



→ consultations spécialisées ou des hospitalisations, nécessitant une escorte de sécurité parfois impossible à obtenir. Enfin, l'indépendance professionnelle est mise à mal par une volonté d'instrumentalisation du soin, suscitée par l'administration pénitentiaire ou par la Justice, pour qu'il puisse servir de source d'information « expertale » pour éclairer l'application de la peine ou son aménagement. Le secret médical, qui est pourtant le fondement même d'une relation avec un patient, devrait se dévoiler et se partager, selon un texte scandaleux récemment adopté à l'Assemblée Nationale.

Les mêmes maladies que dehors ? Les détenus ont le plus souvent un état de santé préoccupant. Les échecs scolaires, les difficultés sociales, les conditions de logement et d'alimentation défailtantes, les violences subies, ont induit des exclusions qui ont gêné ou empêché l'accès aux soins et fortement diminué la confiance dans la bienveillance des institutions. Les maladies mentales, souvent graves, les abus de drogues et d'alcool, les infections à VIH ou les hépatites sont sept fois plus fréquentes que dans la population générale. L'enfermement et la surpopulation carcérale aggravent ces maladies, avec des taux de

suicides importants, des états anxieux et dépressifs et des infections acquises et des pratiques à risques.

Soigner mieux que dehors ? C'est sans doute ici le paradoxe du soin en prison, de pouvoir, malgré la perversion du terrain, poser une action chargée de sens, s'inscrivant dans la durée et donnant au patient un lieu et un temps pour se placer dans un projet contractuel et bienveillant, induisant une remise en respect de soi-même.

Et les usagers de drogues ? Ils représentent une proportion importante des détenus, souvent consommateurs à problèmes d'alcool et de produits stupéfiants avant l'incarcération. La prise en compte de ces dépendances en prison, après une évolution laborieuse, semble aujourd'hui, satisfaisante, le nombre de traitements de substitution ayant fortement augmenté, ainsi que les soins médicaux et psychologiques les accompagnant. La crainte de la banalisation de cette substitution et des mésusages fait, sans doute, en sorte que les prescriptions soient parfois plus réduites que dehors. Ces médicaments sont souvent l'objet d'un trafic en détention, ce qui fait subir aux soignants une pression implicite de la part de l'administration pénitentiaire.

La prison, lieu de prises de risques ? La prison n'est pas protégée, malgré ses moyens de surveillance, des trafics de substances psycho-actives diverses et est même, pour nombre de détenus, un lieu de découverte de ces produits.

L'usage de drogues en milieu carcéral se heurte à la rareté de matériels, d'aiguilles, de seringues ou de pailles stériles, et, ceux-ci, sont encore souvent partagés, après des nettoyages plus ou moins soigneux. De plus, ces pratiques étant particulièrement combattues et surveillées, elles se font le plus souvent dans l'urgence, au détriment de précautions élémentaires.

Il est à noter, ici, que les bonnes connaissances des usagers de drogues en prison ont, la plupart du temps, une expérience assez longue, concernant les risques liés aux injections et aux inhalations nasales. Ceci est, également, valable pour les moyens de prévention, dont l'indisponibilité en prison, face à une consommation impérieuse, entraîne des conduites à risques. Cela se mesure par la constatation de

l'émergence de séropositivités au VIH, mais surtout aux hépatites C, acquises en prison. On ne peut, bien entendu, taire, ici, les relations sexuelles non protégées et souvent contraintes, les échanges de matériels de toilette (brosses à dents, rasoirs, etc.) et le rôle du « coiffeur de prison », utilisant des ciseaux et rasoirs souillés.

Réduction des risques ? Tout comme il n'y aurait pas de relations sexuelles en prison, puisque proscrites, il n'y aurait pas de drogues. Ce constat, absurde, sert, malgré tout, de fondement aux actions de prévention.

Concernant les usagers de drogues et face aux épidémies successives des virus responsables du SIDA et des Hépatites, qui les ont touchés, la réponse a été claire, quoique lente, en proposant des traitements de substitution, des programmes d'échange de seringues, mettant fin à la norme du sevrage plus ou moins brutal, comme seul moyen thérapeutique. Cette urgence a imposé un soin plus souple, compréhensif, proposant, sans juger des moyens, de maintenir ou de sortir d'une dépendance, en tentant d'écarter les risques vitaux et judiciaires.

La prison n'a pas suivi ce mouvement, ne mettant à disposition, pour tout outil de prévention, que de l'eau de Javel ménagère, sans mode d'emploi, ne permettant, si les temps d'exposition et de rinçage sont parfaitement maîtrisés, que de désinfecter efficacement des matériels d'injections ou d'inhalations nasales vis-à-vis du VIH, mais pas de l'hépatite C.

Que conclure ? L'exercice du soin en prison est une mission considérable et indispensable, qui doit bénéficier de moyens suffisants et d'une indépendance professionnelle intacte. Il ne peut se concevoir sereinement que si les conditions qui lui sont appliquées sont réellement comparables avec ce qui existe dehors et que le milieu carcéral cesse d'être un lieu de grande exclusion, de prises de risques, de contaminations virales en proposant de meilleures possibilités d'insertion et de prévention. Si la prison est bien un reflet de notre société, on peut, aujourd'hui, s'inquiéter de sa santé, en mesurant à quel point les efforts de pénalisation se sont développés au détriment du respect de la dignité humaine.

Dr. Philippe Griguère (président du CSIP)