



PROMOTION DE LA SANTÉ, VIH ET PRISON

Recommandations à destination des
acteurs du milieu pénitentiaire

Outil de plaidoyer destiné aux acteurs associatifs de la
lutte contre le sida exerçant en milieu pénitentiaire

.....



REMERCIEMENTS

Je voudrais dédier ce guide à tous le groupe expert prison de Sidaction dont le nom est en annexe et qui a contribué de manière active à son contenu. Certains parmi ses membres se sont particulièrement investis dans ce guide et je les en remercie, je ne les citerais pas tous au risque d'en oublier. Ils se reconnaîtront.

D'autres personnes qualifiées, ont apporté leurs compétences à ce document. Parmi elles, le Dr Florence HUBER médecin spécialiste en Dermatologie et vénérologie, qui nous a apporté son expérience de la Guyane où elle exerce, Marine PICARD du Corevih Grand-Est pour son apport et sa relecture de tous les textes juridiques dont elle est experte et Alain MIGUET de SIS association qui nous a orienté vers plusieurs dispositifs que sa structure gère.

Je voudrais également remercier Anaïs SAINT-GAAL, Chargée de plaidoyer à Sidaction, qui a orienté ce travail et lui a donné forme.

Je voudrais en in remercier Sandrine FOURNIER pour sa relecture attentive et la correction de ce document.

Mes remerciements également à Florence THUNE Directrice générale et Françoise BARRE-SINOSSI Présidente de Sidaction pour leur apport à ce guide.

Groupe expert prison de Sidaction :
François BES (Observatoire International des Prisons-Section française), **Valérie BOURDIN** (Association de Lutte contre le Sida, Lyon), **Jean-Luc BOUSSARD** (Corevih Ile de France-Est), **Denyse CASSIN** (Santé Info Solidarité Animation, Guyane), **Vincent FAUCHERE** (Unité sanitaire de Villeneuve Les Maguelonne), **Gueda GADIO** (réseau Kikiwi, Guyane), **Bénédicte GALLIOT** (Corevih Haut de France), **Jean-Claude GUICHARD** (Unités sanitaire et Cegidd en milieu pénitentiaire de Lille), **Meoin HAGEGUE** (Unité de Santé Publique / Clinical Epidemiology and Ageing , Hôpital Henri Mondor), **Myriam JOEL** (Centrale Supélec), **Joachim LEVY** (Nouvelle-Aube, Marseille), **Fadi MEROUEH** (Unité sanitaire de Villeneuve Les Maguelonne), **Anne MISBACH** (COREVIH Grand-Est), **Rose NGUYEN TAN LUNG** (Réseau Périnatal du Sud de l'Ile de France, Unité sanitaire de Fleury-Mérogis), **Ridha NOUIOUAT** (Sidaction), **Larissa PEÑA** (Primavera, Paris), **André-Jean REMY** (Unité sanitaire de Perpignan), **Djamila SIRAT** (Unité sanitaire des Baumettes), **Marie SUNER** (Santé Info Solidarité Animation, Ile de France), **Nathalie VALLET** (ARAPEJ 93), **Vincent VERNET** (Centre pénitentiaire de Vendin-le-Vieil).

Ridha Nouiouat



PRÉFACE

Ce recueil de recommandations à destination du milieu pénitentiaire édité par Sidaction est adressé à tous les acteurs associatifs. Il décrit les principales problématiques rencontrées par les acteurs intervenant en prison, recense les textes y afférents, et propose des ressources, des recommandations et des pistes d'action. Il est issu du travail de réflexion coordonné par Sidaction avec ses partenaires, et s'inscrit dans la continuité du « *Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire* » produit par l'association en 2011.

Ce recueil a été élaboré à l'issu d'un travail collectif engagé au sein des Programmes « Prévention et soutien en milieu pénitentiaire » du Service des Programmes France et du « *Groupe expert prison* » de Sidaction constitué d'acteurs du milieu carcéral. Il synthétise l'ensemble du plaidoyer de Sidaction sur les questions de santé en prison et l'explique sous la forme de recommandations, validées le plus souvent lors du colloque annuel « VIH et prison » de Sidaction.

La conception de ce document participe de la volonté de Sidaction de rendre accessible ce diagnostic partagé et s'inscrit dans les valeurs et les engagements défendus par l'association.

Les thématiques mises en avant sont : accès au droit à la santé, sortie de prison, aménagement de peine pour raison médicale, usage de drogue, sexualité, minorités incarcérées (trans,

étrangers, mineurs, femmes) et situation dans les prisons des départements français d'Amérique. Certains membres du groupe expert prison de Sidaction sont membres de Corevih et ont souhaité apporter leur contribution à travers le travail qu'ils mènent dans les prisons de leurs régions respectives. C'est une ébauche de ces solutions qui est proposée pour étayer cette volonté de faire émerger des solutions collectives. Un éclairage sur la recherche en prison est venu faire avancer les problématiques soulevées dans ce document.

Ce guide vise enfin à donner aux acteurs de la santé en milieu pénitentiaire les pistes sur lesquelles nous nous sommes mobilisées ces dernières années, pour induire des changements législatifs et lutter contre l'évolution des épidémies et les discriminations touchant ce public.

Pour cela, il s'est voulu volontairement accessible et simple d'utilisation pour permettre à tous de s'y impliquer.

Les chapitres consacrés aux minorités sont largement inspirés des avis du Contrôleur Général des lieux privatifs de liberté et reprennent en grande partie ses recommandations.



SOMMAIRE

PRÉFACE	5.
ÉDITO	9.
PARTIE I : PRIORITÉS IDENTIFIÉES	11.
ACCÈS AU DROIT A LA SANTÉ	15.
AMÉNAGEMENT DE PEINE POUR RAISON MÉDICALE	21.
SORTIE DE PRISON	25.
SEXUALITÉ EN PRISON	31.
USAGE DE DROGUE EN PRISON	37.
MINORITÉS EN PRISON : FEMMES	43.
MINORITÉS EN PRISON : MINEURS	47.
MINORITÉS EN PRISON : PERSONNES ETRANGÈRES	52.
MINORITÉS EN PRISON : PERSONNES TRANS	56.
DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE	61.
PARTIE II : PISTES D'ACTION	69.
TRAVAIL EN RÉGION : LA PLACE DES COREVIH	73.
LA RECHERCHE EN PRISON	81.
PARTIE III : RESSOURCES DISPONIBLES	89.



ÉDITO

Les personnes incarcérées aujourd'hui en France sont particulièrement exposées au VIH et aux hépatites. Pourtant, les recommandations de santé publique élaborées pour la population générale sont très inégalement mises en œuvre en prison, notamment les actions de réduction des risques liés à l'usage de drogue ou à la sexualité.

Si le dépistage du VIH est proposé au début de la détention, l'offre n'est pas réitérée au cours de l'incarcération. Or la difficulté d'accès au préservatif ou à la PrEP, comme l'impossibilité d'accéder à du matériel d'injection stérile exposent les personnes au risque de contracter le VIH ou une hépatite lors de l'incarcération.

Dans un contexte où le VIH est particulièrement tabou parmi les détenus, et le personnel de surveillance peu sensibilisé à cette question, l'entrée en prison peut amener certaines personnes vivant avec le VIH à interrompre la prise de leur traitement. Pour pallier l'absence de prise en compte de ces populations par les pouvoirs publics, Sidaction a créé en 2005 une mission spécifique sur la prison. Nous avons depuis favorisé et accompagné la réalisation d'actions de promotion de la santé, de prévention et d'accompagnement par des associations.

Ces actions permettent également une continuité de la prise en charge de ces publics fragiles, loin des structures médico-sociales, lors de leur incarcération mais également à leur libération.

Il reste cependant tant à faire, notamment en matière de connaissances des publics et des pratiques en prison mais aussi de lutte contre les discriminations afin de permettre une véritable égalité entre l'intérieur et l'extérieur de la prison.

Ce guide prolonge notre précédente publication (Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire), pour renforcer la sensibilisation des acteurs du milieu carcéral et leur proposer des solutions. Ainsi, nous contribuerons ensemble à améliorer le parcours de santé des personnes en prison.

*Françoise Barré-Sinoussi,
présidente de Sidaction
et lauréate 2008 du prix Nobel de médecine.*

Partie I

PRIORITÉS IDENTIFIÉES

« *L'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits.¹* »

Le 26 janvier 2016 l'Assemblée Nationale française adoptait la loi de modernisation de notre système de santé qui dans son article 41 préconisait « *L'Extension de la politique de réduction des risques au milieu carcéral* ». Celle-ci devait être définie dans un décret d'application dont la parution était prévue quelques mois plus tard. A ce jour, plus de 3 ans après, sous la pression de certains syndicats, celui-ci n'est jamais paru. Ces faits sont révélateurs des freins multiples rencontrés dès lors que sont proposés des évolutions dans ce milieu carcéral, qui en font un lieu particulier.

Bien que tous les textes relatifs au milieu carcéral insistent sur l'égalité entre l'intérieur des prisons et l'extérieur, dans la réalité celle-ci n'est jamais atteinte, notamment dans les domaines de la santé et de la réduction des risques et des dommages².

Les chiffres élevés du VIH et des hépatites en prison (7 fois plus que dans la population générale), les pratiques à risque d'exposition au risque viral en prison, la surpopulation en maisons d'arrêt et la vulnérabilité sociale des personnes incarcérées rendent la prison particulièrement pathogène pour la santé de ces publics³.

La découverte de la séropositivité à l'arrivée en prison n'est pas rare pour des personnes atteintes dont le quart est au stade sida et la grande majorité d'entre eux à un stade d'immuno-dépression sévère. Par ailleurs, à l'extérieur, les personnes placées sous main de justice constituent une population précaire, fortement désocialisée, souvent éloignée des circuits de prise en charge médico-sociale. De nombreuses personnes ignorent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH.

Globalement, la loi de modernisation de notre système de santé, votée en janvier 2016, en mettant l'accent sur la notion d'égalité et en introduisant les notions de parcours de vie, et de réduction des risques en milieu carcéral, représente une vraie opportunité pour ces populations d'obtenir une réelle équivalence entre le dedans et le dehors. Cependant, l'exemple cité en introduction montre bien que le comblement des inégalités sociales de santé, les objectifs de la cascade de soins française et l'inapplication des politiques de santé sur un territoire donné, peuvent échouer par l'absence de courage politique.

¹ Article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009

² Offre de soins en milieu carcéral en France : infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010.

³ Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004.



ACCÈS AU DROIT ET À LA SANTÉ

« *Des besoins de santé de la population carcérale importants mais mal documentés et des données épidémiologiques anormalement anciennes.*⁴ »

EN THÉORIE

Depuis le 18 janvier 1994, la prise en charge des personnes détenues est transférée du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé. Cela a entraîné la création des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) dépendantes de l'hôpital, dont les personnels doivent assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins identiques à celles accessibles à l'ensemble de la population.

Le 4 mars 2002, la loi confirme les droits du patient et donc du détenu (notamment santé et soins palliatifs) et instaure le principe de la suspension de peine pour raison médicale pour ce public.

En 2005 sont créés les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih) implantés dans les établissements publics de santé couvrant un territoire de référence à un niveau infrarégional, régional ou interrégional.

En 2009, le législateur en réformant l'hôpital reprend la notion de prévention et la replace dans un

cadre plus large de santé publique. Il lui donne une direction nationale mais plaide pour des déclinaisons régionales.

Une loi pénitentiaire votée le 24 novembre de la même année, dans son article 22, « *garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap et de la personnalité de la personne détenue* ».

Le 26 janvier 2016, bien qu'aucun décret d'application n'ait été publié, l'article 41 de la loi de modernisation du système de santé étend la RDRd (Réduction des risques et des dommages) au milieu carcéral.

A côté de cela, d'autres textes encadrent la santé en milieu pénitentiaire.

Ils sont destinés principalement aux soignants.

⁴Rapport de l'IGAS et l'IGSJ de novembre 2015 sur « L'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice ».

TEXTES APPLICABLES

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et qui prévoit la création de comités de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (Corevih).

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Autres :

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues publié en 2004 et circulaire de 2005. Une actualisation de ce guide méthodologique a été faite en 2012. Depuis 2017, cette actualisation se fait en ligne.

L'inventaire PRI²DE : Prévention du risque infectieux dans les prisons françaises, 2009.

Enquête Prévacar : Offre de soins en milieu carcéral en France concernant l'infection par le VIH et les hépatites, 2010.

Plan d'actions stratégiques 2010/2014 : politique de santé pour les personnes sous main de justice.

Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts – rapport Morlat 2013 et actualisations.

Rapport de recommandations 2016 pour la « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C », sous la direction du Pr. Daniel Dhumeaux.

Instruction DGS MC 2/DGOS/R4 du 17 novembre 2010 : organisation de la prise en charge des addictions en détention : du repérage à la sortie de détention.

Guide des bonnes pratiques des traitements de substitution aux opiacés en milieu carcéral DGS — 2011.

EN PRATIQUE

D'après l'enquête Prévacar (DGS-INVS, 2010), la prévalence du VIH en prison était estimée à 2% (contre 0,37 % en population générale) : 94% des personnes détenues vivant avec le VIH étaient sous traitement mais 28% étaient au stade sida ; 74% avaient moins de 350 lymphocytes CD4/mm³ et 72% de celles-ci étaient traitées. 24% des personnes détenues vivant avec le VIH avaient découvert leur séropositivité en prison. La prévalence du VHC était estimée à 4,8% (contre 0,75 % en population générale) : 70 % des personnes détenues contaminées par le VHC l'avaient été par usage de drogue ; 46% étaient porteurs du virus (quantification de l'ARN VHC positive) et 36% de celles-ci recevaient un traitement.

DES DIFFICULTÉS COMMUNES À TOUTES LES PATHOLOGIES :

- **Manque de moyens humains et matériels** : Insuffisance de personnel (alors que des postes notamment médicaux sont budgétés), inadéquation des locaux, absence de permanence des soins aux heures et jours de fermeture des unités sanitaires.
- **Conditions et modalités d'extractions médicales inadaptées** : manque d'escorte, moyen de contrainte et de présence des personnels pénitentiaires.
- **Dispensation et gestion des médicaments non-adaptés** : stockage en cellule, risque de trafic, extorsion...
- **Inadéquation des locaux et des moyens humains** à la perte d'autonomie, au handicap et à la fin de vie.
- **Insuffisance de la mise en œuvre**, pour raison médicale, des aménagements et/ou suspensions de peine et des permissions de sortir.
- **Absence de mise en place de couverture sociale** pour certaines personnes détenues entraînant des risques de perte de droits à la sortie. Il est cependant à noter que depuis 2015, l'Administration pénitentiaire s'appuie sur un référentiel des droits sociaux pour une couverture de toutes les personnes détenues.

DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES AU VIH ET AUX HÉPATITES :

- Absence de prise en compte par l'Etat du taux de prévalence élevé du VIH et des hépatites dans ses politiques pénitentiaires.
- Insuffisance du dépistage notamment lors de la détention, et manque d'information sur le VIH, les IST et les hépatites : si la proposition de test de dépistage du VIH et des hépatites est quasi systématique (93% des unités sanitaires), le renouvellement de cette proposition en cours de détention est insuffisant (52%) (Cf. Prevacar et BEH 14-15 du 20 juin 2017). Il n'existe pas de budget TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) dédié aux USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire).
- Couverture vaccinale au VHB inconnue : si les prévalences du VIH et du VHC ont été documentées par l'étude Prevacar, il n'y a aucune donnée de prévalence du VHB dans les prisons françaises.
- Insuffisance des consultations spécialisées : hépatologues, gynécologues...
- Absence de politique de réduction des risques et des dommages liés aux VIH et aux hépatites : méconnaissance par les équipes soignantes et les personnes détenues, et sous-utilisation des protocoles de traitement post-exposition (TPE).
- Confidentialité et secret médical limités.

RECOMMANDATIONS

Le principe d'équivalence de la qualité et de la continuité des soins avec ceux proposés à la population générale reste un objectif à atteindre.

L'ETAT DOIT :

- Assurer la réalisation par les unités sanitaires d'un recueil épidémiologique annuel sur l'état de santé de l'ensemble de la population carcérale et de ses pratiques.
- Mettre à la disposition des personnes détenues les mêmes outils de prévention qu'à l'extérieur, y compris en les autorisant à les cantiner : préservatifs féminins et masculins avec gels, autotests, accès à la Prophylaxie Pré-Exposition (PREP) ou au Traitement post-exposition (TPE), matériel de stérilisation pour diverses pratiques (dominos dans les départements français d'Amérique, tatouages, coiffure...)...

- Assurer une offre de dépistage adaptée à l'ensemble de la population carcérale en :
 - améliorant les dispositifs de dépistage à l'entrée.
 - généralisant les propositions de renouvellement de dépistage en cours de détention, notamment au moyen des TROD.
 - accompagnant la mise en place des TROD en prison : par les associations, les CSAPA, les CAARUD, les USMP...
 - informant les personnes détenues plus précisément sur les procédures de dépistage, les délais et les modalités de rendu de résultat tout en respectant le refus de test des personnes.
- Garantir un parcours de santé de qualité et adapté à l'ensemble de la population carcérale en :
 - assurant le respect de la confidentialité.
 - mettant en place des programmes d'éducation thérapeutique accompagnée, impliquant des moyens supplémentaires auprès des hôpitaux.
 - généralisant les parcours de soins intégrés ; les actions d'information et d'éducation à la santé sur les thématiques VIH, hépatites et IST aux personnes détenues et aux personnels ; les consultations spécialisées VIH et hépatites au sein des USMP ; l'accès aux traitements post-exposition ; le recours à l'interprétariat, la diffusion d'informations aux personnes détenues en langues étrangères.
- Mettre en place, dès l'entrée, un programme de préparation à la sortie en :
 - prévenant les risques de rupture de droits, notamment à la santé : initier ou renouveler dès l'entrée en détention les demandes d'ALD, d'AAH, de CMU-C... (conformément au référentiel des droits sociaux de la Direction de l'Administration Pénitentiaire- DAP).
 - mobilisant une partie des moyens de travail social existant dans les @ hôpitaux de rattachement.
 - généralisant les procédures formalisées pour la continuité des soins à la sortie,
 - améliorant les liens avec l'administration pénitentiaire et judiciaire autour de la programmation des libérations et des transferts.
 - offrant autant que possible une continuité du lien thérapeutique ou d'accompagnement, par des acteurs travaillant dedans et dehors, avec le même public.
 - mettant à disposition des personnes détenues et des personnels soignant un annuaire des établissements médico-sociaux et des adresses utiles pour les sortants de prisons.



AMÉNAGEMENT DE PEINE POUR RAISON MÉDICALE

Dès lors que la prison n'est pas en mesure d'assurer des soins et une prise en charge adaptée à l'état de santé d'une personne détenue, celle-ci doit bénéficier d'une sortie de prison anticipée pour accéder aux soins.

EN THÉORIE

Toute personne, majeure ou mineure, condamnée à une peine privative de liberté peut solliciter un aménagement de peine pour raison médicale, s'il est établi qu'elle est atteinte d'une pathologie engageant son pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention, sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction.⁵

Qui plus est, « La mise en œuvre par le ministère de la justice d'une véritable politique pénale en matière de permission de sortir, d'aménagement, et de suspension de peine pour raison médicale, serait de nature non seulement à réduire le nombre d'extractions médicales mais encore à favoriser la réinsertion par un accès aux soins dans des conditions plus compatibles avec les impératifs de respect de la dignité des personnes et du secret médical⁶ ».

Selon l'état de santé et la situation pénale, plusieurs dispositifs peuvent permettre à des personnes détenues souffrant de problèmes de santé (mentale ou physique) de sortir momentanément ou durablement de prison :

- Personnes en détention provisoire : Mise en liberté pour raison médicale.
- Personnes condamnées : Semi-liberté, placement à l'extérieur, placement sous surveillance électronique, libération conditionnelle, Suspension de peine pour raisons médicale.

⁵ Article 720-1-1, Alinéa 1er du Code de procédure pénale.

⁶ « Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice » IGAS – IGJS RAPPORT. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Evaluation-politique-de-sante-PPSMJ_Rapport%20definitif.pdf

TEXTES APPLICABLES

Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 :

- Lutte contre la surpopulation carcérale en renforçant les dispositifs d'alternative à l'incarcération.
- Développe des mesures en milieu ouverts et des aménagements de peines.
- Reconnaît la condition juridique du détenu (droits civiques, sociaux, religieux...) et confirme le principe d'équivalence de Prise En Charge sanitaire et de continuité de soins (art. 46).

Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales : assouplit les conditions d'octroi d'une Suspension de Peine pour Raison Médicale et introduit la possibilité de mise en liberté pour motif médical chez les personnes détenues non condamnées.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice : supprime l'impossibilité de prononcer une suspension de peine pour raison médicale pour les personnes hospitalisées sans consentement et permet l'octroi d'une libération conditionnelle à l'issue d'un délai de 1 an de suspension de peine pour raison médicale et non plus 3 ans.

EN PRATIQUE

CES MESURES DEMEURENT INSUFFISAMMENT ACCORDÉES :

- Manque de maîtrise des dispositifs par les *médecins d'unités sanitaires*.
- Manque de maîtrise des droits et procédures par les *avocats et les clients*.
- Manque de disponibilité des *experts médicaux* pour les expertises, pas toujours adaptée à la pathologie, et non prise en compte des conditions réelles de vie du malade.
- Absence de *travailleurs sociaux* (ASE, CPIP...) pour la mise à jour des droits sociaux : hébergement, droit des personnes étrangères...
- Rejets de dossiers ou insuffisance de prise en compte du statut de malade par les *magistrats* concernant les motifs d'incarcération et les peines.
- Manque d'hébergement adapté pour la sortie, sur lequel achoppent de nombreuses procédures de suspension de peine pour raison médicale.
- Réticences des structures médico-sociales à l'accueil de sortants de prison.

RECOMMANDATIONS

La suspension de peine pour raison médicale doit permettre la libération de personnes souffrant de graves problèmes de santé, durablement incompatibles avec un maintien en détention, ou mettant en jeu leur pronostic vital.

L'ETAT DOIT :

- Améliorer le suivi médical en :
 - commençant la prise en charge des personnes dès l'annonce de la pathologie et en veillant à ne pas l'aggraver en prison.
 - sensibilisant les soignants à la mise en place de ces dispositifs dès que les conditions sont réunies.
 - formant les soignants aux dispositifs notamment leur extension aux prévenus et à la santé mentale.
- Former et sensibiliser tous les acteurs impliqués dans la prise en charge :
 - personnels de santé, justice (magistrats, avocats), administration pénitentiaire, structures extérieures.
 - personnes détenues sur les droits : information orale (intervenants extérieurs, CPIP, soignants...), écrite (livret d'accueil, documents en bibliothèque, en unité sanitaire...)
 - personnels des structures médico-sociales à l'accueil des sortants de prison malades afin de permettre l'aménagement des peines.
- Favoriser la coordination en :
 - Mettant en place un poste de travailleur social dans chaque unité sanitaire.
 - Développant le travail social dans les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation ou SPIP (dedans-dehors).
 - Privilégiant le statut de malade sur les motifs d'incarcération ou la durée de la peine.
- Augmenter les places d'hébergement pour sortants de prison malades et inciter les structures d'hébergement à garantir un nombre suffisant de places et permettre la mise en place des dispositifs.
- Améliorer l'expertise médicale par des grilles d'expertises adaptées aux pathologies et aux conditions réelles de vie sur le lieu de détention.



SORTIE DE PRISON

« *Ce ne doit plus être au patient de s'adapter au système, mais au système de s'organiser pour répondre à ses besoins* ».⁷

EN THÉORIE

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est venue renforcer deux affirmations et garantir aux personnes sortant de prison :

- Une politique de santé qui relève de la responsabilité de l'Etat : conditions de vie favorables à la santé, amélioration de l'état de santé de la population, réduction des inégalités sociales et territoriales, égalité entre les femmes et les hommes, meilleure sécurité sanitaire possible, et accès effectif de la population à la prévention et aux soins.
- Une organisation des parcours de santé des personnes par : la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale.

TEXTES APPLICABLES

Loi de santé du 18 janvier 1994.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

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

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

EN PRATIQUE

CES MESURES DEMEURENT INSUFFISAMMENT ACCORDÉES :

- Absence de temps social en USMP (ASE, médiateur...) pour coordonner avec les services pénitentiaires et judiciaires les démarches de santé et d'accès aux droits.
- Réduction du temps social au niveau du SPIP par défaut de personnel, les CPIP (Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) s'étant majoritairement orientés vers la lutte contre la récidive (loi pénitentiaire de novembre 2009).
- Non maîtrise de l'écrit par certains personnes détenues, notamment les personnes étrangères, préalable à toutes les démarches vers les structures internes ou externes de la prison.
- Problème de l'interprétariat, de la traduction par des pairs communautaires...
- Problème de la domiciliation en sortie de prison : SDF, absence de démarche...
- Problème de l'ouverture des droits en détention pour éviter une rupture de soin à la sortie : CAF, Pôle emploi, impôts, mairie, préfecture, CPAM...
- Méconnaissance par les personnes détenues de certaines conditions pouvant donner accès à des *permissions de sortir* et *autorisations de sortie* pour circonstances familiales : naissance, décès, maladie, participations à des colloques ou événements, emploi...
- Problèmes des consultations spécialisées externes et des extractions : peuvent être annulées car les conditions minimales ne sont pas réunies.
- Non remise systématique du dossier médical en sortie de prison : prise de rendez-vous, traitements, ordonnances...

RECOMMANDATIONS

Les personnes détenues doivent être aidées, avant leur libération, par des procédures et des programmes spécialement conçus pour leur permettre de faire la transition entre la vie carcérale et une vie respectueuse du droit interne au sein de la collectivité.⁸

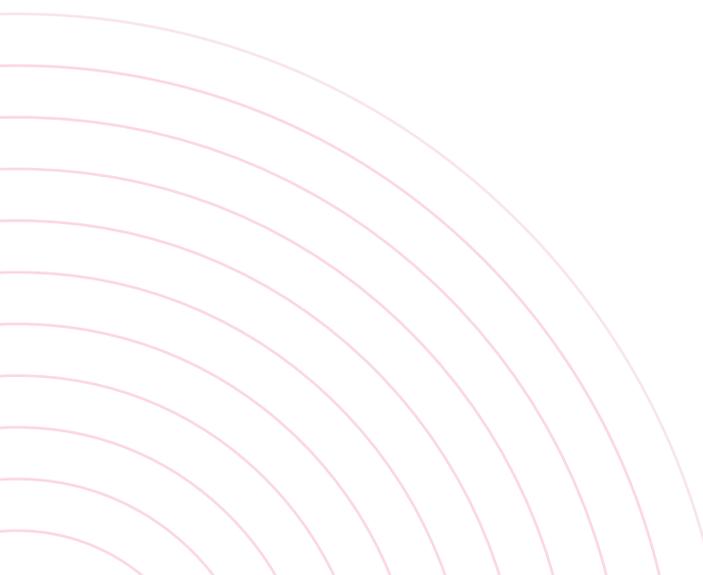
L'ÉTAT DOIT :

- Prévoir un temps de travailleur social qui doit être organisé dans chaque unité sanitaire. Ce temps consacré à la prise en charge sociale ne doit pas être arbitraire mais calculé sur des critères clairs.
- 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 aux droits).
- Donner les moyens humains et financiers aux différents services (USMP, SPIP, SMPR, Associations...) pour que la *préparation à la sortie* soit mise en route dès l'entrée.
- Créer une coordination interdisciplinaire afin d'assurer les liens entre les structures intervenant à l'intérieur (USMP, 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, USMP, SPIP, SMPR, CAF, Préfecture, associations, Education Nationale, Services de Domiciliation...).
- Mettre en réseau les différents acteurs intervenant à l'extérieur de la prison pour faciliter la réinsertion des personnes détenues à leur sortie.

⁷ Le parcours de santé des personnes dans la loi de santé du 26 janvier 2016.

⁸ Conseil de l'Europe, Comité des Ministres aux Etats membres, recommandation de 2006 sur les Règles pénitentiaires Européennes.

- **Donner plus de moyens financiers aux centres scolaires et aux organismes de formation** afin que la prison remplisse sa mission de réinsertion, notamment en sensibilisant les Conseils Régionaux à ce que leurs budgets consacrés à la formation professionnelle en prison, fléchés « Publics en difficulté », jouent bien leur rôle pour ces populations.
- **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 : USMP, SPIP, SMPR, surveillants, associations (ex : prévention du suicide, transmission virale, droits des personnes étrangères...).
- **Inciter les soignants** à mettre en place les *dispositifs de régularisation du séjour pour soins* pour les personnes étrangères ne bénéficiant pas d'un droit de séjour sur le territoire français.
- **Inciter les soignants** à remettre à tous les détenus leur *dossier médical* à la sortie et un *traitement suffisant* pour leur permettre d'assurer son renouvellement lors de la consultation à l'extérieur avec le médecin traitant.





SEXUALITÉ EN PRISON

Aucun texte législatif n'interdit des relations sexuelles consenties, ni en prison, ni en parloir.

EN THÉORIE

Toute personne détenue, prévenue ou condamnée, peut recevoir la visite en Unités de Vie familiale (UVF) ou en Parloirs Familiales (PF) d'un membre de sa famille ou d'un proche, titulaire d'un permis de visite. La sexualité n'est pas interdite en prison où les personnes détenues ont libre accès aux préservatifs mis à leur disposition.

TEXTES APPLICABLES

Lois pénitentiaires de 2009 et de 2014.

Circulaire du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre l'infection par le VIH en milieu pénitentiaire : sur la libre-disponibilité des préservatifs en prison (reconnaissance de fait par l'Administration pénitentiaire d'une sexualité en prison).

Circulaire du 9 juin 2011 : affirmation du droit à la sexualité des personnes détenues.

Règles Pénitentiaires européennes (Conseil de l'Europe en 1973 puis modifiées en 1987 et 2006).

Textes de l'ONU (*Règles minimales pour le traitement des personnes détenues, 1955*).

Convention européenne des droits de l'homme (de la Cour européenne des DH) et Déclaration Universelle des droits de l'Homme et du citoyen de l'ONU.

Note du 4 décembre 2014 relative aux modalités d'accès et de fonctionnement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux.

EN PRATIQUE

- **Existence de rapports** en prison, qui, avec l'échange de matériel chez les personnes toxicomanes, restent l'une des causes possibles de contamination au VIH en prison.
- **Risque de sanctions disciplinaires**, notamment la privation de parloirs, si des relations sexuelles y sont constatées : « *Constitue une faute disciplinaire du deuxième degré le fait, pour une personne détenue : d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur* ». **Article R.57-7-2 du Code de Procédure Pénale.**
- **Absence de mixité en prison** : La prison est la seule institution non-mixte de la république et constitue de ce fait un lieu d'exception. Cela se répercute sur les rapports des personnes entre elles, très hétéro-normés, et sur celles avec leurs proches à l'extérieur.
- **Perception très hétéro-normée de la notion de famille** : l'évolution de la société française, notamment, dans le cadre de la loi sur le mariage entre personnes de même sexe (loi n° 2013-404 du 17 mai 2013), introduit un sens nouveau à la notion de famille, qui bien que parfois prolongée en prison, reste difficilement compatible avec les normes de ce lieu qui est censé préparer les personnes détenues à un retour dans la société.
- **Interdiction des relations sexuelles en prison** : pour certains personnels, l'interdiction des relations sexuelles revêt un caractère punitif à préserver, la prison répondant à un principe de sévérité et n'ayant de légitimité qu'au regard des privations qu'elle induit.
- **Evacuation de la question de la sexualité en prison** : la mise en place des Unités de Vie Familiale répond à une dimension de maintien du lien familial et une logique de resocialisation où la question de la sexualité en prison est évincée.
- **Propagation de certaines épidémies** : la prison est un lieu propice à la propagation des maladies sexuellement transmissibles. Les pratiques sexuelles, subies ou consenties, n'y sont pas rares et se font dans des conditions favorisant les risques. Bien que les préservatifs existent en théorie dans les établissements pénitentiaires, leur utilisation est peu courante du fait de la difficulté parfois à y accéder, de leur absence, ou de situations qui ne favorisent pas leur utilisation.

RECOMMANDATIONS

L'ETAT DOIT : DE MANIÈRE GÉNÉRALE

- **Reconnaître la sexualité en prison en** :
 - **Abolissant les peines disciplinaires** touchant les permis de visite pour des motifs liés à des contacts lors des parloirs familles.
 - **Adoptant une approche positive et respectueuse** de la sexualité et des relations sexuelles ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risques, libres de toute coercition, discriminations, ou violences.
- **Reconnaître un droit à l'intimité en** :
 - **créant des espaces d'intimité** dans tous les lieux de privation de liberté : UVF, parloirs intimes et cellule.
 - **garantissant un droit à l'intimité** en cellule et dans les parloirs.
 - **garantissant le libre accès** des personnes détenues aux courriers, correspondances, numéros téléphoniques autorisés et préservatifs, y compris en parloirs.
- **Généraliser les lieux d'intimité en prison (UVF, parloirs intimes, salons familiaux...)** en :
 - **généralisant ces dispositifs**, y compris en maison d'arrêt, en alignant les normes des parloirs sur celles des UVF.
 - **favorisant le développement** des permissions familiales de sortie.
 - **créant des cellules, des parloirs et des salons intimes** afin de pallier le manque d'UVF, en y respectant le droit à l'intimité.
 - **permettant l'accessibilité** des personnes détenues aux UVF, sans conditions de ressources ou de bonne conduite en détention.
- **Généraliser les lieux de mixité en** :
 - **permettant** à des personnes détenues des deux sexes de participer à des activités communes sur un même établissement : ateliers, groupes de parole, forums..., notamment en faisant une application stricte dans tous les établissements mixtes en France, de l'article 28 de la Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.
 - **facilitant** les échanges entre établissements ayant des publics différents ou à l'extérieur : organisation de manifestations communes, participation à des événements...
 - **généralisant** pour les personnes détenues : l'accès à des groupes de parole autour de la sexualité et de la santé sexuelle et à un soutien psychologique dans ce domaine.

- **Former tous les personnels pénitentiaires** : aux questions du droit des personnes (intimité, sexualité, lutte contre l'homophobie...) en formation initiale (ENAP) et continue.
- **Permettre aux personnes trans incarcérées d'accéder** à un dispositif médical adapté mais aussi de vivre dans des conditions dignes sans être isolées au sein des établissements.
- **Rendre effectif le droit à procréer** et l'accès à l'assistance médicale à la procréation pour les personnes détenues.
- **Cesser d'être une exception dans la République française** en étant la seule institution non-mixte en France.

EN MATIÈRE DE VIH ET D'HÉPATITES :

- **Assurer un dépistage adapté à l'ensemble de la population carcérale** (voir recommandations du chapitre « Accès à la santé ») en :
 - veillant à la systématisation de la proposition de dépistage et de vaccination du VHB à l'entrée sur tous les établissements, en donnant une information détaillée sur le rendu des résultats tout en respectant les refus de tests.
 - multipliant le dépistage en détention afin de prolonger la proposition à l'entrée, de dépister toutes les personnes détenues et d'identifier d'éventuelles contaminations en prison.
- **Mettre en place des actions d'Information Education Communication (IEC)** en :
 - mettant en place un véritable programme d'éducation à la santé sexuelle et à la réduction des risques sexuels durant tout le parcours de détention des personnes.
 - facilitant la possibilité pour les personnes détenues d'échanger avec des professionnels à l'intérieur sur les pratiques sexuelles en prison (parloirs, détention, pratiques...), afin de libérer les angoisses, lever les tabous et leur permettre de faire face aux risques.
 - facilitant l'accès de toutes les personnes détenues aux numéros verts gratuits relatifs à la sexualité (Sida Info Service, Hépatites Info Service), leur permettant d'interroger des professionnels, de manière anonyme, sans avoir à révéler leur statut de détenu.
- **Mettre en place une véritable politique de prévention et Réduction des Risques et des Dommages (RDRd)** en :
 - mettant à disposition des personnes détenues des préservatifs masculins avec gel et féminins dans tous les lieux de détention (y compris dans la trousse des arrivants et aux parloirs) et pas seulement à l'unité sanitaire.
 - multipliant l'information sur les risques sexuels et les moyens de prévention et facilitant l'accès aux traitements post-exposition, en veillant à la disponibilité d'un kit dans tous les établissements.
 - mettant en place des procédures permettant aux personnes détenues de faire face à toutes les situations d'expositions aux risques, notamment en cas de viols.

- préparant la sortie de prison en permettant aux personnes détenues d'aborder la question de la sexualité à l'extérieur et les orienter en sortie de prison.
- **Assurer une prise en charge effective en :**
 - veillant à prendre en charge, dès l'entrée, les personnes présentant des infections sexuellement transmissibles et les encadrer dans une prise en charge plus globale allant de l'accompagnement psychologique jusqu'à la possibilité d'accéder à des protocoles lourds ou des essais thérapeutiques.
 - permettant l'accès des personnes détenues aux traitements contre l'hépatite C dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur, en anticipant la question de leur coût.
 - veillant à la continuité des soins pour les sortants de prison en anticipant la question du relais des traitements à l'extérieur, notamment par le maintien des droits sociaux et la mise à disposition du dossier médical à la personne détenue.
 - Permettant la délivrance de traitements, pour une durée suffisamment longue (1 à 3 mois), à la sortie de détention.
- **Veiller à la formation et la sensibilisation des personnels en :**
 - intégrant la question de la sexualité dans le travail de réinsertion des personnes par les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation.
 - facilitant la collaboration avec l'unité sanitaire pour la réalisation du diagnostic social de chaque personne détenue.
 - élargissant la formation à la question de la sensibilisation aux questions de santé sexuelle et de réduction des risques et des dommages.
 - étendant la formation aux soignants, dont certains restent encore trop en retrait du rôle qui devrait être le leur dans ce domaine.
- **Développer des approches spécifiques en :**
 - facilitant l'accès des structures extérieures afin qu'elles apportent leur expérience en matière de sexualité et de santé sexuelle et qu'elles appuient le travail fait par les personnels auprès des personnes détenues.
 - adaptant les approches de santé sexuelle aux questions des minorités en prison : étrangers, mineurs, femmes, personnes trans...
 - luttant contre l'isolement des personnes, notamment les personnes trans, en veillant à ce qu'ils/elles n'aient pas un traitement différencié par rapport au reste de la population carcérale et notamment l'accès à toutes les activités disponibles en prison (bibliothèques, activités, sport, promenades...).
 - facilitant l'accès à des traitements spécifiques pour ces publics (hormonothérapie, prise en charge des psycho-traumatismes par EMDR...), notamment quand celui-ci a été prescrit avant l'arrivée en prison.

USAGE DE DROGUE EN PRISON

«Les mesures de réduction des risques telles qu'elles sont mises à disposition de la population générale devraient également être introduites en prison ». OMS, Conseil d'Europe.

EN THÉORIE

- La réduction des risques (RDRd) liés à la toxicomanie désigne l'ensemble des stratégies de soin et de prévention visant à limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de psychotrope.
- Initiée en 1987 avec l'épidémie du VIH (prise en charge pragmatique des usagers de drogues par voie intraveineuse UDIV), la politique de « réduction des risques » préconisait des mesures comme les programmes d'échanges de seringues (PES), les traitements de substitutions aux opiacés (TSO), la prévention ou le dépistage du VIH. Ces mesures ont fait la preuve de leur efficacité : amélioration de la situation sanitaire (chute de l'incidence et de la prévalence du VIH chez les usagers de drogue par voie injectable) et de leur situation sociale en dépit d'un cumul de vulnérabilités sociales et sanitaires.
- Les personnes détenues ayant le droit de bénéficier de soins équivalents à l'ensemble de la population, la politique de RDRd doit s'étendre aussi aux prisons, comme le réaffirme la loi en 2016.
- Comme le rappellent tous les textes nationaux et internationaux, « Il est évident que les gouvernements ont la responsabilité morale et juridique de prévenir la propagation du VIH parmi les personnes détenues et le personnel carcéral et de prendre soin de ceux qui sont infectés. Ils ont aussi la responsabilité de prévenir la propagation du VIH en population générale. Les personnes détenues font partie de la population générale ; ils en sont issus, et y retournent. Protéger les personnes détenues, c'est protéger la population toute entière. »



TEXTES APPLICABLES

Les textes RDRD :

- L'article L.3121-3 du code de la santé publique affirme le rôle de l'Etat en matière de réduction des risques chez les usagers de drogue.
- L'article L.3121-4 du code de la santé publique définit la politique de réduction des risques chez les usagers de drogue.
- L'article L.3121-5 du code de la santé publique prévoit la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD), anonymes et gratuits, leur financement et le référentiel national de réduction des risques. Ce texte prévoit l'ensemble des actions à mener en matière de réduction des risques.
- L'article D.3121-33 du code de la santé publique et son annexe définissent le référentiel de réduction des risques en direction des usagers de drogue.

En France :

- Loi du 18 janvier 1994 : santé en prison délégué à l'hôpital.
- Loi pénitentiaire 2009.
- Loi de santé du 26 janvier 2016.
- CNS : avis du 10 septembre 2009.
- Expertise collective INSERM : RDRd chez les UD (2010).

Dans l'Union Européenne :

- Recommandation du Conseil de l'UE de 2003 relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie.
- Stratégie antidrogue UE 2005-2012 :
- EU-Action Plan 2005-2008 ; Objectif 13 : développer des alternatives à l'incarcération et des services à l'intention des usagers de drogues en prison, au regard des législations nationales.
- EU-AP 2009-2012 ; Objectif 9 : donner accès aux soins aux usagers de drogues en prison afin de prévenir et de réduire les risques associés à l'usage de drogues.

EN PRATIQUE

- **Inapplication stricte des lois de santé de 1994 et 2016 et pénitentiaire de 2009** (équivalence de soins et de politique de RDRd avec le milieu ouvert) : l'inadéquation entre une logique médicale et une logique pénitentiaire se fait au détriment des personnes détenues. Au risque sanitaire s'ajoute une peine judiciaire.
- **Sur-représentation** des usagers de drogue en prison (DREES 2003).
- **Haut lieu de pratiques à risques** (73% des personnes détenues déclarent au moins une pratique addictive en prison; VIH et hépatites 7 fois plus nombreux que dans la population générale...) mais aussi de **précarité somatique et psychologique, sociale et judiciaire** : relations sexuelles, tatouages/piercings, injections et partages de seringues (Coquelicot, Pride, Prévacar).
- **Présence effective de drogue** : fouilles, prélèvements des eaux usées, prélèvements urinaires...
- **Inefficacité** de la distribution d'eau de javel.
- **Insuffisance des traitements de substitution aux opiacés** à contrer le risque de transmission du VIH et du VHC conséquent au partage de seringues entre prisonniers.
- **Présence d'injection** en prison y compris celle des stéroïdes anabolisants dans le cadre des pratiques de développement de la masse musculaire.
- **Présence assez importante de maladies mentales** (schizophrénie : 8% des personnes détenues en prison) et de poly-pathologies en prison.
- **Méconnaissance des pratiques et de l'incidence du VIH et des hépatites** en prison.
- **Cumul de vulnérabilités sociales** : précarité du logement, pas toujours d'accès aux soins ou au titre de séjour pour les exilés, les étrangers et les demandeurs d'asile.

Insuffisance de moyens actuels de la RDRd dans les prisons française

- **RDRd sanitaires** : les consultations médico-psychologiques, psychiatriques et addictologiques sont insuffisantes, de même que l'accès aux traitements de substitution aux opiacés ; la présence des CSAPA, CAARUD et des CeGIDD en prison n'est pas toujours possible ; les possibilités d'accès aux dépistages ne sont pas optimales ; les traitements post-exposition au VIH sont peu pratiqués ; la mise à disposition de préservatif et d'eau de Javel est souvent problématique et l'information, l'éducation à la santé, les formations et les groupes de parole ne sont pas souvent mis en place.

- **RDRd sociaux** : si les travailleurs sociaux font souvent défaut dans les USMP, ce sont les éducateurs spécialisés des CSAPA, des CAARUD et des associations qui contribuent à la prise en charge sociale des personnes détenues en situation d'addiction(s). Aujourd'hui les CPIP n'ont plus la compétence pour faire le diagnostic et le traitement social.

- **RDRd judiciaires** : la préparation à la sortie n'est pas optimale (en particulier l'accès aux soins) ; la récidive est fréquente ; les aménagements de peine ne peuvent pas toujours être organisés si l'encadrement social, l'hébergement et les papiers d'identité font défaut.

- **Les Programmes d'Echanges de Seringue (PES)** n'existent pas dans les prisons françaises, seules quelques USMP pratiquent des dispensations (non autorisées) individuelles de seringues propres.

L'inapplication stricte des lois de santé et pénitentiaire de 1994, de 2009 et 2016 (équivalence de soins et de politique de RDRd avec le milieu ouvert) est, au vu des risques accrus sanitaires et sociaux préexistants à la détention et au cours de celle-ci, une perte de chance individuelle mais aussi pour la collectivité carcérale et la population générale. L'inadéquation entre une logique médicale et une logique pénitentiaire se fait au dépend des personnes détenues. Au risque sanitaire s'ajoute la peine judiciaire.

Constat des pays ayant mis en place des programmes d'échanges de seringues en prison :

- Pas d'usage des seringues en tant qu'arme et recyclage sans danger des seringues usagées.
- Pas d'augmentation de l'usage de drogues ou l'injection auprès des non-injecteurs.
- Réduction de l'exposition au risque et prévention de la transmission.
- Effets positifs sur la santé des personnes détenues dans des contextes carcéraux différents et pas d'affaiblissement des programmes d'abstinence.
- Diminution de la violence dans la plupart des prisons ayant mis en place ces programmes. Ces moyens mis en œuvre dans les prisons françaises, de manière hétérogène d'une prison à l'autre, sont globalement très insuffisants si on les compare à ceux déployés dans le milieu extérieur.

RECOMMANDATIONS

L'ETAT DOIT : EN COMPLÉMENT DES RECOMMANDATIONS NATIONALES (CNS, INSERM...), EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES (CONUDC, MANDELA RULES)

- Offrir aux personnes détenues usagers de drogue les mêmes soins, prévention et conseils qu'ils recevraient à l'extérieur.
Faire bénéficier les personnes détenues d'un accès facilité et confidentiel aux seringues et les associer à la mise en place de ces PES : la mise en place de programmes pilotes évalués avec attention peut faciliter la mise en place de PES mais ne doit pas bloquer leur diffusion.
Englober la RDRd dans les séances d'information et d'éducation à la santé destinées aux personnes détenues et l'élargir à la formation de tous les personnels.
Mettre à la disposition de toutes les personnes détenues, l'ensemble des outils de la RDRd en associant aux programmes, les personnels pénitentiaires.
Faciliter l'accès à l'ensemble des prisons aux structures recevant les usagers de drogue comme les CAARUD ou les associations communautaires.
Dépister à l'entrée et renouveler l'offre de dépistage pendant l'incarcération.
Mettre en place, avec l'accord de la personne, un parcours de santé étendu à la sortie et prenant en compte son statut social et psychologique en s'appuyant sur un travailleur social au niveau de l'unité sanitaire et en associant le tissu médico-social (CAARUD et CSAPA) et les associations.

MINORITÉS EN PRISON : FEMMES

« Les lois s'appliquent de manière indifférenciée aux adultes quel que soit leur sexe. »⁹

EN THÉORIE

La Loi impose au système pénitentiaire :

- « Des mesures spéciales doivent être prises afin de répondre aux besoins hygiéniques des femmes. ». Règle pénitentiaire européenne n°19.7.
- « Les autorités doivent également respecter les besoins des femmes, entre autres aux niveaux physique, professionnel, social et psychologique, au moment de prendre des décisions affectant l'un ou l'autre aspect de leur détention. ». Règle pénitentiaire européenne n° 34.1.
- « Des efforts particuliers doivent être déployés pour permettre l'accès à des services spécialisés aux détenues qui ont des besoins tels que mentionnés à la Règle 25.4 (Une attention particulière doit être portée aux besoins des personnes détenues qui ont subi des violences physiques, mentales ou sexuelles.). ». Règle pénitentiaire européenne n° 34.2.
- « Les détenues doivent être autorisées à accoucher hors de prison mais, si un enfant vient à naître dans l'établissement, les autorités doivent fournir l'assistance et les infrastructures nécessaires. ». Règle pénitentiaire européenne n° 34.3.

⁹ Règles pénitentiaires européennes.



TEXTES APPLICABLES

- Journal Officiel De La République Française du 18 février 2016 : Contrôleur général des lieux de privation de liberté : Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté.
- Sénat, Délégation aux droits des femmes et à l'Égalité des chances entre les Hommes et les Femmes : rapport d'information n° 156 (2009-2010). www.senat.fr/commission/femmes/index.html
- Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
- Règles pénitentiaires européennes (relatives aux femmes).
- Loi de santé du 26 janvier 2016.

Référence : Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

EN PRATIQUE

La prison est le seul endroit de « non-mixité » dans la République et constitue ainsi une « exception » qui contrevient gravement à ses principes.

En France, les femmes privées de liberté sont discriminées et exclues de certaines structures spécialisées par :

- **La répartition géographique des établissements :**
 - Un maillage territorial de nature à porter atteinte au maintien des liens familiaux.
 - Des structures spécialisées, dont l'hébergement presque exclusivement masculin, constituent une inégalité de traitement : situation particulière des mineures ; accès restreint au régime de la semi-liberté.
- **Leur faible nombre et les règles de non-mixité au sein des établissements pénitentiaires :**
 - La sous-représentation des femmes au sein des établissements pénitentiaires, un frein à une gestion individualisée de leur détention.
 - L'enclavement des secteurs femmes dans des établissements pénitentiaires majoritairement masculins, un obstacle à l'effectivité de leurs droits fondamentaux : Le blocage des mouvements en détention ; La mixité, moyen d'accroître et de diversifier l'offre des activités pour les femmes.

- **La non-prise en compte de leur spécificité :**
 - Un droit à l'accès aux soins spécifiques insuffisamment pris en compte et un droit à la vie privée perfectible.
 - Des mesures de sécurité parfois attentatoires à la dignité des femmes privées de liberté : La méconnaissance de l'article 52 de la loi pénitentiaire ; le non-respect de la dignité des femmes lors des examens ou consultations gynécologiques; la récurrente question du retrait systématique du soutien-gorge en garde à vue ; les fouilles des femmes...

RECOMMANDATIONS

Le principe d'égalité entre les hommes et les femmes s'applique dans son intégralité dans la société. Il doit en être de même « dedans » comme « dehors ».

L'ETAT DOIT¹⁰ :

- **Garantir les besoins élémentaires** de cette population en détention en tenant compte de sa spécificité (différents types de protection hygiénique dans les kits arrivants, visite médicale obligatoire, locaux, dépistage de certains cancers, examens spécialisés, tests de dépistage, travail, apprentissage, formation...).
- **Assurer un maillage territorial suffisant**, garant du maintien des liens familiaux pour cette population (établissement pénitentiaire accueillant cette population dans chaque département).
- **Adapter les mesures de sécurité** afin de ne pas attenter à la dignité des personnes (extractions, accouchements, garde à vue, fouilles...).
- **Doter les établissements** en matière d'équipements pour le suivi sanitaire des détenues (consultations spécialisées).
- **Assurer le même accueil** à l'extérieur que pour les hommes (places de soins psychiatriques en Unités pour Malades Difficiles, Service Médico-Psychologique Régional...).
- **Œuvrer à transformer les prisons françaises en un lieu de détention mixte** (égal accueil, accès à toutes les activités présentes en détention, diminution des stéréotypes sexués et des problématiques liées au seul contact avec une population du même sexe, réinsertion de tous en calquant le fonctionnement de la détention sur la société extérieure. La reconstruction d'une vie sociale

¹⁰ Voir avis du CGLPL du 18 février 2016.

nécessite le rapport entre les sexes ...)¹¹.

- **Appliquer l'article 28 de la loi pénitentiaire immédiatement** : qui permet « des activités mixtes » dans tous les établissements disposant de quartiers femmes.
- **Proposer à toutes les arrivantes un entretien pour évaluation de la contraception déjà utilisée** (occasion pour rediscuter de la prévention des infections sexuellement transmissibles).
- **Accorder une attention particulière aux détenues suivies pour séropositivité VIH et/ou hépatites B ou C**. Un frottis cervico-vaginal annuel devra être proposé à ces patientes.

FEMME ENCEINTE EN DÉTENTION.

- **Procéder systématiquement à la déclaration de toute femme enceinte en détention**, par les services de santé, afin qu'elle puisse bénéficier d'une prise en charge sanitaire adaptée, telle que prévue par la loi.
- **Procéder systématiquement à une prise en charge de la grossesse en détention équivalente à celle prévue à l'extérieur** notamment en matière de suivi et d'hospitalisation, y compris en urgence.
- **Procéder systématiquement à un accouchement de toute détenue à l'extérieur au sein d'une maternité adaptée** (services de néonatalogie et/ou de réanimation néo-natale et de l'adulte), sous la supervision unique des personnels de santé et dans des conditions respectueuses de leur dignité.
- **Proposer systématiquement un bilan de santé sexuelle** incluant le dépistage et l'orientation des femmes ayant subi des violences sexuelles ; intégrant pour les femmes ayant eu un ou des enfants, la question de la rééducation périnéale.
- **Garantir que tout accouchement ou examen gynécologique se déroule sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire.**
- **Informers les détenues**, notamment les étrangères, sur leurs droits en matière d'interruption volontaire de grossesse.
- **Appliquer les dispositions relatives à l'enfant né pendant l'incarcération** (jusqu'au terme prévu par la loi, pour que l'enfant et sa mère soient séparés, « l'établissement pénitentiaire et les autorités doivent leur fournir l'assistance et l'infrastructure nécessaires ». Règle 34.3 des RPE).

¹¹ La détention doit être alignée sur les conditions de vie au sein d'autres lieux de privation de liberté tels que les établissements de santé. La mixité permettrait de ré-initier le nécessaire dialogue entre les sexes et favoriserait un retour plus aisé dans la société, où elle est omniprésente et incontournable. *Lois pénitentiaires européennes (règle 5) (24)*.

MINORITÉS EN PRISON : MINEURS

« La justice des adultes n'est pas adaptée aux enfants. L'âge et le discernement d'un enfant de 12 ans et d'un adulte de 40 ans ne sont en effet pas les mêmes. »¹²

EN THÉORIE

- **La gestion de la délinquance des mineurs est régie par l'Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante¹³**. Elle donne priorité aux mesures éducatives et rend exceptionnelle l'incarcération des mineurs âgés entre 13 et 18 ans. Celle-ci est cependant possible pour cette tranche d'âge.
- **En France**, l'administration pénitentiaire garantit aux mineurs détenus le respect des droits fondamentaux reconnus à l'enfant et le fait que lorsqu'ils sont détenus, ils sont tenus de suivre une activité à caractère éducatif lorsqu'ils ne sont pas soumis à l'obligation scolaire.¹⁴
- **Le Conseil de l'Europe** garantit quant à lui les droits et la sécurité des délinquants mineurs, réaffirme l'intérêt supérieur de l'enfant et donne la priorité aux activités éducatives. Pour lui, la prison reste le dernier recours pour cette population qui nécessite un encadrement professionnel et la spécialisation des encadrants.¹⁵

¹² Ministère de la justice. http://www.ado.justice.gouv.fr/index.php?page=population_proteger-principes

¹³ http://www.ado.justice.gouv.fr/index.php?page=population_a_proteger

¹⁴ LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire/ Article 59, section 9 et article 60.

¹⁵ « Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures. » 5 novembre 2008, Comité des ministres du Conseil de l'Europe.

La démarche pour l'incarcération des mineurs est la suivante :

- Le juge des libertés et de la détention, saisi par le juge des enfants peut décider de placer ou de maintenir un mineur en **détention provisoire**.
- Les mineurs âgés de 13 à 18 ans, sont jugés par un tribunal pour enfants qui ne peut prononcer à leur encontre une **peine privative de liberté** supérieure à la moitié de la peine encourue par un adulte. Ils bénéficient d'une manière générale d'une atténuation de leur peine dénommée «*excuse de minorité*».
- Le tribunal pour enfants ou la cour d'assises des mineurs peut décider que cette « excuse de minorité » **ne s'applique pas** pour des mineurs âgés de plus de 16 ans.
- Procédure dite de « *présentation immédiate* » : A titre exceptionnel.

Les juridictions spécialisées :

- Juge d'instruction des enfants.
- Juge des enfants.
- Tribunal pour enfants.
- Cour d'assises des mineurs.

Lieux d'incarcération des mineurs :

- Etablissements pénitentiaires pour mineurs (EPM) : Loi d'orientation et de programmation pour la justice. 09 septembre 2002, PERBEN I.
- Quartiers pour mineurs : au sein des établissements pour adultes.

TEXTES APPLICABLES

- Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009.
- Règles européennes pour les délinquants mineurs faisant l'objet de sanctions ou de mesures du 5 novembre 2008, du Comité des ministres du Conseil de l'Europe.
- Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
- Loi de santé du 26 janvier 2016.
- Code civil (article 375) et Code pénal (article 227-25).

EN PRATIQUE

- **Importance du nombre d'enfants** ou d'adolescents entre 13 et 18 ans incarcérés, qui oscille chaque année autour de 1% de la population carcérale globale française, bien que la prison soit l'exceptionnalité pour ce public.
- **Risque d'augmentation forte** ces prochaines années de ce chiffre en raison du développement des discours sécuritaires dans la société et des demandes d'abaissement de l'âge de responsabilité pénale.
- **Non-mixité des Etablissements Pénitentiaires pour Mineurs**, conçus initialement dans une logique de mixité, ils se sont aujourd'hui calqués sur le fonctionnement général de la prison.
- **Incarcération des mineurs** dans des quartiers dédiés d'établissements pénitentiaires pour majeurs, dans plusieurs régions notamment en Outre-mer. Il n'existe actuellement que 6 établissements pénitentiaires pour mineurs en France (statistiques du 19 janvier 2018).
- **Manque d'outils, de moyens et de formation des personnels** en contact avec ce public, en matière de vie affective, d'éducation à la sexualité et de promotion de la santé malgré leur demande, et le fait que la majorité sexuelle en France est fixée à 15 ans.
- **Absence de prise de mesure** pour permettre l'expression de l'identité sexuelle à un genre ou un autre, à un âge où cette question peut se poser.
- **Absence de lutte contre les tabous** liés aux questions de VIH, d'hépatites et de maladies sexuellement transmissibles dans ce public.

RECOMMANDATIONS

Dans la justice civile des mineurs, l'État intervient pour protéger tout jeune en danger. Article 375 du code civil.

L'ÉTAT DOIT :

- Veiller à l'exceptionnalité de la prison pour les mineurs conformément à la loi et au principe de : « un jeune peut aller en prison à partir de 13 ans mais en dernier recours uniquement ».
- Rendre concrètement impossible l'incarcération des mineurs âgés de moins de 16 ans dans la mesure où un mineur est encore un enfant.
- Remettre la mixité au cœur du projet des EPM, comme cela était prévu lors de leur création, afin de favoriser l'apprentissage de ces publics au « vivre ensemble » et leur entrée dans la vie adulte en société.
- Accueillir tous les mineurs, en particulier les filles, dans des établissements spécialisés, type EPM, afin de leur garantir l'accès à l'éducation et à la formation professionnelle en proscrivant leur incarcération en établissement pour adultes.
- Veiller à l'existence d'une structure de ce type par région afin de garantir un maillage territorial efficace et faciliter le lien social et familial.
- Accompagner les filles incarcérées sur le plan psychologique, l'image de la prison n'étant pas la même socialement, chez les filles et les garçons.
- Multiplier les lieux d'intervention dans les domaines de la *vie affective, de l'éducation à la sexualité* et de la *promotion de la santé* : Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Education nationale, Cegidd, Corevih, associations, soignants ...
- Intégrer ces interventions dans le cursus obligatoire de cette population afin de faciliter l'intervention des structures extérieures, qui n'auront pas à gérer l'aspect organisationnel en détention.
- Former tous les personnels en contact avec des mineurs délinquants dans le domaine de la sexualité.
- Mettre à la disposition de ce public, dans tous les lieux de privation de liberté, les outils pour se protéger, en particulier *les préservatifs masculins avec gel et féminins*, la majorité sexuelle ayant été fixée à 15 ans en France. Article 227-25 du Code pénal.

- Permettre aux personnes trans mineures, dans le cas où une séparation de sexes est prévue au sein de l'EPM, de faire le choix de l'identification à l'un ou l'autre groupe en fonction de la seule *identité de genre déclarée*.
- Veiller à la confidentialité et à la stricte nécessité du secret médical par tous les personnels vis-à-vis de cette population, les conséquences pour elle pouvant être dramatiques en raison de l'immaturité liée à son âge.
- Respecter leur intimité, d'une manière plus générale, et leur souhait de confidentialité dans des domaines qui touchent de près à celle-ci.
- Veiller à ce que les lois anti-terroristes, votées dans un contexte particulier, ne constituent pas une exceptionnalité pour ce public qui se verrait privé des droits prévus par la loi en ce qui le concerne.
- Privilégier toute mesure palliative à l'incarcération de son parent légalement responsable de l'enfant en bas-âge quand l'intérêt de celui-ci est en jeu, dans la mesure du possible.
- Respecter en matière de dépistage et d'annonce de séropositivité la règle qui est pratiquée à l'extérieur. Tout réaménagement de textes dans ces domaines pour les mineurs en milieu libre sera répercuté en détention. Il est cependant à noter que la loi du 26 janvier 2016 dans son article « L. 1111-5-1. – Par dérogation à l'article 371-1 du code civil », introduit une dérogation et permet à un médecin de s'affranchir de l'autorisation parentale pour effectuer un dépistage et traiter une IST.

MINORITÉS EN PRISON : PERSONNES ÉTRANGÈRES

« Rien ne justifie, sauf exception, une différence de traitement entre les personnes détenues de nationalité française et celles de nationalité étrangère. »¹⁶

EN THÉORIE

Les lois concernant les personnes étrangères s'inscrivent dans le cadre des lois nationales, des conventions internationales et des conventions bilatérales entre pays.

Elles ne doivent pas contrevenir aux libertés ou aux droits fondamentaux des personnes et sont strictement encadrées.

« Le législateur peut prendre à l'égard des personnes étrangères des dispositions spécifiques à la condition de respecter les engagements internationaux souscrits par la France et les libertés et droits fondamentaux de valeur constitutionnelle reconnus à tous ceux qui résident sur le territoire de la République ». Conseil Constitutionnel, no 89-269 DC du 22 janvier 1990, consid. 33.

TEXTES APPLICABLES

- Référence : Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 9 mai 2014 relatif à la situation des personnes étrangères détenues. JO du 3 juin 2014.
- Conseil Constitutionnel, no 89-269 DC du 22 janvier 1990, consid. N° 33.
- Règles pénitentiaires européennes (relatives aux personnes étrangères).

EN PRATIQUE

- **Sur-représentation des personnes étrangères en prison :** ils représentent 20% contre 6 % dans la population française. En théorie, les institutions françaises expliquent cette différence par trois ordres de facteurs :
 - les délits, propres aux personnes étrangères, relatifs à l'entrée et au séjour.
 - les pratiques institutionnelles résultant de la loi et des tribunaux.
 - les caractères de la population étrangère, largement partagés avec les catégories sociales de Français les plus défavorisées, lesquelles peuplent massivement les prisons.
- **Inadaptation du milieu carcéral à cette population** en moyens humains (médiateurs, traducteurs...) et matériels (outils en langue étrangère, messages adaptés...).
- **Absence de lien** avec les consulats et ambassades d'où sont issues ces personnes étrangères.
- **Rareté** des associations spécialisées dans ces publics.
- **Difficulté** de maintenir le lien avec les familles dans les pays d'origine malgré la multiplication des moyens de communication.

¹⁶ Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 9 mai 2014 relatif à la situation des personnes étrangères détenues. JO du 3 juin 2014.

RECOMMANDATIONS

L'ETAT DOIT :

DE MANIÈRE GÉNÉRALE (Voir avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 9 mai 2014 relatif à la situation des personnes étrangères détenues. JO du 3 juin 2014)

EN MATIÈRE DE VIH ET D'HÉPATITES :

- Lever les freins à une bonne connaissance par les personnes étrangères incarcérées des caractéristiques liés à la maladie : phase asymptomatique, dépistage précoce, prévention de la contamination, pronostic et durée de vie, transmission mère-enfant, gratuité de la prise en charge, titre de séjour pour soin...
- Tenir compte des obstacles liés à la langue : interprétariat, interventions en langues étrangères, outils adaptés...
- Lutter contre la stigmatisation de ces maladies chez certains publics.
- Lutter contre la complexité de l'accès aux dispositifs de prise en charge (couverture maladie, hébergement...) et administratifs (titres de séjour, de travail...).
- Faire de la santé une priorité pour une partie de ces publics en refusant que s'appliquent à elle des textes pouvant la mettre en danger (ex : mesure d'éloignement du territoire...).
- Favoriser la globalité et la transversalité de la prise en charge : parcours de vie des personnes.
- Impliquer fortement les Corevih dans la continuité des soins et le suivi des pratiques professionnelles notamment en milieu carcéral concernant ce public.
- Faire un maillage serré entre services médico-sociaux dedans et dehors et favoriser une forte implication des réseaux de ville et de l'hôpital.
- Donner une place importante aux CeGIDD notamment pour qu'ils prennent le relais dans le dépistage à la sortie en faisant connaître ces dispositifs aux populations sous main de justice.
- Développer la présence associative spécialisée dedans et dehors.

- Former des personnels recevant ces publics dans tous les services en prison.
- Sensibiliser les soignants et les services chargés de la prise en charge des malades dans le cadre d'un titre de séjour pour soins ou une demande de maintien sur le territoire en raison de l'état de santé : les dispositifs d'aménagement de peine pour raison médicale doivent être maîtrisés par tous les professionnels des USMP et des SPIP.
- Veiller à la présence d'outils et de documents dans toutes les langues, dans tous les lieux de la détention et en utilisant tous les moyens de communication possibles (ex : canal de vidéo interne).

MINORITÉS EN PRISON : PERSONNES TRANS

« Il faudrait une meilleure sensibilisation des personnels et des soignants sur nos spécificités. Des surveillants d'abord, car ce sont eux qui sont en contact avec nous au quotidien. Certains semblent déterminés à nous écraser psychologiquement, à nous renvoyer en permanence qu'on n'est pas normales. Comme si ça ne suffisait pas qu'on soit en prison » .»¹⁷

EN THÉORIE

« L'identité de genre est comprise comme faisant référence à l'expérience intime et personnelle de son genre profondément vécue par chacun, qu'elle corresponde ou non au sexe assigné à la naissance, y compris la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si consentie librement, une modification de l'apparence ou des fonctions corporelles par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris l'habillement, le discours et les manières de se conduire. »¹⁸

« La trans-identité désigne ainsi le fait de vivre, ponctuellement ou durablement, selon l'apparence et les habitudes de la catégorie de genre opposée à celle assignée à la naissance et permet de dépasser le clivage qui a pu exister entre les termes «personnes transsexuelles» et «personnes transgenres. »¹⁹

« Les personnes trans ont le droit d'accéder aux traitements hormonaux et chirurgicaux²⁰ ainsi que d'obtenir la modification des actes d'état civil dès lors que la conversion est réalisée. »²¹

¹⁷ Témoignage de Alessandra, femme trans brésilienne, incarcérée plus de huit mois, en 2015, à la maison d'arrêt des hommes de Fleury-Mérogis, au « quartier spécifique » prévu pour les personnes transsexuelles, <https://oip.org/temoignage/on-sest-senties-exhibees-comme-au-zoo-personnes-trans-incarcerees-entre-isolement-et-humiliations/>.

¹⁸ Introduction aux Principes de Yogyakarta, (<https://yogyakartaprinciples.org/introduction-fr/>)

¹⁹ <http://www.cescommecca.net/definition-personnes-transgenre-personnes-transsexuel.php>

²⁰ CEDH, 17 octobre 1986, REES contre Royaume-Uni, série A, no 106

²¹ CEDH, 25 mars 1992 B. contre France et CEDH, 11 juillet 2002 Christine Goodwin contre Royaume-Uni.

« La qualité et la continuité des soins étant garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population, les personnes détenues ont le droit d'accéder à l'offre de soins organisée au sein des établissements pénitentiaires mais aussi hors de ceux-ci si cela s'avère nécessaire. »²²

TEXTES APPLICABLES

Référence : Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Loi N° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle, JORF n° 0269 du 19 novembre 2016, art 56 :

- A modifiée les dispositions suivantes : Code civil - Section 2 bis : De la modification de la mention du sexe à l'état civil :

- « Art. 61-5.-Toute personne majeure ou mineure émancipée qui démontre par une réunion suffisante de faits que la mention relative à son sexe dans les actes de l'état civil ne correspond pas à celui dans lequel elle se présente et dans lequel elle est connue peut en obtenir la modification.

- « Les principaux de ces faits, dont la preuve peut être rapportée par tous moyens, peuvent être :

- Qu'elle se présente publiquement comme appartenant au sexe revendiqué ;
- Qu'elle est connue sous le sexe revendiqué de son entourage familial, amical ou professionnel ;
- Qu'elle a obtenu le changement de son prénom afin qu'il corresponde au sexe revendiqué ; »

Décret n° 2017-450 du 29 mars 2017 relatif aux procédures de changement de prénom et de modification de la mention du sexe à l'état civil, JORRF n° 0077 du 31 mars 2017.

²² Avis du Contrôleur Général des Lieux Privatifs de Liberté du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées.

Pour la pénitentiaire :

L'affectation des personnes trans s'effectue au mieux des intérêts de la personne (encellulement individuel), dans un secteur de détention favorisant la prise en charge des personnes vulnérables (placement à l'isolement) et des impératifs de gestion des établissements pénitentiaires. Tout au long du parcours de soins, il convient de veiller à la protection de l'intégrité physique et psychique de la personne. Dans la mesure du possible, il convient de permettre aux personnes trans l'achat en cantines exceptionnelles de produits (cosmétiques...) ou de vêtements (sous-vêtements) marquant habituellement l'appartenance à un autre sexe que celui de l'état civil. Parmi ces derniers, les produits ostentatoires (maquillage, robes/jupes lorsque la personne évolue en détention hommes par exemple) sont strictement prohibés en dehors de la cellule. S'agissant des fouilles, les conditions doivent permettre de respecter la dignité de la personne.

EN PRATIQUE

Le constat établi dans « l'avis du CGLPL du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées » :

- Absence ou retard dans l'information concernant les modalités de la prise en charge médicale à long terme des personnes trans détenues et des conséquences de celle-ci sur leurs conditions de détention.
- Absence de l'accès à l'offre de soins existant hors des établissements pénitentiaires.
- Gestion hétérogène de ces personnes en détention, dépendante en l'absence de principes directeurs, de chaque chef d'établissement pénitentiaire, celui-ci appréciant, au cas par cas, les mesures à mettre en œuvre (port de vêtements féminins autorisé ou non, possibilité de cantiner des produits de beauté, affectation en détention normale ou placement à l'isolement...).

RECOMMANDATIONS²³

L'ETAT DOIT :

- **Former et sensibiliser les équipes de soins** et les personnels en contact avec ces personnes à cette problématique et leur rendre connues les équipes et intervenants spécialisés disponibles à l'extérieur.
- **Permettre à la personne trans détenue** de choisir elle-même le titre de civilité qu'elle voudrait qu'il soit utilisé à son égard (madame, monsieur...) lors des échanges oraux.
- **Informers les personnes concernées** sur les modalités du parcours de soins (étapes du parcours de soins, prise en charge par une équipe pluridisciplinaire, prise en charge financière...).
- **Faire bénéficier la personne concernée** pendant ce parcours de soin d'un accompagnement psychologique adapté et d'un accès facilité à des associations spécialisées dans le soutien et l'accompagnement.
- **Favoriser la structuration des soins** préconisée par la Haute Autorité de santé en mobilisant des équipes de référence multidisciplinaires et au moins dans l'immédiat en identifiant une équipe spécialisée d'ores et déjà constituée qui pourrait prendre en charge les personnes trans détenues.
- **Protéger l'intégrité physique de la personne**, sans que cela ne conduise nécessairement à son placement à l'isolement, et que celle-ci ne subisse de pressions ou de brimades d'aucune sorte ni d'aucune autre personne du fait de son projet.
- **Permettre aux personnes de cantiner** des vêtements et des produits d'hygiène et de beauté en adéquation avec le sexe désiré. Le droit à l'intimité et à la vie privée doit être respecté dans l'enceinte de la cellule et la personne concernée peut utiliser de tels biens et produits.
- **Permettre une affectation** dans un établissement ou un quartier correspondant à l'identité vécue de la personne concernée.
- **Prioriser les personnes détenues** dans le processus judiciaire de modification de l'état civil compte tenu des implications de cette modification dans les conditions de détention.

²³ Le contrôleur général des lieux de privation de liberté formule l'avis suivant (conformément à la loi no 2007-1545 du 30 octobre 2007).



DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE

Les prisons en Antilles-Guyane répondent au même cadre réglementaire que le reste des prisons françaises, régi par le droit français.

EN THÉORIE

Stratégie nationale de santé pour les personnes placées sous main de justice d'avril 2017 : en parallèle de la Stratégie Nationale de Santé, elle reprend plusieurs de ses grands axes en les adaptant au milieu carcéral.

TEXTES APPLICABLES

- Conseil national du sida et des hépatites virales. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. Février 2017.
- Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations. Le sida dans les départements français d'Amérique : spécificités et inégalités. Juin 1996.
- Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations : Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer. Mars 2003.
- Conseil national du sida. Avis suivi de recommandations sur la politique de lutte contre l'épidémie d'infection à VIH en Guyane. Février 2008.
- Conseil national du sida. Avis suivi de recommandations sur la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH aux Antilles. Juin 2008.
- Conseil national du sida et des hépatites virales. Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises, 18/1/2018.

EN PRATIQUE

« *Le respect des droits fondamentaux des personnes détenues en métropole, mais plus encore dans les territoires d'Outre-mer, demeure très en deçà de ce que l'on doit attendre de notre pays.* »²⁴

- **Inadéquation** des conditions matérielles de détention : vétusté, absence d'hygiène et de salubrité...
- **Violence entre personnes détenues** : moyenne la plus élevée dans la population carcérale française avec 1 à 2 homicides/an à Rémire-Montjoly (Guyane) et des violences inter-ethniques.
- **Allégations de mauvais traitements** par le personnel pénitentiaire : difficultés rencontrées par certaines personnes détenues pour porter plainte contre ces violences, soit auprès des autorités administratives ou judiciaires, soit auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (art. 11, 16)²⁵.
- **Etat de santé fragilisé des personnes détenues** à leur entrée en prison en raison d'un faible accès et recours aux soins, une prévalence importante des comportements à risque : addictions, usage de drogue, partenaires sexuels multiples... De plus, différentes études montrent des prévalences plus élevées en milieu carcéral qu'en population générale de pathologies telles que les maladies infectieuses, les pathologies mentales et les addictions.
- **Taux très élevé de surpopulation carcérale** dans les quartiers maisons d'arrêt des Centres pénitentiaires des Antilles-Guyane, illustrée par un taux de remplissage de 163,5 % au 1er janvier 2019 :
 - **Guyane** : QMA de Rémire-Montjoly : 478 personnes détenues pour 293 places : 163,1% de surpopulation.²⁶
 - **Martinique** : QMA de Ducos : 497 personnes détenues pour 371 places : 134% de surpopulation.
 - **Guadeloupe** :
 - **QMA de Basse-Terre** : 216 personnes détenues pour 129 places : 167,4% de surpopulation.
 - **QMA de Baie-Mahault** : 502 personnes détenues pour 265 places : 189,4% surpopulation.

²⁴ Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), dans son avis sur la question pénitentiaire dans les outre-mer du 18 mai 2017, http://www.cncdh.fr/sites/default/files/170518_avis_milieu_penitentiaire_en_Outre-mer.pdf

²⁵ Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), dans son avis sur la question pénitentiaire dans les outre-mer du 18 mai 2017.

²⁶ Lire les Recommandations en urgence relatives au centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly (Guyane) du Contrôle Général des Lieux Privatifs de Liberté. <http://www.cgpl.fr/2019/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-penitentiaire-de-remire-montjoly-guyane/>

- **Forte proportion de personnes étrangères (50%)** dans la seule prison de Guyane (Rémire-Montjoly), issue majoritairement des pays limitrophes (Surinam, Brésil, Guyana, Haïti...) avec une prévalence élevée du VIH à Rémire-Montjoly (4% en 2014). L'épidémie est généralisée en Guyane et la prévalence est de 1,2% dans la population générale.

- **Accès défaillant au travail** et à la formation professionnelle en prison en Guyane.

- **Très faible taux** de personnes en aménagement de peine : Martinique : 8,29%, Guadeloupe : 9,81%, Guyane 9,85%.

- **Très faible effectif** de SPIP dans ces départements.

EN MATIÈRE DE VIH :

- **Statistiques du VIH élevées en Guyane**, département français le plus touché par l'épidémie de VIH, devant le département de Guadeloupe et les régions Ile de France et PACA : le taux d'incidence moyen pour les Départements français d'Amérique (Guyane, Guadeloupe et Martinique), est de 59/100.000 habitants, bien loin devant la région Ile de France, qui est pourtant la région la plus sévèrement touchée de l'hexagone, avec un taux d'incidence de 22,7/100.000 habitants en 2012.

- **Epidémie de VIH caractérisée de généralisée en Guyane**, comme chez certains de ses voisins du bassin caribéen : la situation du VIH en Guyane (et au-delà dans les Antilles) doit être considérée dans un contexte locorégional, impliquant les pays frontaliers, de la zone caraïbe et ceux d'Amérique latine d'où sont issus les migrants de Guyane.

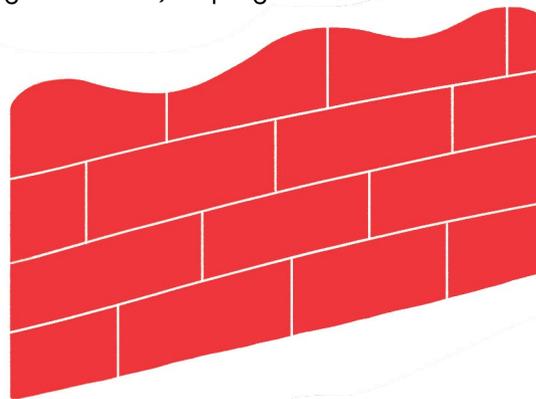
- **Epidémie de VIH**, comme dans les Antilles, caractérisée par : Epidémie hétérosexuelle très dynamique, qui concentre 95 à 98% des cas.

- **Faible proportion** de contaminations masculines associées à des rapports sexuels entre hommes (sous-déclaration probable).
- **Très faible proportion** de contamination par usage de drogues par injection.
- **Epidémie mixte** (touchant à part égale les hommes et les femmes).
- **Proportion majoritaire** de ressortissants étrangers en Guyane (78,5% de la file active guyanaise).
- **Age médian** des patients suivis de 43 ans (moitié des patients ont entre 35 et 54 ans).
- **Diagnostic à des stades** « intermédiaire » ou « tardif ».
- **Publics vulnérables** : comme en métropole, les catégories socioprofessionnelles défavorisées y sont surreprésentées, avec un niveau d'éducation peu élevé et des problématiques de

logement et de couverture sociale souvent antérieures à l'histoire carcérale.

QUELQUES CONSTATS EN ANTILLES-GUYANE :

- **Prise en charge du VIH et des hépatites en prison**
 - Bon suivi médical pour les personnes séropositives identifiées.
 - Beaucoup de gens non-repérés en prison ou perdus de vue à l'extérieur.
 - Absence de travailleurs sociaux dédiés aux personnes infectées par le VIH et les hépatites, malgré de lourdes problématiques sociales.
- **Prise en charge des sortants de prison et lien Dedans/dehors**
 - Surreprésentation des personnes étrangères notamment en Guyane ce qui pose la question de la régularisation pour soins.
 - Problème de l'hébergement en sortie de prison.
- **Réduction des risques infectieux en prison**
 - Pas d'injection dans les prisons des Antilles-Guyane.
 - Problème des « bouglous » dans les trois départements notamment en Guyane (68% des hommes détenus à Rémire Montjoly déclaraient avoir des implants péniers, posés essentiellement en détention, cette pratique étant fortement corrélée au nombre d'incarcération).
 - Pas de recommandations de RDRd établies concernant cette pratique fréquente.
- **Politiques de santé et tissu local**
 - Faible densité du tissu local des associations de lutte contre le sida, notamment aux Antilles.
 - Problème de la coordination des acteurs et du partenariat entre eux.
 - Décalage entre politiques locales, notamment insulaire dans les Antilles et territoriale en Guyane, et logiques de développement régional (région Caraïbe) ou programmes nationaux.



RECOMMANDATIONS

« Loin d'être une problématique marginale, on peut estimer que 4,5 à 5,0% des PVVIH vivant en Guyane Française ont connu un épisode ou plus d'incarcération durant la période 2007-2013 (d'après les estimations du Corevih, environ 3 500 PVVIH vivaient sur le sol Guyanais fin 2014). »²⁷

L'ensemble des recommandations tiennent compte des travaux de la Commission Nationale des droits de l'homme, du Contrôle général des lieux de privation de liberté, de ceux du Conseil National du Sida, des textes réglementaires et des lois relatives aux personnes sous main de justice. Elles sont en grande partie issues des échanges que Sidaction a avec les associations de lutte contre le sida et ses partenaires en Antilles-Guyane.

L'ETAT DOIT : DE MANIÈRE GÉNÉRALE

- Réduire de manière soutenue la **surpopulation carcérale**.
- Améliorer les **conditions de détention** et lutter contre la violence.
- Favoriser l'accès à une **activité professionnelle**, à une **formation**, ou encore à des activités structurantes.
- Favoriser le maintien des **liens sociaux**, en particulier avec la famille.
- Pallier le **nombre insuffisant** de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et de personnels de santé à l'unité sanitaire.
- Favoriser une **meilleure connaissance** des populations incarcérées.
- Faciliter la **formation de tous les personnels**.
- Améliorer les conditions d'incarcération de la population des **femmes incarcérées**.
- Faciliter les **conditions de visite des familles**, en particulier au Centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly en Guyane, en développant les moyens de transport pour y accéder et en levant les obstacles pour les familles venant de loin et notamment sur les nationales joignant Saint-Georges de l'Oyapok à Saint-Laurent du Maroni.

²⁷ Corevih de Guyane. <http://www.ch-cayenne.fr/Comite-de-coordination-regionale-de-la-lutte-contre-les-infections-sexuellement.html>

L'ÉTAT DOIT :

EN MATIÈRE DE VIH ET HÉPATITES :

• Partenariat et coordination des acteurs

- Renforcer les partenariats entre les différents acteurs du milieu carcéral en faisant le lien entre suivi social, suivi médical et accompagnement ; et en protocolisant le réseau entre le dedans et le dehors afin de lutter contre les « perdus de vue ».

- Renforcer le rôle central des COREVIH : dans la mise en place d'une commission prison, l'identification des acteurs internes et des partenaires extérieurs, l'établissement d'une cartographie et sa diffusion auprès d'eux afin de les mettre en relation, enfin le développement d'échanges intra-départementaux et inter-caraïbes.

• Actions prioritaires à mettre en place en détention

- Mettre en place des mesures d'actions autour de la question des « dominos » ou « bouglous » (70% des personnes détenues en Guyane et jusqu'à 25% aux Antilles).

- Tenir compte de la réalité des Antilles-Guyane en matière d'addictions, notamment de l'absence d'injection et de la place du crack dans les pratiques (pipes à crack, sniff...).

- Créer un point d'accès aux droits en détention et mettre en place des permanences administratives pour l'ouverture des droits en prison et la continuité en sortie de prison, notamment pour les personnes séropositives au VIH et/ou à une hépatite.

- Assurer un nombre nécessaire de personnels soignants, y compris en favorisant les consultations spécialisées et le lien entre le dedans et le dehors dans ce domaine.

- Mettre en place des consultations d'éducation thérapeutique et un interprétariat garantissant la confidentialité, en s'appuyant sur l'unité sanitaire.

- Augmenter et pérenniser la formation des personnels (connaissances de la maladie, respect de la confidentialité, lutte contre les discriminations, réduction des risques, etc.).

- Mettre à disposition des unités sanitaires, des assistants sociaux, pour améliorer l'accès aux droits et la préparation des sorties des personnes détenues souffrant de pathologies chroniques, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques.

• Recommandations relatives à la prise en charge des sortants

- Mettre en place des aménagements de peine pour raison médicale (ex : placement extérieur sans surveillance de l'administration pénitentiaire) et établir des conventions avec des structures d'hébergement, de soins...

- Permettre l'accès à la formation et l'emploi à la sortie pour les personnes détenues.

- Mettre dans le « kit sortie » des personnes détenues, les informations relatives aux réseaux médico-sociaux existants et à l'accès aux droits.

- Remettre une synthèse du dossier médical au patient à la sortie pour permettre la continuité des soins et un kit médicamenteux, d'une durée suffisante lui permettant d'assurer le lien nécessaire avant sa prise en charge

médicale à l'extérieur.

- Créer des postes de médiateurs culturels et de santé publique ainsi que d'ADLI (agent de développement local d'intégration).

- Créer des places d'hébergement (CHRS, ACT, etc...).

- Mettre en place des journées de préparation à la sortie avec présence du personnel de santé (notamment pour les femmes) et dans les quartiers sortants.

- Créer des groupes de parole à l'intérieur avec continuité à l'extérieur.

- Garantir les droits des personnes atteintes par le VIH et/ou une hépatite, même si elles sont étrangères, sans papiers.

- Mettre en place des réunions médico-sociales pluridisciplinaires régulières, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et la préparation des sorties de personnes détenues souffrant de pathologies somatiques et psychiatriques et/ou addiction.

• Faciliter l'intervention en milieu carcéral

- Mieux comprendre le fonctionnement interne de la prison :

Formation

Compagnonnage

- Renforcer les bonnes pratiques :

Mieux connaître les pratiques à risques

Mieux connaître les méthodologies d'intervention

Mieux connaître les méthodes pédagogiques interactives

S'appuyer sur les relais de proximité (médiateurs de santé publique, éducation par les pairs...).

Mettre en place un programme spécifique à la question des pratiques sanglantes (implants pénien, tatouages, piercings...) afin de lutter contre les risques infectieux associés.

• Engagement des institutionnels

L'Etat doit assumer un engagement fort pour la promotion d'une politique générale d'éducation à la santé et à la sexualité dans ces régions en :

- Intégrant dans la politique régionale, la responsabilité des Agences régionales de santé, des Conseils régionaux, des Directions interrégionales des services pénitentiaires et des Corevih en matière de santé publique vis-à-vis du public des personnes sous main de justice.

- Encourageant les recherches dans les prisons et une bonne connaissance des publics ultramarins.

- Formant les personnels pénitentiaires et médicaux et en assurant une plus grande coordination avec les professionnels du dehors.

- Assurant un accès aux soins et une prise en charge sociale, quelle que soit la nationalité de la personne séropositive.

- Développant une véritable coopération avec les pays voisins de ces départements d'Outre-mer dans la lutte contre le sida et en faire une priorité dans cette région du monde.

Partie II

PISTES D' ACTIONS

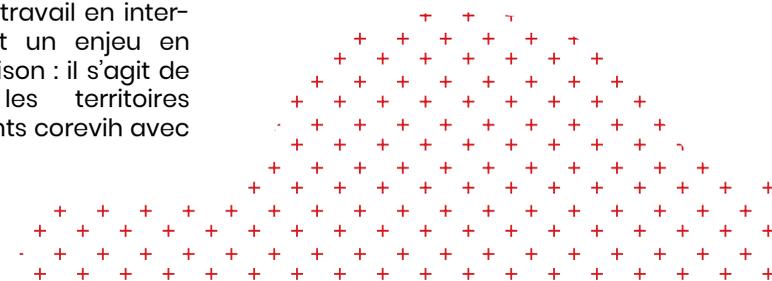
Le constat du dysfonctionnement des politiques publiques de santé a été posé et étayé par le groupe expert prison de Sidaction dans les chapitres précédents. Celui-ci a commencé à élaborer les recommandations reprises dans ce document.

Ces orientations ont été élaborées, suite à la réflexion engagée par ces experts, et validée dans les colloques et les ateliers prison organisés par Sidaction. Ceux-ci se sont déroulés en présence des associations, des institutionnels, d'instances qualifiées et du grand-public. Des solutions opérationnelles ont ainsi été proposées.

Aujourd'hui, c'est au niveau de la région où sont priorisées et mises en œuvre les politiques publiques de santé. C'est donc naturellement le lieu où des solutions opérationnelles peuvent être proposées. Les Corevih (Coordinations régionales du VIH), qui réunissent l'ensemble des acteurs de la lutte contre le VIH, sont des instances particulièrement qualifiées pour élaborer des solutions communes. Les différents acteurs peuvent y échanger et élaborer des politiques liées au VIH, aux hépatites, aux IST et à la santé sexuelle loin des contraintes institutionnelles. Les Corevih sont des interlocuteurs crédibles en région, face à des institutions décisionnaires en matière de politiques publiques en prison comme les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP). Le travail en inter-corevih est également un enjeu en matière de santé en prison : il s'agit de faire correspondre les territoires couverts par les différents corevih avec celui de la DISP.

La connaissance des publics et des pratiques en prison est un enjeu vital pour les acteurs de santé. En effet comme le souligne l'IGAS et l'IGSJ dans son rapport de novembre 2015 « les études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010 ».

Ainsi, les deux prochains chapitres de ce guide seront consacrés au travail en région et à la place des Corevih dans celui-ci ainsi qu'à la recherche, seul moyen de connaître en prison l'état de santé de cette population et ses pratiques.





TRAVAIL EN REGION : LA PLACE DES COREVIH

EN THÉORIE

Décret du 28 avril 2017 relatif aux Comités régionaux de lutte contre les IST et le VIH : Les COREVIH ont pour mission, dans les champs du VIH et des IST et dans une approche globale de santé sexuelle, de coordonner les acteurs, d'améliorer, d'harmoniser et d'évaluer les pratiques et la prise en charge, de recueillir et d'analyser les données médico-épidémiologiques et toutes données régionales utiles à l'évaluation de la politique de lutte contre le VIH et les IST. Le décret de 2017 leur confère, de par leur expertise, un rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique nationale et régionale.

EN PRATIQUE

LA PRISON : UN LIEU À HAUT RISQUE VIRAL

•La prison est un lieu à haut risque viral et doit être considérée comme un lieu prioritaire dans la lutte contre le VIH, les IST, les hépatites virales, et plus largement celles liées à la santé sexuelle. La prégnance de ces questions est largement reconnue au regard à la fois des niveaux de prévalence élevés, des caractéristiques de la population carcérale mais aussi des défis à relever pour améliorer l'accès et la qualité de la prise en charge globale du VIH, des IST et des Hépatites Virales en prison et ainsi garantir le principe d'égalité de traitement entre le dedans et le dehors, imposé par la loi de 1994.

Au-delà des facteurs de risques inhérents à la détention et développés dans les précédents chapitres, les différentes études menées sur la santé des personnes détenues convergent vers le même constat et viennent confirmer la nécessité d'une vraie politique coordonnée de prévention, de réduction des risques, et de soins. La population carcérale est une population fragilisée et vulnérable qui rencontre, au-delà des difficultés socio-économiques, de réelles difficultés d'accès et de recours aux

dépistages et aux soins. En témoigne la part (24%) des personnes détenues infectées par le VIH ayant découvert leur séropositivité au cours de l'incarcération. La prévalence des comportements à risques y est plus élevée qu'en population générale, tout comme la prévalence du VIH (4 fois plus élevée) et du VHC (6 fois plus élevée).

Les études PREVACAR et PRIDE, les différents états des lieux réalisés en région ont également permis d'objectiver les freins, les leviers et les marges de progression pour garantir un accès et une qualité de prise en charge optimum tant dans les domaines de la prévention, de la réduction des risques, du dépistage, du soin et de l'accompagnement social.

Les acteurs de la santé, de la justice, du social et les associations, bien qu'ils interviennent tous directement auprès de la personne détenue, se connaissent encore mal et ont des difficultés pour collaborer. L'articulation avec la prise en charge extérieure reste complexe malgré quelques avancées acquises dans le cadre de la labellisation « parcours sortant ».

LA RÉGION COMME NIVEAU OPÉRATIONNEL

La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) a modifié le paysage de la gouvernance de la politique de santé des personnes placées sous main de justice en transférant de nombreuses compétences nationales vers le niveau régional qui apparaît dès lors comme le véritable niveau opérationnel. Si la Stratégie Nationale de Santé des personnes placées sous main de justice pose des objectifs généraux, les ARS disposent d'une grande autonomie dans la définition des cadres stratégiques et d'une latitude importante dans la définition des priorités et de leur inscription dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

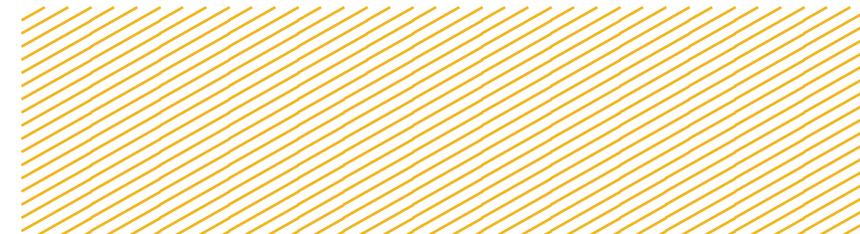
DES COREVIH QUI PEINENT À S'INVESTIR

L'acuité avec laquelle se posent les questions liées au VIH, aux IST et aux hépatites ainsi que l'opérationnalité du niveau régional placent le milieu carcéral comme entrant, de fait, dans le champ de compétences des COREVIH. Pourtant cela ne va pas de soi.

Un bref état des lieux de la manière dont les COREVIH se sont saisis (ou sont parvenus à se saisir) de la question laisse apparaître un paysage très disparate : certains peinent à s'y investir, d'autres ont mis en place des commissions avec des diversités importantes en termes d'approche, de composition ou d'avancement dans la mise en œuvre des projets. Parmi les membres nommés au sein des COREVIH, on dénombre peu de professionnels exerçant en milieu pénitentiaire.

La diffusion d'une feuille de route début 2017 proposée par le GEP de Sidaction avait pour objectif de pallier les difficultés rencontrées par les COREVIH en proposant une méthodologie de travail et en rappelant la légitimité de ces derniers à intervenir en contexte carcéral tant sur le volet des soins que celui de la prévention.

La réforme des COREVIH induite par les nouveaux enjeux de la lutte contre le VIH et les IST ainsi que la place qui leur a été attribuée dans la déclinaison de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle sur les territoires sont autant de leviers supplémentaires à disposition des COREVIH pour légitimer leur rôle et la nécessité pour eux d'investir le milieu carcéral.



RECOMMANDATIONS

Les corevih, doivent se saisir de la question du VIH, des IST, des hépatites et de la santé sexuelle en prison.

Les acteurs et les ARS doivent reconnaître et appuyer la légitimité des corevih à investir cette question.

SUR LE VOLET DE LA COORDINATION DES ACTEURS

- **Faciliter et promouvoir la représentation des professionnels, y compris non soignants, intervenant en milieu pénitentiaire au sein des COREVIH :**
 - en tant que membres nommés.
 - au sein des commissions et des groupes de travail.
- **Structurer et organiser la réflexion au sein d'espaces de coordination pluridisciplinaires et ouverts : commissions, groupes de travail, COPIL....**
La création de tels espaces a démontré sa plus-value, puisque seuls les COREVIH qui en sont dotés ont pu mener à bien des projets.
- **Identifier les acteurs internes, les partenaires extérieurs et faciliter l'implication de l'ensemble des parties prenantes (DISP, USMP, Intervenants extérieurs, Infectiologues, associations,...) à la réflexion commune.**
- **Veiller à l'implication des personnes détenues**
 - Les COREVIH, en tant qu'instance de démocratie sanitaire veilleront, autant que possible, à l'implication des personnes détenues dans les projets.
- **Organiser la réflexion en Inter-COREVIH quand cela est nécessaire pour s'adosser à la région pénitentiaire.**
- **Améliorer la connaissance et les liens entre les acteurs intervenant auprès de la personne détenue en renforçant les partenariats pour fluidifier les parcours :**
 - entre ceux intervenant sur les différents volets prévention/soins/suivi social.
 - entre acteurs de la santé, de la justice, du social et les associations.
 - entre les acteurs du « dedans » et ceux du « dehors ».

SUR LE VOLET DU RECUEIL ET DE L'ANALYSE DE DONNÉES MÉDICO-ÉPIDÉMIOLOGIQUES OU TOUTES DONNÉES UTILES À L'ÉVALUATION DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST

- **Réaliser un diagnostic régional et territorial afin d'en dégager un plan d'actions.**
 - Avoir une connaissance fine de l'offre et des pratiques existantes.
 - Identifier des priorités.
 - Émettre des recommandations à la fois auprès des institutions et des établissements.
- **Participer au recueil et à l'analyse des données épidémiologiques concernant le VIH, les IST, le VHC et le VHB en lien avec les organismes ou institutions compétentes en région (CIRE, ORS, ARS,...) et les Unités sanitaires.**
- **Participer à l'évaluation des programmes d'actions en déterminant des indicateurs d'évaluation.**
- **Soutenir les projets de recherche en milieu carcéral.**

SUR LE VOLET DE L'AMÉLIORATION ET ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE, HARMONISATION DES PRATIQUES ET PRISE EN COMPTE DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES POPULATIONS LES PLUS EXPOSÉES

- **Améliorer les pratiques professionnelles par la formation, la diffusion de l'information et le partage d'outils auprès des professionnels soignants ET non-soignants :**
 - Actualiser les connaissances sur le VIH/IST/hépatites.
 - Favoriser une meilleure connaissance des publics incarcérés.
 - Rappeler aux soignants les dispositifs d'aménagement et de suspension de peines pour raison médicale.
- **Assurer son rôle de veille et d'alerte en matière d'accès aux droits et aux soins pour les personnes infectées par le VIH, une IST ou une hépatite virale en détention.**
- **Lutter contre les discriminations et la stigmatisation des PVVIH et des minorités.**
- **Faciliter l'intervention de structures extérieures porteuses d'une expertise complémentaire à celle des personnels exerçant en milieu carcéral.**

SUR LE VOLET DE PARTICIPATION À L'ÉLABORATION, LA MISE EN ŒUVRE ET L'ÉVALUATION DE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LES IST

- Faire inscrire la question du milieu carcéral dans la programmation régionale des actions de santé.
- Concourir à faire inscrire comme prioritaire les publics placés sous main de justice dans les politiques régionales de santé, notamment sur les questions liées à la santé sexuelle, au VIH, aux hépatites virales et aux IST.
- Émettre des recommandations à partir du diagnostic régional.



LA RECHERCHE EN PRISON

« *Les études générales datent de 2003 pour l'état de santé des entrants en détention, de 2004 pour la prévalence des troubles psychiatriques, de 2001 pour les handicaps et dépendances. Seule l'étude sur le VIH, le VHC et les traitements de substitution a été actualisée en 2010* »

Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice.
Rapport de l'IGAS et l'IGSJ - novembre 2015.

EN THÉORIE

- La recherche scientifique en milieu carcéral doit être soumise à l'autorisation préalable du Sous-directeur des personnes placées sous main de justice de la Direction de l'Administration pénitentiaire, après instruction du dossier de demande d'accès en détention par le Bureau des statistiques et des études (Me5).
- Le dossier de demande d'autorisation de la DAP doit se composer des documents suivants :
 - Demande motivée.
 - Projet de recherche détaillé.
 - Ordre de mission du laboratoire de recherche.
 - Curriculum vitae et pièce d'identité.
- Selon le dispositif de recherche et de recueil de données, l'accord préalable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et/ou de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) peut aussi être demandé.
- Il est à noter que :
 - L'autorisation de la Direction générale de la Santé ne doit pas être une condition pour la recherche.
 - L'instruction du dossier doit prendre un à deux mois, selon le Bureau des statistiques et des études. Dans les faits, cette procédure est néanmoins très variable, tant en termes de pièces requises pour le dossier qu'en termes de durée d'instruction et d'autorisation de la recherche. Il convient avant tout de s'assurer de l'adhésion et du soutien de membres du personnel de direction au sein des établissements, puis, au cours de l'enquête, d'acteurs carcéraux sur le terrain. L'obtention des autorisations ne présume pas en effet de la réalisation proprement dite de l'enquête, le chercheur risquant de se confronter à de multiples obstacles sur le terrain s'il ne parvient pas à nouer ces contacts.

EN PRATIQUE

L'état de santé des personnes sous main de justice en France reste peu étudié à ce jour. Dans l'ensemble, les publications existantes abordent : l'état de santé des personnes détenues et des sortants et ses facteurs explicatifs d'un côté, et de l'autre, la faisabilité et l'efficacité de programmes interventionnels pour réduire les discontinuités de prises en charge.

La conception et la mise en œuvre de la recherche en prison comporte des spécificités, voire des défis, à prendre en compte avant de mener des études auprès de personnes détenues ou travaillant en prison. Cependant, les obstacles et les difficultés spécifiques à la recherche en milieu carcéral ou en milieu ouvert s'accompagnent de savoirs, de techniques et d'attitudes qui permettent de mener des études de qualité en prison :

- *Méconnaissance de la sociologie/anthropologie* : En prison, confusion avec le journaliste (avec tout ce que cela implique en termes de représentations négatives et d'a priori, notamment sur la posture militante anti-pénitentiaire), le psychologue (méfiance de la part des enquêtés) ou le travailleur social (attentes déçues). Quand l'étude se concentre sur la population incarcérée, certains agents pénitentiaires peuvent avoir le sentiment que l'intérêt des chercheurs est dirigé uniquement vers les personnes détenues et non vers eux.

- *Méconnaissance du terme « enquête »* : ce terme est connu des personnes détenues qui ont plus souvent eu affaire aux enquêtes de police qu'aux enquêtes de sciences sociales. Pour éviter la confusion et permettre l'adhésion à la recherche, il est plus pragmatique d'adopter le terme « d'étude » ou de « recherche » dès le stade du projet scientifique puis à l'entrée sur le terrain.

- *Conditions pratiques d'enquête* : climat lourd de la détention ; difficultés d'obtenir des locaux pour réaliser les entretiens ; conflits et tensions entre professionnels pouvant se répercuter sur la réalisation de l'étude ; difficultés d'accès à la détention et partant aux personnes détenues ; agents de surveillance n'allant pas chercher les personnes détenues ; enregistrements ou notes manuelles ; etc.

- *Adhésion* : comme sur d'autres terrains, les personnes détenues peuvent refuser, se désister ou abandonner l'enquête (promenade, activités, travail ou désintérêt). Cependant le manque d'activité, la monotonie de la vie en détention et l'isolement des personnes détenues

est propice à la rencontre avec les chercheurs.

- *Accès aux personnes prévenues* : nécessite normalement une autorisation du juge d'instruction (même si dans les faits, l'organisation de la vie en détention permet d'interviewer des personnes en détention provisoire, selon les modes de recrutement choisis par les chercheurs).

- *Secret médical* : complique grandement l'accès aux personnes détenues dans le cas d'une étude sur la santé. Cependant, une enquête sur la santé des personnes détenues est possible, et souvent même souhaitée par les professionnels de santé, si le projet scientifique est proposé au responsable de l'unité sanitaire en milieu carcéral et au responsable du service hospitalier de rattachement. Les études sur l'état de santé de la population carcérale sont lacunaires et datées : il est nécessaire de produire des connaissances à jour sur la santé en prison et en milieu ouvert.

- *Turn-over des professionnels-ressource* (agents pénitentiaires, CPIP, etc.) : selon les maisons d'arrêt, notamment les plus grandes, les professionnels peuvent être nombreux, travailler en horaires décalés par rapport aux chercheurs, et en poste pour de courtes périodes. Il peut être compliqué de nouer des liens entre chercheurs et professionnels pénitentiaires (surveillants, CPIP) ; cependant, les professionnels de santé (unités sanitaires, service médico-psychologique) sont en poste plus longtemps et travaillent à des horaires qui correspondent aux horaires d'accès des chercheurs.

- *Rapports de pouvoir et de force* : le chercheur se trouve pris dans des rapports de force existants entre professionnels et personnes détenues. Il est parfois sommé, tacitement, de devoir se positionner (affrontements personnes détenues-Pénitentiaire, mais aussi SPIP-services soignants, ex-UCSA-ex-SMPR, syndicats des agents de surveillance-gradés, etc.)

- *Personnes transferts et sorties de personnes détenues* : au cours de l'enquête, les personnes détenues peuvent être transférées vers d'autres établissements pénitentiaires ou sortir de prison ; ceci est un défi pour le suivi longitudinal.

- *Objets polémiques ou tabous* nécessitant une dilution : PES, sexualité, etc. Selon ses interlocuteurs (DAP, surveillants, soignants, personnes détenues), le chercheur doit savoir démontrer qu'il est digne de confiance et qu'il adoptera une posture de neutralité (difficile pour les nouveaux chercheurs commençant sur le terrain)

- *Restitution des résultats de l'enquête* aux personnes détenues mais aussi aux professionnels : c'est une démarche importante d'un point de vue éthique car les professionnels et les personnes détenues ont le droit de connaître les résultats des travaux auxquels elles ont contribué. Cependant, la restitution est un défi car : (1) elle implique une

vulgarisation et (2) doit être faite à l'oral pour les personnes illettrées ou qui ne parlent pas français, mais aussi à l'écrit dû aux restrictions de la circulation d'information en milieu fermé. D'autre part les enquêtés sont susceptibles de ne pas se retrouver dans les résultats présentés (possibilité d'éprouver un sentiment de trahison, exacerbé en prison).

- *Application des recommandations et des changements préconisés dans l'étude* : des éléments fondamentaux pour faire avancer le plaidoyer pour l'amélioration de la vie en détention et pour faire entendre la voix de ceux qui y vivent et y travaillent. Il faut trouver des moyens de diffuser et faire connaître ces recommandations, pour qu'elles puissent être entendues et prises en compte par l'Administration – ou tout du moins faire l'objet de débats ou d'échanges, lors du séminaire de recherche de la DAP par exemple (Forum de la DAP)

SANTÉ EN PRISON : CE QUE L'ON SAIT

- La perception de l'état de santé est également moins bonne chez les personnes détenues : la déclaration d'un état de santé perçu comme « moins que bon » est plus de deux fois supérieure à la population générale d'âge, de sexe et d'éducation similaires (Désesquelles 2003). Cette perception de l'état de santé est moins bonne chez les entrants et chez les personnes détenues incarcérées depuis plus de deux ans, indiquant que l'entrée en détention est un moment difficile, mais qu'il existe aussi un effet pathogène de la détention (*Ibid.*).

- La détention est un milieu où la prévalence d'infections chroniques est plus élevée, comme le montre une enquête nationale plus récente (Semaille 2010) : pour le VIH et le VHC par exemple, la prévalence est entre deux et quatre fois supérieure à celle de la population générale. La prévalence du VIH est estimée à 2% et 75% des personnes détenues séropositifs sont sous traitement (*Ibid.*). La prévalence du VHC est estimée à 4,8% et plus de la moitié des personnes détenues séropositifs sont sous traitement (et moins de la moitié, ont une hépatite C chronique. (*Ibid.*)) La population carcérale française connaît la prévalence d'infection à VIH la plus élevée d'Europe de l'Ouest, comme le montre une ancienne étude comparant les prévalences dans les populations carcérales écossaise, allemande, italienne, hollandaise et française (Rotily et al. 2001). La prise en charge du VIH et des hépatites virales est aujourd'hui plus accessible, même si de grandes inégalités existent selon les établissements pénitentiaires (Morlat 2013, Chemlal et al. 2012).

- Les pratiques des personnes détenues les exposent à plus de risques d'infection et de transmission que la population générale (vie sexuelle débutée plus jeune, plus fréquemment victimes de viols, plus de multipartenariat, prostitution). La sexualité en prison est contrainte (Ricordeau et Schlagdenhauffen 2016, Joel 2017) et l'objet de peu d'interventions de réduction des risques. Parce qu'ils sont plus

fréquemment usagers de drogues par voie intraveineuse et séropositifs au VIH, les personnes détenues ayant été incarcérées plusieurs fois sont plus à risque que les personnes détenues primo-incarcérées²⁸. Le nombre d'incarcérations est ainsi un bon marqueur du degré de vulnérabilité et du risque.

- Une enquête postérieure confirme que les prévalences en prison sont plus élevées chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, pour le VIH (11 %), pour le VHC (60 %) et pour les co-infections (10 %) (Jaufret-Roustide 2006). Une sous-population carcérale particulièrement précaire et vulnérable, les personnes toxicomanes, a été peu étudiée²⁹. En détention, ces usagers devraient bénéficier d'interventions de prévention et de réduction des risques (Morlat 20016) mais, contrairement aux exigences législatives, les dispositifs sont rarement accessibles ou interdits, comme les programmes d'échanges de seringues par exemple (Michel et al 2008, 2011). Ce problème du manque de prise en charge éclairée de l'hépatite C est plus largement européen : la plus grande partie des pays européens est concernée par une pénurie de données et d'interventions fondées sur des preuves (evidence-based interventions (Arain et al. 2014)). Les travaux de sciences sociales mettent en avant l'effet délétère de l'annonce de la maladie dans la sanction pénale (Mahi 2015) et les obstacles aux prises en charge et aux suivis des personnes détenues et des sortants qui vivent avec le VIH ou une hépatite (Hagège 2016). Il ressort également des problèmes de coordination et d'éclatement des pratiques professionnelles en matière de prévention et surtout de RDRd, les différences de pratiques s'avérant tout autant liées aux différences de représentations et au contexte interactionnel entre les différents services de la détention, notamment soignants (Joel 2017b).

- En ce qui concerne la santé mentale des personnes détenues, une seule étude nationale existe et date de 2004 (Duburq et al. 2004), rapportant des prévalences particulièrement élevées : 35% des entrants sont diagnostiqués avec un désordre psychiatrique grave, 80% avec au moins un trouble psychiatrique, 28% ont connu des maltraitements dans l'enfance et 25% sont dépendants à l'alcool ou à d'autres psychotropes. Enfin, en ce qui concerne la vieillesse, la dépendance et le handicap, les enquêtes nationales sont ici aussi peu nombreuses, mais soutiennent la conclusion que le milieu carcéral exacerbe les difficultés de vie et les pathologies liées à l'âge et au

²⁸ Une étude des pratiques et des prises de risques sexuels des personnes détenues au centre pénitentiaire de Marseille entre 1995 et 1997, avant leur incarcération, montre qu'ils sont plus exposés au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles. Cette étude date et ne concerne que les Baumettes, mais elle reste la seule qui tente de répertorier les pratiques dites à risque des hommes personnes détenues. (Galinier-Pujol et al., 2001).

²⁹ Une étude est en cours, sur le modèle de l'enquête ANRS Coquelicot. On ne trouve sinon que quelques références datées : SUEUR Christian et ROUAULT Thomas, 1993 ; JAEGER Marcel et MONCEAU Madeleine, 1996. (Une étude unique et précieuse, sur de la consommation de médicaments psychotropes, financée par le ministère de la Justice et conduite par des sociologues et des médecins).

handicap (Désesquelles 2005, Fac 2011, Sannier 2011). Les travaux sociologiques montrent que les prises en charge des personnes détenues atteints de troubles mentaux sollicitent les professionnels de santé mais aussi les surveillants, participant à faire de la prison un lieu d'exécution de peine mais aussi un lieu de soin (Lancelevée 2014).

RECOMMANDATIONS

L'ÉTAT DOIT :

- Faciliter l'accès et la conduite de recherches en milieu carcéral et auprès des personnes sous main de justice.
- Faciliter la restitution des résultats des recherches conduite auprès de personnes détenues en détention et en ville.
- Faciliter la restitution des résultats des travaux de recherche sur le milieu carcéral aux administrations en charge de la population pénale (DAP et GDS) pour informer la prise de décision politique des résultats de recherche les plus récents.
- Favoriser les recherches interventionnelles en santé en milieu carcéral.

LES CHERCHEURS DOIVENT :

- Bien préparer leur entrée sur le terrain : Il faut être précis et clair dans la présentation de la recherche, et honnête dans ses ambitions et les attentes vis-à-vis des personnes qui vivent et travaillent en prison. Les professionnels sont en demande de données sur la population pénale mais ils sont souvent débordés de travail. Présenter un projet clair permet d'engager un dialogue constructif. De plus, les personnes détenues sont à la fois un public particulièrement vulnérable

et aguerris aux rapports de force et de simulation. La franchise est un facteur d'adhésion important, pour les professionnels comme pour les personnes détenues.

Les travaux sur la prison sont nombreux et riches d'enseignements pratiques. Le projet scientifique, les procédures d'autorisation d'enquête, l'entrée sur le terrain, l'enquête et la diffusion des résultats sont des exercices éprouvés par de nombreux chercheurs en France : n'hésitez donc pas à consulter leurs écrits portant sur la méthodologie de l'enquête (cf. les thèses en sciences sociales de la prison) et à les contacter directement pour échanger de vive voix.

- Adopter en prison une posture de recherche scientifique, qui ne souscrit pas à l'ordre établi que l'on cherche à étudier : comme l'explique Alison Liebling, chercheuse britannique travaillant sur les prisons, avoir peur en prison est une prise de position politique, car dans le système de rapports de pouvoir carcéral, le détenu est traité comme une menace sécuritaire, et la violence est conçue comme légitime pour maintenir l'ordre (Liebling 2001). Ne pas avoir peur en prison est une posture politique. Les émotions font partie de la recherche en prison et elles requièrent une attention particulière. Il est ainsi essentiel de savoir s'appuyer sur le soutien de collègues chercheurs ou de professionnels de la santé mentale ; cela est indispensable pour mener une recherche longue et faire face à la dureté du milieu carcéral et du traitement parfois indigne d'une partie de la population française.

L'étude des publications étasuniennes met en évidence que les populations détenues et sortantes de prison sont des cibles d'intervention de santé publique perçues comme légitimes et évaluées. En France, les travaux de santé publique ou d'épidémiologie sur la population post-carcérale sont encore peu nombreux (11) et restent descriptifs. Le contexte sociohistorique de la politique de recherche étasunienne, et ses enjeux en termes d'éthique, a sans doute permis un nombre important d'études sur la population carcérale, et par extension, sur la population post-carcérale. Elles sont largement descriptives et/ou rétrospectives, mais un nombre non négligeable d'entre elles est interventionnel. En France, le contexte est tout autre : les recherches sur la santé des personnes détenues sont très peu nombreuses et les études interventionnelles sont inexistantes et très difficiles à mettre en œuvre – impensables plutôt, selon certains praticiens en milieu carcéral, qui se l'expliquent par une réticence politique induite par la mémoire des expérimentations abusives sur des personnes détenues.

Partie III

**RESSOURCES
DISPONIBLES**

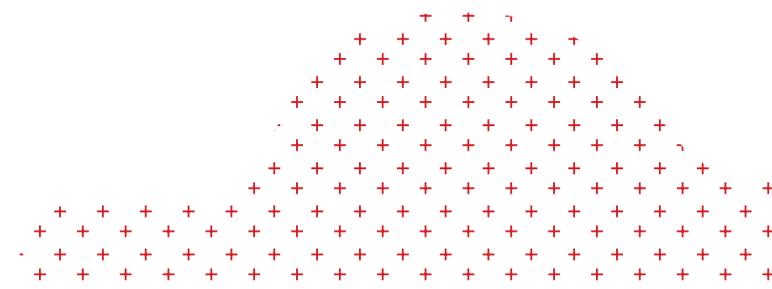
Nous avons souhaité dans cette dernière partie donner quelques éléments aux acteurs et associations souhaitant orienter les personnes détenues vers des dispositifs ou se retrouvant eux-mêmes confrontés à des situations inhabituelles qu'ils n'ont pas pu solutionner en interne, avec les institutions du milieu pénitentiaire.

Bien entendu, il ne s'agit pas à travers ce document de stigmatiser une institution quelconque, notamment connaissant les difficultés auxquels sont confrontées l'ensemble des personnels et des acteurs du milieu carcéral, mais de donner des moyens à tous de faire face à des situations individuelles.

Il s'agit de rappeler à tous, la loi et ses limites afin que cessent des comportements, humiliants, dégradants ou stigmatisants.

Les comportements individuels transgressifs nuisent aussi bien aux individus qui les produisent qu'au corps qu'ils représentent.

La prison par ailleurs, est elle-même productrice de dérives que seul le législateur peut faire évoluer, ce guide va dans ce sens.



CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX PRIVATIFS DE LIBERTÉ

QUI ?

Suite à la ratification du **protocole facultatif** se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitement cruels, inhumains et dégradants adopté par l'Assemblée générale des Nations-Unis le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la **loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007**, un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante.

A ce titre, le Contrôleur général accomplit sa mission en **toute indépendance** :

- **il ne reçoit d'instructions d'aucune autorité.**
- **il est nommé pour une durée de six ans, sans qu'il puisse être ni révoqué au cours de son mandat, ni renouvelé.**
- **il ne peut être poursuivi à raison des opinions qu'il émet ou des actes qu'il accomplit dans l'exercice de ses fonctions.**
- **il ne peut exercer d'autres activités professionnelles ou de mandats électifs.**

POURQUOI ?

Article 1 de la loi du 30 octobre 2007 « *Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, autorité indépendante, est chargé, sans préjudice des prérogatives que la loi attribue aux autorités judiciaires ou juridictionnelles, de contrôler les conditions de prise en charge et de personnes transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Dans la limite de ses attributions, il ne reçoit instruction d'aucune autorité.* »

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut être saisi pour l'informer d'une situation :

- qui porte, selon son auteur, **atteinte aux droits fondamentaux ou aux droits fondamentaux d'une personne privée de liberté** (ou qui a, récemment, été privée de liberté).
- liée aux **conditions de détention, de garde à vue, de rétention ou d'hospitalisation, à l'organisation ou au fonctionnement d'un service.**

COMMENT ?

Le Contrôleur général peut être saisi directement par :

- **toutes personnes physiques** : les personnes privées de liberté elles-mêmes, leurs parents, leur famille, leur avocat, un témoin, les personnels et toutes personnes intervenant dans ces établissements.
- **les associations**, ou toutes autres personnes morales ayant pour objet le respect des droits fondamentaux.
- **le Gouvernement, les parlementaires** (députés, sénateurs et parlementaires européens élus en France) ainsi que **d'autres autorités administratives indépendantes.**

Le Contrôleur général peut également se saisir **de sa propre initiative.**

La protection des personnes ayant saisi le Contrôleur général

En application de l'article 8-2 de la loi du 30 octobre 2007 (modifiée par la loi du 26 mai 2014), aucune sanction ne peut être prononcée et aucun préjudice ne peut résulter du seul fait des liens établis avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou des informations ou des pièces qui lui ont été données se rapportant à l'exercice de sa fonction. L'article 13-1 de la loi prévoit en outre un délit d'entrave passible de 15 000 euros d'amende, défini par le fait de faire obstacle à la mission du contrôle général, soit en s'opposant aux visites ou à la communication de certains éléments, soit par des menaces ou représailles prise à l'encontre de toute personne en lien avec l'institution.

En cas de non-respect de cette disposition, il est important d'en aviser le Contrôleur général.

PAR VOIE POSTALE :

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ne peut être saisi que par courrier postal à l'adresse suivante : « Monsieur le Contrôleur générale des lieux de privation de liberté, CS 70048, 75921 Paris cedex 19. »

- Le courrier doit être adressé au Contrôleur général **sous pli fermé**. Ces correspondances ne peuvent faire l'objet d'aucun contrôle par l'établissement. Il en est de même des courriers qui sont adressés par le Contrôleur général.
- **Aucune suite ne sera donnée aux courriers anonymes.** En revanche, il est possible de demander à ce que son identité ne soit pas révélée par le Contrôleur général à l'occasion des investigations qu'il pourrait mener.

DÉFENSEUR DES DROITS

QUI ?

Article 71-1 de la Constitution française du 4 octobre 1958.

Le Défenseur des droits veille au respect des droits et libertés par les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, ainsi que par tout organisme investi d'une mission de service public, ou à l'égard duquel la loi organique lui attribue des compétences.

Il peut être saisi, dans les conditions prévues par la loi organique, par toute personne s'estimant lésée par le fonctionnement d'un service public ou d'un organisme visé au premier alinéa. Il peut se saisir d'office.

La loi organique définit les attributions et les modalités d'intervention du Défenseur des droits. Elle détermine les conditions dans lesquelles il peut être assisté par un collège pour l'exercice de certaines de ses attributions.

Le Défenseur des droits est nommé par le Président de la République pour un mandat de six ans non renouvelable, après application de la procédure prévue au dernier alinéa de l'article 13. Ses fonctions sont incompatibles avec celles de membre du Gouvernement et de membre du Parlement. Les autres incompatibilités sont fixées par la loi organique.

Le Défenseur des droits rend compte de son activité au Président de la République et au Parlement.

POURQUOI ?

Ses missions sont de :

- Faire respecter les droits des usagers des services publics.
- Défendre et promouvoir les droits de l'enfant.
- Lutter contre les discriminations et promouvoir l'égalité.
- Veiller au respect de la déontologie par les professionnels de la sécurité.
- Orienter et protéger les lanceurs d'alerte.

COMMENT ?

Saisir le défenseur des droits :

En allant sur le site à la rubrique :
<https://defenseurdesdroits.fr/fr/saisir>

Ou

Directement :

1. En ligne : https://formulaire.defenseurdesdroits.fr/code/afficher.php?ETAPE=accueil_2016
2. En contactant un délégué : <https://defenseurdesdroits.fr/fr/saisir/delegues>
3. Par courrier gratuit, sans affranchissement : « Défenseur des droits, Libre réponse 71120, 75342 Paris CEDEX 07.

OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS SECTION FRANÇAISE

QUI ?

La section française de l'Observatoire international des prisons (OIP-SF) est une association loi 1901 qui agit pour le respect des droits de l'homme en milieu carcéral et pour un moindre recours à l'emprisonnement.

Créée en 1996, l'OIP-SF fait connaître l'état des conditions de détention en France, défend les droits et la dignité des prisonniers et contribue au débat public par un travail rigoureux d'éclairage et d'analyse des politiques pénales et pénitentiaires, au cœur des problématiques de notre société. Elle dispose du statut consultatif auprès des Nations unies.

POURQUOI ?

- Observer les conditions de détention dans les prisons françaises, par un travail d'enquête approfondi, réalisé avec l'aide de correspondants intra-muros.

- Faire connaître l'état des prisons et la situation des personnes détenues tant à l'opinion publique qu'aux professionnels de la justice et des pouvoirs publics. L'association dispose pour cela d'outils : son rapport sur les conditions de détention, sa revue Dedans-Dehors, son blog Médiapart, sa présence sur les réseaux sociaux.

- Informer les personnes détenues et leurs proches de leurs droits et soutenir leurs démarches pour les faire valoir. En 2017, l'OIP-SF a ainsi traité 4 400 sollicitations. L'association publie et diffuse également un Guide du prisonnier.

- Faire respecter les droits fondamentaux en prison par des actions en justice et un travail de plaidoyer auprès des pouvoirs publics. Faire avancer la loi par l'adoption de dispositions, règlements et autres mesures propres à garantir la défense de la dignité des personnes détenues et le respect de leurs droits.

- Défendre un recours limité à l'incarcération, en plaidant pour la révision de la durée des peines, la dépenalisation de certains délits et la promotion des alternatives à l'incarcération.

COMMENT ?

Avant de contacter l'OIP-SF assurez-vous bien que les réponses à vos questions ne se trouvent pas sur leur site dans la rubrique Défendre ses droits, spécialement conçue à l'attention des proches des personnes détenues pour les informer sur leurs droits et ceux de leurs proches incarcérés.

1. Par téléphone : 01 44 52 87 90
2. En ligne :
 - Sur le site : www.oip.org
 - Par mail : contact@oip.org
3. Par voie postale : OIP-SF, 7 bis, rue Riquet - 75019 Paris.

BAN-PUBLIC

QUI ?

BAN PUBLIC est une association, loi de 1901, a-religieuse, adogmatique et apolitique, qui a pour but de favoriser la communication sur les problématiques de l'incarcération et de la détention, et d'aider à la réinsertion des personnes détenues. Cet objectif s'est matérialisé par la création sur Internet du premier portail consacré au monde carcéral : www.prison.eu.org. Ce site compte 4000 articles en consultation libre et gratuite, une lettre d'information hebdomadaire, et accueille quotidiennement une moyenne de 500 internautes.

POURQUOI ?

Ses missions sont de :

- Créer une **plate-forme** d'information et de réflexion accessible et pédagogique, le site ayant pour objet l'échange et la production d'information et, plus globalement, la mise en relation de celles et ceux qui travaillent sur les prisons et pour les personnes détenues.
- **Accroître la visibilité** du problème de la détention et sensibiliser le grand public à ces questions.

Les informations disponibles en ligne touchent autant à la vie " dedans " que " dehors ". La ligne éditoriale privilégie le service (infos pratiques, guide forum, listes de diffusion) et l'information (veille, analyse, documentation). Les archives intègrent des documents aussi différents que des textes de lois, des rapports, des lettres, photos, dessins, articles, études, statistiques, liens hypertextes ou interviews.

COMMENT ?

1. **Par courrier** : Ban Public, 22 rue Bréguet, 75011 Paris.
2. **Par mail** : redaction@banpublic.org
3. **Par téléphone** : 06 62 85 62 97

CIMADE

QUI ?

La Cimade a pour but de manifester une solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées. Elle défend la dignité et les droits des **personnes réfugiées et migrantes**, quelles que soient leurs origines, leurs opinions politiques ou leurs convictions

POURQUOI ?

- Solidarité active avec les personnes opprimées et exploitées.
- Défense de la dignité et des droits des personnes réfugiées et migrantes.
- Lutte contre toute forme de discrimination et, en particulier, contre la xénophobie et le racisme.
- Accueil et accompagnement.

COMMENT ?

L'ensemble des données sont sur le site :
<https://www.lacimade.org>

- Pour les personnes étrangères (confrontées à des problèmes de papiers, de discrimination...) ou les **travailleur sociaux, partenaires ou militants associatifs** : délégation nationale de la région concernée ou Groupe local de la CIMADE.
- Pour des problèmes liés à l'enfermement en centre de rétention de personnes interpellées sur le territoire français : contacts des intervenants de la Cimade dans les centres de rétention par régions.

COMEDE

QUI ?

Créé en 1979, le Comité pour la santé des exilés (Comede) s'est donné pour mission d'agir en faveur de la **santé des exilés et de défendre leurs droits**. Il est engagé depuis près de 40 ans dans le soin et l'accompagnement de 150 000 personnes de plus de 150 nationalités dans le cadre des consultations et des permanences téléphoniques. Il est un acteur de la solidarité à l'égard des migrants/personnes étrangères et un dispositif d'observation privilégié de leur santé et de leurs conditions d'accès aux soins. Les activités d'accueil, soins et soutien des personnes exilées, ainsi que d'information, de formation et de recherche sont indispensables aux objectifs de l'association. Les actions du Comede sont conduites en partenariat avec des associations, institutions et professionnels de la santé, du droit et de l'action sociale

POURQUOI ?

Le Comede se donne pour missions d'agir en faveur de la santé des exilés et de défendre leurs droits. L'association a en particulier pour objectifs :

- de leur assurer des soins et un soutien médical, psychologique, social et juridique dans les cas où ceux-ci sont inexistantes ou inadéquats et d'agir en leur faveur.
- de favoriser leur accès aux soins, à la prévention et aux droits.
- de faciliter tout ce qui peut permettre leur plus grande autonomie et leur meilleure insertion.
- de contribuer à la connaissance et à la réflexion sur leur situation médicale, psychologique, sociale et juridique, et de participer à toute action permettant de l'améliorer.
- de produire des informations et de porter témoignage sur cette situation, dans les limites du secret professionnel, et sur les conditions qui l'expliquent.
- de gérer tout établissement ou structure dont l'activité est en rapport avec les buts de l'association.
- de collaborer avec tout autre acteur œuvrant dans le cadre des mêmes missions.

COMMENT ?

1. **Sur le site** : <http://www.comede.org/contacter-le-comede>.
2. **Par voie postale** : Le Comede, Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre.
3. **Par mail** : contact@comede.org
4. **Par téléphone** : 01 45 21 39 32
 - Permanence téléphonique socio-juridique :
Tél : 01 45 21 63 12, du mardi au vendredi, 9h30 – 12h30.
 - Permanence téléphonique médicale :
Tél : 01 45 21 38 93, du lundi au jeudi, 14h30 – 17h30.
 - Permanence téléphonique santé mentale :
Tél : 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 14h30 – 17h30.

RAVAD

RÉSEAU D'ASSISTANCE AUX VICTIMES D'AGRESSIONS ET DISCRIMINATIONS

QUI ?

Le Réseau d'aide aux victimes d'agression et de discrimination (RAVAD), créé le 13 mai 2005, est une association qui assiste les victimes d'agressions et de discriminations, en particulier pour les agressions en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. C'est un acteur du monde LGBT (Lesbien, Gay, Bi et Personnes trans) qui lutte contre l'homophobie.

Le RAVAD se compose d'Associations et d'Avocats pour proposer une assistance concrète et rapide aux victimes.

Ses missions sont de :

- Mutualiser les ressources associatives, juridiques et médicales.
- Consolider un réseau d'assistance juridique et judiciaire de proximité. Un comité de pilotage composé de professionnels du Droit garantit le respect de la charte du RAVAD (consultable sur son site) par les avocats qui auront été référencés sur www.ravad.org.
- Etayer un réseau de professionnels de santé sensibilisés aux discriminations.
- Proposer une formation pour l'accueil et l'accompagnement des victimes, ainsi que sur d'autres problématiques actuelles (trans-identité et vie sociale, discriminations en raison de l'état de santé, refus de soin, droit d'asile, droit d'entrée et séjour...). Les membres des associations peuvent bénéficier gratuitement et en priorité des formations que le réseau propose.
- Mailler l'ensemble du territoire national grâce à des associations, des professionnels du Droit et de la Santé.

POURQUOI ?

Le RAVAD est une association qui assiste des victimes :

- de délits ou de crimes à raison de l'orientation sexuelle de la victime.
- d'injures et de provocations à la haine ou de diffamations à raison de l'orientation sexuelle.
- de discriminations à raison de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou de l'état de santé.
- de discriminations liées à des problèmes de conjugalité et d'adoption.
- de contentieux relevant de la loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage et l'adoption aux personnes de même sexe.

COMMENT ?

1. En cas d'**URGENCE** :
 - **Tel** : 06 1755 1755
 - **Mail** : urgence@ravad.org
2. **Sur le site** : <http://www.ravad.org>
3. **Par voie postale** : RAVAD, c/o Centre LGBT Paris-IdF, 63 rue Beaubourg, 75003 Paris.

ARAPEJ

QUI ?

Fondée en 1976 par quatre aumôniers de prison protestants et catholiques et regroupant aujourd'hui un ensemble de personnes partageant une vision commune des droits de l'homme, l'Arapej s'est donnée pour mission d'accueillir en priorité les personnes sortant de détention ou placées sous-main de justice, mais aussi les personnes en grande difficulté sociale.

Elle gère 30 établissements et services organisés en 3 pôles d'activité :

- le pôle Hébergement / logement qui regroupe les centres d'hébergement et de réinsertion sociale pour hommes et femmes,
- le service d'accueil de personnes bénéficiant d'un aménagement de peine, l'accueil de personnes personnes toxicomanes et atteintes de pathologies graves ;
- le pôle Insertion avec le service RSA et le Chantier d'insertion par activité économique IAE ; le pôle Droit et justice avec les points d'accès au droit et le numéro verts.

POURQUOI ?

Elle s'adresse aux personnes sortantes de prison en difficulté sociale ou en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Elle offre en particulier une aide en matière de :

ACCÈS AU DROIT

Donne aux personnes en difficulté ou démunies, les moyens :

- de s'informer sur ses droits et ses obligations,
- de s'orienter vers les structures les plus appropriées pour faire valoir ses droits,
- d'être conseillé et assisté dans ses démarches juridiques et administratives, de bénéficier de consultations juridiques ou de l'assistance d'un tiers qualifié.

Les Points d'accès au droit (P.A.D.) sont des lieux d'accueil et de permanences gratuits. Ils permettent aux habitants ou aux personnes détenues, lorsqu'ils sont implantés en détention d'avoir accès à une information de proximité et à des consultations sur leurs droits et leurs devoirs, et de bénéficier d'une aide dans leurs démarches juridiques.

Chaque Point d'accès au droit géré par l'Arapej organise des permanences d'accès au droit et des permanences juridiques spécialisées.

L'Arapej gère actuellement 5 PAD en milieu pénitentiaire, 1 PAD implanté dans le 15ème arrondissement de Paris et 1 PAD implanté dans le 19ème arrondissement de Paris :

ACT (appartements de coordination thérapeutique)

Les appartements de coordination thérapeutique sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, ils s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion...) et l'aide à l'insertion sociale.

COMMENT ?

1. **Par voie postale :**
Arapej, 43 Boulevard de Magenta, 75010 Paris
2. **ou par mail :** directiongenerale@arapej.fr
3. **Téléphone :** 01 43 56 94 70
Ou le numéro vert : 0800 870 745
4. **Courrier juridique :** Arapej, Pôle Droit et Justice, 43 Boulevard de Magenta 75010 Paris
ou par mail à ldaci@arapej.fr

NUMÉROS VERTS

LE PLANNING FAMILIAL

QUI ?

Créée en 1956 sous le nom de «La maternité heureuse», l'association réunissait des femmes et des hommes souhaitant faire changer la loi de 1920 qui interdisait l'avortement, ainsi que l'utilisation et la diffusion de tout moyen contraceptif en France. En 1960, l'association devient le «Mouvement Français pour Le Planning Familial» (MFPF) dit «Le Planning Familial» et adhère à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Le Planning Familial est un mouvement militant, féministe et d'éducation populaire, qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la **contraception**, à l'**avortement** et à l'**éducation à la sexualité**. Il dénonce et combat toutes les formes de **violences**, lutte contre le **SIDA** et les **IST**, contre toutes les formes de discrimination et contre les inégalités sociales. Il lutte pour une **société plus juste**, fondée sur l'**égalité** entre les femmes et les hommes, la mixité et la laïcité.

POURQUOI ?

- **Prendre en compte toutes les sexualités** : et agir pour que la sexualité soit un des droits de la personne; animer des lieux d'expression où parler désir et plaisir pour vivre une sexualité épanouie dans le respect de l'autre.
- **Promouvoir l'éducation à la sexualité** : et son intégration dans les programmes scolaires, favoriser les échanges entre filles et garçons pour aborder les comportements et les hiérarchies, faire évoluer les mentalités en défendant le principe d'une éducation non-sexualisée; aborder la sexualité avec des personnes en situation de difficulté liée au handicap, à la migration, à la détention.
- **Accompagner dans le choix d'une contraception** : adaptée à son âge, à son mode de vie, à ses besoins et favoriser l'accès à toutes les méthodes y compris en améliorant leur remboursement.

- **Ecouter et orienter pour une demande d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)** : dans le respect des personnes et de leur choix sans pression ni culpabilisation, veiller à l'application des lois, à l'accès et aux conditions dans lesquelles sont pratiquées les interventions et favoriser une meilleure prise en charge.

- **Dénoncer et combattre toutes les formes de violences** : Discriminations, viols, violences au sein du couple ou de la famille, harcèlement sexuel, mariages forcés, mutilations sexuelles... Accueillir les femmes victimes de violence; favoriser des groupes de parole leur permettant d'agir pour elles-mêmes et pour les autres en brisant le silence, travailler avec les auteurs de violences.

- **Lutter contre le Sida et les Infections Sexuellement Personnes transmissibles (IST)** : Sensibiliser les femmes à leur exposition particulière aux risques, renforcer leurs capacités à se protéger, favoriser la diffusion des moyens de protection dont elles ont la maîtrise en particulier le préservatif féminin mais aussi sensibiliser les professionnels à l'accueil des femmes séropositives et à leurs demandes particulières.

- **Privilégier une maternité choisie** : Veiller à ce que soit respecté le droit d'accoucher anonymement et celui de recourir à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ou à l'adoption.

- **Agir à l'international** : Participer à la reconnaissance des droits fondamentaux des femmes partout dans le monde par des actions de lobbying. Développer avec des partenaires, dans une co-formation mutuelle, des projets favorisant une plus grande autonomie des femmes.

- **Former et informer, développer des outils** : Agréé organisme de formation «éducation à la vie» et «conseil conjugal et familial», Le Planning Familial forme des personnels médicaux et paramédicaux, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants, magistrats et policiers sur les questions de sexualité et sur les violences faites aux femmes.

- **Renforcer l'autonomie et les compétences** des personnes en développant leur participation active, comme par exemple au sein des groupes de parole qu'il anime dans le cadre de programmes nationaux.

COMMENT ?

1. **Par téléphone** : sur le numéro vert Information, Conseil, écoute : 0 800 08 11 11.
2. **Sur Internet** : <https://www.planning-familial.org>

FIL SANTÉ JEUNES

QUI ?

Il s'adresse aux jeunes de 12 à 25 ans. Il est constitué de professionnels de santé (médecins et psychologues) dispensant un accompagnement totalement gratuit et de professionnels du net. C'est une équipe d'adultes aux compétences professionnelles complémentaires, visant à répondre aux **questions santé des jeunes** et ayant une expérience de l'écoute téléphonique.

POURQUOI ?

Les thèmes suivants peuvent être abordés directement au numéro vert anonyme et gratuit ou sur le site internet :

- Amour et Sexualité.
- Mon corps.
- Contraception et Grossesse.
- Moi et les Autres.
- Mal être.
- Santé Soins.
- Drogues et Addictions.
- Nutrition.
- Infos juridiques.

COMMENT ?

1. **Par téléphone** : sur le numéro verts Fil Santé Jeunes au : 0 800 235 236.
2. **Sur Internet** : <https://www.filsantejeunes.com/>

SIDA INFO SERVICE

QUI ?

SIDA INFO SERVICE est un dispositif d'aide à distance en santé téléphone et Internet permettant de répondre à des interrogations liées au VIH/sida, aux IST et aux problématiques connexes.

POURQUOI ?

Les écoutants de Sida Info Service sont à l'écoute de toutes les personnes qu'elles soient séronégatives, contaminées, ou proches d'une personne touchée, qu'elles envisagent un test de dépistage ou non, qu'elles soient en attente de résultats... Chaque appel est accueilli avec respect, sans jugement et en toute confidentialité.

COMMENT ?

SIDA INFO SERVICE est accessible au 0 800 840 800 (24/24 - 7/7) : appel gratuit depuis un téléphone fixe et portable et non décompté des forfaits, ou par le site www.sida-info-service.org (mail, LiveChat, Forum).

HÉPATITES INFO SERVICE

QUI ?

HEPATITES INFO SERVICE est un dispositif d'aide à distance en santé téléphone et Internet permettant de répondre à des interrogations liées aux hépatites et aux problématiques connexes.

POURQUOI ?

Les écoutants d'Hépatites Info Service sont à l'écoute de toutes les personnes qu'elles soient séronégatives, contaminées, ou proches d'une personne touchée, qu'elles envisagent un test de dépistage ou non, qu'elles soient en attente de résultats...

COMMENT ?

HEPATITES INFO SERVICE au 0 800 845 800 (8/23 - 7/7) : appel gratuit depuis un téléphone fixe et portable et non décompté des forfaits, ou par le site www.hepatites-info-service.org (mail, LiveChat, Forum).

Sida Info Service et Hépatites Info Service proposent si besoin un accompagnement personnalisé aux personnes concernées par le VIH/sida ou les hépatites. Plusieurs rendez-vous téléphoniques avec un même écoutant permettent d'aborder différents sujets : traitement post-exposition, attente de la confirmation d'un résultat, difficultés de vie avec la maladie, nouveau traitement, vie affective, sexuelle, contexte professionnel, relations avec la famille... Il suffit de demander à être orienté sur la LIGNE D'ACCOMPAGNEMENT (Suivi anonyme).

LIGNE AZUR

QUI ?

LIGNE AZUR est un dispositif d'information et de soutien aux personnes en questionnement sur leur orientation et/ou leur identité de genre, à l'entourage et aux professionnels qui souhaitent aider une personne en difficulté. Ligne Azur lutte aussi contre les LGBT-phobies et pour la prévention du comportement suicidaire.

POURQUOI ?

Ligne Azur écoute et soutient dans le non-jugement et le respect, toute personne qui la sollicite. Ligne Azur contribue à la restauration/amélioration de l'estime de soi et donc, au mieux-être de toute personne en difficulté. Ligne Azur oriente vers les structures adaptées à chaque situation.

COMMENT ?

LIGNE AZUR au 0 810 20 30 40 (8h/23h - 7/7) : coût d'une communication locale (7,8 cents par appel puis 2,8 cents la minute). Il est aussi possible de composer le 01 41 83 42 81 (appel gratuit selon le forfait souscrit), ou par le site www.ligneazur.org (mail : réponse assurée sous 48 h maximum).

DROIT DES MALADES INFO

QUI ?

DROITS DES MALADES INFO défend les malades depuis son lancement en mars 2004 : usagers ponctuels de services de santé, personnes atteintes d'une maladie chronique et/ou lourde, proches d'un malade, aidants. Droits des Malades Info s'adresse aussi aux professionnels de santé en les informant sur les aspects juridiques de la relation avec leurs patients.

POURQUOI ?

DROITS DES MALADES INFO couvre l'ensemble des droits des usagers au sens de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

COMMENT ?

DROITS DES MALADES INFO est accessible au 0 810 51 51 51*
et par mail

*prix d'un appel métropolitain depuis un poste fixe

SIDA INFO DROIT

QUI ?

SIDA INFO DROIT est un service de relation d'aide à distance sur les questions juridiques en lien avec le VIH/sida et les hépatites. Des juristes spécialisés, soumis au secret professionnel, répondent dans les meilleurs délais possibles.

POURQUOI ?

SIDA INFO DROIT répond aux questions sur les droits sociaux, droits du travail, discrimination, assurances, refus de soins, secret médical, traitement pénal de la contamination.

COMMENT ?

SIDA INFO DROIT est accessible au 0 810 636 636* et par mail.

*prix d'un appel métropolitain depuis un poste fixe

BIBLIOGRAPHIE

- **ARAIN Amber, ROBAEYS Geert et STÖVER Heino**, « Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response », *BMC Infectious Diseases* 14, 2014, p. S17.
- **CHEMLAL Khadoudja et al.**, « Offre de soins en milieu carcéral en France: infection par le VIH et les hépatites. Enquête Prévacar, 2010 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* (10, 11), 2012.
- **DÉSESQUELLES Aline**, « Disability in French Prisons », *Population (english edition)* 60 (1), 2005, p. 65–91
- **DESESQUELLES Aline**, « Self-rated health of french prison inmates : does time spent behind bars matter? », *Ined - Documents de Travail* (179), 2003, p. 20.
- **DUBURQ Anne et al.**, « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral », *Bourg-la-Reine, Cemka-Eval*, 2004, p. 283.
- **FAC Catherine**, « [Prison and the elderly] », *Soins. Gérontologie* (88), 2011, p. 27
- **GODIN-BLANDEAU E, Verdot C, Develay AE**. La santé des personnes détenues en France et à l'étranger : une revue de la littérature. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(35-36):434-40.
- **HAGEGE M**. 2016 « Sortir et s'en sortir? Parcours de santé et vulnérabilité de personnes détenues qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Ile-de-France » Thèse soutenue à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- **INJEP** « Intimité, sexualité : la vie privée des jeunes à l'épreuve » *Etudes et synthèses*, 2017.
- **JAUFFRET-ROUSTIDE Marie et al.**, « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 33, 2006, p. 244–7.
- **JOËL Myriam**, 2017a, *La sexualité en prison de femmes*, Paris, Presses de Sciences Po.
- **JOËL Myriam**, 2017b, « Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie », rapport final de recherche, INED – Sidaction.
- **LANCELEVEE C.**, 2016. « Quand la prison prend soin : Enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne » Thèse soutenue à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris.
- **LE SAOS B**, « L'homosexualité en prison », Mémoire de master II de droit privé général, Faculté de droit et de Science Politique, Université de Rennes, 2012.
- **LIEBLING, A.**, "Whose Side are We on? Theory, Practice and Allegiances in Prisons Research." *Br J Criminol*, 2001, 41, 472–484.
- **MAHI Lara**, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2015.
- **MAHI Lara**, « Une sanitarisaton du pénal? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue Française de Sociologie* 56 (4), 2015, pp. 697–733.
- **MANSOUR Reem**, Etat de santé des personnes détenues migrants au centre pénitentiaire Marseille: Premiers constats et recommandations, Mémoire de master 2, Paris, Université Paris Descartes Paris 5 - Faculté des sciences pharmaceutiques, 2013.
- **MICHEL Laurent et al.**, « Limited access to HIV prevention in French prisons (ANRS PRI2DE): implications for public health and drug policy », *BMC public health* 11, 2011, p. 400.
- **MICHEL Laurent, CARRIERI M Patrizia et WODAK Alex**, « Harm reduction and equity of access to care for French prisoners: a review », *Harm Reduction Journal* 5, 2008, p. 17
- **MORLAT Philippe**, Rapport 2013 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Paris, *La Documentation Française*, 2013, p. 418–422
- **OIP**, *Dedans Dehors* N°87 Avril 2015, Dossier mineurs incarcérés.
- **Remy AJ, Canva V, Chaffraix F, Hadey C, Harcouet L, Terrail N, et al.**, « L'hépatite C en milieu carcéral en France : enquête nationale de pratiques 2015 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2017;(14-15):277–84.
- **RICORDEAU, G. et SCHLAGDENHAUFFEN R**. 2016. « Approcher la sexualité dans les institutions pénales », *Champ pénal/Penal field [En ligne]*, Vol. XIII.
- **ROTILY M et al.**, « Surveillance of HIV infection and related risk behaviour in European prisons. A multicentre pilot study », *European Journal of Public Health* 11 (3), 2001, p. 243–250.
- **SANNIER Olivier**, « Approche sanitaire du vieillissement de la population carcérale », *Gestions hospitalières* (506), 2011, p. 355–357.
- **SEMAILLE C. et al.**, « Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy », *Euro Surveill* 18 (28), 2013.

PRINCIPAUX SIGLES

AAH : allocation pour adulte handicapé

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

ALD : affection de longue durée

APA : aide personnalisée à l'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

ASE : aide sociale à l'enfance

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAP : commission de l'application des peines

CHRS : centre d'hébergement et réinsertion sociale

CPIP : conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

CPA : centre pour peines aménagées

CRA : commission de recours amiable

CRA : centre de rétention administratif

CRP : crédit de réduction des peines

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement

et de prévention en addictologie

CSL : centre de semi-liberté

CSST : centre spécialisé de soins aux personnes toxicomanes

CSSTH : centre spécialisé de soins

aux personnes toxicomanes

avec hébergement collectif

DAP : direction de l'administration

pénitentiaire

DRSP : direction régionale

des services pénitentiaires

DSPIP : directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation

EI : entreprise d'insertion

ETTI : entreprise de travail temporaire d'insertion

FIJAIS : fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes

FNAEG : fichier national automatisé des empreintes génétiques

GRETA : groupement d'établissements de l'Education Nationale pour la formation des adultes

ITF : interdiction du territoire français

JAP : juge d'application des peines

JLD : juge des libertés et de la détention

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PEP : projet d'exécution de peine

PRSP : programme régional de santé publique

PSE : placement sous surveillance électronique

PSEM : placement sous surveillance

électronique mobile

PSJ : placement sous surveillance judiciaire

QSL : quartier de semi-liberté

RIEP : régie industrielle des établissements pénitentiaires

RPE : réduction de peine exceptionnelle

RPO : réduction de peine ordinaire

RPS : réduction de peine supplémentaire

SMPR : service médico-psychologique régional

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

SRAIOSP : service régional d'accueil, d'information et d'orientation des sortants de prison

SREPS : schéma régional d'éducation pour la santé

SROS : schéma régional de l'organisation des soins

SSJ : suivi socio-judiciaire

STIC : système de traitement des infractions constatées

TAP : tribunal de l'application des peines

TASS : tribunal des affaires de la sécurité sociale

TI : tribunal d'instance

TGI : tribunal de grande instance

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale

USMP (ex UCSA) : unité sanitaire en milieu pénitentiaire



228 rue du Faubourg Saint Martin
75010 Paris
Tél. : 01 53 26 45 55
Fax : 01 53 26 45 75
sidaction@sidaction.org

Association reconnue d'utilité publique