BP 29 – 59374 Loos Cedex
tél. 03 20 10 10 50

CD Loos

1, avenue du Train-de-Loos
BP 79 – 59373 Loos Cedex
tél. 03 20 07 12 12

Lycée pénitentiaire

5, rue Gauthier de Châtillon
BP 765 – 59034 Lille Cedex
tél. 03 20 63 66 66

M

CP Maubeuge

475, route d'Assevent
BP 239 – 59603 Maubeuge Cedex
tél. 03 27 69 12 00

Q

EPM

Avenue Jean-Jaurès
59920 Quiévrecchain
tél. 03 27 09 23 50

R**MA Rouen**

169, bd de l'Europe
76038 Rouen Cedex
tél. 02 32 18 01 00

V**CD Val-de-Reuil**

Le Vignettes
Chaussée de l'Andelle
27107 Val-de-Reuil Cedex
tél. 02 32 63 37 40

MA Valenciennes

75, rue Lomprez
BP 455 – 59322 Valenciennes Cedex
tél. 03 27 46 42 25

Lyon

1, rue du G^{al}-Mouton-Duvernet
BP 3009
69391 Lyon Cedex 03
tél. 04 72 91 37 37

établissements rattachés**A****CP Aiton**

Les Gabelins
BP 2 – 73221 Aiguebelle Cedex
tél. 04 79 36 27 08

MA Aurillac

20, place du Square
15000 Aurillac
tél. 04 71 43 08 00

B**MA Bonneville**

Bois Jolivet
171, avenue Mozart
74136 Bonneville Cedex
tél. 04 50 25 70 28

MA Bourg-en-Bresse

6, rue du Palais
01011 Bourg-en-Bresse
tél. 04 74 45 24 50

C**MA Chambéry**

151, rue Belledonne
BP 1144 – 73011 Chambéry Cedex
tél. 04 79 96 12 02

MA Clermont-Ferrand

1, rue de la Prison
BP126 – 63033 Clermont-Ferrand Cedex
tél. 04 73 98 32 00

G**CSL Grenoble**

51, rue de l'Abbé-Grégoire
38000 Grenoble
tél. 04 76 21 51 91

MA Grenoble-Vарces

BP 15 – 38763 Varces Cedex
tél. 04 76 73 29 50

L**MA Le Puy-en-Velay**

37, bd Bertrand
BP 334 – 43012 Le Puy Cedex
tél. 04 71 09 09 45

CSL Lyon

20, rue Pierre-Sémart
69007 Lyon
tél. 04 72 71 53 70

MA Lyon-Perrache

(Saint-Paul et Saint-Joseph)
12, quai Perrache– 69272 Lyon Cedex 2
tél. 04 72 77 04 40

MA Lyon-Montluc

1, rue Jeanne-Hachette
BP 1 – 69391 Lyon Cedex 3
tél. 04 78 53 28 83



EPM

69330 Meyzieu

MA Montluçon

3, rue du Château
BP 3135 – 03104 Montluçon Cedex
tél. 04 70 05 00 56

CP Moulins-Yzeure

Les Godets
BP 24 – 03401 Yzeure Cedex
tél. 04 70 35 15 00



MA Privas

1, place des Récollets
BP 704 – 07077 Privas Cedex
tél. 04 75 64 22 10



MA Riom

5, place des Martyrs-de-la-Résistance
BP 32 – 63201 Riom Cedex
tél. 04 73 63 48 48

CD Riom

17, rue Soubrany
BP 38 – 63201 Riom Cedex
tél. 04 73 64 48 40



MA Saint-Etienne

Rue de la Sauvagère
BP 540 – 42355 La Talaudière
tél. 04 77 47 69 80

CP Saint-Quentin-Fallavier

Lieu dit « Le Biais »
BP 66 – 38077 Saint-Quentin-Fallavier
tél. 04 74 95 95 10



MA Valence

79, avenue de Chabeuil
BP 2139 – 26021 Valence Cedex
tél. 04 75 82 16 00

MA Villefranche-sur-Saône

Rue Lavoisier
BP 482 – 69665 Villefranche-sur-Saône
tél. 04 74 60 31 46

Marseille

4, traverse de Rabat
BP 121 – 13277 Marseille Cedex 09
tél. 04 91 40 86 40

établissements rattachés



MA Aix-Luynes

2285, route de l'Enfant
13085 Aix-en-Provence Cedex 02
tél. 04 42 37 93 00

MA Ajaccio

9, bd Masseria
BP 260 – 20180 Ajaccio Cedex 1
tél. 04 95 23 78 00

MC Arles

Rue Nicolas-Copernic
BP 241 – 13637 Arles Cedex
tél. 04 90 99 07 00

CP Avignon-le-Pontet

90 rue Panisset
BP 92 – 84135 Le Pontet Cedex
tél. 04 95 36 05 00
ou 04 90 03 30 00

B**MA Borgo**

BP 16 – 20290 Borgo Cedex
tél. 04 95 36 05 00

C**CD Casablanca**

20270 Aléria
tél. 04 95 57 00 02

D**MA Digne-les-Bains**

Montée Saint-Charles
BP 131 – 04004 Digne-les-Bains Cedex
tél. 04 92 31 01 25

CP Draguignan

395, avenue Pierre-Brossolette
BP 297 – 83008 Draguignan Cedex
tél. 04 94 60 65 00

G**MA Gap**

1, place Grenette
BP 60 – 05007 Gap Cedex
tél. 04 92 53 20 90

MA Grasse

55, avenue des Genêts
06130 Grasse
tél. 04 93 40 36 70

M**CP Marseille-Baumettes**

213, chemin de Morgiou
13404 Marseille
tél. 04 91 35 38 63

EPM

Montée du Commandant-de-Robien
13011 Marseille Cedex 20
tél. 04 91 40 81 00

N**MA Nice**

12, rue de la Gendarmerie
BP 709 – 06012 Nice Cedex 1
tél. 04 93 13 64 64

S**CD Salon-de-Provence**

BP 369
13558 Salon-de-Provence Cedex
tél. 04 90 44 61 00

T**CD Tarascon**

Quartier Radoubs
BP 82 – 13155 Tarascon Cedex
tél. 04 90 99 10 00

MA Toulon

2, place Léon-Blum
BP 5503 – 83097 Toulon Cedex
tél. 04 94 18 50 30

CP Toulon-La Farlède

Route de La Crau
Quartier Castille
BP 543 – 83041 Toulon Cedex 9
tél. 04 94 18 50 39

Paris

3, avenue de la Division-Leclerc
BP103 – 94267 Fresnes
tél. 01 46 15 91 00

établissements rattachés**B****MA Blois**

25, rue Marcel-Paul – 41016 Blois Cedex
tél. 02 54 55 37 00

MA Bois d'Arcy-Yvelines

5 bis, rue Alexandre-Turpault
78390 Bois-d'Arcy
tél. 01 30 23 30 30

MA Bourges

Le Bordiot
BP 631 – 18014 Bourges Cedex
tél. 02 48 23 40 23

C

MA Chartres

8, rue des Lisses
BP 405 – 28018 Chartres Cedex
tél. 02 37 84 07 10

CD Châteaudun

Route d'Orléans
BP 129 – 28205 Châteaudun Cedex
tél. 02 37 97 55 00

CP Châteauroux

Rue Charles-Cros
BP 549 – 36021 Châteauroux Cedex
tél. 02 54 53 40 00

CSL Corbeil

26, rue Féray
91108 Corbeil-Essonnes Cedex
tél. 01 64 96 02 55

F

MA Fleury-Mérogis

7, avenue des Peupliers
91705 Sainte Geneviève-des-Bois Cedex
tél. 01 69 72 30 00

CP Fresnes (MA-MAF-CNO)

Allée des Thuyas
94261 Fresnes Cedex
tél. 01 49 84 38 00

EPSNF

Allée des Thuyas
94261 Fresnes Cedex
tél. 01 49 84 71 17

G

CSL Gagny

38-42, avenue Aristide-Briand
93220 Gagny
tél. 01 43 81 82 16

M

MA Meaux

2 bis, rue des Cordeliers
BP 168 – 77335 Meaux Cedex
tél. 01 60 25 31 21

MA Melun

12, rue du Président-Despatys
77012 Melun Cedex
tél. 01 60 56 51 30
et 01 60 56 51 39

CD Melun

10, quai de la Courtille
77011 Melun Cedex
tél. 01 64 10 24 60

CSL Montargis

7, cours Jean-Dupont
45200 Montargis
tél. 02 38 85 25 46

N

MA Nanterre Hauts-de-Seine

133, avenue de la Commune de Paris
BP 1414 – 92014 Nanterre
tél. 01 47 29 75 75

O

MA Orléans

55, bd Guy-Marie-Riobé
BP 2517 – 45038 Orléans Cedex
tél. 02 38 78 01 00

P**MA Paris La Santé**

42, rue de la Santé
75674 Paris Cedex 14
tél. 01 45 87 60 60

MC Poissy

17, rue de l'Abbaye
78303 Poissy Cedex
tél. 01 30 06 28 40

S**MC Saint-Maur**

Bel Air
36250 Saint-Maur
tél. 02 54 08 29 00
et 02 54 07 62 40

MA Seine-Saint-Denis

40, avenue Vauban
93422 Villepinte Cedex
tél. 01 49 63 75 75

T**MA Tours**

20, rue Henri-Martin
BP 3413 – 37034 Tours Cedex
tél. 02 47 60 12 80

V**MA Val d'Oise**

RD 927
BP 32 Osny
95524 Cergy-Pontoise Cedex
tél. 01 34 25 47 47

MA Versailles

28, avenue de Paris
BP 1103 – 78011 Versailles Cedex
tél. 01 30 83 13 60

CSL Villejuif

44, avenue de Paris
94800 Villejuif
tél. 01 47 26 58 35

Rennes

18 bis, rue de Châtillon
BP 3105 – 35031 Rennes Cedex
tél. 02 99 26 89 00

établissements rattachés**A****MA Alençon**

49, rue du Château
61014 Alençon Cedex
tél. 02 33 80 43 60

MA Angers

1, place Olivier-Giran
BP 4134 – 49041 Angers Cedex 01
tél. 02 22 66 65 65

CD Argentan

Le Frichot
Route de Tercey
61891 Argentan-Coulandon Cedex 09
tél. 02 33 36 35 00

B**MA Brest**

171, rue du Général-Paulet
BP 217 – 29804 Brest Cedex 9
tél. 02 98 41 55 97

C**CP Caen**

35, rue du Général-Moulin
BP 6257 – 14065 Caen Cedex
tél. 02 31 26 42 00

MA Caen

10, rue de Général-Duparge
BP 6193 – 14064 Caen Cedex
tél. 02 31 75 13 18

MA Cherbourg

2, rue Vastel
BP 733 – 50107 Cherbourg Cedex
tél. 02 33 78 22 60

MA Coutances

3, rue de la Verjusière
BP 702 – 50207 Coutances Cedex
tél. 02 33 76 77 88

F

MA Fontenay-le-Comte

30, rue Rabelais
BP 123
85203 Fontenay-le-Comte Cedex
tél. 02 51 69 03 09

L

MA La Roche-sur-Yon

20, bd d'Angleterre
BP 635
85016 La Roche-sur-Yon Cedex
tél. 02 51 37 14 70

MA Laval

20, bd Frédéric-Chaplet
BP 1325 – 53013 Laval Cedex
tél. 02 43 66 19 79

MA Le Mans

1, rue du Vert-Galant
BP 27033 – 72007 Le Mans Cedex 1
tél. 02 43 24 07 85

CP Lorient-Ploemeur (MA-CDR)

Kerbriant
BP 72 – 56275 Ploermeur Cedex
tél. 02 97 86 30 00

N

CP Nantes

68, bd Albert-Einstein
BP 1636 – 44316 Nantes Cedex 03
tél. 02 40 16 45 00

R

MA Rennes

56, bd Jacques-Cartier
BP 3106 – 35031 Rennes Cedex
tél. 02 99 22 23 70

CP Rennes (MA-MC-CD-CO)

18 bis, rue de Châtillon
BP 3107 – 35031 Rennes Cedex
tél. 02 99 26 89 00

S

MA Saint-Brieuc

1, rue des Fusillés
BP 2228 – 22022 Saint-Brieuc Cedex
tél. 02 96 61 90 42

MA Saint-Malo

10, rue Émile-Brindejonc
BP 20 – 35401 Saint-Malo Cedex
tél. 02 99 56 12 43

V

MA Vannes

12, place de Nazareth
BP 560 – 56017 Vannes Cedex
tél. 02 97 47 22 01

Strasbourg

19, rue Eugène-Delacroix
BP 16 – 67035 Strasbourg Cedex
tél. 03 88 56 81 00

B

MA Bar-le-Duc

24, place Saint-Pierre
BP 279 – 55006 Bar-le-Duc Cedex
tél. 03 29 76 12 80

tél. MA : 03 87 52 33 00
tél. CSL : 03 87 37 06 29

CSL Briey

4, avenue du Roi-de-Rome
BP 46 – 54152 Briey Cedex
tél. 03 82 46 03 26

CD Montmedy

8, rue du Commandant-Ménard
BP 19 – 55600 Montmédy
tél. 03 29 80 17 37

C

MA Colmar

1, rue des Augustins
BP 485 – 68020 Colmar Cedex
tél. 03 89 20 14 20

CP Mulhouse

59, avenue Robert-Schuman
BP 3129 – 68063 Mulhouse Cedex
tél. 03 89 36 34 00

N

MA Nancy

2, rue de l'Abbé-Didelot
BP 9 – 54035 Nancy Cedex
tél. 03 83 30 92 00

E

CD Écrouves

323, route de Pagny
BP 311 – 54200 Écrouves
tél. 03 83 65 85 85

O

CD Oermingen

Route de Kalhausen
67970 Oermingen
tél. 03 88 00 59 00

MC Ensisheim

49, rue de la 1^{re}-Armée
68190 Ensisheim
tél. 03 89 83 47 83

S

MA Épinal

13, rue Villars
BP 598 – 88021 Épinal Cedex
tél. 03 29 31 25 24

CD Saint-Mihiel

8, route de Commercy
BP 5 – 55300 Saint-Mihiel
tél. 03 29 90 32 00

M

CSL Maxeville

63, rue de la République
54320 Maxeville
tél. 03 83 35 28 67

MA Sarreguemines

9, rue Victor-Hugo
BP 31107 – 57322 Sarreguemines
tél. 03 87 98 41 53

MA Metz

1, rue de la Seulhotte
BP 5020 – 57071 Metz Cedex 3

CSL Souffelweyersheim

8, rue de Bischwiller
BP 12
67460 Souffelweyersheim Cedex
tél. 03 88 20 55 81

MA Strasbourg

6, rue Engelmann
BP 25 – 67035 Strasbourg Cedex 2
tél. 03 88 30 05 55

T**CD Toul**

804, rue du Maréchal-Lyautey
BP 305 – 54201 Toul Cedex
tél. 03 83 65 28 08

Toulouse

Bd Armand-Duportail
BP 837 – 31015 Toulouse Cedex 6
tél. 05 62 30 58 13

établissements rattachés**A****MA Albi**

4, rue André-Imbert
BP 154 – 81005 Albi Cedex
tél. 05 63 43 24 70

B**MA Béziers**

1, place Saint-Louis
BP 4215 – 34544 Béziers Cedex
tél. 04 67 49 88 18

C**MA Cahors**

1, rue du Château-du-Roi
BP 245 – 46005 Cahors Cedex
tél. 05 65 35 31 06

MA Carcassonne

3, avenue du Général-Leclerc
BP 822 – 11012 Carcassonne Cedex
tél. 04 68 25 12 26

F**MA Foix**

26, avenue du Général-de-Gaulle
BP 62 – 09008 Foix Cedex
tél. 05 61 05 01 50

L**CP Lannemezan**

Rue des Saligues
BP 166 – 65307 Lannemezan Cedex
tél. 05 62 50 13 20

EPM

Rue Encaoussou
81500 Lavaur
tél. 05 63 34 22 18

M**MA Mendé**

37, chemin de Sejalan
BP 133 – 48005 Mendé Cedex
tél. 04 66 65 17 21

MA Montauban

250, avenue Beausoleil
BP 362 – 82033 Montauban Cedex
tél. 05 63 92 68 50

CSL Montpellier

6, rue Donnat
BP 20136 – 34003 Montpellier
tél. 04 67 12 80 65

CD Muret

Route de Seysses
BP 312 – 31605 Muret Cedex
tél. 05 61 56 67 00

N**MA Nîmes**

131, chemin de Crezan
BP 3010 – 30002 Nîmes Cedex
tél. 04 66 0 12 50

P**CP Perpignan**

Chemin des Mailloles
BP 945 – 66945 Perpignan Cedex
tél. 04 68 68 37 37

R**MA Rodez**

7, rue François-Mazeng
BP 718 – 12007 Rodez Cedex
tél. 05 65 75 47 00

S**MA Seysses**

Rue Danielle-Casanova
ZA Segla
BP 85 – 31605 Muret Cedex
tél. 05 61 56 68 68

CD Saint-Sulpice-la-Pointe

17, chemin des Pescayres
81370 Saint-Sulpice-la-Pointe
tél. 05 63 41 81 57

T**MA Tarbes**

17, rue Eugène-Tenot
BP 1332 – 65013 Tarbes Cedex
tél. 05 62 44 03 03

CSL Toulouse

18 bis, Grande-Rue-Saint-Michel
31400 Toulouse
tél. 05 34 31 75 60

V**MA Villeneuve-lès-Maguelone**

Avenue du Moulin-de-la-Jasse
34753 Villeneuve-lès-Maguelone
tél. 04 67 07 80 00

**mission des services
pénitentiaires de l'outre-mer**

48, rue Denis-Papin
94200 Ivry-sur-Seine
tél. 01 45 15 19 40

établissements rattachés
B**CP Baie-Mahault**

Fonds Sarail
BP 43 – 97122 Baie-Mahault
Guadeloupe
tél. 05 90 25 11 13

CP Basse-Terre

6, bd Félix-Eboué
BP 86 – 97103 Basse-Terre Cedex
Guadeloupe
tél. 05 90 99 44 20

D**CP Ducos**

Quartier Champigny
BP 18 – 97224 Ducos
Martinique
tél. 05 96 77 18 88

F**CP Faa'a-Nuutania**

BP 60127 – 98702 Faa'a Centre
Polynésie française
tél. 00 689 82 00 15

L**CP Le Port (MA-CD-MC)**

Rivière des Galets
97823 Le Port Cedex
La Réunion
tél. 02 62 42 72 07

M

MA Majicavo

Place de la Maison-d'Arrêt
BP 360 – Kaweni-Mamoudzou
97600 Mamoudzou
Mayotte
tél. 02 69 62 01 22

MA Mata-Utu

Gendarmerie de Mata-Utu
BP 8 – 98600 Uvea
Wallis-et-Futuma
tél. 00 681 72 09 00

N

CP Nouméa

Camp Est
BP 491 – 98845 Nouméa Cedex
Nouvelle-Calédonie
tél. 00 687 27 25 27

R

CP Rémire-Montjoly

La Matourienne
BP 150 – 97394 Rémire-Montjoly Cedex
Guyane
tél. 05 94 35 58 35

S

MA Saint-Denis

43 bis, rue Juliette-Dodu
97488 Saint-Denis Cedex
La Réunion
tél. 02 62 90 29 89

MA Saint-Pierre

1, rue de Cayenne
BP 458 – 97448 Saint-Pierre Cedex
La Réunion
tél. 02 62 96 16 16

CP Saint-Pierre-et-Miquelon

Rue Émile-Sasco
BP 270
97500 Saint-Pierre-et-Miquelon
tél. 05 08 41 27 55

T

MA Taiohae-Marquises

98742 Nuku-Hiva
Iles Marquises
Polynésie française
tél. 00 689 92 01 64

U

MA Uturoa-Raiatea

98735 Uturoa-Raiatea
Iles Sous-le-Vent
Polynésie française
tél. 00 689 66 32 26

SIGLES

CD Centre de détention
CP Centre pénitentiaire
CSL Centre de semi-liberté
EPM Établissement pénitentiaire pour mineurs
EPSNF Établissement public de santé national de Fresnes
MA Maison d'arrêt
MC Maison centrale

Achévé d'imprimer **février 2008** chez **Actis Industrie Graphique, Paris**
Dépôt légal **février 2008**





colloque organisé en partenariat avec :



Direction de l'administration
pénitentiaire (DAP)



Direction générale de la santé (DGS)