

ECOLE NATIONALE de la SANTE PUBLIQUE

Filière des INSPECTEURS des AFFAIRES SANITAIRES et
SOCIALES

Promotion 1997-1999

**L'action des DDASS à l'égard de la population
pénale**

Un état des lieux des pratiques en Ile-de-France

Jean-Michel DEJENNE

Stage d'exercice professionnel

Direction Régionale des Affaires Sanitaires
et Sociales,

Ile-de-France, septembre - décembre 1998

SOMMAIRE

Introduction	1
I - Une population dont les caractéristiques justifient l'intérêt des services déconcentrés du ministère de la santé et des affaires sociales	5
A. Une population en situation difficile	5
1. Données générales, démographiques, sanitaires et sociales sur les détenus et personnes sous main de justice	5
a. Combien sont-ils?	5
b. Qui sont-ils?	6
c. A quoi sont-ils condamnés?	7
d. De quoi souffrent-ils?	10
d1. Problèmes de santé	10
d2. Maux sociaux	14
2. Données propres à l'Ile-de-France	15
a. Combien (et où) sont-ils?	15
b. Qui sont-ils?	16
c. De quoi souffrent-ils?	17
B. Un dispositif de prise en charge opérationnel	20
1. Des dispositions spécifiques d'intervention sur le secteur	20
2. Des dispositions générales susceptibles d'être utilisées en faveur de cette population	24

II - Des pratiques locales inégales en Ile-de-France

26

A. Le constat	26
1. Données méthodologiques	26
a. Données de départ	26
b. Petit historique de ce mémoire	27
c. Le questionnaire soumis aux DDASS	28
2. L'état des pratiques des DDASS	29
a. La loi du 18 janvier 1994	29
a1. Les locaux	30
a2. Les problèmes récurrents, notamment dentaires	30
a3. Les "extractions" pour raison de santé	31
a4. Les relations UCSA-SMPR	31
a5. La prévention	32
a6. Aperçu des "13 000"	32
b. Les plaintes des détenus	32
c. L'inspection des établissements pénitentiaires	34
d. Les rapports d'activité des services médicaux	35
e. La tutelle hospitalière	36
f. Les instances de suivi et de partenariat	37
f1. Les commissions de surveillance des prisons (f11) et les comités de coordination des UCSA (f12)	37
f2. Les autres instances	39
g. Les initiatives et projets en faveur des détenus et sortants de prison	40
g1. En faveur des détenus	40
g11. Vaccination contre l'hépatite B	40
g12. Autres opérations	41
g2. En faveur des sortants	43
g21. Les actions sanitaires	43

g22. Les actions sociales	46
h. La coordination interne dans les DDASS	50
i. La doctrine: population spécifique ou non?	52
j. La charge de travail	53
B. L'analyse	54
1. Tentative d'explication des différences d'implication selon les DDASS	54
a. L'évaluation de loi de 1994	54
b. Le traitement des plaintes de détenus	55
c. L'inspection des établissements pénitentiaires	56
d. Les rapports d'activité des services médicaux	57
e. La tutelle hospitalière	57
f. Les instances de suivi et de partenariat	57
g. Les actions menées	58
h. La coordination entre les services de la DDASS	58
i. La doctrine	59
j. La charge de travail	60
2. Questions et perspectives	61
a. Les points d'interrogation	61
b. Les pistes d'amélioration	62
Conclusion	64
Remerciements	65
Bibliographie sommaire	66
Petit lexique	67

Introduction

L'essence - même de la prison comme lieu clos, opaque, destiné à l'application des sanctions privatives de liberté infligées « au nom du peuple français », l'inflation carcérale et son ombre: le spectre américain de la régulation sociale par l'incarcération de masse, questionnent l'homme et le citoyen.

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales (IASS), comme travailleur et professionnel peut, pour sa part, essayer dans son métier de comprendre et d'agir, estimant que cette population qui connaît la rigueur de la loi le concerne. Pourquoi attendre? Sans qu'il s'agisse d'une commande du service où se déroulait le stage d'exercice professionnel, le choix fut fait de traiter de l'articulation existante et possible, officielle et potentielle, entre les fonctions d'un IASS et le champ pénitentiaire. Se présentait ainsi l'occasion de faire le point des compétences octroyées et des actes posés.

Question marginale que la population pénale pour un inspecteur des affaires sanitaires et sociales? Cela méritait réflexion et investigation. Car d'abord, la marge est dans la page. Ensuite, la prison est un condensé explosif des difficultés sociales de la population présente sur le territoire national. Les personnes les plus en difficulté, celles pour lesquelles le concept d'exclusion est le plus approprié, qui cumulent les traits de précarité (absence d'emploi, ancrage familial difficile, faible niveau d'instruction, étrangers en situation irrégulière, etc...) s'y trouvent en grande proportion. "La prison est statistiquement la mesure judiciaire par excellence du pauvre" (M. Guillonnet, A. Kinsey, in *Revue française des affaires sociales*, n°1, janvier 1997, p41-58).

La population incarcérée nous interpelle sur l'éducation à la santé et l'accès aux soins **préalablement** à la détention, sur les dispositifs de droit commun dont le ministère chargé de la santé et des affaires sociales est partie prenante (notamment par ses financements) et impulseur. Elle nous concerne **pendant** son incarcération car la prison doit être, comme le voulait Clemenceau, "une maison de guérison" à tous les sens du terme, et qu'elle est l'occasion

d'effectuer un travail de soins, de prévention, d'écoute et d'insertion sociale. Par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale des détenus, la santé en prison est soustraite à l'administration pénitentiaire pour être confiée aux hôpitaux, c'est-à-dire indirectement aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) par les services dits de tutelle, aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) par le service de planification hospitalière, et aux récentes agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

En aval, une bonne part de la population carcérale se fond dans les publics démunis (d'autant que la prison appauvrit), objet des préoccupations affichées du ministère, et rejoint les usagers des dispositifs d'urgence sociale notamment en matière de logement.

Le dossier de la protection sociale est également présent, qui relève de notre ministère et de la responsabilité des DRASS à travers le contrôle des caisses de sécurité sociale, notamment en l'espèce des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), puisque les détenus et les sortants de prison sont de par leur incarcération obligatoirement affiliés au régime général d'assurance maladie, toujours en vertu de la loi réellement novatrice du 18 janvier 1994.

Ces questions nous interpellent professionnellement. Elles sont **un enjeu de santé publique** (comme le titrait le numéro spécial de la *Revue française des affaires sociales* de janvier 1997 consacré à la santé en prison), **et d'ordre public** dont nous sommes également comptables en tant qu'administration publique.

Un enjeu d'ordre public car ces personnes ont en effet révélé une délinquance supérieure à la moyenne, qu'un état de précarité ne peut que favoriser: *"les résultats sont constants et cohérents: à criminalité inchangée, la population pénitentiaire s'accroît quand le marché de l'emploi se détériore"* (T. Godefroy, B. Laffargue, "Pauvreté, crime et prison", 1992). La lutte contre l'exclusion contribue à la lutte contre la récidive.

Un enjeu de santé publique *"et même un formidable enjeu car le monde carcéral est principalement composé de sujets jeunes, socialement défavorisés ou mal insérés, pour qui les préoccupations de santé ne sont pas prioritaires, et de ce fait négligées. Il y a donc une double action à mener: réparer les négligences du passé et éduquer pour préparer l'avenir, après avoir établi pour chacun le bilan de la situation et proposé un programme adapté à son cas particulier. La question étant ainsi posée, on se situe donc bien dans une démarche classique de santé publique"* (G. Nicolas, L. Dessaint, C. Nicolas, in *Revue française des affaires sociales*,

n°1, janvier 1997, p33-39).

Il convient d'ailleurs d'évoquer dès maintenant la situation sanitaire des personnes incarcérées avant l'entrée en vigueur de la loi de 1994. L'administration pénitentiaire assurait la fonction de santé, soignant elle-même avec des médecins qu'elle recrutait en général à la vacation et des infirmières appartenant au corps des infirmières pénitentiaires, ainsi que quelques unes de la Croix - Rouge. Les locaux étaient inadaptés. Les surveillants distribuaient les traitements, sans respect du secret médical et dans des fioles. Ces fioles sont le symbole de la médecine carcérale d'avant 94 (il n'y a d'ailleurs pas à proprement parler de médecine carcérale post-94, mais une médecine de santé publique). Pour éviter les suicides et le trafic, les médicaments étaient dilués, et souvent mélangés les uns avec les autres en cas de traitements multiples, parfois préparés plusieurs jours à l'avance et "servis" dans des fioles. Les contraintes carcérales l'emportaient sur les considérations de santé, et le personnel médical récalcitrant pouvait être congédié par le directeur de la prison à tout moment, au motif classique d' *"inadaptation au milieu"*.

La nouvelle situation nécessite un travail de vigilance de la part des services déconcentrés du ministère en charge des affaires sociales et de la santé, mais aussi un réel travail partenarial et interministériel. C'est la logique - même de la loi du 18 janvier 1994 (timidement amorcée en 1984) qui l'induit, puisqu'elle instaure très officiellement une coopération forcée entre deux ministères à la culture très différente: le très régalien ministère de la Justice, à travers sa direction de l'administration pénitentiaire, et le plus "providentiel" ministère de la santé. L'hôpital entre dans les murs de la prison et s'y installe de façon probablement irréversible. Cinq ans plus tard, il n'était pas inutile d'aller voir d'un peu plus près l'application de ce texte. D'ores et déjà, tous s'accordent à dire que le pari est gagné et le bilan positif, preuve réconfortante que si l'on ne change pas la société par décret, on peut parfois améliorer la vie par la loi.

Les perspectives partenariales sont d'autant plus sérieuses que, si l'on excepte des accroc parfois inacceptables sur le terrain, un travail de ce type se déroule déjà depuis près de quinze ans et s'est naturellement intensifié au cours de la période de signature des conventions et protocoles entre prisons et hôpitaux, supervisée par les DDASS et DRASS. L'administration pénitentiaire est aujourd'hui largement acquise à l'idée de réinsertion, qui entraîne logiquement celle de partenariat, et ne le cache nullement. Ainsi une note du directeur de l'Administration

pénitentiaire aux directeurs régionaux des services pénitentiaires en date du 3 août 1993 estime-t-elle que *"la généralisation du recours au partenariat avec les autres services de l'Etat, les collectivités territoriales et le secteur associatif, offrent maintenant aux services des établissements et aux Comités de Probation les moyens de répondre aux difficultés que rencontrent les personnes détenues au moment de leur retour à la vie libre, et en particulier dans les domaines de la formation et de l'emploi, de l'hébergement ou de la santé"*.

Pour prendre la mesure de l'implication des DDASS et DRASS sur ces questions, sur ces populations, l'Ile-de-France est un bon terrain d'investigation. La région est variée, ses huit départements ont des caractéristiques sociales diverses. Tous les types d'établissements pénitentiaires y sont présents, avec des services médicaux aux statuts différents, conditionnés par des régimes de gestion de prisons différents également depuis que la loi du 22 juin 1987 a institué en France les prisons "privées", dites "Chalandon" du nom de leur promoteur, ou plus couramment "13 000", nombre de places nouvelles ouvertes par ce programme. Ceci conditionne les modes d'action, les pratiques des DDASS. C'est donc à une esquisse d'état des lieux des dispositifs et des pratiques que nous avons essayé de nous livrer.

Dans un premier temps, il convient de préciser en quoi les détenus et sortants de prison forment une population intéressant par nature les services déconcentrés de notre ministère (I).

Ensuite, il faudra observer comment ces services déconcentrés respectent leurs obligations et usent de leurs compétences envers ce "public" en Ile-de-France (II).

I- Une population dont les caractéristiques justifient l'intérêt des services déconcentrés du ministère de la santé et des affaires sociales

A. Une population en situation difficile

1. Données générales démographiques, pénales, sanitaires et sociales sur les détenus et les personnes sous main de justice

La comparaison des chiffres permet d'affirmer que la population pénale ne ressemble pas à la population générale.

a. Combien sont-ils?

Au 1er janvier 1997, la population française est estimée à 58 493 900 personnes (source INSEE, projections OMPHALE). La population pénale s'élève quant à elle aujourd'hui à **51 640 détenus** répartis en 186 établissements pénitentiaires et 117 061 personnes suivies par 182 comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL), soit un total de **168 701**.

En terme d'évolution, nous assistons à une très récente décrue qui ne masque pas **l'inflation carcérale** connue par la France, qui n'a pourtant pas atteint les chiffres d'autres pays occidentaux, notamment les Etats-Unis d'Amérique. **Au cours des vingt dernières années la population française a augmenté de 10%, le nombre de détenus de 100%**. Le record a été "réalisé" au 1er juillet 1996, avec près de 59 000 détenus. La barre symbolique des 60 000 était proche, et le taux de un détenu pour mille habitants atteint. Il est de **0,90 pour 1 000** aujourd'hui en France, 0,83 en Allemagne, 0,96 au Royaume Uni, 1,06 en Espagne, et 6 aux Etats-Unis d'Amérique dont 10 (soit 1%) au Texas. Les 51 640 prisonniers de 1997 traduisent une baisse de 1,9% sur un an. En 1996, 79 938 personnes étaient entrées en prison et 80 956 en étaient sorties. Cela signifie que le taux de d'incarcération (et non plus de détention comme précédemment), c'est-à-dire le nombre d'entrées en prison rapporté à la population globale, s'établit à 1,36 pour mille.

Compte-tenu du fait qu'il n'y a "que" 50 292 places de prison - ce qui ne signifie pas forcément

"cellules" - on constate que la loi plus que centenaire du 5 juin 1875 instaurant le régime cellulaire individuel est loin d'être appliquée, surtout en maison d'arrêt, où le taux d'occupation atteint parfois 300%. Le ministère de la Justice reconnaît d'ailleurs que plus d'un détenu sur quatre vit en maison d'arrêt dans des conditions de détention *"très difficiles, voire alarmantes"*.

b. Qui sont-ils?

Si la population française est à peu près paritaire entre hommes et femmes, avec même un léger déséquilibre à l'avantage de ces dernières, ce n'est absolument pas le cas de la population sous les verrous, la prison étant **un univers masculin**: 95% d'hommes.

Rapporté à la population nationale, le taux de détention est de 88,3 pour 100 000, inégalement réparti à raison de 173,8 pour les hommes et 7,1 pour les femmes. Ceci s'explique par la plus grande hésitation des tribunaux à condamner des femmes à des peines de prison. Par conséquent, les détenues sont en général des cas judiciaires (et sanitaires) assez lourds.

Il y a en France 15 millions de moins de 18 ans, soit plus du quart de la population. Cette proportion s'élève à 1,2% en prison. Parmi ceux-ci ne sont pas comptabilisés les bébés, au nombre d'une quarantaine, et qui peuvent rester avec leur mère jusqu'à 18 mois. Leur non-comptabilisation (et d'ailleurs leur existence incomplètement reconnue) s'explique par leur statut de personne libre, leur absence de numéro d'érou. Ils posent cependant des questions sanitaires et sociales particulières qui excèdent malheureusement le champ de notre étude, la décentralisation ayant soustrait la protection maternelle et infantile (PMI) et l'aide sociale à l'enfance (ASE) à l'Etat pour la remettre aux départements. La plupart des mineurs ayant maille à partir avec la Justice sont pris en charge par les services de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), qui n'entrent pas non plus dans le champ du présent travail.

La situation change avec les 18-25 ans: 8 millions en France, soit environ 13% du total, ils sont 25% des détenus. 21% des prisonniers ont entre 25 et 30 ans, 29% entre 30 et 40 ans et 24% plus de 40 ans (43-44% dans la population globale) au 1er janvier 1997 (une enquête "sortants" réalisée dans toute la France en juin 1996 donnant un chiffre de 17%, les moins de 25 ans montant à 31%).

La moyenne d'âge des détenus est de **33,25 ans** (32,75 en 1996; 30 en 1980).

En ce qui concerne leur situation matrimoniale, 63% des détenus se déclarent célibataires et

31% mariés ou concubins (enquête libérés du 3 au 9 juin 1996, *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n°5, février 1998, Ministère de la Justice). Ceci n'est pas sans conséquence en terme de socialisation.

Il y a par ailleurs **30% de détenus étrangers** dans les prisons françaises (70% sont Africains). Ce chiffre est à comparer avec les dernières statistiques nationales officielles du nombre d'étrangers en situation régulière présents sur le territoire, celles du recensement de 1990. Il y avait alors 3,6 millions d'étrangers en France (environ 7% de la population).

c. A quoi sont-ils condamnés?

Cette question nécessite une présentation préalable des types d'établissements pénitentiaires. Ils sont au nombre de trois:

- les maisons d'arrêt, pour les prévenus (c'est-à-dire les personnes non encore jugées, et donc bénéficiant de la présomption d'innocence), les détenus en appel de jugement et les détenus condamnés à des peines inférieures à un an, ou à qui il reste moins d'un an à effectuer.
- les centres de détention, qui sont des établissements pour peines (comprendre: pour longues peines), concernant les condamnés à plus d'un an et moins de cinq ans de prison, ou à qui il reste moins de cinq ans à effectuer, et dont les perspectives de réinsertion sont bonnes.
- les maisons centrales, qui sont également des établissements pour peine (EPP), pour les condamnés à de longues peines, avec un régime de détention plus sécuritaire.

Il existe aussi des subdivisions de ces structures ou d'autres structures, comme les maisons d'arrêt des femmes (MAF), les centres de jeunes détenus (CJD), le centre national d'orientation (CNO) à Fresnes, les onze centres de semi-liberté (CSL) "autonomes" et un hôpital-prison, l'établissement hospitalier public national de Fresnes (EHPNF) qui fait depuis longtemps couler beaucoup d'encre et dont la direction est assurée non par un directeur d'hôpital, mais par un directeur de prison. Deux autres établissements pénitentiaires à caractère médical, n'ayant pas le statut d'hôpital, existent mais sont moins connus: le CD sanitaire de Château-Thierry et la MC sanitaire de Liancourt.

Les centres pénitentiaires sont des lieux regroupant deux types d'établissement et comprenant un centre de semi-liberté.

Sur les 51 640 détenus de France au 1er janvier 1997, 30 274 sont condamnés (58,6%) et 21 366 sont prévenus (41,4%, soit une hausse de 2,2% en un an).

Les trois quarts des condamnés le sont à des peines correctionnelles, les autres l'étant à des peines criminelles.

34% sont condamnés pour attentat aux biens, 18,5% pour attentat aux personnes, 17% pour attentat aux moeurs, 5% pour attentat à la législation sur les étrangers. Un décompte plus fin au 1er juillet 1996 fournit les résultats suivants, selon la nature de l'infraction principale commise:

- 29,9% pour vols simples et qualifiés
- 20,2% pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS)
- 14,3% pour viol ou attentats aux moeurs
- 9,1% pour crimes de sang
- 5,2% pour escroquerie
- 4,6% pour infraction à la législation sur les étrangers
- 2,3% pour homicides et blessures involontaires
- 14,4% pour autre motif

Les durées moyennes de détention et de détention provisoire sont en augmentation régulière. Elles s'établissent respectivement en 1997 à **8,1 et 4,4 mois**.

Cette inflation carcérale (pour reprendre une expression unanime) en durée et en effectifs, mérite d'autant plus attention qu' *"elle ne s'est pas traduite de façon uniforme sur la population: on observe une modification de sa composition démographique et pénale"* (M. Guillonnet et A. Kinsey: "La santé en milieu carcéral, éléments d'analyse démographique", *RFAS*, n°1, janvier 1997, p41-59). Il y a ainsi par exemple un tout petit peu plus de femmes, un léger vieillissement, plus d'étrangers (30%, contre 18% en 1975, exclusivement du fait des étrangers en situation irrégulière.

Un certain nombre de condamnés effectuent des peines non privatives de liberté (donc en milieu dit ouvert) gérées et suivies par les CPAL. Il s'agit des mesures suivantes:

- le sursis avec mise à l'épreuve. Il suspend l'exécution d'une peine d'emprisonnement, mais le condamné est alors soumis à des mesures d'assistance et de surveillance ainsi qu'au respect d'obligations déterminées . Le "SME" n'est applicable qu'aux condamnations "prononcées pour une durée de cinq ans ou plus", à raison d'un crime ou d'un délit de droit commun (art. 132-41

al. 1 du nouveau code pénal), et dure entre 18 et 36 mois. Parmi les obligations, il peut se trouver celle de se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. C'est au juge d'application des peines (JAP) de vérifier le respect de ces contraintes, en liaison avec le personnel de santé concerné. Des questions relatives au secret médical peuvent alors se poser.

- le travail d'intérêt général (TIG). Introduit en France par la loi du 10 juin 1983, le TIG a pour double objectif de constituer une alternative à une peine d'emprisonnement et de faciliter la réinsertion du condamné majeur ou mineur de 16 à 18 ans.

- l'ajournement avec mise à l'épreuve. Depuis 1975, le mécanisme procédural de l'ajournement permet au tribunal d'ajourner le prononcé d'une peine et éventuellement de dispenser ensuite de toute sanction la personne déclarée coupable d'un délit lorsque certaines conditions sont remplies. Il y a donc déclaration de culpabilité, mais non jugement. La loi du 6 juillet 1989 a perfectionné le système en permettant aux tribunaux, dans certains cas, d'ajourner le prononcé de la peine en plaçant le prévenu sous le régime de la mise à l'épreuve pendant un délai d'un an maximum.

- la libération conditionnelle (LC). Elle permet à un détenu de sortir avant la fin de sa peine, en respectant pendant une période de temps déterminée des obligations et des mesures d'aide et de contrôle. Cette mesure est de moins en moins appliquée par les tribunaux.

- le contrôle judiciaire. Il s'agit d'une mesure pré-sententielle, s'adressant donc aux prévenus. Le juge d'instruction décide soit d'un contrôle judiciaire "pur et dur" confié à la police ou à la gendarmerie, soit d'un contrôle judiciaire socio-éducatif confié à des associations habilitées ou aux CPAL.

Les modalités d'exécution de la peine pour les détenus, donc incarcérés et relevant du milieu fermé peuvent être alternatives à la détention stricto sensu:

- les ordonnances de semi-liberté. Elles sont accordées aux condamnés pouvant justifier d'une activité professionnelle, d'un stage de formation, d'une participation essentielle à la vie de leur famille ou de la nécessité de suivre un traitement médical. Ils rentrent, en dehors des heures déterminées par le juge, dans leur établissement pénitentiaire: le centre de semi-liberté.

- les placements extérieurs. "Jouant un rôle transitoire entre la détention et le monde libre, ils permettent à chaque détenu de réapprendre les règles de la vie sociale dans un cadre fixé conjointement par l'administration pénitentiaire et l'association d'accueil". A la différence de la semi-liberté, les travaux effectués à l'extérieur de la prison le sont sous le contrôle de

l'administration pénitentiaire, sous surveillance directe ou non du personnel pénitentiaire. Les chantiers extérieurs constituent la forme la plus courante du placement (à l') extérieur. Outre les travaux, l'enseignement, la formation professionnelle et les traitements médicaux peuvent aussi justifier un placement extérieur (décret du 6 août 1985, art. D. 131 CPP) dans ce cas, il n'y a pas de surveillance du personnel pénitentiaire, mais de l'employeur ou de l'association d'accueil. Les associations accueillant ces "publics" doivent avoir reçu l'agrément du ministère de la Justice.

Le secteur social sous financement et tutelle d'Etat par les DDASS accueille l'intégralité de ces publics, notamment dans les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), qu'ils relèvent du milieu ouvert ou soient encore sous écrou (permissions, semi-liberté, placements extérieurs).

d. De quoi souffrent-ils?

La population pénale cumule globalement un certain nombre de troubles dus à la souffrance sanitaire et à la souffrance sociale, les "pathologies de l'exclusion".

d1. Problèmes de santé

De l'aveu-même de certains observateurs chevronnés, *"on remarque une pénurie d'informations sérieuses sur l'état de santé des détenus. Ce manque d'information est une conséquence du statut des problèmes de santé et des soins en prison. Par exemple, bien que les handicapés constituent une évidente catégorie qui a des besoins spécifiques, les données quantitatives les concernant ne sont pas disponibles.(...) Les problèmes principaux de santé sont liés à l'abus de drogues (licites ou illicites), à la santé mentale et aux attitudes traumatiques et autodestructrices de la population carcérale"* (M. Guillonnet et A. Kinsey, *op cit*). On peut néanmoins affirmer que *"globalement, l'état de santé des détenus est plus mauvais que celui de la population générale, d'une part parce qu'avant même leur entrée en détention, la plupart des prisonniers cumulent les facteurs de risque, d'autre part parce que certaines pathologies ont un lien direct avec leur histoire judiciaire (en tant que cause ou conséquence), enfin parce que la détention provoque la réactivation ou l'aggravation de certaines affections"* (F. Lalande, *RFAS* n°1, janvier 97, p61-72).

Il n'est pas dans notre objectif de rendre compte de manière exhaustive des problèmes de santé rencontrés par la population pénale. Ceci excéderait d'ailleurs de beaucoup le cadre de ce

mémoire. Aussi nous limiterons-nous aux données principales.

Il résulte de tous les entretiens effectués au cours de cette investigation que le trouble majeur de santé concerne les dents. *"En prison, on a mal aux dents"* (Martine Dumont, DGS). Comme la plupart des pauvres (et d'une fraction croissante de la population), les détenus n'ont pas eu les moyens de fréquenter les dentistes et d'y effectuer les gros soins et les poses de prothèses nécessaires: *"rares sont les détenus qui se faisaient correctement soigner avant leur détention ou qui avaient des pratiques d'hygiène dentaire suffisantes. En outre, l'usage de l'héroïne et des neuroleptiques (générateur de caries du collet étendues, du fait de l'asialie qu'ils engendrent) aggrave encore cet état de chose chez les toxicomanes"* (F. Lalande, *RFAS* n°1, 01/97, p61-72). L'insuffisance du nombre de dentistes pour cause de vacations trop mal payées dans les prisons (l'échec principal de la réforme) contribue aussi à une situation de sinistre bucco-dentaire en milieu pénitentiaire. *"Dans la rue, on se reconnaît à l'état de nos dents"* disent les anciens "taulards". Il existe une autre raison, méconnue, et déniée par les détenus et sortants de prison: les détenus cantinent (c'est-à-dire achètent au magasin de la prison) des sucreries en abondance alors qu'ils refusent de manger le menu (certes unique) à peu près diététique proposé par l'administration pénitentiaire, qu'ils contraignent par ailleurs à composer des menus déséquilibrés et répétitifs à base de féculents (frites, pâtes, riz ...). Une absence de frites au menu plusieurs fois par semaine peut créer une telle atmosphère de contestation dans la prison que l'administration pénitentiaire, plus que toute autre et par vocation attachée à l'ordre, préfère céder sur cette question alimentaire.

Ce mode d'alimentation est la cause du deuxième principal point sanitaire. Combinée au climat anxiogène de l'univers carcéral surtout en début de peine, au manque total d'intimité, et pour certains au sevrage de produits stupéfiants, cette alimentation provoque de nombreux troubles de l'appareil digestif, même si l'on en meurt moins qu'à l'extérieur (2,8% des causes de décès hors suicide, contre 5,5% "dehors").

Le troisième point concerne les maladies de peau, nombreuses et variées (acnés, psoriasis, mycoses, eczémas, tatouages mal tolérés, etc...), essentiellement liées à l'anxiété, au stress, à l'hygiène insuffisante et à la vie collective.

Le quatrième point concerne la toxicomanie, ou plutôt les toxicomanies qui portent sur les drogues illicites mais aussi licites (alcool, tabac). Ces questions relèvent de la responsabilité directe de l'Etat, notamment par les DDASS. On rappellera pour mémoire quelques données nationales sur la consommation de drogues tant licites qu'illicites. En France, 11% des Français feraient un usage régulier de produits psychotropes pendant plus d'un an. Le volume de somnifères et tranquillisants consommés place notre pays en tête des pays occidentaux, comme la consommation d'alcool (source: Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, CREDOC). On estime qu'il y a en France deux millions de consommateurs réguliers de haschich et 200 000 personnes dépendantes aux stupéfiants dont 150 000 à l'héroïne. Parmi ceux-ci, plus de 20% sont infectés par le VIH et plus de 50% par l'hépatite C (chiffres Observatoire français des drogues et toxicomanies, OFDT).

La consommation de tabac est répandue surtout chez les jeunes et l'alcoolisation excessive chez les hommes jeunes ou d'âge moyen (ce qui correspond au profil de la population pénale). Sur un échantillon de 3 658 sujets âgés de 20 à 35 ans et vus en centres d'examen de santé de la CPAM de Paris, 44% fument, 27% boivent de la bière, 65% prennent des boissons alcoolisées, 15% du cannabis et 5% des médicaments psychotropes.

Le taux de buveurs excessifs parmi les détenus (c'est-à-dire qui l'étaient avant d'entrer) varie de 16 à 36% selon les études et les régions, un chiffre à comparer avec la moyenne nationale de 9%. Les alcooliques avérés sont 10% (3,5% en France, Rapport du Haut Comité de la santé publique, 1994).

Quant à la consommation de tabac, elle s'accroît avec l'état de détention et 80% de la population incarcérée fume au moins un paquet de cigarettes par jour.

En matière de toxicomanie, les chiffres de condamnations pour "ILS" (infraction à la législation sur les stupéfiants) ne sont qu'un indicateur, car il ne s'agit là que du motif principal d'incarcération. Il doit donc être réévalué à la hausse, même si ces condamnés peuvent ne pas être des usagers, ou être des usagers irréguliers. Les ILS sont de quatre natures: le trafic, la cession, l'usage illicite, les autres délits relatifs aux stupéfiants. Le nombre de toxicomanes incarcérés est aujourd'hui estimé à plus de 20%, plus encore dans les grosses prisons parisiennes, et avec des pointes à 60% dans certains établissements comme Loos-les-Lille.

Le cinquième point est étroitement lié au précédent puisqu'il s'agit de la tuberculose, des hépatites et du SIDA qui sont des maladies infectieuses le plus souvent liées à la toxicomanie

intraveineuse, d'où leur forte présence en prison. Les taux de prévalence et de contamination sont tous multipliés par dix. Les hépatites sont la première cause non chirurgicale d'hospitalisation. La tuberculose est en nette augmentation comme dans la population générale, du fait de l'infection par le VIH (environ la moitié des cas), de l'augmentation des cas chez les étrangers en situation irrégulière (originaires notamment du Maghreb et de l'Afrique noire) et de l'aggravation de la précarité. Signalons que le dépistage de la tuberculose (comme celui des maladies sexuellement transmissibles) est du ressort des conseils généraux.

Le sixième point noir de la santé en milieu carcéral est constitué par les troubles mentaux. 7000 à 10 000 détenus souffriraient de pathologies mentales, et 500 à 1 000 de handicap mental, soit 14 à 20% de cette population contre 1,3% de la population générale. Selon un directeur de CHRS, "100% des sortants de prison ont des problèmes psychologiques, 70% ont réellement besoin de soins". "La pathologie mentale se surajoute souvent aux pathologies somatiques et complique leur prise en charge. C'est ainsi que les complications psychiatriques du SIDA occupent près de 15% de l'activité du service médico-psychologique régional de Fresnes" (F. Lalande, *op cit*). La situation se dégrade, posant de réels problèmes aux services de santé comme aux personnels pénitentiaires, en milieu fermé comme en milieu ouvert, posant de graves questions éthiques et politiques (sur la psychiatisation de la pauvreté ou la pénalisation de la maladie mentale notamment).

Septième et dernier point sanitaire remarquable du milieu carcéral: la surmortalité. Selon l'Inspection générale des affaires sociales, la mortalité des prisonniers est en effet supérieure de **278%** à la population générale chez les moins de vingt ans et de 82% chez les 20-39 ans. Ceci est dû au cumul et à l'intensité des facteurs de risque, et à la concentration dans cette population de pathologies très sévères. La cause majeure reste néanmoins le suicide, même s'il s'agit de l'angoisse principale de l'administration pénitentiaire. Les études montrent un lien statistique évident entre l'incarcération et la probabilité de se suicider. Les taux de suicidité les plus élevés se trouvent en hôpital (45/1000) et en maison d'arrêt, et augmentent avec le placement en cellule de punition (le "mitard") et l'éloignement géographique des proches. Les Français se suicident plus que les étrangers, eux-mêmes en sursuicidité par rapport au milieu libre. Plus l'âge augmente, plus l'on se suicide. Les toxicomanes, les femmes et les prévenus se suicident plus

que les autres.

Dans la population générale, le suicide est un problème de santé publique faisant l'objet de nombreux programmes régionaux de santé (PRS) établis par les conférences régionales de santé (CRS), notamment le suicide des jeunes. La France est l'un des pays occidentaux où l'on se suicide le plus, malgré une décrue certaine: 12 500 en 1985, 12 300 en 1993, 11 300 en 1996 contre 7 800 par accident de la circulation et 3 500 par SIDA. Le taux est donc de **19 pour 100 000**, et de 14,5 pour 100 000 jeunes hommes de 15 à 24 ans (moins qu'en 1982-84: 16,1 mais beaucoup plus qu'en 1973-75: 11,5 ou 1950-51: 6,5).

"Le suicide demeure un révélateur du mal-être social, moins corrélé à l'alcoolisme que dans le passé, mais lié à la montée du chômage et de la précarité ainsi qu'au relâchement des liens familiaux. (...) Il révèle une société qui, depuis l'institution du minimum vieillesse en 1956, a beaucoup fait pour ses vieux mais a quelque peu oublié ses jeunes et ses adultes d'âge actif, du moins les plus faibles d'entre eux" (A. Nizard, N. Bourgoïn, Geneviève de Divonne, "Suicide et mal-être social", *Population et sociétés* (INED), n°334, avril 1998).

En prison, les chiffres sont les suivants:

- en 1996: 51 640 détenus (au 01/01/97), 272 décès dont 138 suicides (779 tentatives). Taux de suicidité: **267 pour 100 000**.

- en 1997: 53 845 détenus (au 01/01/98), 203 décès dont 125 suicides (958 tentatives). Taux de suicidité: 232 pour 100 000.

L'étude des 404 suicides aboutis de 1992 à 1995 révèle la prépondérance pour la pendaison (370 soit 92%), puis les automutilations (11 soit 3%), les absorptions de produits toxiques (7), les projections dans le vide (6) le feu ou l'ingestion de corps étrangers (8).

Ces suicides et la mortalité qui en découle relèvent des "affections autodestructrices" fort répandues en milieu carcéral, notamment (outre les suicides) les grèves de la faim et les automutilations. Ces dernières se sont élevées au nombre de 3 280 pour 100 000 détenus en 1994, dont 90% de phlébotomies (coupures), le reste par ingestion de corps étrangers ou de produits toxiques.

d2. Maux sociaux

Outre les problèmes sanitaires, la population pénale souffre aussi de maux sociaux: précarité, pauvreté. Pour étayer ce constat nous nous appuyerons sur l'étude nationale à notre connaissance

la plus récente, celle des *Cahiers de démographie pénitentiaire* de février 1998 intitulée "Les ressources des sortants de prison", réalisée auprès des libérés au cours de la semaine du 3 au 9 juin 1996. Nous sélectionnerons quatre items:

- l'emploi: 60% des sortants déclarent ne pas avoir d'emploi. Sans entrer plus avant dans le détail, remarquons que 80% des libérés sous condition déclarent être embauchés à leur libération (un certificat d'embauche ou de formation constitue en effet une condition d'obtention de la libération conditionnelle). 10% de détenus n'ayant pas d'emploi lors de leur incarcération en déclarent un à la sortie, 20% l'ont perdu, 70% ne changent pas de situation.

Moins d'un quart des sans-emploi sont inscrits à l'ANPE, moins d'un cinquième aux ASSEDIC, moins de 14% ont sollicité le revenu minimum d'insertion.

En France, le taux de chômage de la population active tourne autour de 12%.

- l'argent disponible: en moyenne les libérés sortent avec 907 francs en poche, mais la médiane est à 333 francs. 75% des détenus sortent avec moins de 1 000F, 3% plus de 5 000F, 20% moins de 50F. Il faut dire que les détenus perdent le bénéfice éventuel total du RMI, de l'allocation de parent isolé (API), de l'aide personnalisée au logement (APL), des ASSEDIC et partiel de l'allocation adulte handicapé (AAH) pendant leur durée de détention. Au sein de la prison, l'offre d'emploi s'est beaucoup réduite dans le contexte général de chômage de masse, et 60% des personnes incarcérées ne travaillent pas. Le coût du travail est pourtant modeste. Pour les travailleurs, la rémunération est donc faible: de 720 à 2190 francs nets par mois selon l'employeur (entreprise privée, service général de la prison ou RIEP - régie industrielle des établissements pénitentiaires). Les rémunérations sont soumises à des cotisations patronales et salariales, puis un prélèvement de 30% est opéré pour les frais d'entretien, de 10% pour la partie civile et de 10% pour le pécule de libération. Le détenu touche donc environ 50% de son salaire net. Or la vie en prison est chère (la "cantine" par exemple, propose des produits à un prix majoré, parfois de 30%, par rapport à l'extérieur). C'est pourquoi, au total, *"la prison appauvrit"* comme l'a démontré le rapport d'Anne-Marie Marchetti sur "Les pauvretés en prison" (1995).

- l'hébergement: 88% des libérés déclarent savoir où se loger dans les quinze jours suivant leur sortie (98% dans le cas des libérés conditionnels, 72% dans le cas des étrangers). Dans un tiers des cas seulement il s'agit d'un logement autonome.

- l'insertion sociale: il ne s'agit pas là de l'insertion professionnelle mais de l'environnement direct du sortant de prison. 70% sont attendus par un proche (81% des libérés conditionnels, 57% des étrangers, 68% des sans-emploi).

2. Données propres à l'Ile-de-France

a. Combien (et ou) sont-ils?

Au 1er janvier 1997, la population de l'Ile-de-France est estimée à 11 061 800 personnes (source INSEE, projections OMPHALE). La population étrangère s'élevait en 1990 (derniers chiffres officiels) à 1,369 million sur 10,667 millions de Franciliens (0,341 sur 2,135 à Paris; 0,265 sur 1,367 en Seine-Saint-Denis).

Les prisons franciliennes sont au nombre de 16 qui accueillait, au 1er novembre 1998, 10 416 détenus ainsi répartis par sites:

MA La Santé (75):	1 274	
MA Melun (77):	100	
CD Melun (77):	312	
MA Meaux (77):	120	
MAF Versailles (78):	102	
MA Bois d'Arcy (78):	781	
MC Poissy (78):	228	
MA Fleury-Mérogis (91):	3 706	
MA Nanterre (92):	540	
MA Villepinte (93):	661	
CP Fresnes (94):	2 035	
MA Osny (95):		557

Ces chiffres traduisent bien la décrue de la masse des prisonniers puisqu'il n'y a pas si longtemps Fleury montait à 5000, Bois d'Arcy à 1550, Fresnes à 4000 (en 1993), etc... C'est en Ile-de-France que l'on rencontre les établissements géants et notamment "les quatre grands" (Fleury-Mérogis - la plus grande prison d'Europe - Fresnes, La Santé et Bois d'Arcy), avec les conséquences en termes de besoins sanitaires sur lesquelles nous reviendrons.

Concernant le milieu ouvert, les chiffres des personnes suivies par les CPAL en novembre 1998 s'établissent comme suit:

Paris (75):	5 045
Seine-et-Marne (77):	2 234
Yvelines (78):	2 169
Essonne (91):	2400
Hauts-de-Seine (92):	3 400
Seine-Saint-Denis (91):	4 299
Val-de-Marne (94):	2 935
Val d'Oise (95):	3 180
Soit 25 558 personnes.	

En 1993 les prisons d'Ile-de-France gardaient 14 000 détenus, et que 23 000 personnes exécutaient des mesures judiciaires en milieu ouvert (80% en SME et 9% en TIG). Les sortants de prison étaient **40 000 par an** dans la région. La région pénitentiaire de Paris (Ile-de-France et Centre) regroupait en 1996 22% des 117 061 personnes concernées en France.

b. Qui sont-ils?

Pour répondre à cette question l'une des sources les plus fiables reste l'enquête effectuée par le sociologue René Mouton pour la Direction régionale des services pénitentiaire (DRSP) de Paris (qui regroupe les régions administratives de l'Ile-de-France et du Centre, la carte pénitentiaire ne correspondant pas à celle des autres ministères et divisant la France en neuf régions). Cette enquête sur les sortants de prison d'Ile-de-France a été effectuée pendant une semaine, en mars 1994, lors de la levée d'écrou. Elle a concerné 463 personnes (soit une estimation annuelle de 26 000).

50% sont nés en France, 40% au Maghreb ou en Afrique noire. 33% vivent en région parisienne. 30% sont interdits de territoire français (ITF).

c. De quoi souffrent-ils?

Même si un tiers seulement des personnes incarcérées dans la région en sont originaires, il faut

tenir compte d'un certain nombre d'indicateurs sociaux illustrant le contexte d'activité des DDASS en Ile-de-France.

	Taux de chômage (%)	Part DETLD/DEFM (%)	Rmistes/ 1 000 hab	Durée moyenne dans le Rmi
Paris	12,3	9	34,9	2 ans et 10 mois
Seine-et-Marne	9,5	5	16,1	2 ans et 7 mois
Yvelines	8	7	14	2 ans et 5 mois
Essonne	8,6	6	20	2 ans et 11 mois
Hauts-de-Seine	9,7	8	22,4	2 ans et 11 mois
Seine-St-Denis	15	10	47,3	3 ans et 1 mois
Val-de-Marne	10,7	8	28,7	2 ans et 10 mois
Val d'Oise	11	8	26	2 ans et 11 mois

Source DRTEFP, CAF, DRASSIF

(DEFM = demandeurs d'emploi en fin de mois; DELTD = demandeurs d'emploi de très longue durée, soit plus de trois ans)

La population pénale en Ile-de-France souffre de pauvreté et de désocialisation. Si l'on estime à 500 francs le seuil de précarité absolue d'un libéré trois jours après sa sortie, il faut admettre que la moitié des libérés sont dans cette situation. Si l'on considère non les ressources propres mais le strict pécule amassé en détention, la moyenne est de 71 francs et la médiane de 41.

60% seulement des libérés sont en possession d'une carte nationale d'identité ou d'un titre de séjour en règle. 70% n'ont pas rempli de dossier RMI. 65% n'ont aucun diplôme. Plus de la moitié n'ont pas travaillé l'année précédant leur détention. Un tiers sont insérés dans un réseau personnel ou social. Ces chiffres sont à réévaluer dans un sens plus favorable aujourd'hui du fait de l'effort entrepris par tous les partenaires depuis cette époque. A cet égard, les chiffres communiqués par le SRAIOSP dans son rapport d'activité de 1996 sont intéressants

Le service régional d'accueil, d'information et d'orientation pour les sortants de prison (SRAIOSP) est une structure unique en France, dépendant du ministère de la Justice et plus précisément de l'administration pénitentiaire, créée en 1988, qui "répond à la nécessité de doter

le service public de moyens techniques, réels, innovants et adaptés permettant d'apporter des réponses aux problèmes posés en terme d'hébergement, d'identité, d'insertion, de démarches administratives et de santé" des sortants de prison. En 1996 le SRAIOSP (qui n'est pas une structure d'hébergement ni une boutique d'accueil de jour) a accueilli 1281 sortants de prison et en a pris en charge 676 (les autres étant orientés vers d'autres services). Parmi eux, 19% d'étrangers et 4% des femmes. 331 (soit 49%) se sont fait instruire un dossier RMI (le SRAIOSP étant habilité à la faire), ce qui signifie a priori que 51% n'en avaient pas besoin. Cependant, 18% des cas traités ont moins de 25 ans et, sauf à avoir des enfants, n'ont donc pas droit à cette prestation sociale.

Signalons qu'il y avait au 31 décembre 1997 en Ile-de-France 179 924 allocataires du RMI (sur les 933 968 de métropole), dont 84 834 ne disposaient pas d'un logement autonome.

C'est à Paris que se trouvent le plus grand nombre de gens seuls (20% de la population), également dans la région que serait concentrée la moitié des SDF de France. En revanche le taux de suicidité est inférieur de moitié à la moyenne nationale (qui est de 2 pour 10 000). 38% des libérés se présentant au SRAIOSP sont dépourvus de logement, même en structure d'urgence.

En matière sanitaire, les maux affectant les détenus sont les mêmes que dans le reste de la France, à cette différence près que la densité de souffrance est plus élevée du fait de la taille des établissements qui augmente la charge de travail des personnels soignants, et que le nombre de toxicomanes et, partant, d'infectés au VIH est plus élevé. *"La population des personnes arrivées au stade du SIDA est essentiellement concentrée en métropole dans deux régions pénitentiaires (celles de Paris et Marseille regroupant 68% des cas) et dans quelques établissements (Fleury-Mérogis, Fresnes, les Baumettes, Nanterre, Paris-La Santé, Bois d'Arcy, centre de détention de Tarascon) qui accueillent la moitié des personnes séropositives connues"* (RFAS n°1, 1997).

Les médecins généralistes du SRAIOSP ont effectué en 256 consultations en 1996. "Les pathologies sont évocatrices des conditions socio-économiques des patients: SIDA, toxicomanies, tuberculose, alcoolisme...). Souvent, des maladies simples qui ne posent pas de problème dans un cabinet de ville (viroses, asthme, infections diverses...) prennent ici des proportions plus importantes. Elles peuvent être révélatrices du délabrement physique, psychologique et de la détresse de la personne" (SRAIOSP, Rapport d'activité 1996).

Au moment de conclure le présent travail, une communication a été faite lors de la deuxième conférence internationale de l'Institut de l'Humanitaire (IDH) de l'AP-HP, "Santé, précarité, vulnérabilité en Europe". Dans l'atelier "Santé en prison", le docteur Olivier Obrecht, de l'UCSA de Fleury-Mérogis, a dévoilé les résultats d'une enquête DGS-SESI, non publiés. Cette enquête prospective réalisée auprès de tous les entrants des maisons d'arrêt de Fleury-Mérogis en mai 1997, soit un groupe de 846 hommes et 68 femmes, donne les enseignements suivants:

"Sur le plan socio-démographique, l'âge moyen est de 29,1 ans pour les hommes (médiane à 28) et de 28,4 ans pour les femmes (médiane à 27). Si 73% ont un domicile stable, 15% ont un habitat précaire (CHRS, amis, squat...) et 9,5% sont sans abri (2,5% nr). Sur le plan de la protection sociale, 60% sont des assurés sociaux, 3% bénéficient d'une aide médicale et 30,5% sont sans aucune protection sociale connue (6,5% nr).

En termes de recours aux soins, 44% ne déclarent aucun contact avec le système de soins dans les douze mois précédant l'incarcération, proportion qui s'élève à 57,5% de ceux qui sont sans protection sociale. En cas de contact, on observe une surreprésentation de l'hospitalisation (en particulier pour traumatisme en psychiatrie). 25% des entrants déclarent suivre un traitement (15% un traitement psychotrope; 8,5% une substitution pour toxicomanie).

En termes de facteurs de risque, 73% sont fumeurs (19% à plus d'un paquet par jour); 25% des hommes et 3% des femmes déclarent une consommation excessive d'alcool; 30% des hommes et 25% des femmes ont eu une utilisation régulière et prolongée d'au moins une drogue au cours des douze mois précédents avec une place prépondérante pour l'héroïne: 15,5% des hommes et 18% des femmes. En revanche, la pratique de l'injection diminue: moins de la moitié des héroïnomanes se sont injecté la drogue dans les douze mois précédant l'incarcération.

Sur le plan de la prévention, 55% des entrants avaient fait un dépistage du VIH antérieurement (75% des consommateurs de drogues), positif pour 5,6% d'entre eux. De même 28% avaient recherché leur statut vis-à-vis du VHC, positif pour 19,6% d'entre eux. A l'issue de la consultation d'accueil, 50% des entrants nécessitaient un examen complémentaire et 24% une consultation spécialisée".

B. Un dispositif de prise en charge opérationnel

Il existe pour les services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales un ensemble de dispositions tant réglementaires qu'institutionnelles permettant de s'occuper de la population détenue et sortante. Il s'agit tout d'abord d'un ensemble de dispositions spécifiques conférant des compétences aux DDASS et DRASS (1), et ensuite de dispositions plus générales pouvant être employées en faveur de ce public (2).

1. Des dispositions spécifiques d'intervention sur le secteur

L'histoire de la santé en milieu carcéral est celle de l'entrée progressive du monde médical et des règles sanitaires de droit commun dans les murs - mêmes de la prison. Cette histoire fut longtemps surtout conflictuelle. Elle est jalonnée de textes qui font entrer, timidement mais certainement, la DDASS dans le champ traditionnellement très clos de l'administration pénitentiaire.

En 1780, Necker crée l'Inspection générale des hôpitaux, composée de trois médecins, compétente pour intervenir dans les prisons. Très vite pourtant ce secteur lui est soustrait, jusqu'au décret du 26 janvier 1983.

Entre-temps, la commission Amor de mai 1945 pose les bases modernes de la politique pénitentiaire française fondée sur l'idée que "la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné", à travers quatorze principes dont le dixième prévoit dans tout établissement pénitentiaire la présence d'un service social et médicopsychologique. Mais tout ne se passe pas comme prévu, et il faut attendre l'ordonnance du 23 décembre 1958 et le décret du 23 février 1959 relatifs au Code de procédure pénale pour que ces principes entrent dans le droit positif. L'article D-285 du CPP instaure la visite médicale d'entrée obligatoire pour tous les détenus.

Le poste de médecin inspecteur des prisons existait alors depuis 1945. Ce fonctionnaire dépendait du ministère de la Justice. Antoine Lazarus raconte, en privé comme en public, comment ce poste fut occupé par Georges Fully, ancien déporté, humaniste militant. La situation misérable de la médecine en prison, dont les personnels (médecins) étaient des contractuels licenciables à tout moment sur décision du directeur de l'établissement, le choqua.

Au tout début des années 70, il publia un point de vue retentissant dans *Le Monde* intitulé "S'il y avait un Nuremberg des prisons, je plaiderais coupable". Quelques semaines plus tard, il est assassiné par colis piégé. Il est remplacé par Solange Troisier, fonctionnaire de facture plus classique. Celle-ci se trouve mêlée en 1982 au scandale des grâces médicales, accordées arbitrairement, et commet un acte contesté, au cours d'une opération qu'elle pratique elle-même sur une détenue. Sommée de rendre des comptes, elle aurait répondu: "*Je me suis inspectée, j'avais raison*".

Le problème d'avoir un ministère de la Justice juge et partie, qui plus est sur un domaine lui étant extérieur presque par nature, éclate au grand jour et conduit le Garde des Sceaux Robert Badinter (auteur en 1992 d'un ouvrage sur "La prison républicaine") à préparer avec son collègue de la Santé un décret (celui du 26 janvier 1983) qui fait disparaître la fonction de médecin inspecteur des prisons et confie cette mission à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). La porte de la prison est ouverte, elle ne se fermera plus.

Le décret 84-77 du 30 janvier 1984 confie l'exercice effectif de cette mission de contrôle sanitaire des prison aux "services extérieurs du ministère chargé de la santé", dont les modalités sont données par la circulaire DGS/3A/390 du 30 août 1984. Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sont chargés d'une inspection annuelle des prisons et du traitement des plaintes formulées par les détenus en matière d'hygiène et de santé.

En 1985 une logique partenariale Justice-Santé se fait jour avec la création d'un comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, présidé par le Garde des Sceaux ou le DAP, et où siègent principalement l'IGAS, la DGS, la DH et de la pharmacie.

Le décret 85-1392 du 27 décembre 1985 crée l'EHPNF, dit hôpital de Fresnes (devenu aujourd'hui ESPNF) destiné à l'accueil exclusif des personnes incarcérées. Il est sous double tutelle des ministères de la Justice et de la Santé. Son inspection est assuré au niveau de l'administration centrale.

Le décret 86-602 du 14 mars 1986 crée les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), secteurs particuliers (et "fictifs") de la psychiatrie publique, implantés dans les maisons d'arrêt. Il y a en général deux SMPR par région pénitentiaire, mais la seule région Ile-de-France (sous-région pour la Pénitentiaire) en compte quatre: un dans chacun des "quatre Grands"). La santé

entre donc de façon permanente et structurelle en prison. Ce décret marque cependant autant un aboutissement qu'un départ, car "les premiers centres médico-psychologiques, dépendant eux de l'administration pénitentiaire, ont été mis en place par une circulaire du 30 septembre 1967. Ils seront treize en 1977 après une circulaire santé-justice préconisant la création dans chaque région pénitentiaire de structures ayant pour mission la prévention des maladies mentales, la surveillance médicale et la suivi de tout détenu atteint d'affection mentale. En 1970, le secteur psychiatrique intervenait déjà en tant que tel à Fleury-Mérogis, et il est devenu dès 1972 le onzième secteur de l'Essonne, annonçant le mode d'organisation de 1986" (M. Colin et J.-P. Jean, "Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus: deux objectifs indissociables", *RFAS* n°1, 1997, p17-33).

La loi 87-432 du 22 juin 1987 fait date dans l'histoire pénitentiaire de la France. Elle institue, par la volonté du ministre de la Justice Albin Chalandon, des prisons "privées", dont toutes les fonctions à l'exception de la direction, la surveillance, la mission socio-éducative et du greffe, sont concédées au privé. En contrepartie, le privé doit construire en un temps assez bref un ensemble de prisons neuves pour un total final de 13 000 places (d'où son nom de programme "13 000"). La fonction de santé fait aussi partie des activités concédées, avec un cahier de charges bien plus sévère que ce que le public s'impose à lui-même. Les groupements privés se voient attribuer par l'Etat une enveloppe pour assurer ces fonctions.

La toxicomanie devenant un problème important dans les prisons, une circulaire DGS du 3 novembre 1987 fait de Fresnes le site pilote pour les antennes toxicomanie, qui seront étendues en 1988 à tous les SMPR (car, ainsi que le rappellera une circulaire de 1994, "la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives entre dans le champ des missions de santé mentale").

Par le décret du 29 juin 1992, les seize antennes toxicomanie deviennent des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) de droit commun.

Le décret du 27 mars 1993 apporte alors « deux révolutions: l'une consacre le droit des détenus à devenir "assurés sociaux comme tout le monde"; l'autre étend la mission des établissements publics de santé à l'organisation sanitaire des prisons" . Ainsi est marquée une rupture avec la situation antérieure qui "reposait sur une double insuffisance: la disparité des structures, la faiblesse des moyens » (Guy Bezzina, "A double tour: soigner dans les prisons", *Gestions*

hospitalières n° 328, août/septembre 1993, p494-497). Ce décret est cependant dépourvu de base légale ("de base juridique solide", Simone Veil, 22 mars 1994). La loi de 1994 a pour intention et pour effet de lui en donner une, sauvant ainsi son contenu.

La réussite de la prise en charge de la santé par des services médicaux ne relevant pas de l'administration pénitentiaire, les difficultés éprouvées par celle-ci face à des pathologies de plus en plus lourdes comme le SIDA et les hépatites, le grand retentissement de l'affaire du sang contaminé alors que des prélèvements très importants sont faits dans les prisons, et la ténacité de Simone Veil (revenue au ministère de la santé) dans ses projets (envisagés dès 1974) contribuent fortement à faire avancer le dossier des soins en prison. Ajoutons à cela l'impact de la publication en janvier 1993 du rapport Chodorge du Haut Comité de Santé Publique recommandant les réformes que nous connaissons aujourd'hui, la publication de décret de 1993, et l'administration pénitentiaire finit par céder ses prérogatives ancestrales sans lutte excessive. Ainsi est votée la loi 94-43 du 18 janvier 1994 "relative à la santé publique et à la protection sociale", dont le chapitre II "Soins en milieu pénitentiaire et protection sociale des détenus" confirme la révolution de 93 en la matière.

Avec le décret d'application n° 94-929 du 27 octobre 1994 et la circulaire interministérielle n° 45 DGS/DH/DSS/DAP du 8 décembre 1994 avec son guide méthodologique se met en place un dispositif dont les grandes lignes peuvent être résumées de la manière suivante:

- les services de santé passent de la responsabilité de l'administration pénitentiaire à celle des hôpitaux. Toute prison devra signer une convention avec l'hôpital public adéquat (selon des critères de proximité et de technicité) afin que soit ouverte en détention une antenne de cet hôpital appelée unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Au début de 1997, le taux d'application était de 100%.
- tout détenu est, au moment-même de son incarcération, affilié ou le cas échéant immatriculé au régime général de la Sécurité sociale, ainsi que ses ayants-droits. Ces droits restent ouverts pendant un an à compter de la date de libération. Ainsi les soins sont-ils gratuits en détention, l'administration pénitentiaire payant le ticket modérateur en plus de la cotisation à l'ACOSS (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale).
- le nombre de SMPR passe à 26, et les moyens jusqu'ici affectés aux soins somatiques dans les prisons sont doublés
- les conditions d'un schéma national d'hospitalisation des détenus sont posées.

La circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 "relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes" comprend une annexe 4 consacrée au milieu carcéral prévoyant que "des temps non médicaux (psychologues et/ou infirmiers formés à la prise en charge des toxicomanes) pourront être accordés aux équipes de secteur de psychiatrie dans les établissements pénitentiaires dépourvus d'antennes toxicomanie sur la base de 0,5 ETP pour les établissements accueillant entre 150 et 500 détenus, 1 ETP pour plus de 500 détenus"

La circulaire DGS/DH/DAP n° 739 du 5 décembre 1996 relative à la lutte contre le VIH en prison replace l'ensemble des mesures relatives à la prévention, au dépistage, à la prise en charge sanitaire, à la préparation à la sortie et à la formation des personnels dans le cadre fixé en 1994.

Depuis 1995, année de la première opération pilote avec douze établissements pénitentiaires (renouvelée en 1996 avec neuf établissements supplémentaires), la DGS mène une opération de vaccination systématique contre l'hépatite B, étendue à toutes les prisons (y compris du programme 13 000) en 1997 (circulaire DAGPB/BF3 n° 97-26 du 16 janvier 1997, lettres des 28 juillet et 14 août 1997). Une convention nationale passée entre l'Etat et la Croix-Rouge (à décliner dans les départements entre les DDASS, les unités locales de la Croix-Rouge et les CSST) vise à "assurer gratuitement la suite et/ou la fin de la vaccination de toute personne se présentant spontanément avec une carte de vaccination contre l'hépatite B faisant état de la ou des premières injections" (article 4, sous la rubrique "En ce qui concerne le relais de vaccination des sortants de prison").

La lutte contre la tuberculose fait également l'objet de mesures particulières, surtout depuis la publication de l'enquête ORS-PACA sur le sujet. Ainsi la circulaire DGS/DAP n° 538 du 21 août 1998 (abrogeant une circulaire DAP du 12 juillet 1996 relative à la prévention de la tuberculose chez le personnel pénitentiaire) se préoccupe-t-elle de façon très détaillée de cette question sous les angles de la prévention, du dépistage, de la continuité de traitement et de la formation des personnels.

2. Des dispositions générales susceptibles d'être utilisées en faveur de cette population

Les dispositions générales que les DDASS, voire les DRASS peuvent utiliser en faveur de la population pénale peuvent difficilement être détaillées, puisqu'elles concernent presque toutes leurs compétences sanitaires et sociales.

Une attitude d'attention particulière peut se manifester en tutelle hospitalière, en s'informant régulièrement de l'activité et des éventuels problèmes des UCSA, montrant aux conseils d'administration des hôpitaux que cette question intéresse la DDASS (et par la même occasion la DRASS et l'ARH).

En DRASS, le contrôle des caisses de Sécurité sociale peut comporter systématiquement un suivi de l'affiliation des détenus et une mise à jour des difficultés rencontrées.

La politique menée en matière d'hébergement peut prendre en compte le cas des sortants de prison, des quotas peuvent être demandés aux associations, certaines peuvent être mieux dotées que d'autres si elles suivent cette population. Le dispositif d'aide sociale à l'hébergement (ASH) est le plus utilisé. Créé en 1953, il a pour caractéristique de ne pas exclure les sortants de prison, dont la prise en charge sociale est assumée essentiellement par les CHRS (article D 544 CPP). Le décret 76-256 du 15 juin 1976 a étendu l'ASH aux mis en examen placés sous contrôle judiciaire et aux condamnés soumis au sursis avec mise à l'épreuve. Il est implicite aujourd'hui que ce décret concerne aussi les TIG, ajournements avec mise à l'épreuve, LC. Les associations conventionnées ASH accueillent aussi, dans le silence des textes, les personnes sous écrou bénéficiant d'un aménagement de peine: placements extérieurs, semi-libertés, permissions. L'ASH à destination de ces publics Justice entraîne pour les DDASS un surcoût à la place de 20 000 francs par an, compte tenu de l'accompagnement social prenant en compte la dimension pénale de ces sujets.

Le dispositif RMI peut être mobilisé en faveur des sortants de prison, qui peuvent aussi être tenus en compte pour les divers schémas sociaux et la politique de la ville.

Les DDASS ont également la faculté de prendre l'initiative de rencontres avec les CPAL.

II- Des pratiques locales inégales en Ile-de-France

L'objet du présent travail étant d'établir un état des lieux des pratiques des DDASS de la région Ile-de-France à l'égard de la population pénale, la place consacrée au constat sera naturellement prépondérante (A). Une brève tentative d'analyse s'imposera par la suite (B).

A. Le constat

Le constat des pratiques (2) ne peut être complètement apprécié sans une information sur la méthode de travail et les conditions-mêmes de réalisation du stage qui en fut l'occasion (1).

1. Données méthodologiques

a. Données de départ

L'observation des pratiques des DDASS d'Ile-de-France concernant les populations détenues et sortantes de prison ne pouvait se limiter à une approche par échantillon, ce pour deux raisons. La première, la plus pragmatique, est qu'en dépit du nombre record de départements de la région francilienne (huit), il était matériellement possible de les interroger toutes. Dès lors, il eut été dommage de s'en dispenser. La deuxième tient dans la diversité des services déconcentrés, notamment en terme de moyens (la Seine-et-Marne et Paris par exemple), dans celle des structures de population (Seine-et-Marne et Seine-Saint-Denis...), et dans celle des établissements pénitentiaires puisque, outre les distinctions maison d'arrêt/centre de détention/maison centrale, l'Ile-de-France présente trois cas de figure:

- des prisons dont les services médicaux sont des UCSA dépendant d'hôpitaux publics sous tutelle: dans l'Essonne, les Yvelines, la Seine-et-Marne.
- des prisons dont les services médicaux sont des UCSA dépendant de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP): dans le Val-de-Marne et à Paris.
- des prisons semi-privées (dites "13 000") dont les services médicaux dépendent du concessionnaire privé: en Seine-Saint-Denis, dans les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise.

Il fallait donc interroger toutes les DDASS, pour constater d'éventuelles différences de pratique

au sein de chaque sous-groupe. Concernant le "programme 13 000", signalons ce fait souvent méconnu même des gens s'intéressant aux questions pénitentiaires que quatre de ces établissements sur les vingt-cinq sont entièrement publics. Il s'agit de Saint-Quentin Fallavier, Laon, Arles et Châteauroux. Aucun département d'Ile-de-France n'en abrite donc (malheureusement pour cette enquête; c'est le seul type de prison n'existant pas dans cette région; les regrets sont malgré tout tempérés par le fait que ces établissements ont pour seule différence avec les autres prisons publiques d'avoir des locaux très modernes, et mieux étudiés pour les soins).

b. Petit historique de ce mémoire

La méthode d'enquête fut très simplifiée, sous la forme d'un questionnaire semi-directif assez fermé, pour faciliter le traitement des réponses.

D'abord censé traiter de la continuité des soins pour les sortants de prison, le présent travail a conduit son auteur à rencontrer les associations accueillant les sortants de prison et à se rendre dans les prisons d'Ile-de-France (Fresnes, Paris-La Santé, Bois d'Arcy, Villepinte) pour s'y entretenir avec des membres des services socio-éducatifs et médicaux, ainsi qu'avec des membres de la DRSP, et à assister à des manifestations en lien avec la santé en milieu carcéral (réunions publiques du Groupe multiprofessionnel des prisons, Conférence internationale de l'AP-HP sur le thème "Santé, précarité, vulnérabilité en Europe", colloque commun DRSP/DRASS/ARH Rhône-Alpes sur "Comment construire un projet de soins en milieu pénitentiaire"). 70 entretiens ont été menés au cours des trois mois et demi de stage.

Le travail initial sur la continuité des soins fit l'objet d'un suivi intéressé du bureau SP2 (santé des populations) de la Direction Générale de la Santé. Il fut un temps prévu d'orienter les investigations dans le sens souhaité par ce bureau, mais la nécessité de respecter le cadre institutionnel a conduit à un « recentrage » du mémoire sur une problématique plus en cohérence avec un stage d'exercice professionnel - et donc plus en lien avec le métier d'IASS. Commencé en CHRS et en prison, le stage s'est poursuivi et terminé en DDASS et en DRASS, par des échanges entre collègues.

Les questions aux services déconcentrés de notre ministère s'adressaient en grande partie aux MISP, premiers concernés depuis les origines (1984) par cette question. Les autres questions

s'adressaient aux IASS dans le cadre de la tutelle hospitalière mais surtout des pôles sociaux, notamment sur le logement et les politiques d'insertion. Dans certains cas la distinction ne put être maintenue de manière aussi sommaire, puisque des MISP sont en charge des questions sociales de cette population, et des IASS mènent la politique de lutte contre l'alcoolisme, la toxicomanie et le SIDA. Les questions aux IASS de tutelle hospitalière se sont révélées peu intéressantes, les UCSA recevant toujours les crédits affectés auxquels elles ont droit, et le feraient savoir à la DDASS s'il en était autrement. La période d'installation des UCSA aurait été plus enrichissante (sur celle-ci des mémoires d'élèves IASS et directeurs d'hôpital existent à l'ENSP); aujourd'hui, le système paraît déjà rôdé.

c. Le questionnaire soumis aux DDASS

Le questionnaire se présentait sous la forme suivante:

I- Question préliminaire: liste, type, statut, effectif des prisons du département

II- Questions au pôle santé:

- 1) quelle est votre appréciation sur l'évolution de la qualité des soins depuis la loi de 94, et sur le bilan de cette loi en général (par exemple la prévention)?
- 2) combien de plaintes de détenus recevez-vous chaque année, soit par l'IGAS soit directement? (évolution?)
- 3) avez-vous le temps de les traiter?
- 4) de quand date votre dernière inspection de la prison? combien de temps cela vous a-t-il pris? étiez-vous accompagné, et par qui, de la DDASS?
- 5) le service médical de la prison vous adresse-t-il des rapports (périodicité, qualité, exploitabilité et exploitation)? les envoyez-vous à la DRASS?
- 6) participez-vous au comité de coordination de l'UCSA de(s) prison(s) de votre département?
- 7) participez-vous à d'autres instances (composition, périodicité, activité) traitant des détenus ou des sortants de prison?
- 8) repérez-vous des problèmes, notamment de continuité de soins, lors de la sortie? que faites-vous pour y remédier?
- 9) comment se déroule le programme de prévention de l'hépatite B?
- 10) en tutelle hospitalière, prêtez-vous une attention particulière aux UCSA?
- 11) existe-t-il une coordination entre les pôles sanitaire et social de la DDASS sur cette

population (si non, pourquoi? cela présente-t-il un intérêt?)?

III- Questions au pôle social:

- 1) participez-vous à des instances concernant la population sous main de justice?
- 2) recevez-vous comme/par le médecin le rapport annuel de l'UCSA, êtes-vous membre du comité de coordination?
- 3) avez-vous déjà accompagné le MISP en prison?
- 4) menez-vous des opérations précises au niveau du pôle social en faveur de cette population (nombre de places réservées en CHR, en CSST, partenariat avec le CPAL ou d'autres...)?
- 5) considérez-vous les sortants de prison comme une population spécifique, ayant des besoins particuliers?
- 6) qu'attendez-vous de la loi contre les exclusions en ce domaine?
- 7) existe-t-il une coordination entre les pôles sanitaire et social de la DDASS sur cette population?

IV- Question générale: à combien estimez-vous votre charge de travail sur cette population?

Les réponses ne paraîtront pas forcément homogènes, pour au moins deux raisons. D'abord, les entretiens ont été menés soit sur place, en vis-à-vis avec la personne, soit par téléphone, soit par fax. Ceci peut avoir une incidence non sur les réponses mais sur leur volume et leur degré de précision. Ensuite, surtout sur les questions ouvertes, des informations ont été livrées par certaines DDASS que d'autres n'avaient pas mentionnées, mais il était trop tard pour solliciter de nouveau les six ou sept autres pour savoir s'il s'agissait de leur part d'un oubli ou si dans leur département ces données n'avaient pas raison d'être.

L'une des principales questions était la conception que se font les DDASS de cette population détenus/sortants: faut-il la considérer comme spécifique ou comme relevant du droit commun? La réponse (qui, précisons-le, sera ici celle d'un service de la DDASS, voire d'une seule personne, le plus souvent un IASS du pôle social, et non le point de vue du directeur) révèle en effet la "doctrine" du service déconcentré en la matière à un moment donné.

2. L'état des pratiques des DDASS

Pour interpréter certaines réponses, il faut avoir à l'esprit le panorama pénitentiaire d'Ile-de-France (tel qu'évoqué quelques lignes plus haut pour les statuts, et en I A 2 pour les effectifs).

Rappelons également, puisqu'ils seront très souvent désignés ainsi par la suite, à quels numéros correspondent les départements: 75 Paris, 77 Seine-et-Marne, 78 Yvelines, 91 Essonne, 92 Hauts-de-Seine, 93 Seine-Saint-Denis, 94 Val-de-Marne, 95 Val-d'Oise.

a. La loi du 18 janvier 1994

Quelle est l'appréciation des DDASS relativement aux conséquences de cette loi en matière notamment de qualité des soins?

A l'unanimité, la réponse est très positive. "Excellente", "qualité nettement meilleure car les équipes ont été renforcées et ont eu les moyens de se former, abolition de la distribution des médicaments par les surveillants de prison, bien meilleur respect du secret médical", "énormes progrès, constants, qui permettent d'aller effectivement vers l'objectif légitime d'une égalité de soins avec le monde libre", "le jour et la nuit", "énormes progrès, entrée d'air dans un monde confiné, augmentation des moyens, introduction d'une logique de santé publique parmi les personnels pénitentiaires de santé présents avant la réforme". Les UCSA sont ouvertes partout et fonctionnent.

Quelques bémols cependant. Un MISP très motivé par ces questions et ayant participé en amont à la mise en place des UCSA estime que malgré les "énormes progrès" le niveau reste médiocre: locaux inadaptés, délais d'attente très longs, contraintes carcérales en tous genres, lacunes sur l'ophtalmologie et l'odontologie, mauvaise articulation UCSA-SMPR, prévention sacrifiée.

a1. Sur **les locaux**, le point de vue critique du MISP ci-avant cité est propre au département en question, où la prison est centenaire. Ailleurs, les locaux des UCSA sont neufs, parfois très beaux même dans de vieux locaux pénitentiaires, comme l'UCSA de la MA de la Santé (75) qui fut l'une des dernières à ouvrir en France car elle avait posé ses conditions en la matière.

a2. Les autres points évoqués par ce MISP sont des critiques partagées. Comme à l'extérieur, **les problèmes ophtalmologiques et dentaires** posent problème car ils sont coûteux. Mais en plus les soins sont rares (et les délais s'en ressentent) car les ophtalmologistes et les dentistes ont souvent une réticence à se rendre en prison et surtout un manque de motivation dû aux faibles rémunérations des vacations. Toujours est-il que les dispositions de la loi de 1994 souffrent d'une application incomplète puisque le guide méthodologique accompagnant la circulaire du 8

décembre 1994 dispose dans son point 25 du chapitre premier: "Les temps de chirurgien-dentiste ont été prévus de façon à ce que chaque détenu puisse bénéficier d'un examen bucco-dentaire dans le cadre du bilan d'entrée et ait accès, **sans délai**, aux soins dentaires qui lui sont nécessaires" et l'on a déjà vu qu'en prison, on a mal aux dents". Par ailleurs ce point 25 prévoit que pour ces soins "le détenu bénéficie de la prise en charge des actes (...) dans la limite des tarifs de responsabilité. Les dépassements pour certains actes sont à la charge des détenus".

La part à la charge des détenus comporte le risque d'aggraver encore les inégalités entre ceux recevant des revenus de l'extérieur et ceux vivant à la limite de l'indigence. Cependant il semble qu'il soit extrêmement difficile d'obtenir des prothèses fixes en maison d'arrêt, même en payant. Ceci rétablit une certaine égalité (mais par le bas), tout en dérogeant au droit commun et à l'égalité de traitement avec le monde libre prévue par la loi, et constitue un recul par rapport à la situation antérieure à 94. Dernier problème relatif aux soins dentaires et ophtalmologiques: le retard de livraison des prothèse fait qu'elles arrivent souvent quand le détenu a été libéré, ou transféré et dans ce cas l'administration pénitentiaire fait rarement suivre.

a3. Les **extractions** de détenus malades vers des établissements de soins sont un véritable point noir dans le fonctionnement sanitaire des prisons. Elles nécessitent le partenariat du ministère de l'Intérieur par la police, voire de la Défense par la gendarmerie, pour le transport et le cas échéant pour la surveillance dans l'hôpital par des gardes statiques. Les textes réglementaires (comme le schéma national d'hospitalisation de détenus) sur ces questions ne sont toujours pas signés au niveau ministériel, car il s'agit d'une lourde ponction pour les forces de l'ordre. Les **risques d'évasion** sont également accrus. C'est pourquoi les refus des directeurs de prison sont fréquents et créateurs de tensions entre l'UCSA et la direction de la prison, d'autant que l'on a vu des refus abusifs. La direction est elle-même parfois dans l'impossibilité de faire exécuter une autorisation d'extraction, lorsque les surveillants, dépourvus du droit de grève, refusent d'exécuter un certain nombre de tâches, et en priorité celles-là. C'est ainsi que l'hôpital pénitentiaire de Fresnes est régulièrement bloqué, situation inimaginable dans un hôpital "normal".

"Toutes ces années de prison, écrit Jacques Lerouge dans *Le condamné à mort* (Stock, 1996), me feront prendre conscience de ce que le problème des directeurs n'est pas les détenus mais la gestion de leur personnel et des syndicats".

Les relations entre les personnels des deux administrations ont été conflictuelles au début de la

réforme. Elles sont aujourd'hui normalisées, malgré quelques problèmes récents, et sont même souvent bonnes (difficultés récurrentes cependant sur Fleury-Mérogis).

Il demeure des difficultés pour convaincre les personnels hospitaliers de venir travailler en prison. Très souvent, être nommé en UCSA est perçu comme une mise à l'écart. Une fois qu'ils ont dépassé leurs réticences et appréhensions, les personnels de ces structures ne regrettent pas leur choix et ont même du mal à quitter cet environnement professionnel très prenant.

a4. Les **relations UCSA-SMPR** sont parfois difficiles. Les UCSA apparaissent un peu comme des intruses, dans un monde où les SMPR s'étaient installés en quasi-monopole sanitaire. Un problème de partage de compétences se pose parfois, notamment sur les soins aux toxicomanes. Il arrive que l'UCSA distribue les traitements que le SMPR prescrit, ailleurs le SMPR s'occupe de tout puisque l'antenne toxicomanie est située en son sein, etc... La DDASS joue un véritable rôle de médiation dans de nombreux cas. Parfois, les rapports UCSA-SMPR sont tout simplement compliqués par l'éloignement dû à la géographie des lieux (par exemple à La Santé, où les deux entités réalisent quand même des dossiers médicaux communs).

a5. La seule mission prévue par la loi de 1994 mais non encore remplie serait **la prévention**. Les deux autres objectifs sont atteints (assez bien pour la qualité et l'égalité des soins, systématiquement pour la couverture sociale, que personne ne mentionne spontanément, sauf pour quelques difficultés pratiques lors de la sortie - voir plus loin).

Deux explications principales sont données. D'abord, la priorité fut accordée au curatif, compte-tenu des besoins et de la piètre situation existante. Les UCSA connaissent "une lente montée en charge de leurs effectifs", considèrent un MISP. Ensuite, il demeure difficile de tenir un discours de prévention adapté à cette population. Nous verrons cependant que la situation dans la région est plus contrastée qu'il n'y paraît.

a6. Bien qu'ils ne soient pas concernés par la loi de 1994 et ne relèvent pas de la tutelle hospitalière exercée par les IASS, il n'est pas inutile d'évoquer les services médicaux des "**13 000**", qui incarcèrent 17% des détenus "franciliens". Au début, ces services ont servi de modèles aux UCSA. Aujourd'hui, les performances semblent identiques (un bilan complet est en cours d'élaboration auprès de la DGS à la veille du renouvellement des concessions), voire meilleures pour les UCSA. "Les 13 000 stagnent", selon un MISP. Certains médecins des

UCSA reprochent à mots couverts aux services médicaux "13 000" de leur envoyer tous les malades difficiles, aux pathologies lourdes, à la première opportunité de "désencombrement" décidé par la Pénitentiaire. Pour d'autres, ceci n'est pas vérifiable et serait presque un juste retour des choses par rapport au début des années 90.

b. Les plaintes des détenus

C'est en 1984 que la mission d'inspection sanitaire des prisons a été confiée à l'IGAS qui, par conséquent traite aussi des plaintes individuelles de détenus en la matière et délègue cette compétence aux MISP. La DDASS a ainsi pu entrer en prison. Où en sommes-nous aujourd'hui de ces plaintes, quantitativement et qualitativement, en rythme de croisière de l'ère des UCSA?

Les réponses sont ici très diverses.

Le MISP du 92 n'en recense aucune en 98. Le 95 en repère une en 97 (aucune en 98), comme le 93. Paris et les Yvelines en pointent quatre, le 91 sept en 98 (et de toute façon moins de 10 depuis la mise en place de la réforme contre une trentaine auparavant), le 77 moins d'une dizaine. Seul le 94 en reçoit 36 (au 01/12/98), sans changement notable par rapport à l'avant-UCSA, et même en aggravation: 21 en 95 avant la montée en charge du dispositif, 14 en 96, 16 en 97.

Soit, dans l'ordre départemental:

Paris (75):	4
Seine-et-Marne (77):	10
Yvelines (78):	4
Essonne (91):	7
Hauts-de-Seine (92):	0
Seine-Saint-Denis (93):	1
Val-de-Marne (94):	36
Val d'Oise (95):	0

De l'avis unanime, ce ne sont pas des plaintes graves. Elles concernent surtout les soins dentaires et les délais y afférant, et des problèmes d'angoisse, par exemple de sidéens estimant qu'ils devraient être à l'extérieur pour être correctement soignés (ce qui est le cas en Italie où la législation interdit la détention des malades du SIDA) alors la prise en charge médicale est

satisfaisante dans les prisons franciliennes. Pas de plaintes de la MAF dans le 78, plaintes de sidéens et de travestis dans le 91, plaintes en provenance majoritaire du CD dans le 77.

Toutes les DDASS prennent le temps de traiter ces plaintes avec sérieux. Elles commencent toutes par prendre contact avec le médecin-chef du service médical ou de l'UCSA en qui elles ont tous une grande confiance ("*je lui donnerais le bon Dieu sans confession*"; un MISP), voire une réelle admiration. Eventuellement, les MISP se déplacent pour aller consulter l'intégralité du dossier médical sur place et rencontrer le plaignant. C'est le cas semble-t-il dans une DDASS sur deux au cours de la période récente. Jamais les MISP n'ont eu à sanctionner, le travail sanitaire en prison ne le justifiant pas. Un certain nombre de cas ne sont pas traités (évalués à un tiers par la DDASS 94) car le temps que la plainte parvienne au MISP, le détenu est déjà soit libéré soit transféré.

Outre l'envoi systématique du rapport à l'IGAS (qui en adresse parfois un exemplaire à l'administration pénitentiaire sans en avertir le MISP), une DDASS a déclaré envoyer le rapport annuel d'inspection (document qu'elle fut seule à citer) aux détenus ayant porté plainte.

Bien qu'il faille répondre à la demande de l'IGAS dans le délai de trois semaines, la DDASS 94 préfère, vu le nombre élevé de plaintes, les regrouper pour éviter d'aller trop souvent à Fresnes où la visite est très chronophage, mais n'espace jamais ses interventions de plus de deux mois. Cette DDASS fut la seule à déclarer recevoir, et de plus en plus, des plaintes directement à la DDASS comme peut le faire tout patient mécontent; elle en informe alors l'IGAS.

L'IGAS (qui a exceptionnellement accordé que ces chiffres soient rendus publics) déclare pour sa part au niveau national 332 plaintes en 1996, 323 en 1997 et un nombre certainement plus élevé pour 1998. On peut remarquer que la quantité de plaintes annuelles (une soixantaine) traitées par les DDASS d'Ile-de-France correspond à la proportion de détenus présents dans les prisons de cette région.

c. L'inspection des établissements pénitentiaires

La circulaire du 30 août 1984 charge les MISP d'une inspection au minimum annuelle des prisons du département, et les autorise à effectuer des inspections inopinées. Ils peuvent les faire "seuls ou conjointement avec les pharmaciens inspecteurs de la santé, les ingénieurs sanitaires. (...) Le contrôle doit porter sur cellules, quartiers disciplinaires et d'isolement, cours, terrains de

sport, gymnase, salles d'activités polyvalentes et sanitaires".

Dans les faits, cette inspection est diversement exécutée. Quatre DDASS ont fait l'inspection en 1998. Aucune ne paraît antérieure à 1996 (mais le bilan de la mise en place des UCSA exigé par la DH et la DAP y avait contraint). Certains MISP estiment se rendre suffisamment souvent en prison pour se dispenser de cette inspection qui prend du temps sur des programmes de travail déjà très lourds. Un autre pense qu'elle était importante avant la réforme et juste après mais qu'aujourd'hui, le constat est fait". Un autre pense qu'il est suffisant de recevoir le rapport de la commission de surveillance (dont la DDASS est membre mais où elle ne se rend pas) [voir plus loin en f.]. La visite a souvent lieu aux périodes "creuses" de travail, en août. Elle dure entre une demi-journée et deux jours (ces réponses sont en cohérence avec la taille des établissements inspectés).

Dans trois cas les MISP inspectent seuls (à un ou deux, car il peut y en avoir un pour l'UCSA et un autre pour le SMPR), dans trois cas ils sont accompagnés, et deux DDASS n'ont pu répondre (car "il n'y a pas eu d'inspection depuis longtemps" et "il n'y a pas d'inspection systématique"). Dans une DDASS, le MISP a inspecté avec le pharmacien inspecteur régional, dans une autre avec l'infirmière SIDA-Toxicomanie et les personnes en charge de la psychiatrie, dans une troisième avec l'ingénieur sanitaire en 1998 et le même ingénieur sanitaire et l'inspection du travail et la direction des services vétérinaires en 1997. Une DDASS estime qu'elle effectue une deuxième visite annuelle à l'occasion de la commission de surveillance de "sa" prison en avril (cette même DDASS dont un médecin de l'UCSA assure qu'on ne l'a pas vue depuis trois ans...). En aucun cas un IASS n'a été invité, ni ne l'a demandé. Cette question a surpris tous les MISP, avouant n'y avoir jamais songé, certains trouvant l'idée intéressante pour aider les IASS à mieux percevoir les réalités de l'incarcération et, partant, les problèmes se posant en matière de réinsertion. Une seule DDASS a signalé avoir procédé, pour l'évaluation des UCSA en 1996, au diligence en prison d'un MISP et d'un IASS de la tutelle.

La DRASS a aussi des compétences d'inspection sur les prisons. La première, facultative, relève de la circulaire de 1984, et dépend de l'invitation du MISP faite au pharmacien inspecteur régional (PIR) de l'accompagner. Dans les faits, il semble que cela n'arrive jamais. Les pharmaciens ne semblent pas le regretter outre mesure, car ils ne regardent ni ne voient les mêmes choses que les MISP. L'inspection régionale de la pharmacie (IPR) a cependant un autre biais pour inspecter les prisons, et non des moindres puisqu'il lui est incidemment fait obligation

d'y procéder au titre de l'article R 5056 du code de la santé publique qui prévoit une inspection annuelle des pharmacies des hôpitaux, donc des UCSA. L'IPR n' a pas les moyens en personnel de respecter cette disposition, et "certaines pharmacies n'ont pas été inspectées depuis huit ans". La situation est moins sinistrée dans le cas des UCSA, visitées en 1996 pour le travail d'évaluation demandé par le ministère.

Les PIR ont des prérogatives égales sur les pharmacies des "13 000" qui, sur le modèle des cliniques, ont des pharmacies à usage intérieur, c'est-à-dire autorisées par le préfet qui en accorde la licence. Les articles L 595-9 et R 5091 du CSP, notamment, mentionnent les prisons.

Deux PIR se sont rendus à l'automne 1998 à l'ESPNF pour y inspecter la pharmacie et y observer les mesures de stérilisation.

d. Les rapports d'activité des services médicaux

Toutes les UCSA adressent leur rapport d'activité à leur DDASS quand leur hôpital est sous tutelle, ce qui réduit le nombre de départements concernés à trois (77, 78, 91). Les rapports, tant des SMPR que des UCSA, arrivent directement à la DDASS, sauf dans un cas où ils ne sont accessibles que dans le rapport annuel de leur établissement. Ils sont considérés comme complets et de bonne qualité, "témoignant d'une vision de santé publique". Dans un département, la DDASS mène une bataille pour l'heure vaine afin d'obtenir un rapport d'antenne toxicomanie distinct de celui du SMPR (il s'agit d'un département où le SMPR pose toutes sortes de problèmes, la DDASS s'appropriant d'ailleurs à user de ses pouvoirs de tutelle les plus contraignants).

Dans deux cas, les UCSA (et un SMPR) relèvent de l'AP-HP. A Paris, les rapports arrivent par les rapports des hôpitaux respectifs (Cochin et Sainte-Anne) et la CDAG de La Santé envoie ses statistiques. Dans le Val-de-Marne, il n'est pas automatique et même difficile de recevoir le rapport de l'UCSA, et la CDAG refuse de communiquer ses données.

En Seine-et-Marne, le rapport annuel est présenté au cours d'une réunion à l'hôpital de Melun en présence de la DDASS et de l'administration pénitentiaire.

Dans le cas des prisons relevant du Programme 13 000, le service médical ne transmet pas de rapport, même pour information, sauf en ce qui concerne les politiques d'Etat (alcool, SIDA, toxicomanie, et aussi hépatite B). Deux DDASS se contentent du rapport fait à la commission de surveillance, la troisième ne s'en contente pas même si elle s'en sert comme tribune pour

dénoncer des problèmes persistants, notamment la non-informatisation du service médical qui effectue 4 000 consultations par an mais "ne sait pas ce qu'il soigne".

Seule une DDASS (de nouveau celle du Val-de-Marne) déclare recevoir directement de l'administration pénitentiaire la **fiche d'incidents** de la prison de son département. La fiche d'incidents recense les événements graves survenant dans la prison: suicides, mouvements collectifs, grèves de la faim, fugues, évasions, tentatives de suicide et automutilations.

Ces rapports sont-ils adressés à la DRASS? Non, dans aucun cas. Il est vrai que ce n'est demandé dans aucun texte, que la DRASS elle-même, bien qu'intéressée, ne les sollicite pas, mais cela rend toute vision régionale moins nette. Les DDASS ne voient pas l'intérêt d'une telle communication et pensent que, le cas échéant, la DRASS devrait s'adresser directement aux UCSA. Seule une DDASS a cité le nom d'une personne qu'elle percevait comme "référente" (en action sanitaire) à la DRASS.

e. La tutelle hospitalière

Les UCSA ne font pas l'objet d'une attention particulière en matière de tutelle hospitalière depuis leur mise en place qui, elle, avait mobilisé les énergies. Il avait fallu répartir les nouveaux crédits (393 millions de francs au niveau national) et veiller aux conséquences statutaires de l'intégration des personnels médicaux de l'administration pénitentiaire dans la fonction publique hospitalière (chapitre IV du guide méthodologique du 8 décembre 1994). Il avait fallu conclure les protocoles "formalisant les engagements respectifs des établissements de santé et des établissements pénitentiaires" (chapitre VI, point 12). Les DRASS furent donc aussi sollicitées. Plusieurs DDASS rappellent le soutien qu'elles ont dû apporter aux UCSA auprès des commissions médicales d'établissement (CME) par exemple. Un responsable d'UCSA se souvient du peu d'intérêt voire de l'incompréhension de ses collègues pour les UCSA jugées dévalorisantes, et de réactions du genre "pourquoi soigner ces gens-là?".

Aujourd'hui le système semble en place, ce n'est plus une priorité. Dans une seule DDASS un IASS a regretté de ne pouvoir s'impliquer davantage sur ce dossier, estimant qu'il est normal d'assurer le suivi et le contrôle de ce que nous avons si fortement contribué à mettre en place, et de vérifier si les crédits destinés aux UCSA leur sont intégralement reversés. Selon les autres DDASS la question ne se pose pas, car les UCSA ne manqueraient pas de saisir la DDASS si le financement subissait la moindre anomalie.

f. Les instances de suivi et de partenariat

Ces instances sont de deux ordres, recouvrant assez bien les deux grands secteurs d'intervention des services déconcentrés de notre ministère: l'action sanitaire et l'action sociale.

Le premier type d'instance concerne directement le milieu carcéral, le deuxième est plutôt tourné vers la sortie ou des problèmes périphériques.

f1. Le premier type d'instance se compose des commissions de surveillance et des comités de coordination des UCSA.

f 11. Les commissions de surveillance sont des instances chargées, sous la présidence du préfet de département, d'entendre annuellement un rapport sur les prisons (une commission par site pénitentiaire), qu'elles soient publiques ou privées. La composition en est variée, elle comporte jusqu'à une quarantaine de membres, pouvoirs publics et organismes agréés intéressés par la question. Le DDASS en est membre de droit et la circulaire du 30 août 1984 dispose qu' "il apparaît souhaitable que le médecin inspecteur de la santé l'accompagne lors de la réunion annuelle de celle-ci".

Seule une DDASS n'en a pas fait mention. Toutes les autres l'ont évoquée et y participent. Une DDASS d'un "13 000" déclare s'en servir comme d'une tribune et se réjouit des bonnes relations qu'elle entretient avec l'administration pénitentiaire et du bon travail d'accompagnement de la création d'un centre pour jeunes détenus.

f 12. Les comités de coordination des UCSA sont des instances obligatoires, prévues à l'article 15 du protocole-modèle (voir le guide méthodologique), à la périodicité au moins annuelle et à la composition libre, variable selon les UCSA. La DDASS en est toujours membre, parfois elle le préside, parfois la DRASS en fait aussi partie (par exemple aux CD et MA de Melun), parfois encore le MISP vient en sus du DDASS, etc...

En Ile-de-France, un MISP a déclaré en faire partie, alors que son département abrite un "13 000" et se trouve donc dépourvu d'UCSA. Sur les sept autres départements, deux DDASS ne peuvent non plus en être membres pour les mêmes raisons, les cinq autres sont dans des situations différentes selon que l'UCSA dépend ou non d'un établissement de l'AP - HP. Quand elle n'en dépend pas, les DDASS en sont membres. Quand elle en dépend, la situation est

quelque peu différente et mérite qu'on s'y arrête.

Deux prisons, et non des moindres, sont concernées: La Santé et Fresnes. L'AP-HP, c'est bien connu, ne forme qu'un seul établissement hospitalier. En toute logique, ce sont donc trois comités de coordination qui ont été établis: un comité local pour l'UCSA de La Santé avec le Groupe Hospitalier Cochin (sans DDASS ni DRASS), un autre pour l'UCSA de Fresnes avec l'hôpital de Kremlin-Bicêtre (sans DDASS ni DRASS), et une commission centrale de coordination présidée par le Directeur Général de l'AP-HP et dont la composition est la suivante:

- le Directeur Général de l'AP-HP ou son représentant (direction du Siège)
- le Directeur Régional des Services Pénitentiaires de Paris
- les Directeurs des Hôpitaux de BICETRE et de COCHIN (*en majuscules*)
- les Directeurs des Etablissements Pénitentiaires de Fresnes et de la Santé
- le Directeur du Centre Hospitalier Sainte-Anne (*en minuscules*)
- les Chefs des Services de rattachement des deux UCSA
- les Médecins responsables des UCSA
- les Pharmaciens des deux UCSA
- le Médecin Chef du SMPR de Paris la Santé
- les Cadres Supérieurs Infirmiers des deux UCSA
- deux membres du personnel de surveillance (un par établissement pénitentiaire)

Puis suit cette phrase: "La composition de la commission pourrait être élargie en tant que de besoins aux représentants de l'Administration déconcentrée des ministères de la Justice et de la Santé".

Cette composition exclut les DDASS et la DRASS, sans justification. Elle feint un semblant de symétrie par l'exclusion des services déconcentrés de la Justice, mais ils y sont déjà DRSP et directeurs d'établissements. Elle inclut le SMPR de La Santé, probablement parce que sa présence est utile à un travail fructueux de la commission, puisqu'aucun texte n'oblige à intégrer les SMPR à ces comités. Or le SMPR de Fresnes n'y figure pas. Est-ce un détail que ce SMPR dépende de Paul-Guiraud-Villejuif, qui n'est pas un établissement de l'AP - HP?

Les "représentants de l'Administration déconcentrée du ministère de la Santé" n'ont jamais été invités, ce que les DDASS 75 et 94 regrettent. "Certains médecins exerçant dans ces prisons souhaiteraient notre présence, pour aider à une meilleure coordination entre l'UCSA et le SMPR par exemple", déclare la DASS de Paris.

f2. Le deuxième type d'instances en compte trois: sur la toxicomanie, la substitution et la délinquance.

Les DDASS participent aux comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (problème concernant nombre de détenus et sortants de prison), aux comités départementaux de substitution présidés d'ailleurs par un MISP et comprenant un médecin psychiatre exerçant en milieu pénitentiaire (circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995) et aux conseils départementaux voire intercommunaux de prévention de la délinquance.

Ces comités, institués par un décret du 1er avril 1992, s'inscrivent dans le cadre de la politique de la ville et sont présidés par le préfet. Bien que cosigné par Jean-Louis Bianco alors ministre des affaires sociales et de l'intégration, le décret ne fait pas des fonctionnaires des DDASS des membres de droit des comités (à la différence de l'administration pénitentiaire, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'éducation nationale). Dans les faits, elles fournissent souvent l'un des six "fonctionnaires de l'Etat désignés par les chefs des services déconcentrés" prévus par le texte.

Six DDASS ont fait part de leur présence aux CDPD. La DDASS 91 participe d'ailleurs à au moins quatre conseils intercommunaux de prévention de la délinquance, les IASS se répartissant les zones géographiques. Cette tâche est assez prenante, d'autant que les réunions se tiennent le soir. La DDASS 75 déclare avoir participé de 1992 à 1996 au conseil parisien de sécurité et de prévention de la délinquance, coprésidé par le préfet de police et le maire de Paris, se réunissant une fois par an. Elle y présentait son travail sur la lutte contre la toxicomanie et les opérations Ville-Vie-Vacances.

En terme de partenariat, la DDASS 78 fait savoir qu'elle rencontre ponctuellement en cas de besoin l'hôpital de Versailles, le CPAL et l'administration pénitentiaire, et travaille en commun avec la DASDY (conseil général) sur la tuberculose. La DDASS 95 voit la DRSP, la DDASS 92 la DDTE, la DRASS les deux groupes concessionnaires de prisons sur la région (notamment GEPSA dont dépendent Villepinte et Osny) pour les financements de la prévention de l'hépatite B en milieu pénitentiaire. La DDASS 91 rencontre régulièrement, pour des projets mais parfois seulement "pour la forme", le SSE de Fleury-Mérogis et le CPAL, et gère le Fonds d'aide aux toxicomanes en voie de réinsertion avec les CCST, le CPAL et la PJJ.

g. Les initiatives et projets en faveur des détenus et sortants de prison

g1. En faveur des détenus

g 11. Le panorama est très varié. Commençons par **la vaccination contre l'hépatite B** initiée en milieu pénitentiaire par le programme DGS commencé en 1995, financé sur le 47-11-40 et parfois appliqué en milieu libre par certains centres de la Croix - Rouge en application d'une convention nationale passée avec l'Etat le 29 mai 1997.

75: la convention a été signée tardivement avec la Croix - Rouge; jusqu'à présent celle-ci n'a pas eu à poursuivre de vaccinations commencées en prison.

77: les crédits sont donnés. Quant à la convention, la DDASS n'en suit pas l'application et n'a pas d'information.

78: les financements sont faits. L'application de la convention ne fait pas l'objet d'un suivi. L'UCSA de Bois d'Arcy adopte une démarche volontariste: tout entrant se voit proposer simultanément un sérodiagnostic et une première vaccination, ceci pour gagner du temps. Selon le résultat sérologique, il est décidé ou non de poursuivre, selon un schéma accéléré "0-30-60" (jours) recommandé par la DGS.

91: le programme avait d'abord été lancé au CJD de Fleury avant d'être étendu à toute la prison. 4 820 vaccins ont été réalisés à l'UCSA en 1997, dont 640 (pour 340 personnes) au CJD. 40% ont bénéficié des trois injections, 28% de deux, 32% d'un seul. Tout sortant est orienté vers un CSST où s'applique la convention Croix-Rouge (qui fournit les vaccins, voire les médecins). Le suivi de cette convention est difficile car les rapports DDASS/Croix-Rouge sont ici mauvais.

92: le programme DGS a été intégré dans le cadre du plan triennal de lutte contre le SIDA, en partenariat avec le conseil général. La primo-vaccination est bien acceptée, un dépistage conjoint des hépatites B et C est effectué.

93: bien qu'il n'en soit nullement obligé, le conseil général finançait déjà depuis longtemps ces vaccinations sur la MA de Villepinte. Aussi quand les crédits DGS sont arrivés les lui ont-ils été versés par la DDASS. Il ne paye plus que les éventuels dépassements d'enveloppe. Remarquons que ce conseil général refuse en revanche d'effectuer le radiodépistage de la tuberculose à Villepinte. Selon la DDASS, cela pourrait s'expliquer par une opposition idéologique de la majorité communiste aux prisons privées. La position serait alors incohérente avec les mesures qu'il adopte contre l'hépatite B. De plus, l'autre conseil général communiste de la région, le Val-

de-Marne, refuse également de dépister la tuberculose, alors que Fresnes est une prison tout à fait publique. Il l'explique dans ce cas par le nombre beaucoup trop faible de ressortissants du département dans cette prison, ce qui lui entraîne des surcoûts de dépistage indus. A Villepinte (93) c'est en conséquence le groupement privé GEPSA qui a pris le radiodépistage à sa charge.

94: cela fait longtemps que l'hôpital Kremlin-Bicêtre procède à ces vaccinations. A leur arrivée, les crédits DGS lui ont été remis. L'application du protocole avec la Croix-Rouge est brumeuse.

95: le suivi des sortants en matière d'hépatite B pose un gros problème car la Croix-Rouge n'applique pas la convention et, malgré huit relances de la DDASS, n'a jamais répondu.

g 12. D'autres opérations ont pu être relevées. La DDASS 91 par exemple finance de nombreux programmes de prévention et de formation sur les fonds SIDA , relatives à cette maladie et à toutes les conduites addictives à risques. Le MISP est souvent invité à participer à la Journée mondiale du SIDA à Fleury, et passe dans des émissions sur le canal interne de la prison.

A la DASS 75, le médecin chargé du SIDA et de la Toxicomanie fait financer des associations intervenant en milieu pénitentiaire comme PASST (transsexuels), Aides (qui donne entre autres des conseils juridiques mais "demeure aujourd'hui bloqué aux portes de la prison", selon la DASS; "entre en détention" selon l'hôpital Cochin), Migrations et Santé (une association d'aide aux migrants qui présente l'avantage de disposer de membres capables de parler dans leur langue aux détenus des 82 nationalités "représentées").

La DDASS 93 finance l'association Entr'aide Sociale et Professionnelle (ESP) qui intervient en amont, donc en prison-même, pour préparer la sortie en instruisant les dossiers RMI et en proposant des avances sur droits supposés. Cette association se rend fréquemment en détention, notamment lors du "plateau technique". Ce terme désigne le groupe de partenaires sociaux se rendant une fois par mois ensemble à la prison de Villepinte pour rencontrer les détenus qui en ont fait la demande et peuvent donc voir tout le monde en même temps. Ce "plateau technique" comprend ESP, l'Agence nationale pour l'emploi (avec la PAIO - permanence d'accueil, d'information et d'orientation), la CAF, la CPAM, l'ARAJEJ, le CPAL. Ils sont reçus le matin par le SSE qui leur donne quelques éléments du dossier des gens qu'ils vont rencontrer, et la demi-journée est de nouveau conclue avec le SSE pour faire le point.

La DDASS 94 finance l'antenne toxicomanie du SMPR de Fresnes et le QIS. Ce Quartier Intermédiaire Sortants est un stage de trois semaines préparant la sortie de toxicomanes présentant de bonnes perspectives de réinsertion; il bénéficie aussi d'un crédit DGS. Ces

structures absorbent 3 700 000 francs (sur les lignes 47-15-40 et 47-15-60).

La DDASS 78, enfin, se montre particulièrement dynamique, aidée en cela par un comité départemental d'éducation à la santé impliqué sur les questions pénitentiaires (comprenant notamment Odile Choukroun qui fut la cheville ouvrière de l'ouvrage du CFES "Promotion de la santé et milieu pénitentiaire" en 1997) et l'UCSA du docteur Moreau, très actif lui aussi. La CPAM a embauché un médecin de prévention qui intervient sur les trois prisons. Les rapports DDASS-UCSA s'améliorent, après une période d'installation où le médecin chef estime avoir bien peu vu "la tutelle" et lui reproche un soutien extrêmement léger au cours d'un conflit grave avec la Pénitencière sur Bois - d'Arcy. Cette UCSA est l'une des rares à avoir respecté les consignes des textes de 1994 en ayant rédigé et mis en place un programme pluriannuel d'éducation à la santé (chapitre I, point 14 alinéa 2 du guide méthodologique: "L'établissement de santé est chargé de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé et d'élaborer, en accord avec tous les partenaires concernés (établissement pénitentiaire, services de l'Etat, conseil général, autres collectivités, organismes d'assurance maladie, associations) un programme annuel et pluriannuel de prévention et d'éducation pour la santé"). La philosophie choisie est la santé communautaire, avec un comité de pilotage comprenant l'UCSA, le SSE et le personnel de surveillance.

Sur des fonds Politique de la ville, le SSE fait passer le code de la route (et non le permis de conduire, ce qui pourrait poser quelques problèmes de sécurité autre que routière; cependant une telle expérience-pilote est menée depuis quelques semaines à la maison centrale d'Ensisheim en Alsace) aux détenus et l'UCSA complète cette formation par une opération "hygiène de la conduite". L'UCSA organise aussi avec la CPAM une journée annuelle d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire avec des dentistes et une distribution de brosses à dents et tubes de dentifrice (que, d'ordinaire, il faut bien souvent cantiner car ils ne sont pas fournis par la prison). Sur crédits DDASS, le Comité Yvelinois d'éducation pour la santé (CYES) organise en détention un atelier Corps et Santé. L'UCSA organise des groupes de parole en alcoologie, conclut des contrats individuels de soins entre des soignants et des détenus venant trop souvent à l'UCSA, afin de les "responsabiliser", reçoit tout nouveau membre du personnel pénitentiaire une demi-journée, forme le personnel de surveillance aux questions de santé et a créé les "surveillants-relais-santé" qui, après formation, sont à même de répondre à de nombreuses questions de leurs collègues ou de détenus.

La DDASS cofinance (sur les crédits SIDA) avec la DRSP une formation de surveillants dans les Yvelines (trois prisons) dispensée par l'entreprise DODECOM/Institut de formation en santé publique, pour un montant sur trois ans de 642 230 francs, intitulée "Sensibilisation aux problèmes prioritaires de santé publique dans les prisons: tuberculose, SIDA, hépatites". De mars à octobre 1998, 234 personnes (sur les 625 concernées au total) ont été formées, avec un taux très élevé de satisfaction. La convention prévoit la participation d'un réseau ville-hôpital (AVH 78) et du CYES mais l'accord n'a pu se faire avec ce dernier. Ceci est un regret de l'UCSA qui estime que la DDASS a fait un mauvais choix, coûteux de surcroît, avec DODECOM, car le CYES (émanation de la DDASS et de la CPAM) était tout aussi compétent. La participation à la formation a été proposée au personnel de l'UCSA qui a refusé: contrairement aux pénitentiaires, les transports n'étaient pas pris en charge et le personnel non remplacé.

g2. En faveur des sortants

Les actions sont plus nombreuses. Certaines s'intègrent aux politiques générales du ministère. Elles sont assez nettement distinguables entre le sanitaire et le social. Il faut par ailleurs avoir à l'esprit une caractéristique des sortants de prison: leur propension très forte à perdre ou détruire tous les documents remis en détention se trouvant en leur possession, leur souhait étant de couper tous les ponts avec cette institution. De ce fait, il est très fréquent que ces personnes se séparent de lettres pour des médecins, d'adresses de lieu de soins, de papiers d'identité, du bulletin de sortie (obligatoire pour toute démarche, notamment auprès des ASSEDIC), etc...

g21. Les actions sanitaires

A la question "repérez-vous des problèmes de continuité de soins lors de la sortie?", la réponse est unanimement positive. "Question préoccupante, en fait pas de continuité" (DDASS 77, qui en plus n'est pas satisfaite du travail du SSE de Meaux et regrette la mauvaise coordination Justice/Santé). "Difficile de savoir car il faudrait avoir quelqu'un s'y consacrant; le ministère a renoncé à mettre en place une vaste enquête épidémiologique sur les détenus, car aucune structure n'a les moyens humains pour le faire" (DDASS 94). "Il n'y a pas continuité mais rupture de continuité" (DDASS 93). "Globalement, la continuité est nulle; nous n'avons pas de retour car il n'y a pas de filière de soins; on ne sait pas organiser la continuité des soins aux

sortants" (UCSA Bois d'Arcy). "Il n'y a pas de continuité des soins, surtout pour le SIDA, les hépatites, la toxicomanie" (un médecin de prison 13 000).

Le tableau est donc négatif, même si tout le monde se préoccupe de cette question et agit. Les sortants forment une population qui échappe parfois aux statistiques et aux dispositifs, et qui reste peu dans le département d'incarcération. Tous les détenus nécessitant un traitement sortent de prison avec une lettre de recommandation pour un médecin et une ou plusieurs adresses. A Paris-La Santé, beaucoup sont orientés sur la consultation précarité de l'hôpital Cochin (un tiers s'y rend, ce qui est un bon chiffre). Rappelons que cette prison accueille 70% d'étrangers et les détenus dont le nom commence par une lettre de la fin de l'alphabet (telle est la ventilation en Ile - de - France), donc et dont tous les emprisonnés sous X.

Les problèmes relevés concernent surtout les hépatites, le SIDA, la toxicomanie, la psychiatrie. Les hépatites ont déjà été évoquées. Le SIDA et la toxicomanie sont des problèmes importants dans la population pénale. Des questions de poursuites de traitements de substitution et de trithérapie se posent. Cependant, il est presque certain que ces sujets sont ceux bénéficiant de la meilleure continuité car les dispositifs sont forts.

Pour le SIDA, il existe des CDAG et CISIH dans la plupart des prisons d'Ile-de-France. On ne lésine pas sur les moyens. Au cours de la première année d'UCSA d'une prison de la région, un seul patient, infecté au VIH, a consommé à lui seul 50% du budget pharmacie. Mais le problème à la sortie est plutôt social: comment suivre un traitement rigoureux de trithérapie, prendre une quarantaine de comprimés par jour à heures fixes, lorsque l'on est à la rue, que l'on n'a pas de montre, etc...?

Seule la DDASS 91 a évoqué les **fonds d'aide aux toxicomanes en voie de réinsertion**, qui existent depuis 1988. En 1995 elle redécouvre ce fonds où "dorment" 280 000 francs qui servent depuis à se porter caution pour des usagers de drogue, dont des sortants de prison, dans l'accès à un logement. Il s'agit de prêts. Ce fonds est géré conjointement avec les CSST, le CPAL et la PJJ. Comme 30% des détenus substitués de France sont à Fleury, la question de la poursuite des traitements se pose avec acuité. Tous les substitués sont orientés à la sortie. Les Parisiens ont tous un rendez-vous fixé au CCST Pierre Nicolle. La DDASS se pose en maître d'oeuvre pour la conclusion d'accords semblables entre l'antenne toxicomanie de Fleury et des structures du 93 et du 94 pour leurs populations respectives détenues dans la "mégaprison" de l'Essonne.

Il existe pour la prise en charge des toxicomanes des crédits MILDT, dont certains sont

directement remis aux DRSP (pour un montant de 1, 235 millions de francs en 1998 à la DRSP de Paris) pour subventionner les associations intervenant en appui des antennes toxicomanies.

La DDASS 92 a réussi à organiser une consultation avancée de soins aux toxicomanes en détention pour favoriser leur sortie, et soutient la formation des professionnels de l'insertion par les travailleurs des CSST. Elle se plaint cependant de l'arrêt, en détention, de la substitution à la méthadone et de la ré-initialisation d'un traitement, mais cette fois au Subutex, trois jours avant la sortie.

La DASS 75 finance le CSST La Corde Raide, qui suit les détenus et les sortants toxicomanes et effectue un travail psychologique avec les familles, et forme aussi personnels pénitentiaires et magistrats sur les questions de drogue. Elle finance aussi, en matière sanitaire, le bus dentaire qui accueille de nombreux libérés.

Les **problèmes psychiatriques** ont été évoqués par quatre DDASS. ces problèmes sont grandissants dans les prisons françaises. Parmi eux de plus en plus d'agresseurs sexuels. Principal problème, en tout cas emblématique, le suivant: un article du code de procédure pénale permet à un détenu de se retrouver en CHS. Lors de sa levée d'écrou, qui peut intervenir en pleine nuit, il n'est plus détenu et peut de ce fait sortir immédiatement, car son admission en CHS dépendait de son statut de détenu. Aucune préparation n'a pu être faite, et cinq heures environ sont nécessaires pour l'aboutissement d'une procédure d'arrêté préfectoral d'hospitalisation sous contrainte le faisant rester dans son CHS à titre "ordinaire". Mais parmi les non-hospitalisés, combien sont relâchés sans précautions ?

La circulaire DH/EO4/CP/n°04658 du 17 juillet 1998 ayant pour objet l' "amélioration de la prise en charge médicopsychologique des personnes incarcérées par un renforcement des équipes de secteur de psychiatrie (psychiatrie générale et SMPR) intervenant en milieu pénitentiaire" a octroyé des mesures nouvelles couvrant le quatrième trimestre 1998. L'Ile-de-France bénéficie ainsi de 3 279 915 francs supplémentaires, mais les prisons du programme 13 000 en ont été exclues. Il a été considéré, au grand regret des MISP concernés, que le forfait santé négocié entre les concessionnaires et l'Etat couvrait ces besoins. "Dommage, estime la DDASS 95, il y a des choses à faire en pédopsychiatrie pour les jeunes détenus" (la prise en charge médico-psychologique des mineurs incarcérés étant l'un des trois axes prioritaires de cette circulaire). Cette DDASS estime que le statut des "13 000" impliquant le recours à des

psychiatres libéraux pose un réel problème de continuité puisqu'il n'y a pas de lien avec le secteur de psychiatrie publique. L'incarcération marque une rupture puisqu'à l'extérieur la coordination entre le secteur et la PJJ est bonne.

La DDASS 78 a passé convention avec l'hôpital psychiatrique Charcot pour que le SMPR (cinq millions de francs de budget annuel, quatre ETP qui ne trouvent pas à être pourvus) de Bois d'Arcy ouvre neuf lits d'hospitalisation dans la prison, entre le lundi matin et le samedi midi. Le SMPR n'accepte pour l'heure de ne les ouvrir que jusqu'au vendredi soir. Ce problème parmi d'autres contraint à faire appel à un service d'urgence psychiatrique, ERIC (équipe rapide d'intervention et de crise), qui prend en charge en intersectoriel les patients sur place ou à domicile pour éviter les hospitalisations.

L'alcool, enfin est un fléau dont l'importance dans la population pénale a déjà été notée (voir en I A 1 c, point 4). La DDASS 95 s'occupe d'un projet alcool pour les jeunes détenus à la MA à Osny. La DDASS 94 a signé en août 1998 une convention avec le centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) de Bicêtre pour le suivi des sortants de prison. La DDASS 78 finance un projet alcool de l'APECAPP (association pour la prévention et l'étude des conduites d'alcoolisation des populations pénales). La DDASS 91 a dans son département le siège et le président de l'APECAPP (M. Philippe Michaud, exerçant à l'antenne d'alcoologie de Fleury-Mérogis). Ce dernier souhaitait lancer un projet de suivi des sortants sur deux ans (contre six mois comme il réussissait quand même à le faire jusqu'alors), et s'est d'abord adressé à la DDASS. Celle-ci fut au regret (manifeste) de lui répondre que l'enveloppe Alcool n'ayant reçu aucune mesure nouvelle depuis plus de cinq ans, il était impossible de subventionner cet intéressant projet. C'est la CRAM qui le finance.

g 22. Les actions sociales

Dans la quasi-totalité des cas, l'action sociale concerne l'hébergement. Toutefois, certaines actions sociales sont incluses dans des actions sanitaires, comme l'utilisation du fonds d'aide aux toxicomanes en voie de réinsertion, dans l'Essonne.

Dans le détail, voici les opérations menées (ou non) selon les DDASS:

75: la présence des sortants de prison parmi les nombreux démunis séjournant dans la capitale est prise en compte lorsqu'il s'agit de financer des projets. Le SAMU social, par exemple, en

partie financé par la DASS, accueillerait 85% d'"ex-taulards". De même, l'association REMEDE (relais médical aux délaissés) reçoit beaucoup d'anciens détenus, mais la majorité de son financement provient de la CRAM qui met à sa disposition deux assistantes sociales pour aider ces personnes à recouvrer leurs droits. Sur ce terrain de l'accompagnement social des démunis et des sortants de prison en particulier, il y a d'autres acteurs sur le terrain, dont les grosses associations comme le Secours catholique, et la Sécurité sociale. La CPAM assure ainsi de nombreuses permanences au SRAIOSP et dans les centres d'hébergement pour faciliter et accélérer la réaffiliation au régime général auquel tout libéré a droit pendant un an.

En matière d'hébergement, Paris dispose de 3 000 places d'hébergement d'urgence l'hiver et 1 800 l'été, dont bénéficient les sortants de prison même si, plus encore que la moyenne des SDF, ils supportent très mal les structures collectives.

En ce qui concerne les lieux d'accueil spécialisés, exclusivement ou prioritairement consacrés au "public Justice", il en existe dix à Paris (surtout des CHRS) en 1997-1998 pour un total de 289 places.

La DASS a l'intention, à l'occasion de sa réorganisation interne, de fédérer toutes les actions sociales en direction du public Justice sous l'autorité d'une personne référente. L'association ESP (qui opère aussi en Seine-Saint-Denis) est agréée par la DASS pour instruire les dossiers RMI des sortants de prison.

77: dans ce département, aucune opération particulière n'est menée pour la population dont nous traitons dans ces pages.

78: très active sur d'autres aspects du problème, cette DDASS reconnaît l'absence de politique précise envers ce public. Elle déclare cependant être à la recherche d'acteurs capables d'assurer le suivi des contrats d'insertion du RMI conclus par les détenus avant leur sortie de prison avec l'aide du service socio-éducatif.

En matière d'hébergement la DDASS finance trois structures: l'Hôtel Saint-Yves, à Versailles, qui fait de l'hébergement d'urgence, dispose d'une convention avec la Justice et propose 23 places; l'Hôtel social Saint-Benoît Labre, à Poissy, sous convention avec le CPAL; "Lève-toi et marche", association caritative proposant dix places et dépendant de financements multiples (DDASS, Eglise, Justice, Ville).

91: la DDASS finance quatre CHRS accueillant (pas tous exclusivement) des sortants de prison. D'abord, La Belle Etoile, à Athis-Mons, géré par les Soeurs Marie Joséphine de la Miséricorde, réservé aux femmes sans enfant, proposant 22 places. Puis la Communauté

Jeunesse, aussi à Athis-Mons, disposant de 59 places (dont 20 d'urgence) pour les jeunes (hommes, femmes, couples voire enfants) dont les libérés. Ensuite, le Phare, à Sainte-Geneviève-des-Bois. Ce centre dépendant de l'ARAPEJ a une **vocation régionale de sas d'accueil des sortants** de Fleury-Mérogis, dont il est distant de quelques hectomètres. Il permet d'accueillir les personnes sortant en pleine nuit par exemple, puisque le temps n'est plus où l'administration pénitentiaire emmenait les libérés en car à la gare ou à la porte de Paris les plus proches. Il permet aussi de terminer les démarches de préparation commencées en prison. Disposant de 20 places, cet établissement accueille tant les hommes que les femmes, et reçoit des subventions DDASS à 100%. L'administration pénitentiaire devait fournir un demi-poste d'éducateur spécialisé mais ne l'a pas fait, ce qui limite le potentiel d'hébergement à 15 places pour l'instant. Enfin, la DDASS finance le centre Coquerive, de l'association Feu Vert, à Etampes, qui dispose de 37 places. Le CPAL a souhaité une extension de dix places pour l'accueil des personnes sous main de justice (TIG, chantiers extérieurs...), dont il paierait la fraction hébergement du coût total. Le centre fonctionne mais la participation du CPAL se fait attendre. Outre ce fait qui mécontente la DDASS, celle-ci se demande si les CHRS n'auraient pas vocation, dans la vision du ministère de la Justice, à devenir une certaine catégorie d'établissements pénitentiaires (crainte partagée par les associations opérant sur le secteur).

La DDASS 91 est la seule à avoir évoqué le **dispositif "grâces présidentielles"**. Depuis 1995, les grâce présidentielles du 14 juillet sont précédées par la mise en place d'un dispositif interministériel spécifique sous l'autorité du préfet, dans lequel la DDASS est chargée d'exécuter les mesures d'accompagnement" en matière sociale, et dont elle doit faire un bilan avant la fin de l'année. Il consiste en une activation du dispositif existant d'accès au RMI, pour permettre des avances sur droits supposés auprès de n'importe quel service instructeur du département. La CAF a signé une convention avec une banque pour la remise de l'argent aux personnes ne disposant pas de chéquiers. Il faut aussi leur trouver le cas échéant un hébergement, le nouveau centre "Le Phare" déjà cité étant un élément facilitateur. Mais au total, ce sont trois ou quatre personnes qui sollicitent ce dispositif chaque année, dispositif réservé aux seuls "graciés présidentiels" et excluant donc les autres libérés de la même période, et n'étant maintenu qu'en juillet et en août (l'IASS chargé du dossier regrette que cette formule ne soit pas en vigueur toute l'année).

92: la DDASS finance deux CHRS spécialisés, l'un de l'ARAPEJ de 24 places à Chatenay-Malabry et un autre, baptisé Perspective, de 30 places à Asnières.

93: ce département mène un projet original. Partant du constat que l'administration pénitentiaire n'a pas les moyens de bien préparer à la sortie, la DDASS a décidé de se mobiliser. Elle l'a fait dans le cadre de la politique de la ville et de la lutte contre la récidive. Le CDPD du 29 juin 1994 a décidé la création d'un groupe de travail sur la préparation à la sortie de prison, installé le 21 mars 1995 et présidé par le sous-préfet chargé de mission pour la politique de la ville. Celui-ci comprend:

- la Préfecture: le cabinet et les directions de l'administration générale et du logement, des étrangers, des actions interministérielles
- la DDTE-FP
- la DDASS
- l'Inspection académique
- les institutions judiciaires: TGI, PJJ, Parquet, tribunal pour enfants, SEAT (service éducatif auprès du TGI), CPAL, maisons d'arrêt de Villepinte de Fleury-Mérogis (cette dernière hébergeant la majorité des détenus séquanodionisiens)
- la Sécurité Sociale: ASSEDIC, CPAM, CAF
- des CHRS: Cité Myriam, COS Les Sureaux, ARAPEJ.

Le travail fourni par ce groupe paraît conséquent. Les crédits d'insertion ont été mobilisés pour financer les actions. Dans le cadre d'un comité de pilotage issu de ce groupe (et associant le conseil général), la DDASS a monté en 1996 une action RMI en direction des sortants de prison. Elle a suscité la création en Seine-Saint-Denis d'une antenne de l'association Entr'aide Sociale et Professionnelle (ESP) devant intervenir sur les deux MA. Même s'il faut en moyenne deux ans pour réussir une réinsertion d'autant que l'on s'occupe de gens assez tardivement dans leur parcours d'exclusion, les premiers indicateurs d'évaluation sont bons".

Cette association prépare donc la sortie de prison des personnes pouvant bénéficier du RMI avec un travail d'accueil, d'information et de suivi pendant et après la phase carcérale, assure leur suivi social, sanitaire et professionnel, développe des actions innovantes notamment sur le logement et l'insertion professionnelle. Un appelé-Ville travaille en permanence pour ESP sur le site de Villepinte, où ESP a aussi intégré le "plateau technique" (groupe d'institutions à caractère social; voir II A 2 g1). La MA de Fleury-Mérogis a refusé de passer une convention identique, le chef du SSE estimant qu'il est inopportun de "saucissonner Fleury". La première conséquence est pour l'instant qu'il vaut mieux, quand on est originaire du 93, être incarcéré à Villepinte qu'à Fleury.

Une convention a été passée avec le SRAIOSP pour la coordination du suivi interdépartemental des personnes, une autre avec l'ARAPEJ pour les chantiers extérieurs, et une convention ALT (allocation de logement temporaire) pour les chambres d'hôtel. ESP a reçu l'agrément de service instructeur pour le RMI (le 17 juin 97), de service domiciliateur pour les SDF (le 10 juillet 97), la possibilité d'accorder des avances sur droits supposés au RMI (par un accord DDASS-CAF du 25 septembre 97). Elle mène aussi un travail de prospection et d'achat de locaux dans lesquels elle propose aux sortants de prison de réhabiliter les lieux, qu'ils habiteront à la fin des travaux. Ce projet, qui fait intervenir des partenaires pour l'encadrement théorique et l'appui technique, est inscrit dans le plan départemental d'insertion (PDI) en 1998 pour un montant de 450 000 francs. Le reste des opérations est financé à hauteur de 750 000 francs.

La Seine-Saint-Denis abrite aussi un CHRS spécialisé dépendant de l'ARAPEJ (Association de Réflexion Action Prisons Et Justice), à Aulnay-sous-Bois.

Cette DDASS accueille aussi dans ses murs Antoine Lazarus, professeur des universités, praticien hospitalier en santé publique, auteur du rapport "Ville et santé mentale, précarité et exclusion sociale, une souffrance qu'on ne peut plus cacher" (avec Hélène Strohl, DIV-DSU-DIRMI, 1995), membre de la conférence régionale de santé, chargé de la PSAS (Programmation stratégique des actions de santé) Santé-Précarité en Seine-Saint-Denis. Antoine Lazarus est depuis longtemps impliqué dans les questions pénitentiaires, puisqu'il commença sa carrière à Fleury-Mérogis et anime aujourd'hui le GMP (groupe multiprofessionnel des prisons) créé au début des années 70 par Michel Foucault.

94: la DDASS précise qu'il n'existe pas de dispositif particulier pour ce public Justice, pas de structure-relais, pas de centres d'hébergement d'urgence ni de réinsertion qui lui soit spécialement destiné. La lecture du *Guide des lieux d'accueil pour personnes en difficulté*, publié par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France pour 1997-1998 en recense toutefois deux: le Foyer de Créteil et la maison d'accueil l'Îlot à Vincennes; à cela s'ajoute une boutique d'accueil de jour à Fresnes. La DDASS n'a pas relevé pour l'instant de demande des acteurs en faveur d'un dispositif spécifique.

Elle a donné son agrément à l'association AIR pour instruire des dossiers RMI en détention à Fresnes dans le cadre du Quartier intermédiaire sortants (QIS), ce qui représente moins d'une dizaine de personnes par mois (voir II A 2 g12).

95: La DDASS signale l'existence du CHRS Espérer 95, qui dispose à Pontoise de 11 places

toutes réservées aux personnes sortant de prison et public Justice, et de deux places réservées CPAL au CHRS de la Garenne (ARS).

La DRASS: en 1997, un la DRASS a constitué un groupe de réflexion avec les DDASS volontaires sur la question des sortants de prison (groupe quasiment pas évoqué par elles lors des entretiens). Les DDASS 75, 78, 91, 92 et 93 ont accepté. Le groupe a procédé à des auditions, notamment d'un membre de la DRSP, du SRAIOSP, de responsables de CHRS et de Danièle Hueges (chargée de mission en 1997 auprès du Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, auteur du "Rapport de mission sur les sortants de prison et l'exclusion sociale"). Un autre groupe s'est constitué en 1998 entre la DRASS, la DASS de Paris, la Direction de l'Action Sociale (DAS) et des représentants de CHRS pour aborder des questions de responsabilité en cas de dommages causés dans des CHRS par des personnes encore sous écrou.

h. La coordination interne dans les DDASS

Dans une seule DDASS (92) sur huit, la coordination existe réellement. Dans deux autres, elle existe: informellement pour l'instant (93), de façon institutionnelle dans peu de temps pour l'une (78). Dans toutes les autres la volonté est là. Dans deux d'entre elles la coordination devrait se mettre en place à court (75) ou moyen terme (94). La situation dans les départements se présente comme suit:

75: le fait que l'UCSA relève de l'AP - HP ne favorise pas les contacts entre MISP et IASS de tutelle, puisque ces derniers n'ont par conséquent pas compétence sur l'hôpital Cochin. Le service des actions de santé admet "l'absence de coordination; on ne sait pas qui fait quoi, ni même s'il est fait quelque chose", et le regrette. Le pôle social confirme la situation et partage ce sentiment. La réorganisation prévoyant un agent (IASS) référent, au service RMI, sur la question des sortants de prison, pourrait changer les choses.

77: la question de la coordination ne se pose pas, notamment parce qu'il n'y a pas d'IASS sur ces questions au pôle social. seuls les MISP sont concernés.

78: la coordination est faible et informelle, mais l'intérêt de tous est net. L'IASS de tutelle se sent concerné et souhaite une ou deux réunions annuelles internes sur la population pénale. Un IASS est chargé de la santé des plus démunis et un Inspecteur Principal sera très prochainement en charge d'un poste SIDA-Toxicomanie-Alcool-Prison, travaillant en étroite collaboration avec le MISP responsable des mêmes questions.

91: il n'y a pas de coordination interne, ni externe. Le service santé semble ignorer le projet "Phare" (du nom du nouveau CHRS) [voir II A 2 g22] pour les sortants de Fleury, ainsi que les tentatives de la DDASS 93 d'entrer dans cette même prison pour instruire des dossiers RMI avec l'association ESP pour les prisonniers (environ 1 500) originaires de ce département.

92: les intéressés estiment qu'il y a coordination du fait de l'intégration au pôle social du médecin chargé de mission SIDA-Toxicomanie-Alcool-"Médecine pénitentiaire".

93: de l'avis des personnes interrogées, il y a des échanges informels. Par conséquent, côté santé on estime que la coordination existe, côté social qu'elle n'existe pas: "chacun ses plate-bandes". Le schéma départemental d'accès aux soins des plus démunis et le SROS font l'objet d'un travail en commun, mais quelle est la part des prisonniers et sortants de prison dans ces dossiers?

94: de l'avis des intéressés eux - mêmes, il n'y a pas de coordination. Cependant, l'idée de transversalité avance à petits pas et le renouvellement des personnels (notamment d'encadrement), lent, est prometteur car la volonté des personnes rencontrées de travailler ensemble est évidente. Une préoccupation commune existe sur la toxicomanie et la santé mentale.

95: il n'y a pas de coordination.

i. La doctrine: population spécifique ou non?

Pour la totalité des DDASS l'objectif est bien sûr de faire réintégrer au plus vite aux sortants de prison les dispositifs de droit commun. Mais pour autant, faut-il mettre pour cela en place et pour un temps des régimes dérogatoires ou au moins spécifiques? Au-delà, cette population est-elle réductible aux autres publics définis et ciblés par nos politiques habituelles?

Pour la majorité des DDASS, soit cinq d'entre elles, cette population n'est pas spécifique et ne nécessite pas de dispositifs particuliers, jugés le plus souvent stigmatisants. Deux n'ont pas tranché ou sont divisées. Une seule estime cette population spécifique. A défaut de complète unité de doctrine, il existe donc bien une doctrine dominante.

Au cas par cas, les points de vue sont les suivants:

75: cette population est spécifique du seul fait qu'elle nécessite l'intervention d'associations spécialisées qui interviennent en amont de la sortie, donc en détention, et contribuent à la préparer. La présence sur Paris d'Espace Liberté Emploi (ELE), ANPE pour sortants de prison,

et du SRAIOSP (spécialisé dans l'orientation sanitaire et sociale des sortants, voir I A 2 c) incitent à adopter une telle vision. La DASS va d'ailleurs créer un poste de référent (l'IP du RMI) sur cette population. Cependant, un IASS se demande si cette spécificité n'est pas un moyen pour des associations de demander des financements au nom de leur "technicité". Il se demande également si l'expérience carcérale est plus traumatisante que celle de la rue.

77: pour cette DDASS, cette population n'est pas spécifique.

78: "l'expérience carcérale n'apparaît pas comme un identifiant principal, comme un problème spécifique aux yeux des acteurs de terrain". Cette population s'inscrit dans des politiques générales comme les jeunes errants ou les toxicomanes. En outre, "beaucoup de jeunes délinquants retournent dans leur famille après incarcération et sortent des dispositifs".

91: selon le pôle santé, cette population n'est pas spécifique. Il s'agit simplement d'une population en situation de précarité (sauf les trafiquants de drogue), avec une forte composante toxicomane. Avis partagé quoique plus nuancé au pôle social où les problèmes rencontrés en pratique, par exemple avec le dispositif d'hiver (violences en collectivité notamment) finissent par en faire douter. Ces difficultés seraient peut-être malgré tout plutôt liées au fait qu'il y a dans ce public beaucoup de toxicomanes et de gens ayant de sérieux problèmes psychiatriques (et que les CHS mettent dehors en plein hiver). De plus, "il y a sortant et sortant". Le retour à la vie normale, la réinsertion sont plus longs que pour d'autres (surtout pour les femmes et les lourdes peines), et nécessitent un travail soutenu, en partie spécifique.

92: cette population n'est pas spécifique et ne nécessite pas de personnels aux compétences particulières.

93: cette population est perçue à la DDASS comme spécifique, mais il est pris soin d'éviter toute stigmatisation. "Il ne faut pas se voiler la face, ces gens sont très déstructurés et le passage en prison n'arrange pas leur situation".

94: cette population n'est pas spécifique.

95: cette population n'est pas spécifique.

Pour la DRASS, cette population, bien qu'ayant l'expérience carcérale, n'est pas a priori plus "cassée" que d'autres personnes prises en charge par le système social. Sous couvert de spécificité, il est assez clair que certaines associations poussent, en matière d'hébergement, à une hausse des coûts à la place. La principale exigence lorsque l'on s'occupe de cette population serait de maîtriser les arcanes de la Justice, les modalités de suivi judiciaire, ce qui serait accessible à tout intervenant du secteur qui bénéficierait d'une bonne formation et pratiquerait

la lecture de "bons ouvrages comme *Le guide du prisonnier* de l'Observatoire International des Prisons". Concernant les publics reçus par les CHRS, les sortants de prison constituent une population à suivre et qui mérite réflexion, mais pas plus que les familles (couples avec ou sans enfant, familles monoparentales), les personnes isolées et les cas psychiatriques.

j. La charge de travail

Celle-ci apparaît comme très variable d'une DDASS à l'autre, sans corrélation avec le nombre de détenus ou de sortants. Les informations ci-après sont la transcription littérale des estimations déclarées.

75: deux semaines de travail par an pour l'hébergement (urgence et réinsertion); rien sur les autres questions sociales; une semaine par an ("trois heures par mois") pour l'action sanitaire ("on travaille a minima, il faudrait faire beaucoup plus"); "très faible" en SIDA-Toxicomanie.

77: trois jours par an pour la personne en charge des prisons de Melun, dix jours par an pour Meaux.

78: dix jours par an en action sanitaire (UCSA, SMPR), trois semaines en SIDA-Toxicomanie-Promotion de la santé, "inévaluable" en action sociale.

91: inévaluable dans tous les services.

92: une semaine par an en social, "réduite" en SIDA-Toxicomanie.

93: "peu" en santé, "un certain temps" en social "mais moins qu'il y a deux ans lors de la mise en place du projet RMI; aujourd'hui simple suivi".

94: deux semaines par an en social ("un jour par mois"), deux semaines aussi en sanitaire (dont la moitié pour le traitement des plaintes).

95: dix jours par an en sanitaire, un jour en social.

B. L'analyse

1. Tentative d'explication des différences d'implication selon les DDASS

a. L'évaluation de la loi de 1994

Le bilan est salué comme très positif par tous les intervenants (des DDASS comme d'ailleurs). Le seul bémol a été formulé par un MISP très préoccupé par les questions carcérales. Les DDASS auraient néanmoins intérêt à se pencher sur les difficultés persistantes que sont les soins dentaires et ophtalmologiques qui remettent en cause le principe d'égalité formelle devant les soins que la loi a posé en principe et dont notre ministère se doit d'être la garant. La question des extractions (transport des détenus vers un hôpital pour examens) doit aussi être traitée.

La prévention est la grande oubliée de l'application de la loi, mais certains s'y activent sur le terrain et beaucoup pensent que, le volet curatif étant maintenant complètement opérationnel, le temps est venu de s'occuper de prévention. La question du discours à adopter envers ce public et en ces lieux n'est toujours pas résolue (mais peut-elle l'être? il y aura toujours, en dépit de procédés de plus en plus fiables d'évaluation, des querelles d'école) mais des opérations pionnières intéressantes, dont les DDASS ont été partie prenante, donnent matière à espérer. Certaines opérations, proposées par les acteurs en matière de toxicomanie, semblent en revanche se heurter dans un département à une incompréhension de la DDASS, qui ne les évoque pas lors des entretiens. Il se peut heureusement que le renouvellement des personnes en charge de ces dossiers permettent de débloquer la situation.

Dans tous les cas cependant, les améliorations ne seront pas significatives sans un supplément de moyens en personnels, dans les DDASS et sur le terrain.

Il faut tout de même se remémorer le point 42 du chapitre premier du guide méthodologique, intitulé "L'élaboration et la mise en oeuvre d'un programme de prévention et d'éducation pour la santé": "Le médecin responsable de l'UCSA, en étroite collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire, détermine en accord avec la DDASS et la DRASS, les thèmes prioritaires de prévention et d'éducation pour la santé, en fonction des problèmes de santé révélés par les examens médicaux d'entrée et des données épidémiologiques fournies à cette

occasion".

Le volet protection sociale a été très peu abordé, probablement pour deux raisons. La première est que les DDASS ne s'occupent pas directement des questions de protection sociale, qui relèvent de la DRASS. Cette dernière n'accorde aucun intérêt particulier au suivi du dossier des détenus par les CPAM (qui affilient les détenus de l'établissement pénitentiaire de leur ressort géographique). Ceci s'explique d'ailleurs par la deuxième raison: le système est déjà éprouvé et marche bien. Aucun intervenant n'a signalé, au cours de cette enquête, de problème, de raté pendant l'incarcération. Rares sont ceux qui en ont fait état après la libération, mais une étude effectuée sur la question en décembre 1997 (par Eric Initzel, stagiaire de l'Institut Régional d'Administration de Metz, pour le bureau SP2 de la DGS) pointe quatre "problèmes importants d'application":

- les sorties sans carte d'assuré social (pour cause de retard dans le traitement des dossiers, lui-même dû à un stock élevé)
- la complexité du circuit financier ("en dépit de la mise en place d'un réseau entre les CPAM des départements d'Ile-de-France, l'information transite difficilement"; réseau dans la constitution duquel la DRASSIF semble n'avoir joué aucun rôle)
- la complexité des situations administratives rend plus ardu le traitement des dossiers à la libération (problèmes de régularité de séjour pour les étrangers, d'état-civil pour les nationaux)
- le non-versement des prestations en espèces aux détenus (indemnités journalières de maladie et d'accident du travail).

Dans les entretiens effectués pour le présent document, le problème principal soulevé résidait dans l'obligation pour le libéré de se rendre à la CPAM de son domicile pour y demander une nouvelle carte (celle-ci n'ayant pu lui être remise faute de temps avant sa sortie) d'assuré social valable un an et donc y faire état de sa situation pénale. La plupart des intervenants à la sortie, connaissant cette donnée réellement dissuasive, ont convenu avec la CPAM de permanences ou traitement personnalisé de dossiers (ce qui, de plus, accélère leur traitement).

b. Le traitement des plaintes

Cette obligation est remplie sans faille par les MISP. Bien qu'il s'agisse d'une procédure encadrée, son respect n'était pas pour autant mieux assuré que celui d'autres textes. Il semble

que le lourd aspect humanitaire de la plainte d'une personne privée de liberté compte tout autant dans la diligence des médecins. Ils sont cependant tout à fait lucides sur le caractère infondé, d'un point de vue médical, de certaines de ces plaintes, et ont confiance en les équipes travaillant en détention. "Une fausse plainte ne signifie pas une absence de souffrance" (un MISP).

L'explication fournie tant par les DDASS que par l'IGAS de la stabilité quantitative de ces plaintes malgré l'ouverture des UCSA (et malgré l'ouverture des établissements "13 000" et de leurs services médicaux au début des années 90) est que l'offre crée la demande. En clair, cela signifie que les détenus sont devenus plus exigeants, qu'ils ne tolèrent plus ce qu'autrefois ils étaient contraints de supporter, par exemple en matière de délais. Ceci explique aussi l'inflation des files actives aux diverses consultations.

Selon l'IGAS, le nombre de plaintes pourrait être artificiellement élevé par un double envoi à l'IGAS et aux DDASS pour multiplier les chances d'aboutir.

En Ile-de-France, les DDASS ayant des prisons "13 000" sont celles recevant très largement le moins de plaintes, sans que l'on puisse en donner véritablement une explication. Un comparatif par services pourrait donner des éclaircissements, ainsi que des chiffres pénitentiaires sur la durée moyenne comparée des peines dans les divers établissements. Sachons quand même que les "13 000" ne sont pas astreints au surpeuplement carcéral, et qu'ainsi leurs effectifs restent normalement dimensionnés au dispositif médical.

c. L'inspection des établissements pénitentiaires

Bien que le caractère a priori contraignant de cette opération soit apparemment peu ressenti par les MISP, surtout depuis que "leurs" UCSA (car beaucoup d'entre eux, comme les IASS de tutelle hospitalière, sont satisfaits du travail qu'ils ont accompli pour cela) fonctionnent, elle est quand même effectuée assez régulièrement. La moitié s'y astreint annuellement.

Les bons rapports entretenus entre les DDASS et les unités médicales (avec une réciprocité d'estime inégale en défaveur des DDASS, il faut le souligner) contribuent à cette moindre gravité perçue autour de cette visite, en plus du manque de temps et du fait qu'une priorité chasse l'autre".

Contrairement aux dispositions de la circulaire du 30 août 1984, les rapports d'inspection ne sont pas adressés à la DRASS.

d. Les rapports d'activité des services médicaux

Ceux-ci ne parviennent que des UCSA, et parmi elles que des établissements ne relevant pas de l'AP-HP. Ces rapports sont considérés comme de bonne qualité et contribuent à la bonne image qu'ont les DDASS des soignants dans les prisons.

e. La tutelle

Depuis que les UCSA fonctionnent, les DDASS semblent ne plus beaucoup se préoccuper de la question, mais répondent toujours aux sollicitations.

f. Les instances de suivi et de partenariat

Les DDASS ne rechignent pas au partenariat autour de la population pénale (d'ailleurs condition sine qua non d'une action un tant soit peu efficace) en dépit de la charge de travail qu'elles ont par ailleurs. Elles regrettent cependant, surtout concernant les opérations pour les libérés, le foisonnement d'acteurs sur la question. Le constat est fait d'une difficulté de travailler de façon coordonnée avec des logiques différentes, des réflexes de "chasse gardée" autour de ses publics "de prédilection", d'une "incroyable déperdition d'information et d'énergie".

Les rapports sont bons, sans trop de préjugés, avec la Pénitentiaire, mais celle-ci ne voit pas toujours (et on la comprend, car nos compétences sont indirectes) ce qu'elle peut faire avec les DDASS. Celles-ci, et la DRASS sont cependant citées par une circulaire de la DRSP ayant pour objet une délégation de crédits pour l'éducation à la santé, et l'on peut y lire: "Il ne faut pas oublier de faire appel à un partenariat varié: DDASS, Comité d'éducation pour la santé, associations...". La DRSP a aussi une tendance spontanée à se tourner vers nous en cas de problème relatif à des activités de santé, par exemple pour les enfants dans les maisons d'arrêt pour femmes (qui relèvent du conseil général, mais la répartition des compétences due à la décentralisation n'est toujours pas entré dans l'esprit des Français, fonctionnaires inclus).

La FNARS (Fédération nationale des associations de réinsertions sociales) relève cependant que, sur les 44 pages de la troisième partie ("réinsertion et participation communautaire") du rapport annuel 1996 de l'administration pénitentiaire, il n'est fait aucune mention du ministère

de la Solidarité et des DDASS alors que ne sont oubliés ni l'Education nationale, ni la Culture, ni la Jeunesse et les Sports, ni la DIV (délégation interministérielle à la Ville), ni les DDTEFP, ni les CDPD, ni le FAS.

Quant aux DDASS, elles n'ont plus de méfiance particulière envers cette administration, même s'il y reste quelques rares "militants" aux propos tranchés ("*la prison, c'est toutes les tares des flics plus toutes les tares des militaires*"; un MISP).

Le rôle de la DDASS demeure principalement un devoir de vigilance et d'arbitre en cas de conflit entre structures sanitaires de la prison ou entre pénitenciers et hospitaliers.

g. Les actions menées

Les actions menées, qui traduisent l'intérêt d'une DDASS pour la population pénale, le fait qu'elle ne reste pas dans le simple respect (d'ailleurs parfois incomplet) de ses obligations, sont très inégales.

La DDASS 78 est très active sur la santé en détention; elle a trois prisons sous sa "responsabilité". La DDASS 93 est peu active sur le terrain sanitaire en détention, et pour cause: il s'agit d'un établissement "13 000". Elle semble se "racheter" en matière sociale pour les sortants de prison avec un volet spécial dans le PDI, et une activation du dispositif RMI. Deux raisons objectives y concourent: il s'agit d'un projet porté par le sous-préfet en charge de la politique de la ville, et le nombre de détenus "ressortissants" de ce département représente le quart des personnes séjournant dans les prisons d'Ile-de-France.

L'engagement des DDASS dépend en général du temps qu'elles peuvent dégager, qui est faible, et des personnes elles-mêmes. L'attention portée aux questions carcérales, la connaissance des problématiques de ce milieu sont d'autant plus élevées qu'elles résultent d'un intérêt personnel souvent antérieur à la prise de poste et même à l'entrée dans le corps. On retrouve ainsi des gens à l'esprit militant ou ayant fait des mémoires à l'ENSP ou des thèses à l'Université sur ces questions.

h. La coordination entre les services de la DDASS

La coordination est faible entre les services des DDASS sur cette population, pour des raisons diverses: manque de temps et d'effectifs, facteurs personnels, poids des habitudes. Il est

cependant intéressant de constater la bonne volonté générale pour changer cet état des choses, et l'instauration de personnes référentes dans les DDASS sur les questions soulevées par la population pénale (au programme des réorganisations dans le 75 et le 78).

La coordination n'est pas meilleure entre les DDASS elles-mêmes, et l'information semble mal circuler sur les pratiques et initiatives des uns et des autres.

Enfin, la DRASS a presque déserté (au regret des MISP) la question en matière médicale, et n'a pas le temps de s'y investir en pôle social (au regret de quelques IASS). Le pôle santé ignore que le pôle social a lancé un groupe de travail sur les sortants de prison en Ile-de-France. La coordination ne semble donc pas meilleure qu'en DDASS. La DRASS ne paraît pas non plus favoriser l'échange d'information entre les DDASS.

Le partenariat, lui, semble fonctionner à tous les niveaux (DDASS et DRASS) avec les UCSA, CHRS, associations et caisses de Sécurité sociale, etc...

i. La doctrine

C'est une question importante, et que les services ne s'étaient pas forcément posée, de savoir si la population pénale comporte une spécificité et, le cas échéant, si cette spécificité justifie un traitement à part, avec des dispositifs particuliers.

En matière médicale, la question est assez peu pertinente, car l'objectif est d'assurer les mêmes soins dans et hors les murs, et qu'il n'y a pas de troubles somatiques post-carcéraux. La question se pose en revanche en termes de santé mentale.

En matière sociale, la question est plus pertinente. Un sortant de prison est-il si socialement exclu, si potentiellement dangereux, si marqué par son expérience carcérale qu'il nécessite une prise en charge spécifique dans ses démarches administratives, des procédures dérogatoires et accélérées dans son accès aux droits, un accompagnement social renforcé?

Parce qu'elles ne l'ont pas ressenti ainsi sur le terrain, et sans doute parce qu'elles sont plus ou moins consciemment marquées par les valeurs propres au ministère en charge de la santé, de la solidarité et des affaires sociales, et par les principes de l'administration républicaine qui rejettent les distinctions et discriminations comme porteuses de stigmatisation et promeuvent l'égalité des droits et l'extension du champ des règles de droit commun, les DDASS répondent majoritairement NON. Non, cette population n'appelle pas de mesures spécifiques. Sans doute y a-t-il aussi derrière cette affirmation une méfiance professionnelle envers des partenaires

susceptibles de tirer profit, sur les deniers publics, d'une spécificité reconnue appelant une technicité particulière. La DRASS partage cette opinion.

Deux DDASS, l'une avec une certaine hésitation (75), l'autre clairement (93) estiment qu'il y a spécificité de cette population. Ces DDASS sont-elles dans une situation similaire qui se distinguerait des six autres?

Ces DDASS sont face l'une à une prison publique (75), l'autre privée (93); l'une de ces prisons accueille 600 personnes (93), l'autre 1 500 (75). Dans un cas, l'implication est due au pôle social (93), dans l'autre il est plus dilué (75). La DDASS 93 mène un grand projet en faveur des sortants, pas la DASS de Paris. Aucune de ces DDASS n'abrite semble-t-il de « militant » préoccupé par la prison ni ancien élève ou étudiant intéressé par ces questions.

Outre le fait qu'il puisse ne s'agir que d'avis personnels, les seules explications possibles semblent être des explications d'ordre social. Les situations sociales de ces deux départements franciliens sont les plus dégradées; ils caracolent en tête des indicateurs de précarité en Ile-de-France. Exemples:

- taux de chômage: 1 SSD 15%; 2 Paris 12,3%
- DELD (>1an)/DRFM: 1 ex aequo SSD et Paris 40%
- DELD (>2 ans)/DEFM: 1 ex aequo SSD et Paris 18%
- DETLD(>3ans)/DEFM: 1 SSD 10%; 2 Paris 9%
- RMIstes de 2 ans et plus/RMIstes: 1 SSD 53%; 5 Paris 50%
- RMIstes de 3 ans et plus/RMIstes: 1 SSD 40%; 5 Paris 36%
- RMIstes/1 000 habitants: 1 SSD 47,3; 2 Paris 34,9
- APIstes/1 000 femmes de 15 à 34 ans: 1 SSD 17,7; 4 Paris 10,5
- familles monoparentales/ familles allocataires de la CAF: 1 Paris 64%; 3 SSD 47%

Autre élément à prendre en compte: le nombre de détenus originaires du département, qui feront autant de sortants. Ainsi, la Seine-Saint-Denis fournit une majorité de prisonniers de la MA du département (Villepinte) et près de la moitié de ceux de Fleury-Mérogis, soit 20% des détenus de la région. Par ailleurs, le nombre d'étrangers en situation irrégulière est très élevé dans le 93, sa préfecture ayant battu les records d'affluence après la circulaire Chevènement. Ce département est le lieu d'arrivée de très nombreux immigrants. La part des étrangers dans la population carcérale française s'élève à 30%. Même problème à Paris, dont la prison accueille 70% d'étrangers, massivement en situation irrégulière (ce qui explique leur incarcération sous

X), qui sortiront avec une mesure d'interdiction du territoire français mais ne seront pas automatiquement expulsés et resteront le plus souvent dans la capitale.

j. La charge de travail

Elle est extrêmement variable d'une DDASS à l'autre, d'un pôle à l'autre, d'une personne à l'autre. Dans tous les cas, cependant, les personnes interrogées ont regretté les contraintes matérielles qui les empêchent d'en faire plus dans ce domaine.

Il n'y a pas de corrélation entre temps de travail consacré à cette population et nombre de personnes concernées ou doctrine exprimée.

2. Questions et perspectives

a. Les points d'interrogation

Les interrogations se situent à plusieurs niveaux de réflexion et d'intervention. Il excéderait le cadre d'un mémoire d'exercice professionnel d'IASS de les traiter, aussi ne seront-elles que recensées telles qu'elles ont été glanées:

- comment tenir un discours adapté de prévention en matière de santé à une population incarcérée? La même question se pose pour cette population une fois libérée qui se trouve trop souvent renvoyée dans une situation de précarité où l'attention à son corps est une préoccupation secondaire
- quelle place la loi contre les exclusions du 19 juillet 1998 peut-elle tenir dans la prise en charge de ces populations? Pour toutes les DDASS rencontrées, cette loi qui ne suscite aucun espoir sérieux servira à cette population à proportion de ce qu'elle servira à toutes les personnes en difficulté, "ni plus ni moins, et c'est bien ainsi".
- qui endosse la responsabilité de dommages causés par des personnes accueillies par des structures conventionnées à l'aide sociale à l'hébergement (CHRS) alors qu'elles se trouvent encore sous main de justice et plus particulièrement sous écrou (permissions, semi-liberté, chantier extérieur)? la Justice? les Affaires sociales? Tant les DDASS que les CHRS s'interrogent.
- dans la foulée, si les textes étaient clarifiés sur cette question, ne risquerait-on pas de

transformer les CHRS en catégorie nouvelle d'établissements pénitentiaires? La Justice est perçue comme prompte à instrumentaliser ses partenaires. Un désengagement financier de ce ministère est également constaté sur le terrain.

- se dirige-t-on vers des "prisons psychiatriques", comme le craignent les personnels pénitentiaires, ou assiste-t-on plutôt à un dégagement de criminels "ingérables" (agresseurs sexuels notamment) de la prison vers le système de soins, comme le prétendent les personnels de santé? Ce qui est clair, c'est la montée des problèmes psychiatriques reconnus dans la population carcérale (qui conduit d'ailleurs à des abondements de crédits en cours d'année pour les SMPR). Le statut du détenu hospitalisé dans les lits dits psychiatriques des infirmeries pénitentiaires est aussi jugé comme flou par les observateurs.

- qu'en est-il des centres de rétention administrative? Souvent situés près des aéroports parce qu'accueillant des étrangers refoulés ou en attente de reconduite à la frontière, ces établissements ne disposent pas du système de soins mis en place en prison, et la situation hygiénique et sanitaire y est déplorable. Des zones aussi peu conformes à nos principes affirmés sont-elles admissibles pour notre ministère?

b. Les pistes d'amélioration

Pour les mêmes raisons que dans le cas des questions, il ne sera pas possible d'excéder l'énumération de quelques propositions:

- la mise en place de la carte SESAME-VITAL aura peut-être pour conséquence heureuse d'en finir avec les changements de numéros de carte de sécurité sociale, qui causent du désagrément à tous les assurés sociaux et sont un risque d'abandon d'exercice de droits pour les sortants de prison, obligés de faire une demande à leur CPAM (ce qui suppose d'ailleurs un minimum de sédentarisation).

- afin d'évaluer au mieux les prestations des UCSA et de préparer une éventuelle continuité de soins, une visite médicale obligatoire de sortie de prison pourrait être envisagée. Elle demanderait bien sûr un volant supplémentaire de personnel soignant.

- une modification de la réglementation devrait permettre aux tribunaux d'éviter les sorties de prison inopinées, notamment en pleine nuit. Le cas de détenus placés en hôpital psychiatrique devrait faire l'objet d'une attention plus soutenue en ce qui concerne la libération.

- certains intervenants sanitaires et surtout sociaux devraient pouvoir bénéficier d'un statut

particulier leur permettant d'entrer plus facilement et de façon permanente en détention, sans avoir à solliciter chaque fois une autorisation. Ces intervenants pourraient recevoir un double agrément DDASS-DRSP.

- les transfèvements d'une prison à l'autre donnent lieu à des retards de transmission de dossiers médicaux, et entraînent systématiquement le non-suivi de prothèses dentaires, optiques, etc... déjà difficiles à obtenir. Il y a là rupture abusive d'égalité entre prisonniers et personnes libres, sur laquelle le ministère de la santé devrait interpeller vivement celui de la Justice.

- les sortants de prison perdant très souvent leur bulletin de sortie (document unique, "ni échangé ni remplacé") qui leur ouvre pourtant l'accès à de nombreux droits, la demande de transmission d'un duplicata devrait être possible par des structures partenaires reconnues et non seulement par les services (CPAL, SRAIOSP...) du ministère de la Justice.

- afin d'unifier le traitement médical des détenus sur le territoire national, la fonction de santé dans les "13 000" devrait intégrer le service public hospitalier.

- au niveau des DDASS, une coordination interne relative à cette population devrait s'instaurer, ainsi qu'une coordination entre départements. La nomination de personnes référentes dans certaines DDASS pourrait améliorer la situation, et une généralisation devrait être envisagée en cas de résultats positifs.

CONCLUSION

En guise de conclusion, il est possible de rapporter que l'implication des DDASS de la région Ile-de-France à l'égard de la population pénale est inégale, surtout lorsque les textes ne leur imposent pas d'obligations mais leur laissent des marges de manœuvre, des possibilités d'initiative. La forte charge de travail et les sous-effectifs sont le plus souvent avancés à titre d'explication. Il est vrai aussi que cette population n'est pas perçue comme un public particulier (à peine un sous-public) justifiant une politique spécifique. Le facteur personnel propre à chaque inspecteur des affaires sanitaires et sociales continuera toujours également à jouer un rôle dans l'intensité de l'engagement d'un pôle ou d'un service.

Remerciements

Que soient ici remerciées toutes les personnes ayant collaboré par leur intérêt et leur disponibilité à la réalisation de ce mémoire. Merci aux personnels des UCSA, SSE, CHRS, de la DRSP de Paris, du bureau SP2 de la DGS et notamment à Martine Dumont et Sylviane Tourette pour le temps consacré au suivi de ce travail.

Merci aux collègues médecins et inspecteurs des huit DDASS d'Ile-de-France pour avoir répondu au questionnaire dans les temps et sans trop se faire prier.

Merci au personnel de la DRASSIF et notamment Jean-Pierre Sévère, maître de stage, et les membres du service EPI pour leur accueil au cours de ces quatre mois. Mention spéciale à Christine de Coninck pour avoir patiemment supporté mon squat quasi-quotidien de son petit bureau 3B2, et à Christylla Etienne-Jacquet pour sa relecture minutieuse de ce mémoire.

Bibliographie sommaire

(Ne seront pas cités les articles de revues et journaux ni les rapports d'activité des structures ni les actes de colloque, mais seulement les ouvrages relatifs au sujet effectivement lus)

BADINTER Robert, *La prison républicaine (1871-1914)*, Paris, Fayard, 1992.

BON François, *Prison*, Bordeaux, Verdier, 1997.

CHODORGE G., NICOLAS G., COLLIN M., FUCHS D., *Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Ecole Nationale de la Santé Publique (éd.), Haut Comité de la Santé Publique, 1993.

FAVARD Jean, *Les prisons*, Paris, Flammarion, Dominos, 1994.

GENTILINI Marc, *Problèmes sanitaires dans les prisons*, Paris, Flammarion, Médecine-Sciences, 1997.

GUIBOURGE F., PALICOT A.-M., BRIXI O., CHOUKROUN O., *Promotion de la santé et milieu pénitentiaire*, Editions Comité Français d'Education pour la Santé, collection La Santé en Action, 1997.

LEROUGE Jacques, *Le condamné à mort*, Paris, Stock, 1996.

Observatoire International des Prisons, *Le guide du prisonnier*, Paris, Editions de l'Atelier, 1996.

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville (DGS, DH) et Ministère de la Justice (DAP), *Circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique*, Direction des Journaux Officiels, décembre 1994, 117 p.

Revue Française des Affaires Sociales, *La santé en prison: un enjeu de santé publique*, Paris, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, La Documentation Française, n°1, Janvier-mars 1997.

SALLEVILLES Jacques, *Les prisons de la démocratie*, Paris, Editions du Cerf, 1978.

THIBAUT Philippe-Michel, *Le défi des prisons "privées"*, Paris, Albin Michel, 1995.

Petit lexique

CD : centre de détention

DRSP : direction régionale des services pénitentiaires

MA : maison d'arrêt

MC ; maison centrale

SMPR : service médico-psychologique régional

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

UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires