



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

RAPPORT ET RECOMMANDATIONS

PRISON

FR

18 NOVEMBRE 1998

RAPPORT ET RECOMMANDATIONS SUR LES
TRAITEMENTS À L'ÉPREUVE DE L'INTERPELLATION,
LE SUIVI DES TRAITEMENTS EN GARDE À VUE, EN
RÉTENTION ET EN DÉTENTION

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
RAPPORT	2
PRÉAMBULE	2
INTRODUCTION	3
PREMIER TEMPS : AU LOCAL DE POLICE OU DE GENDARMERIE	4
1.1. Prise en charge médicale en garde à vue	5
1.2. L'observance du traitement pendant la garde à vue	8
DEUXIÈME TEMPS : AU DÉPÔT JUDICIAIRE OU AU CENTRE DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE	9
2.1. Les dépôts judiciaires en province	9
2.2. L'exception du dépôt judiciaire de la préfecture de police de Paris	9
2.3. Au centre de rétention administrative (CRA)	10
TROISIÈME TEMPS : EN PRISON	16
3.1. Dans les établissements « classiques »	16
3.2. Dans une prison du « programme 13 000 »	18
QUATRIÈME TEMPS : LA SORTIE DE PRISON	19
4.1. La préparation du suivi de la prise en charge médicale au moment de la sortie	19
4.2. La continuité des soins de la prison au CRA	20
RECOMMANDATIONS	21
EN GARDE À VUE	21
AU DÉPÔT	21
DANS LES CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE	21
EN DÉTENTION	22
LA LIBÉRATION	22
AUTRES RECOMMANDATIONS	22
ANNEXES	23
ANNEXE 1 LES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX	23
ANNEXE 2 LA SUBSTITUTION	24
RÉFÉRENCES :	25

RAPPORT

PRÉAMBULE

Depuis l'arrivée d'antirétroviraux efficaces contre l'infection à VIH, l'observance par le patient du traitement prescrit par le praticien est devenue un enjeu majeur de santé publique. Un mauvais suivi des traitements peut mettre en péril leur efficacité et la santé du patient, et peut constituer d'autre part des risques en termes de santé publique en favorisant notamment l'émergence de virus mutants résistants. De même, s'agissant des usagers de drogues, l'arrêt d'un traitement de substitution, Méthadone® ou Subutex®, peut briser une dynamique de réinsertion sociale et amener le patient à reprendre son addiction.

Au cours des dernières années le Conseil national du sida s'est constamment employé à rappeler la nécessaire égalité des individus dans l'accès au traitement ; il le fit d'abord dans son avis sur les antiprotéases mais également s'agissant des populations domiciliées dans les départements français d'Amérique, des étrangers en situation irrégulière ou encore des détenus.

Aujourd'hui, il s'avère que si certaines de ces inégalités d'accès aux traitements dans notre pays ont été réduites, le problème du suivi des traitements (qu'il s'agisse des traitements de substitution ou des traitements antirétroviraux) se pose de manière particulièrement aiguë. Les traitements antirétroviraux et de substitution sont lourds et complexes. Leur lourdeur et leur complexité sont souvent mal connues (cf. annexes 1 et 2).

Ce suivi ne dépend pas seulement de la volonté du patient d'observer le traitement qui lui a été prescrit ; il dépend également de son contexte social. Autrement dit, une mauvaise observance ne résulte pas seulement d'attitudes individuelles et psychologiques contraires ; elle est parfois due à des situations spécifiques dans lesquelles il est contraint de le suspendre, voire de l'interrompre. Le monde du travail, le cadre scolaire sont autant de lieux où l'observance peut être contrariée. Plusieurs témoignages rapportés par des médecins ou des membres du milieu associatif ont également mis en lumière que le monde judiciaire et administratif est encore peu attentif à cette préoccupation : des individus sous trithérapie ou sous méthadone peuvent être confrontés au sein de ces institutions à des interruptions de traitement.

L'objet de ce rapport est précisément d'étudier ces moments et ces lieux où le suivi des traitements est menacé.

Pour ce faire, le Conseil national du sida a auditionné un certain nombre de personnalités, qu'elles soient en charge de ces dossiers au sein de l'administration, ou acteurs de terrain. Il a par ailleurs visité plusieurs lieux où se trouvent des personnes interpellées, détenues ou retenues administrativement. Les observations qui suivent concernent la France métropolitaine. Il n'a malheureusement pas été possible au Conseil d'étendre son investigation aux départements d'outre-mer ; rien ne laissant penser que les situations y soient différentes, il va de soi que ses recommandations terminales concernent l'ensemble du territoire de la République.

PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES PAR LE CNS

- Dr Jean-Pierre Segal, chef du service médical de la préfecture de police de Paris
- Pr Didier Sicard, hôpital Cochin
- Mme Claude Jouven, psychologue à l'antenne toxicomanie de la prison de Fresnes
- M. Jean-François Rioufol, chargé de mission pour les actions de prévention sida/toxicomanie à la Direction générale de la santé (DGS), Ministère de l'emploi et de la solidarité
- M. Heri-Rajjaonarison, coordinateur national de la défense des étrangers reconduits, CIMADE
- Me Zbili, avocat au barreau de Créteil
- Mme Dumont, Direction générale de la santé (DGS), Ministère de l'emploi et de la solidarité
- Mme Favreau-Brettel, Direction des hôpitaux (DH), Ministère de l'emploi et de la solidarité
- Mme Galabru, Direction de la population et des migrations (DPM), Ministère de l'emploi et de la solidarité
- M. Delattre, chef de bureau à la Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice
- Mme Deldalian, Direction de l'administration pénitentiaire, Ministère de la Justice
- M. le commissaire divisionnaire Serge Dekeyser, chef de la brigade des stupéfiants à la préfecture de police de Paris, Ministère de l'Intérieur
- Mme la commissaire principale Catherine Ashworth, brigade des stupéfiants à la préfecture de police de Paris, Ministère de l'Intérieur
- Dr Nègre, responsable du centre de soins conventionnés pour toxicomanes, hôpital de Nice
- M. le commissaire divisionnaire Alain Gardère, Ministère de l'Intérieur

- Mme Bercani, Magistrate, Union syndicale des magistrats
- Me Caroline Mecary, avocate, Syndicat des avocats de France
- M. Pascal Hermel, représentant de l'Union nationale des syndicats de police
- M. le chef d'escadron Lacotte, bureau de la police judiciaire, gendarmerie nationale, Ministère de la Défense
- M. Alain Fagère, directeur du Comité de probation de Paris

ONT ÉTÉ AUSSI CONSULTÉS :

- la section France de l'Observatoire international des prisons
- L'association AIDES
- L'association Act-Up
- Le GISTI

LIEUX VISITÉS PAR LE CNS

- Centre Méthadone "Drogues et société", Créteil
- Centre Méthadone "Emergence", Paris 13e
- Dépôt de la préfecture de police de Paris
- Centre de rétention administrative de Vincennes
- Centre de rétention administrative du quai de l'Horloge
- Centre de rétention administrative de Marseille/Arenc
- Centre de rétention administrative de Nice/Auvare
- Commissariat de police de Marseille/Evêché
- Dépôt du tribunal de grande instance de Marseille
- Service des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu (Paris)

INTRODUCTION

*Monsieur X***, âgé de 32 ans, toxicomane (avec usage de drogues par voie intraveineuse) depuis 1984 ; il est séropositif au VIH depuis 1991 ; en 1996, il est mis sous trithérapie. Son état général s'améliore considérablement. Mais quelques mois plus tard, il est interpellé sur la voie publique pour une affaire de stupéfiants ; lors de sa garde à vue au commissariat de police de V., puis au dépôt judiciaire, il ne peut obtenir son traitement.*

*Monsieur Y***, âgé de 26 ans, séropositif au VIH depuis 1986, sous trithérapie depuis 1996, de nationalité étrangère, vit en France en situation irrégulière ; en 1998, il est interpellé et placé dans le centre de rétention administrative de A., où pendant plusieurs jours il ne peut obtenir des autorités de suivre son traitement, ces dernières ne disposant pas à ce moment-là d'antirétroviraux.*

*Madame Z***, âgée de 28 ans, toxicomane depuis 10 ans, suit un traitement de substitution à partir de l'automne 1996. La substitution par méthadone la conduit à mener une vie plus stable et, pour la première fois, à se faire suivre médicalement pour son infection VIH qui avait été diagnostiquée en 1988. En raison d'une affaire de justice antérieure, elle est incarcérée en maison d'arrêt le 11 février 1997 et condamnée à deux ans d'emprisonnement. Elle est alors sous 60 mg/j de méthadone. Transférée dans un autre établissement pénitentiaire, son traitement de substitution est arrêté.*

Le commissariat, le dépôt, le centre de rétention administrative (CRA), la prison : quatre lieux où le traitement n'a pu être suivi. Cette impossibilité a-t-elle tenu à un concours particulier de circonstances ? à la mauvaise volonté ou à l'insuffisante formation des personnels qui avaient la charge de ces individus ? à la faiblesse du dispositif sanitaire de ces structures ? Telles sont les questions auxquelles le Conseil national du sida a cherché à répondre en menant cette réflexion sur le suivi des traitements dans le cadre des institutions judiciaires et administratives.

Pour cela, le Conseil national du sida a entrepris de reprendre chacune des étapes que suivent les personnes interpellées et d'examiner à chaque fois, et en tenant compte des spécificités locales (notamment parisiennes), la possibilité pour un patient de suivre son traitement.

En France, deux motifs distincts peuvent en effet être à l'origine d'une interpellation :

- 1) lorsqu'un individu est en infraction par rapport à la législation sur les étrangers car il ne dispose pas de titre de permis de séjour sur le territoire français ;
- 2) lorsqu'un individu, qu'il soit français ou étranger, est impliqué dans un délit ou un crime.

Il arrive parfois que ces deux situations se cumulent lorsqu'une personne de nationalité étrangère en irrégularité de séjour en France commet un délit ou un crime sanctionnés par le code pénal. L'individu concerné risque alors de subir ce que l'on nomme communément la « double peine », étant ainsi sanctionné pour le crime commis et pour son irrégularité de séjour.

Chacune de ces situations implique des parcours différents au sein des institutions judiciaire et administrative :

1. Pour un délit d'ordre judiciaire. L'interpellé est conduit dans un local de police¹ où il est mis en garde à vue ; au terme de celle-ci, il est soit libéré, soit déféré devant les autorités judiciaires. Dans certaines grandes agglomérations, cette comparution est précédée d'un séjour dans un dépôt judiciaire, généralement attenant au palais de justice. L'autorité judiciaire décide de sa libération ou de son inculpation ; dans ce cas, le prévenu est alors placé en liberté sous contrôle judiciaire ou en détention provisoire dans une maison d'arrêt dans l'attente de son procès. A l'issue de celui-ci, il purgera sa peine éventuelle dans un établissement de l'administration pénitentiaire.

2. Pour un délit d'ordre administratif. En cas de présence illégale sur le territoire français, il peut être mis en garde à vue, puis placé en rétention administrative, en résidence surveillée, dans un CRA ou dans un lieu désigné à cet effet par le préfet (les locaux de police par exemple). Au terme du délai légal de rétention, le retenu doit être libéré, ou reconduit à la frontière.

3. Pour un délit judiciaire et administratif. Dans ce cas, l'individu en question risque la "double peine" : il suit d'abord la filière judiciaire telle que décrite ci-dessus ; à son terme, il est placé en centre de rétention administrative avant d'être libéré ou reconduit à la frontière.

La France compte aujourd'hui plus de **1 700 locaux de police, un dépôt judiciaire par palais de justice**, officiellement plus d'une centaine de lieux de rétention administrative, dont, semble-t-il, **une trentaine de centres de rétention administrative², 119 maisons d'arrêt et 55 centres de détention**, centres pénitentiaires ou centrales.

Conscient que la vérification du bon suivi des traitements dans ces centaines de lieux était une entreprise impossible, et par ailleurs extérieure à ses missions, le Conseil national du sida a cherché à savoir si les conditions de possibilité d'un bon suivi des traitements étaient réunies successivement dans les locaux de police, les dépôts judiciaires, les CRA et les établissements pénitentiaires.

PREMIER TEMPS : AU LOCAL DE POLICE OU DE GENDARMERIE

Lors d'une interpellation, un individu peut être conduit et retenu dans un local de police ou de gendarmerie pour deux motifs :

UNE VÉRIFICATION D'IDENTITÉ

Conformément aux articles 78.1 et suivants du code de Procédure pénale, toute personne se trouvant sur le territoire national doit accepter de se prêter à un contrôle d'identité ; si l'intéressé refuse ou se trouve dans l'impossibilité de justifier de son identité, il peut, en cas de nécessité, être retenu sur place ou dans un local de police où il est conduit aux fins de vérification.

Le retenu est aussitôt informé par un officier de police judiciaire (gendarme ou policier) de son droit de faire aviser le procureur de la République de la vérification dont il fait l'objet et de prévenir à tout moment sa famille ou toute personne de son choix. Il ne peut être retenu que pendant le temps strictement exigé par l'établissement de son identité (quatre heures au maximum à compter du contrôle effectué).

Dans le cas où il y a lieu à procédure d'enquête, le retenu peut être mis en garde à vue en accord avec le procureur de la République. Dans ce cas, la durée de la rétention prévue s'impute sur celle de la garde à vue (article 78.4). Cette disposition s'applique lorsqu'un individu de nationalité étrangère ne peut présenter une autorisation de séjour sur le territoire à l'issue de ces quatre heures.

¹ Local de police : ce terme recouvre aussi bien un local de la police nationale qu'un local de la gendarmerie nationale, la précision sur l'appartenance du local (de la police nationale ; de la gendarmerie nationale) n'est donnée que si cela est nécessaire.

² Les centres de rétention administrative sont des structures uniquement dévolues à cette fonction, alors que les lieux sont des espaces utilisés occasionnellement à cette fonction.

UNE GARDE À VUE

L'officier de police judiciaire peut, dans les nécessités d'une enquête, garder à sa disposition une ou plusieurs personnes susceptibles de fournir des renseignements sur les faits ou sur les objets et documents saisis (article 63). Il en informe dans les meilleurs délais le procureur de la République. Les personnes alors gardées à vue ne peuvent être retenues plus de 24 heures. La garde à vue des personnes à l'encontre desquelles il existe des indices faisant présumer qu'elles ont commis ou tenté de commettre une infraction peut-être prolongée d'un nouveau délai de 24 heures au plus, par autorisation écrite du procureur de la République. Suivant l'article 706-29 du code de Procédure pénale, dans le cas d'une affaire d'infraction en matière de trafic de stupéfiants (article 222-34 à 222-39 du Code pénal) ainsi que de délit de participation à une association de malfaiteurs (article 450-1 du Code pénal), si les nécessités de l'enquête l'exigent, la garde à vue d'une personne peut faire l'objet d'une prolongation supplémentaire de 48 heures. La personne gardée à vue doit être présentée à l'autorité qui statue sur la prolongation préalablement à cette décision. A titre exceptionnel, la prolongation peut être accordée par décision écrite et motivée sans présentation préalable.

CONDITIONS MATÉRIELLES DE LA GARDE À VUE

Plusieurs rapports d'organisations non gouvernementales ou d'organismes internationaux ont fait état à plusieurs reprises de mauvais traitements, réels ou présumés, infligés par des responsables de l'application des lois lors de la garde à vue. Le Conseil national du sida a pris connaissance de ces informations (*cf. Amnesty, Usage excessif de la force*, avril 1998). Il relève que les conditions générales de la garde à vue peuvent poser parfois problèmes, que les gardés à vue soient sous traitements ou non ; un nombre important d'établissements de police peuvent assurer des conditions de garde à vue convenables pour des séjours de quelques heures ; en revanche, pour les gardes à vue prolongées (48 heures, voire 96 heures), il semble que les locaux de police, peut-être dans une moindre mesure ceux de la gendarmerie nationale, soient souvent inadéquats et sous-équipés.

Pour des maintiens en garde à vue au-delà de 12 heures, il apparaît en plusieurs lieux qu'aucune disposition n'est prise pour que l'intéressé puisse se reposer ; ni matelas ni couvertures ne sont mis à la disposition des intéressés.

L'alimentation est également problématique. Il arrive que, dans certains commissariats, le gardé à vue ne peut bénéficier d'un repas ou même d'un sandwich. Il semble bien que l'alimentation du gardé à vue dépende de la bonne volonté du fonctionnaire malgré l'existence d'instructions aux fonctionnaires de police de veiller à ce que les personnes en garde à vue puissent se restaurer aux heures habituelles des repas.

Pour le Conseil national du sida, ces deux manquements peuvent avoir des conséquences néfastes sur le bon suivi des traitements des gardés à vue. Il se réjouit que, d'après certaines sources, des études soient menées pour améliorer notamment la prise en charge alimentaire.

1.1. PRISE EN CHARGE MÉDICALE EN GARDE À VUE

SELON LA LOI...

Toute personne placée en garde à vue peut, à sa demande, être examinée par un médecin désigné par le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire. En cas de prolongation, elle peut demander à être examinée une seconde fois. En outre, à tout moment, le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire peut d'office désigner un médecin pour examiner la personne gardée à vue. En l'absence de demande de la personne gardée à vue, du procureur ou de l'officier de police judiciaire, un examen est de droit si un membre de sa famille le demande ; le médecin est désigné par le procureur ou l'officier de police judiciaire (article 63-3 du CPP).

La circulaire générale C. 63-3 du 1er mars 1993 précise à l'alinéa 4 que « le choix du médecin par l'officier de police judiciaire ou le procureur de la République n'obéit à aucune règle définie ». Il n'en est pas de même lorsque l'examen médical est demandé par le gardé à vue ou un membre de sa famille ; le praticien est alors choisi par l'auteur de la requête sur une liste établie par le procureur de la République. L'article 63-3 alinéa 4 ne définit pas les modalités d'établissement de cette liste. « On doit considérer, ajoute la circulaire, qu'il s'agit d'une liste permanente, révisable à tout moment et tenant compte, en tant que de besoin, des contingences locales, notamment géographiques. Le procureur de la République établit cette liste après avoir pris tout contact utile notamment avec la représentation locale du Conseil de l'ordre des médecins. Le cas échéant, il veille à faire figurer sur ladite liste les praticiens de son ressort habituellement requis par l'autorité judiciaire pour accomplir des missions relevant de la médecine légale et les médecins légistes inscrits sur la liste des experts de la cour d'appel ».

Dans le cas d'une affaire d'infraction à la législation sur les stupéfiants où la garde à vue excède 48 heures, le procureur de la République ou le juge d'instruction doit désigner dès le début de cette garde à vue un médecin expert qui examine toutes les 24 heures la personne gardée à vue et délivre après chaque examen un certificat médical motivé qui est versé au dossier. La personne retenue doit être avisée par l'officier de police judiciaire qu'elle peut demander des examens médicaux supplémentaires.

Le Conseil national du sida estime que le contexte ne permet pas systématiquement à la personne soit d'être informée, soit d'appliquer ses droits.

Le Conseil national du sida remarque que le droit d'être examiné par un médecin est paradoxalement plus grand lorsque l'interpellé a été placé en garde à vue pour une infraction relevant du trafic de stupéfiants (c'est-à-dire que la quantité de produits stupéfiants saisie sur lui est supérieure à celle nécessaire à son usage personnel) que lorsqu'il s'agit d'un simple usager de drogues. Autrement dit, un usager simple est moins bien pris en charge médicalement qu'un trafiquant. Un médecin visite le premier systématiquement toutes les 24 heures (si cette visite n'est pas faite, la procédure est nulle), alors qu'un usager ne peut voir un médecin que s'il en fait la demande ou si le procureur ou l'officier de police judiciaire ou un membre de sa famille le juge nécessaire.

Le Conseil national du sida souligne que, dans certains cas, le médecin doit avoir une bonne connaissance des enjeux et des contraintes, d'une part, des traitements de certaines pathologies telles que le VIH/sida et, d'autre part, des programmes de substitution.

DANS LES FAITS...

Plusieurs rapports dont notamment ceux du Comité européen pour la prévention de la torture et des mauvais traitements et d'Amnesty International mais aussi celui du Pr Marc Gentilini, ont par le passé mis en avant un certain nombre de dysfonctionnements dans la prise en charge sanitaire des gardés à vue.

Lors de sa propre enquête, le Conseil national du sida a observé les faits suivants :

LA SENSIBILISATION DES FONCTIONNAIRES DE POLICE AUX PROBLÈMES MÉDICAUX DES INTERPELLÉS

Les différentes auditions des représentants de la police nationale témoignent que le niveau de connaissance à la fois de la toxicomanie, du VIH et de l'hépatite C (HC) est très inégal. Lors de la survenue de l'épidémie à VIH dans notre pays, diverses mesures ont été prises visant à protéger les fonctionnaires d'une contamination (usage de gants à renforcements métalliques afin d'éviter les piqûres de seringues notamment) ; en revanche, aucune action de sensibilisation aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues ou les personnes vivant avec le virus de l'HC ou du VIH n'a été faite chez ce personnel ; cette absence de formation est notable tant dans la formation initiale de ces fonctionnaires (deux ans) que dans le cadre de la formation continue. Étant donné la technicité de la substitution et celle de l'administration des traitements antirétroviraux (contraintes horaires des prises, en particulier), cette méconnaissance est très dommageable.

Le dispositif de la gendarmerie nationale avec les formateurs Relais Anti-Drogue (FRAD) présents dans toutes les compagnies paraît exemplaire de ce que pourrait être ces actions de sensibilisation.

LE DROIT D'ÊTRE EXAMINÉ PAR UN MÉDECIN

La garde à vue commence par la notification des droits (et notamment le droit de demander à être examiné par un médecin). Toutefois, on ne procède pas à une lecture de ces droits à haute voix, mais seulement à leur présentation par écrit que le gardé à vue doit signer après avoir lu. La garde à vue d'un usager de stupéfiants durant en moyenne une dizaine d'heures, la non-lecture à voix haute des droits répond pour les fonctionnaires de police à une exigence d'économie de temps.

Une personne interpellée est généralement dans un état d'angoisse et de stress considérable qui peut s'accompagner chez un usager de drogues de l'apparition d'un état de manque. Aussi, le plus souvent, ne va-t-elle pas lire le document qu'elle signe. Cette remarque vaut plus encore lorsque le gardé à vue ne maîtrise que très mal la langue française. Aucun interprète ou formulaire en langues étrangères n'est prévu.

Par ailleurs, lorsque la garde à vue se prolonge jusqu'à la 20e heure et que, à la demande du gardé à vue, la visite d'un avocat intervient, la brièveté de l'entretien entre l'intéressé et son défenseur ne permet généralement pas à ce dernier de s'informer des problèmes médicaux de son client ; la priorité de ce premier entretien avec le défenseur est en effet de prendre connaissance des circonstances de l'interpellation et d'informer l'intéressé des suites de la procédure. Il semble au Conseil national du sida que les questions de santé ne sont pas suffisamment une préoccupation pour les défenseurs.

L'EXAMEN MÉDICAL

L'examen médical est donc dans la majorité des cas requis par l'officier de police judiciaire ; il a pour objectif de savoir si l'état de santé permet le maintien en garde à vue ; si ce n'est pas le cas, et pour des raisons que l'on comprend aisément (le risque d'un accident), la garde à vue est levée et l'individu hospitalisé pendant la durée nécessaire aux soins requis au terme desquels une nouvelle garde à vue peut être faite. L'hospitalisation présente cependant du point de vue de l'autorité judiciaire le risque de voir l'intéressé repartir « dans la nature ».

Lorsque dans les premières heures de la garde à vue le médecin intervient, l'examen médical devrait se faire en l'absence d'agent dans une pièce fermée. Dans les situations de dangerosité, la présence d'un agent semble toutefois indispensable. On notera que la confidentialité de l'entretien singulier entre le médecin et le patient ne peut être respectée que si une pièce spécifique est dévolue à cet examen, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas, étant donné l'exiguïté de certains locaux de police. Le gouvernement français a, dans ses réponses au rapport du CPT, reconnu cette lacune : il a déclaré en mai 1998 que des locaux mieux adaptés à la confidentialité du secret médical et des examens de la personne gardée à vue étaient inclus dans les nouveaux programmes immobiliers et prévus dans les opérations de réhabilitation. Le gouvernement français a cependant observé que « si le respect de la confidentialité et de l'intimité doit bien évidemment être la règle, il est toutefois nécessaire pour des raisons tenant à la sécurité du médecin de faire assister celui-ci par un policier du même sexe que la personne gardée à vue » (p. 20).

Dans la majorité des cas concernant la toxicomanie, au terme de cette consultation, le médecin prescrit l'administration de calmants.

Cependant, il s'avère que la prise en charge sanitaire des personnes gardées à vue dans les locaux de police est très différente dans ses modalités d'application suivant les lieux.

Dans les grosses agglomérations, les médecins qui interviennent appartiennent à une unité médico-judiciaire (UMJ) ; c'est notamment le cas à Paris. L'UMJ parisienne est située à l'Hôtel-Dieu ; les médecins interviennent dans les locaux de la police ; lorsque le gardé à vue doit faire l'objet d'examen précis, il est transféré sous escorte (deux fonctionnaires et un chauffeur) à l'Hôtel-Dieu. Si la personne est malade, elle est alors prise en charge à la salle Cusco, spécialement aménagée à cet effet.

Une réhabilitation globale de la salle Cusco est en cours de réalisation. L'Assistance publique a opéré des travaux de peinture dans la moitié des chambres ; l'autre moitié est en cours ainsi que la réfection de la toiture. S'agissant des urgences médico-judiciaires, plusieurs améliorations ont été faites ces dernières années (séparations des victimes et des gardés à vue, renforcement des moyens en personnel).

Dans des villes de petite ou de moyenne importance, les médecins sollicités par les officiers de police judiciaire sont des membres du corps médical exerçant en ville à titre libéral. L'officier de police judiciaire choisit un médecin dans une liste constituée des généralistes acceptant de remplir cette fonction. Aucune règle ni aucune convention avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins n'intervient dans la composition de cette liste ; cela signifie que, dans certaines villes, cette tâche est confiée toujours aux mêmes médecins. Un risque de clientélisme contraire à la déontologie médicale peut être ici noté.

On regrettera aussi qu'il est très rare que les médecins intervenant en garde à vue appartiennent aux différents réseaux ville-hôpital toxicomanie/sida mis en place depuis la fin des années 80. Ce dernier constat avait déjà été fait par le Pr Marc Gentilini dans son rapport. L'expérience de la gendarmerie avec les FRAD pourrait être ici une piste à suivre.

Compte rendu de la visite des urgences médico-judiciaires - Hôtel-Dieu /Paris

Le service intervient dans trois domaines :

- la garde à vue
- la rétention administrative, en dehors des heures d'ouverture du service médical du centre de Vincennes (week-end ; après 16 heures).
- les agressions (expertise)

En 1997, le service a pratiqué 33 700 consultations, dont 50 % étaient liées à la garde à vue. La nuit est particulièrement chargée et consacrée aux gardés à vue, la journée plutôt consacrée aux victimes d'agression. D'autres structures comme celles de Garches, Créteil, Ivry... permettent de répondre aux besoins. Il semblerait cependant que pour les agressions, les services hospitaliers d'accueil devraient être plus nombreux, plus proches des victimes.

Depuis le rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines, une séparation a été établie entre le service des victimes et celui des gardés à vue, permettant ainsi aux uns et autres de ne plus se rencontrer dans la salle d'attente comme cela pouvait arriver auparavant. Mais les gardés à vue, auxquels on a enlevé leurs lacets, leur ceinture, leurs bretelles...arrivent toujours menottés et continuent de traverser une cour commune avec le service des urgences générales...

Pour les retenus administratifs, la difficulté majeure semble d'apprécier la capacité de l'offre de soins du pays destinataire. Dans le domaine de la garde à vue, la préoccupation est, outre l'examen médical prévu par la loi, de « maintenir le prévenu dans l'état de son interpellation ». Les traitements VIH/sida et de substitution sont donc donnés. Les problèmes rencontrés semblent être essentiellement liés à des surdosages dans le cadre de la substitution, le prévenu pouvant bénéficier de son traitement dans des délais trop courts par rapport à la dernière prise.

En ce qui concerne les médicaments, la Méthadone® et le Subutex® sont donnés directement aux patients, qui seront revus si cela est nécessaire. Les doses sont cependant ramenées à des doses moyennes préétablies. Pour les autres traitements, les produits sont délivrés pour 24 heures et donnés aux fonctionnaires de police dans une enveloppe sur laquelle sont rappelés les posologies à suivre et leurs horaires. Les bi ou trithérapies sont délivrées spontanément, ce qui n'est pas le cas des quadrithérapies pour laquelle une confirmation du prescripteur est recherchée. Les dépenses pharmaceutiques ont été multipliées par 10 depuis l'apparition de ces traitements. Le manque de nourriture dans les commissariats est déploré : seules les personnes qui ont de l'argent bénéficient éventuellement d'un sandwich. Dans le cas des antirétroviraux, ce manque d'alimentation pose un problème inquiétant que le service essaie de pallier avec du lait chocolaté, du café...

La salle Cusco pose de plus en plus des problèmes de responsabilité médicale, les médecins, compte tenu de l'insuffisance de son équipement, refusant d'y hospitaliser des patients nécessitant des traitements importants ou exigeant une surveillance rapprochée. On déclare que la salle est aujourd'hui réduite à 9 lits et qu'elle se limite à l'hospitalisation des personnes qui présentent des troubles comportementaux ne nécessitant le plus souvent qu'une simple surveillance médicale.

Les frais sont à la charge de la Justice qui paie les consultations à l'acte. Ce paiement a favorisé la création de services identiques sur l'ensemble du territoire et on regrette le manque de partage d'expérience avec eux. Le plateau technique de l'hôpital apparaît comme un véritable atout permettant au service de se limiter à un rôle d'initiateur de traitements. Néanmoins, quoique relevant du même statut hospitalier, les urgences médico-judiciaires sont ressenties comme un monde à part, n'appartenant pas au service public hospitalier.

1.2. L'OBSERVANCE DU TRAITEMENT PENDANT LA GARDE À VUE

L'individu interpellé fait l'objet dès son arrivée dans les locaux de police d'une fouille ; tous ses effets personnels lui sont alors confisqués, y compris ses médicaments (Subutex®, Méthadone® ou antirétroviraux, par exemple), qui, en aucun cas, ne peuvent lui être remis avant la fin de la garde à vue. Lorsque l'interpellé est en possession d'une ordonnance, celle-ci est remise au médecin lors de sa visite. De même, si la personne est en possession d'une carte témoignant de sa prise en charge par un centre de substitution à la Méthadone® ou au Subutex® (cf. annexe 3), certains fonctionnaires prennent directement contact avec le médecin en charge de ce centre, ou signalent cette appartenance au médecin venu consulter. L'appel au centre prescripteur de méthadone est une pratique fréquente à Paris, beaucoup plus rare en province ; elle intervient surtout dans les sites où les directeurs de centre de substitution ont pris un contact préalable et maintiennent des liens avec les responsables locaux de la police. Lorsque c'est le cas, l'infirmière du centre se rend dans les locaux de police ou au tribunal pour donner à l'interpellé sa dose de produit de substitution. On soulignera qu'aucune disposition réglementaire n'a été prise pour couvrir légalement cette pratique, exposant le responsable à des problèmes en cas d'agression et de vol des produits. Un système basé sur un partage des compétences clairement établi pourrait être mis en place.

Lors de la garde à vue, seuls les médicaments prescrits par le médecin dont la présence a été requise par l'intéressé ou par sa famille, ou par l'officier de police judiciaire ou le procureur, peuvent être donnés.

Le médecin remet donc à l'issue de la consultation une ordonnance à l'officier de police judiciaire ; on notera qu'aucune précaution n'est prise ici pour que cette ordonnance soit sous pli fermé afin de respecter le caractère confidentiel de son contenu.

Le premier problème auquel sont confrontés les fonctionnaires est de se procurer ces médicaments ; plusieurs difficultés se posent en effet si le médecin ne les donne pas à titre compassionnel :

- les locaux de police ne disposant pas d'infirmerie susceptible d'avoir de la Méthadone®, du Subutex® et/ou des antirétroviraux, il appartient aux fonctionnaires d'aller les chercher à l'extérieur : cette démarche requiert au moins deux fonctionnaires et un véhicule ; l'absence d'effectifs, en particulier la nuit, rend difficile la réalisation d'une telle mission ; si l'officier parvient à dégager les effectifs nécessaires, il se heurte à une nouvelle difficulté ;
- l'achat de tels médicaments n'est pas prévu dans les frais de justice ; cela suppose que le fonctionnaire avance sur ses propres deniers la somme nécessaire ; ou qu'il prenne contact avec un pharmacien acceptant d'offrir à titre gracieux ces produits (il semble que cette pratique soit de plus en plus rare et, s'agissant des antiprotéases, médicaments onéreux, cette solution est peu vraisemblable) ; ou encore qu'il téléphone à la pharmacie du centre hospitalier local lorsqu'il y en a un (sans qu'aucune convention unisse les deux parties). Dans ce dernier cas, les fonctionnaires se rendent aux urgences de l'hôpital pour prendre les médicaments. De retour au local de police, une nouvelle difficulté se pose aux fonctionnaires.

Les fonctionnaires ne sont pas habilités à distribuer des médicaments : cela n'appartient pas à leur mission et ils n'ont reçu aucune formation à cet égard. Il est extrêmement rare qu'on fasse à nouveau appel à une infirmière ou à un médecin pour administrer les traitements. Cela signifie en clair que les fonctionnaires sont face à trois possibilités qui sont insatisfaisantes :

- remettre la totalité des médicaments au prévenu et prendre le risque d'une mauvaise utilisation ;

- ne pas donner le traitement et par conséquent prendre le risque d'une complication d'ordre médical ;
- donner le traitement et prendre le risque d'avoir de mauvaises pratiques médicales qui pourraient nuire à la santé du gardé à vue.

Le Conseil national du sida constate le manque de dispositions générales pour que les gardés à vue puissent disposer des traitements qui leur sont éventuellement nécessaires, que ce soit en termes de financement, au niveau des conditions dans lesquelles les médicaments sont d'une part amenés dans les locaux et d'autre part mis à la disposition du gardé à vue, ensemble de questions dont viennent de se saisir les services des ministères concernés (Justice, Intérieur, Défense et Santé).

DEUXIÈME TEMPS : AU DÉPÔT JUDICIAIRE OU AU CENTRE DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE

A l'issue de la garde à vue, le prévenu est présenté devant la justice ; en province, le gardé à vue est transféré sous escorte au palais de justice juste avant la fin notifiée de la garde à vue - la durée d'attente avant sa comparution est ainsi imputée à celle de la garde à vue (voir chapitre précédent). En région parisienne, entre le terme notifié de la garde à vue et la comparution, il séjourne de 1 à 24 heures dans un dépôt judiciaire (Paris, Nanterre, Bobigny, Créteil notamment). Ce délai d'attente n'est pas prévu par la loi ; il a fait cependant l'objet d'un arrêt de la Cour de cassation qui a reconnu l'existence légale de ce délai.

A l'issue de la garde à vue, les étrangers en situation irrégulière de séjour sont conduits dans un centre de rétention administrative ou dans un lieu désigné à cet effet par le préfet ; il arrive que ce lieu ne soit autre que le local de police où l'étranger a passé sa garde à vue.

2.1. LES DÉPÔTS JUDICIAIRES EN PROVINCE

Pour des raisons pratiques, toutes les personnes interpellées, ne peuvent comparaître devant un magistrat en même temps au terme de leur garde à vue, elles attendent donc dans un local attenant au palais de justice local. Aucun nouveau problème, différent de ceux déjà relevés lors de la garde à vue, ne se pose alors puisque les fonctionnaires de police ou de gendarmerie ne mettent fin à la garde à vue que quelques instants avant la comparution.

On relèvera cependant que le respect des horaires de repas se pose ici aussi et qu'il est impératif qu'une personne gardée à vue placée dans un dépôt puisse disposer d'aliments pour accompagner sa prise de médicaments, dans le cas où ceux-ci lui auraient été précédemment prescrits par le médecin.

On soulignera ici aussi que l'absence de dispositif général associant les services judiciaires et les services médicaux compétents contribue à rendre difficile le suivi des traitements dans les conditions d'interpellation.

2.2. L'EXCEPTION DU DÉPÔT JUDICIAIRE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE DE PARIS

Le dépôt judiciaire de la préfecture de police de Paris n'a pas d'équivalent dans le reste du territoire national. Placé directement sous l'autorité du préfet de police de Paris, ce lieu, en dépit d'un arrêt de la Cour de cassation de Paris (dont les références sont introuvables y compris à la chancellerie) peut être qualifiée de zone de non-droit.

Le « petit dépôt » est divisé en deux quartiers : le quartier des femmes et celui des hommes. Au sein de chacun de ces deux quartiers, une nouvelle distinction est faite : le centre de rétention administrative et le dépôt judiciaire.

Dans le CRA des hommes sont retenus uniquement les travestis ; le personnel d'encadrement est composé d'un personnel recruté par l'administration pénitentiaire mais contractuel (ministère de la Justice).

Le dépôt judiciaire hommes, gardé par des fonctionnaires de la police nationale (ministère de l'Intérieur) comprend également un quartier pour les mineurs et le service d'identification judiciaire. Le quartier des femmes est sous la responsabilité de religieuses. Il est également séparé en deux : les retenues administratives d'une part, les prévenues de droit commun d'autre part.

Le Conseil national du sida se félicite des efforts récents pour améliorer la salubrité du lieu (travaux de peinture, etc.). Il relève cependant que l'usage d'un même lieu pour rassembler détenus et retenus, quand bien même sont distingués des espaces spécifiques, est symboliquement ambigu et dangereux. Une personne retenue administrativement n'a pas le même statut qu'une personne détenue pour une infraction d'ordre pénal. Il est important, que géographiquement, ces statuts s'inscrivent dans des lieux distincts. Cette même ambiguïté est sensible, on le verra quand, en l'absence de CRA, les étrangers retenus le sont dans les locaux mêmes de leur garde à vue.

Depuis plusieurs années, ce lieu a été l'objet d'importantes polémiques. Le Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) a, à plusieurs reprises, demandé à l'Etat français sa fermeture en raison de son insalubrité. Ce qui fut fait en 1995. Le dépôt a été entièrement rénové comme ont pu le constater les membres du Conseil national du sida. C'est également le constat positif qu'a fait le CPT dans son dernier rapport (1998). Ce même comité a néanmoins observé qu'en dépit de la diminution du nombre de personnes détenues au petit dépôt, plusieurs cellules hébergeaient deux et même trois détenus, et que certaines étaient sales et dégageaient une odeur incommode. Un faible nombre de couvertures était mis à la disposition des intéressés.

La section des femmes offre en revanche des conditions de détention convenables.

2.2.1. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE AU DÉPÔT JUDICIAIRE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE DE PARIS

Une personne qui arrive au dépôt y séjourne entre 2 et 24 heures, parfois même davantage. Elle est placée dans une cellule en attendant d'être remise aux autorités judiciaires. Cela signifie qu'elle est encore sous la surveillance de fonctionnaires du ministère de l'Intérieur avant d'être confiée aux fonctionnaires du ministère de la Justice.

Le dépôt judiciaire comprend une pièce faisant office d'infirmerie (armoire à pharmacie d'urgence, table d'examen). La responsabilité sanitaire du dépôt incombe au médecin chef de la préfecture de police de Paris. Ce médecin est un fonctionnaire du ministère de l'Intérieur. Il a en charge l'ensemble des questions médicales à la préfecture : santé du personnel, expertise, prise en charge sanitaire des personnes placées au dépôt. Sous son autorité, sont placés un infirmier à temps plein et des médecins engagés pour des vacations de deux heures par jour.

Lorsqu'une personne est dans un état de santé jugé préoccupant par les médecins ou l'infirmier du dépôt, l'intéressé est transféré à l'Hôtel-Dieu où il est pris en charge par l'UMJ.

2.2.2. LE SUIVI DES TRAITEMENTS AU DÉPÔT JUDICIAIRE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE DE PARIS

Selon le service médical de la préfecture de police de Paris, les personnes gardées au dépôt qui sont sous traitement peuvent, si elles le demandent, s'adresser au médecin lors de sa visite pour obtenir leur traitement. Le médecin et les infirmiers disposent de la liste des principaux centres de distribution de méthadone parisiens, dont l'un est joint afin d'obtenir le produit de substitution (ce système semble très souvent pratiqué comme on l'a vu précédemment). Il peut également, toujours selon la préfecture, avoir recours à l'Hôtel-Dieu voisin de quelques centaines de mètres. Dans ce dernier cas, un fonctionnaire se rend à l'Hôtel-Dieu pour prendre les médicaments qui sont ensuite donnés à l'intéressé par l'infirmier.

La proximité du dépôt avec l'Hôtel-Dieu (AP-HP) permet, selon la préfecture, une coopération entre ces deux structures qui garantit un bon suivi thérapeutique des personnes gardées.

Il s'avère cependant qu'en dépit de toute cette proximité, plusieurs témoignages font état de rupture de traitements ; ces arrêts momentanés de traitements semblent donc résulter moins d'une absence de prise en charge que de circonstances particulières. On notera néanmoins que les vacations du médecin sont réduites (2 heures par jour). On soulignera en ce sens que, le dépôt de la préfecture de police de Paris dans l'île de la Cité ayant une double fonction (détention et rétention), les moyens en personnel médical peuvent apparaître insuffisants pour répondre aux besoins.

Enfin, l'appartenance du médecin au personnel de la préfecture de police peut dans certains cas avoir pour conséquence une partialité du praticien dans son exercice et dans ses décisions.

2.3. AU CENTRE DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE (CRA)

Selon l'investigation du Conseil national du sida, les CRA et les lieux servant occasionnellement de CRA constituent les espaces présentant le plus d'éléments préoccupants quant au respect des droits de la personne et notamment au suivi des traitements.

En dépit des différentes enquêtes menées et des demandes d'amélioration des conditions de rétention formulées par les associations de défense des droits des étrangers, les observations faites par le CNS sur le terrain, comme les témoignages qu'il a recueillis, mettent à jour de graves dysfonctionnements.

L'article 35 bis, al.11 de l'ordonnance de 1945 prévoit que l'étranger en instance d'éloignement peut être maintenu en rétention administrative (dans des locaux ne relevant pas de l'administration pénitentiaire). Sur décision préfectorale, la durée de la rétention ne peut, dans un premier temps, excéder 48 heures, au-delà desquelles elle ne peut être prolongée que par ordonnance du président du tribunal de grande instance. Cette prolongation par ordonnance du maintien de l'étranger en rétention ne peut dépasser 5 jours. Elle peut encore être prolongée par une nouvelle décision du juge : depuis la loi du 11 mai 1998, le législateur a porté ce délai de 3 à 5 jours, ce qui permet au total, le maintien en rétention d'un étranger pendant 12 jours. Cette rétention, qui peut donc durer 12 jours au total - et au terme de laquelle le retenu est soit remis en liberté soit expulsé vers son pays d'origine - a lieu dans un CRA ou un lieu désigné par arrêté préfectoral.

Suivant l'article 35 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée en dernier lieu par la loi du 11 mai 1998, dès le début du maintien, la personne retenue se voit notifier ses droits dont les principaux sont les suivants :

- 1) elle peut demander l'assistance d'un interprète, d'un avocat et voir un médecin quand elle le souhaite;
- 2) elle peut communiquer avec son consulat et avec une personne de son choix. A cette fin, un téléphone doit être mis à sa disposition dans chaque bâtiment d'hébergement;
- 3) elle peut recevoir des visites dans le cadre des horaires autorisés;
- 4) les biens que l'intéressé est autorisé à prendre lors de son départ doivent se limiter aux objets constituant ses bagages (20 kg) à l'exclusion de toute forme de mobilier.

Dans les faits, selon le CPT et les personnes auditionnées par le CNS, cette notification des droits n'est pas toujours clairement faite. L'éventuel maintien de l'intéressé dans l'ignorance de ses droits n'est pas acceptable et peut avoir de graves conséquences, notamment en matière sanitaire.

Par ailleurs, bien que le même article, précise que « le représentant de l'Etat dans les départements tient à la disposition des personnes qui en font la demande les dates et heures du début du maintien de cet étranger en rétention et le lieu exact de celle-ci », le nombre de ces centres est très flou ; d'après le rapport Karsenty, il en existe 147 sur le territoire national ; le rapport Sauvaigo-Lambert en dénombre 27. Cet écart dans le dénombrement tient au fait que beaucoup de locaux de police et de gendarmerie peuvent servir occasionnellement de CRA, en l'absence de structures plus importantes et mieux organisées.

Ces lieux sont répartis sur tout le territoire national métropolitain et dans les DOM. Aucun texte ne régit le fonctionnement de ces lieux qui semble relever de quatre ministères :

- l'hôtellerie, au ministère de la Justice,
- le gardiennage, au ministère de l'Intérieur ou de la Défense
- l'accompagnement social, au ministère de l'Action sociale.

Dans 13 d'entre eux, la CIMADE est autorisée par une convention avec le ministère de l'Action sociale à intervenir pour apporter une aide juridique, matérielle et psychologique aux retenus. (cf. convention annexe 4).

Cette convention renouvelée régulièrement est fragile et ne porte que sur très peu de centres ; le Conseil note avec regret que la CIMADE n'est présente dans aucun CRA des DOM (notamment au centre de Rochambeau en Guyane).

Dans les lignes qui suivent, il ne sera question que des centres où la CIMADE intervient. Ni la Direction de la population et des migrations au ministère des Affaires sociales, ni le ministère de l'Intérieur n'ont été en mesure de communiquer une liste exhaustive de ces lieux au CNS. Cette absence de transparence ou cette ignorance contribuent à entourer les CRA d'un flou inquiétant dans un Etat de droit.

D'après les informations qu'il a pu recueillir sur les CRA, le Conseil national du sida a dressé le tableau suivant :

CRA	Capacité	Garde	Fréquentation en 1996
Toulouse-Blagnac	20 lits	Police	303
Lyon-Satolas	54 lits	CRS	1 280
Nice-Auvare	40 lits	Police	1 745
Marseille-Arenc	72 lits	Police	2 360
Lille-Lesquin	15 lits	DICILEC	739
Bordeaux-Hôtel de Police	8 lits	Police	199
Nantes-Hôtel de Police	10 lits	Police urbaine	176
Strasbourg-Geispolsheim	20 lits	Gendarmerie	916
Perpignan-Rivesaltes	20 lits	Gendarmerie	1 419
Sète	16 lits	Police	632
Paris-Dépôt	? lits	Police	44
Paris-Vincennes	133 lits	Police	5 528
Paris-Mesnil Amelot	140 lits	Gendarmerie mobile	7 583

Il existe outre ces 13 sites, plusieurs autres CRA dont, notamment, ceux de Cergy-Pontoise, Nanterre, Hendaye, Ollioules, Aniane et Orléans.

Il faut, également, en préambule de ce chapitre sur les centres de rétention administrative, souligner que la rétention administrative est le dernier lieu où l'étranger peut faire valoir ses droits à rester en France. Il convient en effet de rappeler que la loi du 24 avril 1997 a introduit dans l'article 25 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, une protection contre l'éloignement pour les étrangers atteints de pathologie grave. Le 8e alinéa introduit, précise qu'est protégé de l'arrêt d'expulsion et de l'arrêt de reconduite à la frontière « l'étranger résidant habituellement en France atteint d'une pathologie grave nécessitant un traitement médical dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi ».

Le Conseil national du sida rappelle ici que dans la majorité des pays de renvoi les traitements sont soit indisponibles, soit regroupés dans quelques centres.

Par conséquent, la prise en charge médicale (et notamment la possibilité pour chaque retenu d'être visité par un médecin) est d'une extrême importance au regard même de la juste application de la loi.

2.3.1. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DANS LES CRA

Lors de ses visites, notamment dans le CRA de Marseille-Arenc en 1994, le CPT s'était montré très préoccupé par la prise en charge médicale des personnes retenues administrativement en France. L'état des lieux dressé par la CIMADE des conditions sanitaires dans les 13 CRA où elle intervient, comme les différentes informations recueillies par le CNS auprès d'un certain nombre d'acteurs confirment cette très insuffisante prise en charge médicale des retenus.

Dans certains cas, des contradictions apparaissent entre les déclarations de la CIMADE et du ministère de l'Intérieur. Par exemple, s'agissant d'une présence infirmière au CRA de Toulouse, où la présence d'une infirmière n'est pas confirmée par la CIMADE.

D'emblée, l'extrême hétérogénéité du niveau de la prise en charge médicale a frappé le Conseil national du sida. Si, dans certains CRA, la prise en charge médicale est satisfaisante, dans d'autres elle est totalement inexistante, ce qui est parfaitement contraire au respect des droits de l'homme. Le Conseil note qu'il n'existe aucune directive nationale sur cette question.

LOCAUX DÉVOLUS À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Sur les 13 centres, 7 n'ont ni un local d'infirmier, ni une présence infirmière. La situation dans les CRA de la région parisienne apparaît au regard du tableau suivant meilleure que dans les sites de province (à l'exception notoire de Nice).

CRA	Local spécifique	Présence infirmière	Existence d'une pharmacie d'urgence
Toulouse-Blagnac	Non	?	Non
Lyon-Satolas	Oui, mais non utilisé	Non	?
Nice-Auvare	Oui, très bien équipé	Une (3/4 de temps rémunérée par la DDASS)	?
Marseille-Arenc	Oui	Une (1/4 de temps, MDM, bénévole) de mi 97 à mi 98	?
Lille-Lesquin	Non	Non	Oui
Bordeaux-Hôtel de Police	Non	Non	Non, mais armoire à pharmacie dans le dépôt jouxtant le CRA
Nantes-Hôtel de Police	Non	Oui (2 heures par jour, CHU)	?
Strasbourg- Geispolsheim	Non	Non	Non
Perpignan-Rivesaltes	Oui, mais non utilisé	Non, mais passage très irrégulier d'une infirmière de l'armée	?
Sète	Non	Non	Oui
Paris-dépôt	Oui	Oui (permanente, infirmier de la préfecture)	Oui
Paris-Vincennes	Oui	Oui (permanente, infirmière de l'hôpital des gardiens de la paix)	Oui
Paris-Mesnil Amelot	Oui	Oui (permanente, infirmière Croix-rouge)	Oui

PRÉSENCE D'UN MÉDECIN

Peu de CRA disposent de la présence régulière d'un médecin ; dans la majorité de ces lieux, il s'agit le plus souvent de médecins appelés en cas de besoin (médecins du SAMU, S.O.S médecins, médecins généralistes de ville, médecins du centre hospitalier le plus proche, médecins des pompiers). On notera qu'étant donné la spécificité de cette population, il serait souhaitable qu'un service d'interprétariat puisse, si nécessaire, être adjoint au médecin ; on imagine en effet mal comment une personne ne parlant pas le français peut s'entretenir avec un médecin lors de la consultation.

CRA	Présence d'un médecin	Statut du médecin	Origine de la demande de consultation
Toulouse-Blagnac	Non	Médecin généraliste	Chef de police
Lyon-Satolas	Non	Service des urgences Aéroport	Retenus ou services de garde
Nice-Auvare	Oui tous les jours à 12 heures	Service du centre hospitalier	Visite systématique par l'infirmière
Marseille-Arenc	Non	S.O.S Médecins	Infirmière, CIMADE, police
Lille-Lesquin	Non	médecin généraliste	Services de garde
Bordeaux-Hôtel de police	Non	S.O.S Médecins	Policiers
Nantes-Hôtel de police	Oui deux fois par semaine	Service du centre hospitalier universitaire	?
Strasbourg- Geispolsheim	Non	ASSUM	Gendarmes ; retenu si maladie établie
Perpignan-Rivesaltes	Non	Médecin libéral	Gendarmerie à la demande du retenu
Sète	Non	Médecin libéral	CIMADE
Paris-dépôt	Oui	Préfecture	Suivi régulier
Paris-Vincennes	Oui deux fois par jour	Médecin libéral rémunéré par préfecture	Suivi régulier
Paris- Mesnil Amelots	Non	Services urgences de l'aéroport	Infirmière

L'EXAMEN MÉDICAL

Le Conseil tient ici à attirer l'attention sur le caractère confidentiel des informations médicales recueillies par le médecin et sur le nécessaire respect du secret médical.

Lorsqu'il est pratiqué, l'examen médical est seulement fait en vue de s'assurer que l'état de santé de l'intéressé(e) est compatible avec :

- 1) son maintien en rétention ;
- 2) un transport vers le pays de destination prévu, en particulier par voyage aérien ;
- 3) son départ du territoire français et qu'il n'engage pas le pronostic vital immédiat. Si le dossier médical de l'intéressé ne permet pas de répondre à la troisième question, des renseignements médicaux complémentaires doivent être, selon les autorités, en principe, obtenus (cf. document en annexe 5).

Le Conseil national du sida rappelle que, en aucun cas, la nature de la maladie dont peut être atteint le patient ne peut être divulguée aux autorités ou/et aux fonctionnaires en charge de l'intéressé.

LE PAIEMENT DE LA CONSULTATION DU MÉDECIN

Comme pour les autres aspects de la prise en charge sanitaire des retenus, il n'y a pas de règle générale appliquée uniformément dans tous les CRA :

- Soit la DDASS paye la consultation, souvent avec des délais importants ;
- soit elle est à la charge du retenu s'il possède une somme d'argent supérieure à 300 ou 500 francs suivant les cas ;
- soit c'est le ministère de l'Intérieur ou de la Défense qui prend en charge ces frais ;
- soit la consultation est incluse dans les conventions avec les organisations non gouvernementales y intervenant.

2. 3. 2. LE SUIVI DES TRAITEMENTS DANS LES CRA

L'absence ou l'irrégularité de la présence de personnel de santé dans les CRA constitue dans un certain nombre de sites un premier obstacle au bon suivi des traitements pour les retenus ; dans le cas même où un médecin a prescrit un traitement au retenu, une série de nouveaux problèmes se posent :

L'ACHAT DES MÉDICAMENTS

Le système de l'achat des médicaments est généralement basé sur celui du paiement de la consultation. Il arrive aussi que ces frais soient directement pris en charge par la CIMADE ou Médecin du Monde ; l'achat se fait alors dans la pharmacie la plus proche par un des volontaires de l'organisation non gouvernementale. Ce dispositif suppose une présence permanente.

Le Conseil national du sida estime que l'absence de dispositif et de financement spécifiques pour la prise en charge médicale (consultations, achat de médicaments) est très dommageable au bon suivi des traitements.

LA DISTRIBUTION DES TRAITEMENTS

La durée de rétention pouvant atteindre 12 jours, la distribution des traitements, notamment de traitements lourds, est très problématique. Etant donné la faible présence infirmière dans les CRA, cette distribution est le plus souvent opérée par les fonctionnaires du ministère de l'Intérieur ou, lorsque le centre est sous l'autorité de la gendarmerie, par les fonctionnaires du ministère de la Défense. Il peut arriver que cette tâche revienne aussi aux membres de l'organisation non gouvernementale y intervenant.

Plusieurs cas de figures ont été identifiés par le Conseil national du sida :

- soit l'ensemble des médicaments est intégralement remis au retenu qui en opère lui-même la prise individuelle ;
- soit, parce que l'on considère les médicaments comme dangereux, ils sont donnés de manière fractionnelle par le fonctionnaire qui assure la garde suivant la prescription du médecin.

Là encore, le Conseil national du sida s'inquiète de ces pratiques qui ne sont pas conformes au respect de la confidentialité et qui peuvent également faire courir des risques aux retenus, le fonctionnaire responsable de cette distribution n'étant ni médecin, ni infirmier.

Le Conseil se demande par ailleurs comment le suivi d'un traitement de substitution est possible dans de tels dispositifs. Il s'inquiète des pratiques de sevrage rapide dont certains témoignages ont fait état.

LE SUIVI DES TRAITEMENTS LORSQUE LE RETENU QUITTE LE CRA

Le Conseil national du sida a noté que, dans très peu de CRA, il était envisagé de remettre avant le départ du retenu les doses de médicaments nécessaires pour les jours suivants (le temps du voyage et les premiers jours dans le pays de destination). Cette absence de perspective quant au suivi des traitements ne fait que renforcer un peu plus le sentiment déjà exprimé par le Conseil que la santé des personnes retenues n'est pas une préoccupation première pour les autorités.

Selon les personnes auditionnées par le CNS, il semble néanmoins qu'une prise de conscience sur ces questions commence à voir le jour : ces derniers mois, des réunions ont eu lieu entre les ministères concernés. Une circulaire commune est en cours d'élaboration.

APPENDICE : LES ZONES D'ATTENTE

Plusieurs témoignages font état de problèmes sanitaires graves lors de la rétention dans les zones d'attente ; ces zones existent, rappelons-le, dans les aéroports, gares ferroviaires et maritimes ; y sont placées les personnes de nationalité étrangère voulant entrer sur le territoire et ne disposant pas des autorisations nécessaires.

Le Conseil national du sida s'inquiète de ces situations et souhaite qu'un effort soit fait afin que les personnes placées en zone d'attente puissent bénéficier d'une prise en charge sanitaire adéquate.

Compte rendu de la visite du centre de rétention administrative d'ARENC (Marseille)

Arenc est, comme l'Évêché, un nom connu à Marseille, mais c'est un lieu vague, non identifié au bout d'un quai, que peu de gens sont capables de vous désigner. Ancien hangar du port qui a été le premier lieu identifié comme centre de rétention administrative, il a notamment fait l'objet de manifestations dans les années 70 dénonçant son existence. Il est à l'origine de la mission confiée à la CIMADE dans ces centres au milieu des années 80. Sa fermeture est envisagée, mais dans un délai de 2 à 3 ans a-t-on écrit en 1996. On accède au centre par un escalier en fer, fermé en son milieu par une première porte, où un Interphone vous engage à décliner votre identité... sur les dernières marches, une seconde porte qui s'ouvre sur une plate forme située à 20 mètres du sol.

Le centre répond principalement à des besoins d'acheminement vers le Maghreb, à l'exception du Maroc où le départ se fait de Sète. Il couvre les départements des Bouches du Rhône, du Gard et du Vaucluse et sert de zone de transit pour des retenus arrivant de Paris. On nous a parlé de gens qui, embarqués et refoulés par leur pays de destination, navigueraient entre les deux pays.

L'entrée anodine est déclarée réservée aux non-admis (non rentrés sur le territoire), gardés à part dans l'attente de leur réacheminement. Dans un coin, un téléphone mis à leur disposition...un bureau/accueil et une salle pour le droit de visite, puis, sur le côté, un couloir qui dessert sur la droite un certain nombre de pièces (bureau de la Cimade qui est absente ce jour là ; bureaux administratifs -avec notamment le tableau des entrées/sorties commun à tous les centres, un agent pour la reconnaissance par les consulats des individus et une personne chargée de trouver des places sur les bateaux ; une pièce pour les femmes ; de grands dortoirs carrés pour les hommes avec des lits superposés, sommais et gris, accrochés au sol pour ne pas être démontés ce qui semble poser de sérieux problèmes de ménage aux responsables ; des coins WC/douche ouverts sur les dortoirs plus que défraîchis ; une salle pour l'infirmerie et une salle pour la cuisine), avec sur la gauche une zone que nous ne visiterons pas, et où l'on aperçoit à travers une vitre, les retenus dans une pièce, et sur un mur un téléphone.

La situation des locaux n'offre aucun lieu de promenade. Pour y pallier, une cage en fer, style « cage à tigre » a été installée dehors, juste devant l'entrée. Mais placée en plein soleil et en plein mistral, demandant de faire traverser aux retenus l'ensemble des locaux, aucun texte écrit ne mentionnant l'obligation de promenade, elle est déclarée ne jamais être utilisée.

La période de notre visite (juillet) est considérée comme une période d'activité avec les grâces présidentielles. Le centre offre 72 places qui ont accueilli, nous dit-on, 2 200 personnes en 1996 ; 1 900 en 1997 ; 1 600 en 1998. Il reçoit majoritairement des hommes, les mères avec enfants étant dirigées vers des hôtels. 70 % de la population sont des sortis de prison, leur peine ayant été assortie d'un arrêté d'interdiction de territoire, 30 % sont des interpellés. Le séjour dure en moyenne 2 à 3 jours. Un document en français est remis à chaque retenu sur ses droits, qui incluent une demi-heure de parloir par jour mais on s'interroge sur les capacités physiques nécessaires aux visiteurs pour affronter l'escalier... A son entrée, chaque retenu reçoit des éléments individuels de toilette jetables.

L'intendant se démène pour assurer au mieux le fonctionnement du centre. En 1997, le budget alloué par le ministère de la Justice se montait à 650 000 francs pour le chauffage, la nourriture, l'entretien des draps et des serviettes qui est effectué à l'extérieur.... Certaines pièces du centre viennent d'être repeintes.

Les repas sont à base de boîtes de conserve ou de plats sous-vide, nécessitant une préparation minimale, la cuisine ne disposant d'aucune circulation entrée/sortie, chaud/froid. En 1991, ils se limitaient à des boîtes de sardines et des œufs durs....

Les urgences médicales sont réglées au cas par cas avec S.O.S médecin ou les marins-pompiers, les malades pouvant être transférés au Centre Hospitalier Régional (CHR). Les frais médicaux sont pris en charge par la DDASS jusqu'à 600 francs, au-dessus de cette somme c'est le retenu qui paye, préférant le plus souvent garder son argent pour le retour au pays que recourir aux soins...

Pendant un an une convention DDASS/Justice/Médecins du Monde a permis la présence quotidienne de personnels infirmiers. Cette présence rassurait les gardiens qui se déclarent sensibles non seulement aux problèmes des maladies contagieuses mais aussi aux blessures des retenus à la suite d'incidents ou aux cas d'automutilation. De même on constate que les retenus sont réconfortés par la présence de l'association qui bénéficie d'une image forte de neutralité. Le jour de notre visite, les infirmiers de MDM sont là pour discuter notamment de l'arrêt de leur convention avec la DDASS. Ils rappellent qu'ils tenaient une permanence tous les jours ouvrables qui les conduisait à dispenser des médicaments sans contrôle médical. Aujourd'hui, ils refusent de continuer à intervenir dans ces conditions, sachant par ailleurs qu'ils soutiennent totalement le projet global de santé de la DDASS, qui est pour l'instant au point mort avec le problème du financement (sur quelle ligne budgétaire imputer la convention ?).

Profitant de sa présence dans les locaux, MDM effectue des soins. Les retenus sont amenés à l'infirmerie, un par un, encadrés de gardiens qui attendent ensuite devant la porte.... Nous retrouvons MDM au moment de la préparation nominative des médicaments qui seront distribués le soir : dans leur grande majorité, il s'agit de somnifères pour mieux affronter la nuit.

MDM confirme qu'un dimanche précédent, étant donné qu'ils sont absents le week-end, un retenu sous trithérapie qu'ils avaient identifié et pour lequel ils avaient préparé le traitement a été mis sur un bateau, sans que les médicaments lui aient été remis. Par ailleurs, on nous rapporte 4 à 5 cas de rupture de traitement qui ont eu lieu en 1997 pour des retenus qui sortaient tous des Baumettes. Médicalement bien pris en charge, les sortis de prison devraient, nous dit-on, arriver avec un mot ou une attestation des greffes de prison précisant leurs éventuelles difficultés médicales. La loi du 11 mai 1998 pose la difficulté d'apprécier la prise en charge médicale dans les pays d'origine où les patients vont être reconduits. On nous précise que, en tout cas, certains détenus qu'ils soient sous traitement VIH/sida ou sous substitution, ne devraient pas, avec la loi, arriver jusqu'au centre de rétention administrative. Le problème pour les interpellés reste, par contre, plus difficile à régler.

TROISIÈME TEMPS : EN PRISON

La prise en charge médicale des détenus a été depuis 5 années, l'objet d'une forte mobilisation (rapport du Haut Comité de santé publique, rapport du CNS) qui a débouché sur l'adoption de la loi du 18 janvier 1994.

L'objectif poursuivi par cette loi est d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population.

Cette réforme s'appuie sur deux mesures complémentaires : le transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au Service public hospitalier et leur affiliation systématique au régime général de la sécurité sociale, dès leur incarcération. Elle bénéficie également d'une augmentation corrélative de moyens qui conduit notamment, au plan national, à un doublement des effectifs médicaux et infirmiers.

Le nouveau dispositif de soins repose sur une conception globale de la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Il recouvre tant les aspects somatiques que médico-psychologiques et inclut la dimension préventive et curative, ainsi que la préparation des relais sanitaires au terme de la période d'incarcération.

Il apparaît, à l'issue des auditions menées par le Conseil national du sida et au vu des premiers résultats de l'évaluation de l'application de cette loi, que la situation médicale des détenus a été largement améliorée même si, comme on le verra dans les pages qui suivent, un certain nombre de difficultés ont été identifiées. Ces difficultés portent notamment sur le suivi des traitements de substitution pour les usagers de drogues.

Des témoignages attestent de pratiques de sevrage brutal (réduction en quelques jours des dosages de méthadone). Par ailleurs, il semble que chez certains des médecins intervenant dans les établissements pénitentiaires, il existe une réelle hostilité aux produits de substitution. Ces médecins refusent, disent-ils, de " jouer le rôle du dealer " dans la prison.

3.1. DANS LES ÉTABLISSEMENTS « CLASSIQUES »

3.1.1. LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

La loi du 18 janvier 1994 signifie que, en pratique, chaque établissement pénitentiaire est jumelé avec un établissement public de santé de proximité, avec lequel il passe un protocole fixant les conditions d'intervention de l'établissement de santé. Lorsque ce dernier n'est pas en mesure d'assurer les prestations psychiatriques, un protocole complémentaire est signé avec un autre établissement de santé admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Les missions de l'établissement de santé en matière de soins somatiques s'articulent autour de 4 axes :

- la prise en charge dans l'établissement pénitentiaire,
- l'accueil en milieu hospitalier,
- l'organisation du suivi médical après l'incarcération,
- la coordination des actions de prévention.

Dans l'établissement pénitentiaire, l'établissement public de santé est chargé de l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, des soins infirmiers, des soins dentaires, de l'organisation des consultations spécialisées réalisables sur place et de la permanence des soins, en dehors des horaires de présence médicale. Il convient de souligner que chaque entrant en détention bénéficie d'une visite médicale d'admission, occasion d'un véritable bilan de santé au cours duquel est proposé au détenu un test sérologique de dépistage pour le VIH.

S'agissant des prises en charge en milieu hospitalier, l'établissement de santé organise l'accès aux consultations et examens qui n'ont pas pu être réalisés dans l'établissement pénitentiaire. Il assure également les hospitalisations urgentes et de très courte durée. Pour les autres hospitalisations, un schéma national est en cours d'élaboration ; celles-ci sont réalisées dans des unités hospitalières interrégionales spécifiquement destinées à l'accueil des personnes détenues, et implantées en CHU. L'objectif est de concilier les impératifs de qualité des soins et de rationalisation des opérations de surveillance.

Le troisième axe concerne le suivi médical après la sortie de l'établissement pénitentiaire, qui doit être organisé en liaison avec le service socio-éducatif de l'établissement pénitentiaire.

Enfin, il revient à l'établissement de santé de coordonner les actions de prévention, notamment en élaborant un programme d'éducation pour la santé et en veillant à la réalisation du dépistage obligatoire de la tuberculose et des maladies transmissibles. Par contre, le dépistage du VIH doit être, comme à l'extérieur, librement consenti. Afin de le favoriser, les consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH interviennent dans les établissements pénitentiaires dès la première visite médicale.

Pour répondre à ces missions, l'établissement de santé a créé une structure de soins en milieu pénitentiaire, obligatoirement rattachée à un de ses services, l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Constituée par une équipe pluridisciplinaire, exclusivement composée de personnel de statut hospitalier, elle est placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier. Leur nomination ou leur affectation repose sur le volontariat.

La prise en charge médico-psychologique des personnes détenues est confiée depuis 1986 au service public hospitalier. Le décret du 14 mars 1986 a mis en place cette organisation en créant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

D'une manière générale, les actions de prévention et les soins psychiatriques courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie générale locaux.

Mais, lorsque la prise en charge psychiatrique de la personne détenue dépasse les possibilités offertes localement, celle-ci doit être transférée dans un établissement pénitentiaire où est implanté un SMPR.

Les 26 SMPR, services hospitaliers implantés en établissement pénitentiaire, dispensent des soins plus intensifs aux détenus provenant d'établissements pénitentiaires constituant leur secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Ils assurent également les soins courants dans l'établissement pénitentiaire d'implantation.

Leur mission de prévention et de soins est très étendue. Elle comporte : le dépistage des troubles psychiques des entrants, des activités de psychothérapie individuelle et de groupe, des prises en charge à temps partiel, des hospitalisations, et, éventuellement, un suivi post-pénal, sous forme de consultations en milieu libre. Seize SMPR sont dotés de centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST-ex-antennes de lutte contre la toxicomanie) et 4 d'antennes d'alcoologie.

La prise en charge des toxicomanes présente, en milieu pénitentiaire comme en milieu libre, une triple dimension : psychologique, somatique et socio-éducative. Elle nécessite donc une étroite coordination entre les équipes psychiatriques, les UCSA et les CSST, en liaison avec le service socio-éducatif de l'administration pénitentiaire.

Les équipes somatiques des UCSA jouent un rôle important dans la prise en charge des toxicomanes incarcérés. Conformément à leur mission générale, elles assurent notamment :

- la visite médicale d'entrée et l'orientation vers une consultation spécialisée quand des troubles psychiatriques ou psychologiques sont dépistés ;
- le dépistage et le traitement des complications somatiques liées à l'usage des toxiques, avec l'orientation vers des consultations spécialisées (par exemple, consultations du CISIH) ;
- la dispensation et l'administration des médicaments.

En l'absence de SMPR, l'équipe chargée des soins somatiques peut également être amenée à prendre en charge les usagers de drogues, en liaison avec l'équipe psychiatrique de secteur.

Les toxicomanes incarcérés bénéficient, en outre, des prestations des CSST, dont le financement est assuré par l'Etat. 16 d'entre eux interviennent exclusivement en milieu pénitentiaire. Instituées en 1987, ces structures rattachées aux SMPR ont permis d'améliorer la prise en charge des toxicomanes incarcérés dans les sites pénitentiaires où elles sont implantées. Elles ont, en outre, favorisé la mise en place, avec l'administration pénitentiaire, de dispositifs coordonnés de préparation à la sortie. Les CSST extérieurs peuvent également intervenir en milieu pénitentiaire.

Afin d'établir l'articulation en réseau entre les différents partenaires sanitaires, des moyens destinés à favoriser la coordination ont été octroyés par la circulaire DGS/DH du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes.

Cette circulaire, ainsi que celle du 5 décembre 1996, précise le cadre d'utilisation des traitements de substitution, dont la dispensation en prison présente une avancée, mais soulève aussi des difficultés en terme d'organisation. Une enquête du ministère de la Santé (DH/DGS) sur l'accès aux traitements de substitution en milieu pénitentiaire est actuellement en cours d'exploitation.

LE SUIVI DES TRAITEMENTS

La réforme de 1994 a fait de la continuité des soins l'un de ses enjeux majeurs. Il revient aux équipes hospitalières de l'assurer en toutes circonstances : à l'entrée en détention pour les détenus déclarant suivre un traitement ou porteur de médicaments, à l'occasion de transfèrement pour sa prise en charge dans le nouvel établissement d'écrou, et au moment de la libération.

LES ANTIRÉTROVIRAUX

D'après les informations dont a pu disposer le CNS, certains moments de la détention peuvent être l'occasion de ruptures temporaires de traitements ; c'est en particulier le cas lorsque le détenu est transféré d'un établissement à un autre. En effet, la décision de transfert peut intervenir sans que le médecin traitant ait pu prendre les dispositions nécessaires pour que l'équipe médicale de l'établissement d'accueil dispose du dossier médical du transféré, ou tout simplement pour que le détenu ait des médicaments d'avance pour les premiers jours suivant son arrivée. Par ailleurs, la détention provisoire, période pendant laquelle le dossier judiciaire est instruit, est souvent un moment où le suivi médical est difficile en raison des nombreux déplacements de l'intéressé ; les détenus provisoires sont davantage préoccupés et occupés par leur avenir judiciaire que par l'ensemble des problèmes relevant de leur santé et notamment celui d'une prise de médicaments très astreignante.

3.2. DANS UNE PRISON DU « PROGRAMME 13 000 »

Suite au vote de la loi du 22 juin 1987, le programme 13 000 (1989-1992) a permis la construction de 25 établissements représentant 12 850 places en milieu fermé.

Dans ces établissements, certaines prestations sont confiées à des groupements privés. Il s'agit du travail, de l'hôtellerie, et de la santé, l'administration pénitentiaire conservant les fonctions de direction, de surveillance et socio-éducative.

Le dispositif de soins de la loi du 18 janvier 1994 ne s'applique pas à ces établissements, pour lesquels la fonction santé reste concédée « à titre transitoire » (article 15) aux groupements privés.

Ces établissements à gestion déléguée, qui prennent en charge 25 % des détenus en France, concentrent une grande partie des personnes vivant en détention avec le virus VIH.

Les contrats de concession -renouvelables dans les mois qui viennent- sont accompagnés d'un cahier des charges.

LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Au sein de ce cahier des charges, la question de la santé occupe une place importante : le groupement privé se doit de mener les actions de prévention et de soins nécessaires en recrutant du personnel à cet effet.

En ce sens, les groupements privés recrutent des dentistes et des médecins généralistes engagés par vacation. Chaque groupement privé désigne parmi ceux-ci un médecin coordinateur qui a pour tâche de vérifier le niveau des prestations. Ces coordinateurs se réunissent régulièrement afin d'examiner les difficultés.

Par ailleurs, depuis 1984, chaque médecin inspecteur de la DDASS doit produire chaque année un rapport sur la prise en charge sanitaire dans les établissements de son département ; les « établissements 13 000 » ne font pas exception.

Globalement, l'administration pénitentiaire juge le bilan de ces prestations très positif. Les groupes privés ont pris, selon elle, un certain nombre d'initiatives, notamment en engageant des assistantes sociales.

Selon d'autres sources, il semble que cette délégation des prestations de santé pose un certain nombre de problèmes dans certains sites. Il semble que le budget consacré à la santé des détenus soit dans des endroits insuffisant par rapport aux besoins.

D'une manière générale, le Conseil national du sida estime que la loi de 1994 devrait s'appliquer à l'ensemble des établissements pénitentiaires ; rien ne légitime que l'accès aux soins ne soit pas homogène dans toutes les prisons de la République, et ce, au moment où interviennent les renouvellements des contrats.

LE SUIVI DES TRAITEMENTS

Selon la Direction de l'administration pénitentiaire, les groupements privés ont, dès l'arrivée des nouveaux traitements, été très attentifs à ce que les détenus sous leur responsabilité médicale puissent y avoir accès.

Cependant, il semble d'après plusieurs témoignages émanant d'organisations non gouvernementales, que des difficultés persistent s'agissant notamment des traitements de substitution (Méthadone® et Subutex®).

QUATRIÈME TEMPS : LA SORTIE DE PRISON

Le moment de la sortie de prison, qui correspond soit à une libération soit à un transfert vers un centre de rétention administrative, est le dernier moment clé du parcours que le Conseil national du sida a tenté de retracer.

Ce quatrième temps n'est pas sans poser des difficultés : paradoxalement, la sortie de prison est un moment de très grande fragilité et présente, si elle n'est pas bien préparée, des risques majeurs s'agissant du suivi des traitements.

La prison peut être très protectrice sur certains aspects (telle la santé), et la sortie de prison constitue une perte de repères dans un environnement souvent hostile. Ainsi, un traitement initié en prison peut être exposé, à la sortie, à des risques de perturbation.

4.1. LA PRÉPARATION DU SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE AU MOMENT DE LA SORTIE

Selon la réforme de 1994, le temps de l'incarcération doit être mis à profit pour amener les personnes détenues à prendre en charge leurs problèmes de santé et à poursuivre leurs traitements après la libération. Cela suppose une démarche permanente d'éducation à la santé et à la responsabilisation de la personne détenue : y contribuent notamment, à l'occasion des traitements et des soins, l'échange avec le personnel soignant lors de la distribution des médicaments, la gestion par les détenus de leur traitement ou la remise de tout document médical le concernant.

La préparation à la sortie comporte aussi un volet proprement organisationnel relevant à la fois des services médicaux, des services de l'administration pénitentiaire et des caisses primaires d'assurance maladie. Il leur revient, selon leurs missions respectives, de :

- réunir l'ensemble des documents administratifs permettant au détenu de bénéficier après sa sortie d'un suivi médical et social, en prêtant une attention particulière à la couverture sociale et à l'hébergement ;
- de communiquer au détenu les documents médicaux nécessaires à sa prise en charge sanitaire (lettre pour le médecin de son choix, éléments du dossier médical, ordonnance...) ;
- d'orienter le détenu vers les structures de soins et de l'aider dans ses premiers contacts (adresses, rendez-vous).

Dans les faits, il s'avère que ces recommandations ne sont pas toujours suivies ; le problème de la réinsertion des ex-détenus demeure très préoccupant. Pour tenter de lutter contre ce problème, dans certains établissements, on assiste à la mise en place d'un livret de sortie à l'usage des personnes libérées. Théoriquement, le médecin doit prendre toutes dispositions afin d'éviter une rupture de traitement, notamment en lui délivrant, au besoin, les médicaments nécessaires. Néanmoins, la soudaineté d'une libération non préparée, événement assez courant en maison d'arrêt, nuit à une prise en charge médicale satisfaisante à la sortie de l'établissement, en empêchant que soit délivrée une ordonnance ou tout document utile au suivi des soins en milieu libre.

Le bilan établi en septembre par la Direction des hôpitaux montre que les objectifs en ce domaine étaient insuffisamment pris en compte, même si certains détenus bénéficient d'une attention accrue sur les modalités et les conditions de leur réinsertion. L'expérience menée à Fresnes est probablement l'une des pistes à développer.

UNE EXPÉRIENCE INTÉRESSANTE : LE QIS DE FRESNES

Au début des années 90, constatant que beaucoup d'usagers de drogues étaient dans des situations de grande précarité (très démunis, sans domicile fixe) et n'avaient pas de lien avec le système de prise en charge, une psychologue a imaginé un dispositif d'encadrement pour la sortie. Fut mis alors en place le quartier intermédiaire sortants (QIS).

Quelques semaines avant le dernier mois de détention, la psychologue sélectionne une dizaine de détenus parmi ceux qui sont dans la plus grande détresse (séropositifs, sans domicile, sans ressources). Le QIS a pour but, durant quatre semaines avant la sortie, de les aider à préparer de manière intensive leur intégration dans la vie : problèmes d'hébergement, de santé, de formation, etc. Tous les matins, des ateliers sont ainsi proposés :

1ère semaine : la réassurance (résolution des problèmes administratifs, juridiques, insertion et hébergement) ;

2e semaine : l'autonomie par la créativité ;

3e semaine : l'intime, la santé, le retour à la famille, le mieux-être psychique ;

4e semaine : la capacité d'être seul et de renouer avec l'extérieur (par un libre accès au téléphone, par exemple).

Tous les après-midi sont organisés autour d'activités sportives telles que musculation, yoga, relaxation.

Ce programme vise à préparer la sortie qui est dans tous les cas un moment difficile avec un risque fort de désorientation. Dans le QIS, le toxicomane est pris en charge globalement ; le sida est abordé la troisième semaine en même temps que les autres problèmes de santé (peau, dents, vaccination, etc.).

4.2. LA CONTINUITÉ DES SOINS DE LA PRISON AU CRA

Lorsque l'intéressé subit une double peine, il est transféré directement de l'établissement pénitentiaire au CRA. Si le suivi des traitements après la libération commence à être mieux géré, ce second cas de figure est insuffisamment pris en charge.

Lors de son investigation, le Conseil national du sida a noté qu'il existe très peu de sites où tout est mis en œuvre pour qu'un suivi à la fois social et médical soit fait au sein des CRA.

Le Conseil national du sida constate que lorsque la personne quitte le statut de détenue pour celui de retenue, elle se retrouve brutalement dans un grand isolement, privée d'un suivi médical de qualité ; il serait souhaitable que des contacts soient pris avec les soignants susceptibles d'intervenir dans les CRA, lorsqu'il y en a, pour que, notamment s'agissant de la substitution, un bon suivi des traitements puisse être opéré.

Compte-rendu de l'audition par téléphone du chef de service, d'insertion et de probation exerçant la fonction de directeur du Comité de probation de Paris

En France, il existe 183 comités de probation et d'assistance aux libérés (CPAL), qui ont une compétence juridictionnelle (ex: à Paris, le CPAL est rattaché au TGI de Paris). Les CPAL n'interviennent qu'auprès des personnes majeures.

Les CPAL sont des services publics qui relèvent de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice. Ils interviennent dans le cadre de décisions pénales et de missions de contrôle et d'assistance visant au respect des mesures de justice (sursis, mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, etc.).

Les objectifs principaux sont de permettre aux personnes concernées :

- d'obtenir une résidence stable ;
- de bénéficier d'un emploi ou d'une formation ;
- de se soumettre à des mesures de traitement lorsque ceux-ci sont en lien avec un acte répréhensible (délinquance sexuelle, alcoolisme, troubles psychiatriques, etc.).

Le personnel des CPAL comporte des travailleurs sociaux, des assistants sociaux ou des conseillers d'insertion et de probation. Des vacances médicales sont prévues.

En Ile-de-France, un service régional dénommé le service régional d'accueil, d'information et d'orientation des sortants de prison (SRAIOSP) a été créé. Il a une mission d'assistance auprès des détenus qui ont purgé leur peine ou qui sont libérés de toute mesure de justice, ou qui sont sans domicile fixe.

Les CPAL de Paris travaillent en lien avec les réseaux sanitaires et sociaux. Ils ne semblent pas être confrontés à des problèmes majeurs de maintien des traitements.

Il est à noter que d'autres institutions comme la sécurité sociale interviennent dans le cadre du CPAL, ce qui permet en particulier de faciliter l'obtention d'une couverture sociale.

Cependant, les problèmes concernant la sortie de prison sont persistants. Cette préparation à la sortie n'est pas obligatoire. Elle se fait à la demande du détenu, qui ne la réclame pas nécessairement, et, dans la plupart des établissements, l'insuffisance de travailleurs sociaux ne permet pas de répondre à la demande. La création à Fresnes du QIS a réellement contribué à améliorer la situation sur ce site.

Une réforme des services de probation est en cours. Elle vise à améliorer l'articulation des services sociaux éducatifs en milieu ouvert et en milieu fermé par le biais de la création d'un poste de directeur départemental de la probation.

RECOMMANDATIONS

Au terme de son rapport, il apparaît qu'un individu, objet d'une procédure judiciaire et/ou administrative, rencontre alors des difficultés quant au suivi de ses traitements médicaux (notamment antirétroviraux et de substitution). Lors de ces procédures (interpellation, garde à vue, rétention, détention et libération), il est confronté à des situations dans lesquelles il n'est pas toujours en mesure d'observer convenablement la prescription faite par son médecin traitant. Si dans certains cas, ces obstacles relèvent d'un concours de circonstances ou de dysfonctionnements aisément amendables (c'est le cas dans les prisons), il s'avère que, dans d'autres lieux, les difficultés rencontrées par les patients résultent de l'absence de toute directive. Deux situations préoccupent en particulier le Conseil national du sida : la période de garde à vue et celle de la retenue dans les centres de rétention administrative (CRA).

Aussi, le Conseil national du sida souhaite faire une série de recommandations visant à l'amélioration des conditions de suivi des traitements au cours des différentes étapes qui peuvent constituer le parcours d'une personne interpellée.

EN GARDE À VUE

L'absence de dispositif réglementaire concernant l'achat et la distribution des médicaments fait du passage dans les locaux de police ou de gendarmerie d'une personne vivant avec le VIH, aussi bien que d'un usager de drogues participant à un programme de substitution, une période de vulnérabilité quant au suivi de ses traitements.

Le Conseil recommande d'abord l'amélioration et l'harmonisation au niveau national des conditions générales de la garde à vue (notification des droits, alimentation, conditions de détention, accès au traitement). Il suggère qu'une convention générale assortie de conventions locales, comparable aux conventions qui lient chaque établissement pénitentiaire à un établissement hospitalier, soit signée entre les différentes parties en présence (ministère de l'intérieur, ministère de la défense, ministère de la justice et ministère de la santé). Ces conventions permettront que l'accès aux traitements soit assuré pour les personnes gardées à vue, même en l'absence d'unités d'urgences médico-judiciaires.

Le Conseil national du sida recommande :

- que gendarmes et policiers soient sensibilisés dans le cadre de la formation permanente à la prise en charge sociale et médicale des personnes vivant avec le VIH ou en traitement de substitution ;
- que l'examen médical prévu par le code de procédure pénale soit réalisé dans un lieu garantissant la confidentialité de l'entretien avec le médecin ;
- qu'une convention cadre entre l'Ordre national des médecins et les ministères concernés (justice, intérieur, défense, santé) soit mise en place afin de définir les règles à suivre pour établir la liste des praticiens compétents et les modalités de leur intervention dans le cadre d'une garde à vue.

Enfin, le Conseil national du sida invite les responsables des centres de soins spécialisés pour toxicomanes à se rapprocher localement des officiers de police judiciaire afin, comme c'est le cas dans certaines agglomérations, d'entretenir avec eux une collaboration dans le respect de leurs compétences et de leurs fonctions respectives.

AU DÉPÔT

Le Conseil national du sida prend acte de l'amélioration de la prise en charge médicale au sein du dépôt de la préfecture de police de Paris ; il estime qu'il conviendrait, dans une seconde étape, de confier cette prise en charge médicale à des médecins indépendants de la préfecture.

DANS LES CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE

Le Conseil national du sida se déclare très préoccupé de la situation des personnes retenues dans ces centres ou dans les espaces en faisant office ; l'état des lieux dressé par la CIMADE comme l'ensemble des témoignages recueillis manifestent l'absence de politique de prise en charge médicale des personnes retenues. Ce fait, accompagné de l'insuffisance des moyens humains et matériels, constitue une atteinte grave aux droits de l'homme.

Le Conseil national du sida recommande que des mesures soient prises d'urgence pour améliorer les conditions des personnes placées dans tous les lieux de rétention. Il convient notamment de lever le lourd silence qui pèse sur ces lieux, actuellement très mal identifiés. Le Conseil national du sida préconise que les personnes retenues dans les CRA puissent bénéficier des prestations offertes par les services des établissements hospitaliers et d'une permanence médicale.

Le Conseil national du sida préconise que les conditions de rétention soient mises en conformité avec le respect des droits de la personne (alimentation, hébergement, santé), que les centres ne respectant pas ces conditions soient fermés (par exemple Marseille-Arenc). Il demande enfin qu'en aucun cas les retenues administratives soient pratiquées dans les mêmes locaux que ceux utilisés pour la garde à vue.

EN DÉTENTION

Le Conseil national du sida apprécie l'amélioration de la prise en charge médicale des détenus consécutive au dispositif mis en place par la loi de 1994. Cependant, cette prise en charge médicale est différente selon que les personnes sont détenues dans un établissement traditionnel ou dans un établissement relevant du programme 13 000. Les conventions avec des groupements d'intérêts privés arrivant à échéance, le Conseil préconise que, quelle que soit la décision prise par les pouvoirs publics, le niveau de soin institué par le dispositif de la loi de 1994 soit le même pour tous les détenus.

Le Conseil national du sida recommande que les traitements de substitution soient régulièrement poursuivis en détention et que les intéressés ne fassent jamais l'objet d'un sevrage brutal. Il préconise que la prison puisse être, le cas échéant, un lieu d'initiation aux traitements de substitution, conformément à la législation en vigueur.

Le Conseil national du sida attire l'attention sur le problème des transfèrements des détenus qui peuvent dans certains cas constituer des obstacles au bon suivi des traitements. Il engage le ministère de la Justice à attirer l'attention sur les difficultés que peuvent occasionner des transfèrements soudains.

LA LIBÉRATION

Le Conseil national du sida recommande dans les établissements pénitentiaires le développement des programmes de préparation à la sortie ; il rappelle que l'une des missions des professionnels (médecins, assistantes sociales, psychologues) opérant en détention est de veiller à ce que toutes mesures soient prises pour que le détenu sortant puisse bénéficier d'une même prise en charge sociale et médicale en liberté.

AUTRES RECOMMANDATIONS

Le Conseil national du sida propose de favoriser un fonctionnement en réseau des médecins intervenant aux différents niveaux de la procédure judiciaire ; il invite à un véritable développement d'une "médecine judiciaire" issue des expériences aujourd'hui acquises dans ce domaine.

Le Conseil national du sida souligne que ces recommandations concernant les traitements antirétroviraux et la substitution sont valables pour les traitements d'autres pathologies.

ANNEXES

ANNEXE 1 LES TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

Prescrire aujourd'hui un traitement antirétroviral à un patient signifie qu'il va devoir suivre une multithérapie (le plus souvent une trithérapie) et que cette thérapeutique devra être poursuivie sans interruption et de manière très prolongée. En effet, à ce jour, il n'est pas possible d'envisager de pouvoir arrêter un tel traitement sans risquer de voir l'infection par le VIH reprendre la même activité qu'elle avait avant toute thérapeutique antirétrovirale. En outre, les médicaments actuellement disponibles sont utilisés par voie orale, en prises multiples, avec pour certains des impératifs par rapport aux moments des repas et à leur composition. Enfin, les effets indésirables, s'ils ne sont pas constants, sont cependant fréquents, multiples et éventuellement sévères.

Il est donc indispensable d'informer au mieux chaque patient pour pouvoir, avec sa participation active, décider de l'association thérapeutique qui semblera la plus adaptée. Un certain nombre d'éléments doivent être pris en considération : la situation clinique et biologique du patient ; sa situation psychique, sociale et économique ; l'antériorité d'une thérapeutique antirétrovirale ou le caractère naïf de la personne vis-à-vis de ce type de traitement ; certains antécédents susceptibles de contre-indiquer ou de rendre difficile l'usage de tel ou tel antirétroviral.

Les médicaments utilisables à ce jour appartiennent soit aux inhibiteurs de la transcriptase-inverse, soit aux inhibiteurs de protéase. Quelques notions sont indispensables à connaître pour juger de la difficulté éventuelle et des contraintes d'une multithérapie antirétrovirale.

Les inhibiteurs analogues nucléosidiques de la transcriptase-inverse ont été les premiers à être utilisés. Ils l'ont été en monothérapie, en bithérapie et le sont maintenant surtout dans le cadre d'une trithérapie. Il s'agit de :

- la *zidovudine* ou AZT (*Retrovir®*) qui existe sous forme de gélules ou de comprimés habituellement à la posologie de 2 par jour (1 le matin et 1 le soir). Dans les premiers temps peuvent apparaître des symptômes qui diminueront peu à peu jusqu'à disparaître (asthénie, nausées, céphalées...). L'effet indésirable le plus important est d'ordre hématologique (anémie, leucopénie) ;
- la *didanosine* ou ddi (*Videx®*) se présente en comprimés qui doivent être dissous dans de l'eau pour obtenir une suspension buvable ou éventuellement mâchés soigneusement. Le goût est désagréable. La prescription classique est de 2 comprimés le matin et 2 le soir, mais il est de plus en plus souvent prescrit à raison d'une seule prise par jour (2 comprimés). Videx® doit être pris à jeun. Ses principaux effets secondaires peuvent consister en une pancréatite, en une neuropathie périphérique ou en une altération de la fonction hépatique ;
- la *zalcitabine* ou ddC (*Hivid®*), assez peu utilisée à l'heure actuelle, se présente en comprimés à prendre 3 fois par jour (idéalement à 8 heures d'intervalle) que ce soit avant, pendant ou après les repas. Hivid® peut être responsable de neuropathies périphériques sensibles chez le quart des patients et peut faire apparaître des ulcérations buccales douloureuses ;
- la *lamivudine* ou 3TC (*Epivir®*) se présente en comprimés dont on prescrit 1 le matin et 1 le soir, indifféremment par rapport aux repas. La tolérance est bonne ;
- la *stavudine* ou d4T (*Zerit®*) se présente en gélules qui sont prescrites à raison de 1 matin et soir, sans contrainte particulière par rapport aux repas. Les principaux effets indésirables sont représentés par des neuropathies périphériques, une élévation des transaminases ou une pancréatite.

Actuellement, peut être aussi proposé le Combivir® qui associe en un même comprimé AZT et 3TC et dont la prise est de 1 comprimé matin et soir. Il présente donc l'avantage d'une réduction du nombre de comprimés à avaler par rapport à la prescription conjointe de Retrovir® et d'Epivir®. Enfin, l'abacavir ou Ziagen®, actuellement disponible en ATU (autorisation temporaire d'utilisation), se prescrit à raison de 1 comprimé matin et soir et peut être responsable de réactions allergiques imposant l'arrêt du traitement et interdisant formellement qu'il soit à nouveau proposé au patient.

Il existe désormais des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase-inverse. Ce sont :

- la *névirapine* (*Viramune®*) qui se prescrit à raison de 1 comprimé matin et soir, sans contrainte par rapport aux repas. Il peut exister des réactions cutanées éventuellement sévères et justifiant que Viramune® soit prescrit à raison de 1 seul comprimé par jour pendant les 14 premiers jours de traitement ;
- la *delavirdine* (*Rescriptor®*) se prescrit à raison de 3 prises de 4 comprimés chacune, de préférence avec une boisson acide (jus d'orange par exemple). Il peut exister des réactions cutanées ;
- l'*efavirenz* (*Sustiva®*) se présente en gélules qu'il faut prendre à raison de 3, de préférence le soir en une seule prise en raison du risque de sensation d'ébriété. Il peut cependant être aussi responsable d'insomnie ou de cauchemars. Il existe aussi un risque de réaction d'intolérance cutanée ;

Les inhibiteurs de protéase, mis à disposition durant l'année 1996, ont représenté un progrès important en raison de leur grande efficacité. Ils sont toujours associés à des inhibiteurs de la transcriptase-inverse :

- *le saquinavir* se présente en gélules sous le nom d'Invirase® et en gélules souples sous le nom de Fortovase®. La mauvaise absorption d'Invirase® et sa moindre efficacité par rapport aux autres inhibiteurs de protéase lui font préférer Fortovase®. Ce dernier n'est actuellement disponible qu'en ATU. Les deux formes peuvent entraîner nausées, vomissements ou diarrhée. La posologie d'Invirase® est de 3 gélules 3 fois par jour et celle de Fortovase® est de 6 gélules 3 fois par jour. Les gélules doivent être prises pendant les repas ;
- *le ritonavir (Norvir®)* se présente en gélules qu'il faut conserver au froid ou en solution buvable. Il faut prescrire des doses quotidiennes croissantes de 6 jusqu'à 12 gélules du 1^{er} au 5^e jour et poursuivre à cette posologie à raison de 6 gélules pendant les repas du matin et du soir. Les principaux effets indésirables peuvent être des nausées, des vomissements, de la diarrhée, une paresthésie péri-buccale, une neuropathie périphérique, une élévation des triglycérides, du cholestérol ou de l'uricémie et un risque de saignement chez l'hémophile ;
- *l'indinavir (Crixivan®)* se prend à raison de 2 gélules toutes les 8 heures, soit 3 fois par jour, à jeun (1 heure avant ou 2 heures après les repas). Il est indispensable de boire 1,5 l à 2 l d'eau par jour, surtout pendant les 30 minutes qui suivent chacune des 3 prises. Cette précaution est indispensable pour éviter le risque d'apparition de microlithiases urinaires responsables de crises douloureuses de coliques néphrétiques et celui de néphropathie ;
- *le nelfinavir (Viracept®)* se présente en comprimés qu'il faut prendre à raison de 3 au moment de chacun des 3 principaux repas. Il est surtout responsable de diarrhée.

Toutes les antiprotéases peuvent entraîner des phénomènes d'interactions médicamenteuses en modifiant l'activité du foie. Elles peuvent accélérer ou, au contraire, ralentir l'élimination d'autres médicaments pris en même temps. Ces derniers peuvent alors perdre de leur efficacité ou devenir toxiques. Les médicaments concernés sont nombreux et certains sont d'usage fréquent tels que Di-Antalvic®, Propofan®, Tranxène®, Halcion®, Stilnox®, Teldane®, etc... Les patients et les médecins doivent en être informés.

Au total, il est évident que les trithérapies représentent des traitements contraignants et éventuellement mal tolérés. Elles peuvent être difficiles à suivre et une mauvaise observance est toujours possible, risquant de rendre le traitement moins efficace et de faciliter l'émergence de virus mutants résistants qui peuvent compromettre l'avenir thérapeutique. Tout patient ne peut pas (ou ne veut pas) avaler jusqu'à plus de 30 comprimés ou gélules parfois volumineux chaque jour (le plus souvent autour de 15 par jour) à des rythmes variables selon les médicaments. En outre, certains doivent être pris à jeun et d'autres pendant les repas. On comprend aisément qu'il soit parfois préférable de se contenter d'une bithérapie (2 comprimés par jour seulement dans le cas du Combivir®) plutôt que de vouloir imposer une trithérapie qui risquera d'être mal suivie.

Toutes ces thérapeutiques nécessitent des consultations régulières pour en évaluer l'efficacité clinique et biologique et en apprécier la tolérance. C'est en suivant régulièrement les patients qu'il sera possible d'adapter les traitements et de changer de médicaments chaque fois que nécessaire.

ANNEXE 2

LA SUBSTITUTION

La très grande vulnérabilité des personnes toxicomanes face aux risques de transmission du VIH est clairement apparue dans le milieu des années 80.

Les modes d'utilisation des produits injectables présentaient de grands risques de contamination. Alors est née la notion de réduction des risques. Il s'agissait de développer des actions visant à réduire les risques de contamination en donnant aux toxicomanes les moyens d'utiliser, par exemple, des seringues propres (Programmes d'échange de seringues).

Par ailleurs, la méthadone et la buprénorphine ont obtenu leur autorisation de mise sur le marché le 31 mars 1995. La mise à disposition de ces deux produits a permis d'entrer dans une approche nouvelle du traitement de la toxicomanie. Comme le disent les auteurs de La Méthadone et les traitements de substitution (1) : « nous sommes passés d'une idéologie de la rupture et de la marginalité à une idéologie de l'intégration ».

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION PRINCIPALEMENT UTILISÉS EN FRANCE :

La méthadone - Méthadone®

La méthadone est un opiacé de synthèse. Il s'agit de la première substance ayant obtenu une AMM, employée dans les traitements de substitution. Elle est proposée dans le cadre d'un traitement de la pharmacodépendance majeure aux opiacés.

La méthadone se présente sous forme de sirop, délivrée quotidiennement dans un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST). Ainsi, la personne accédant à un traitement de substitution par la méthadone est soutenue par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...

Le cadre est généralement strict au départ du traitement, pour s'orienter vers un allègement préalable à une certaine stabilisation (plusieurs critères définissent cette stabilisation : dosages de méthadone stables, contrôles urinaires négatifs aux opiacés, minimum de stabilité sociale, amélioration de l'équilibre personnel).

Ainsi avec cette stabilisation, le médecin du CSST peut négocier avec son patient un "passage en ville". Le patient sous traitement pourra alors être pris en charge par un médecin traitant (choisi par le patient). Il s'agit le plus souvent d'un médecin appartenant à un réseau ville-hôpital toxicomanie. La dispensation de la méthadone se fera alors dans une pharmacie d'officine qui sera contactée par le médecin généraliste. Le nom du pharmacien ayant accepté la dispensation sera alors mentionné sur le carnet à souches.

La buprénorphine à haut dosage - Subutex®

Il s'agit d'un dérivé hémisynthétique issu de la recherche sur les dérivés de la thébaïne. La buprénorphine se présente soit sous la forme de Temgésic® prescrit dans le traitement de la douleur, soit sous une forme à haut dosage, le Subutex® seul à avoir reçu une AMM pour le traitement de substitution.

Le Subutex® peut être recommandé comme premier essai de traitement de substitution, particulièrement chez les héroïnomanes dont la dépendance est récente (inférieure à deux ans).

Le cadre d'utilisation est beaucoup plus souple (délivrance par le médecin traitant sans passer forcément par un CSST, prescription possible jusqu'à 18 jours, délivrance a priori dans toutes les pharmacies, et possibilité de voyage sans contrainte).

Il est à noter que le coût du Subutex® est plus élevé que celui de la méthadone.

Autres produits :

D'autres produits étaient utilisés avant l'arrivée de la méthadone ou de la buprénorphine. Il s'agissait principalement du Temgésic®, du Skénan®, du Moscontin® et du Dicotin®, principalement prescrits en médecine libérale. Cependant, ceux-ci ne s'équilibraient qu'avec deux à trois prises par jour.

Certains produits de type morphinique tels que le Néocodion® étaient souvent utilisés en produits d'autosubstitution entraînant une dépendance certaine.

Enfin, un autre produit, le LAAM, Orlaam®, est un dérivé de la méthadone. Il a obtenu l'autorisation de la Food and Drug Administration en 1994, mais il n'est pas autorisé à l'heure actuelle en France. Il présente une très longue durée d'action, ce qui permettrait une administration en deux prises par semaine.

RÉFÉRENCES :

(1) William Lowenstein, Laurent Gourarian, Anne Coppel, Bertrand Lebeau, Serge Hefez, *La Méthadone et les traitements de substitution*, Coll. « Conduites »

A. Charles-Nicolas, Didier Touzeau, C. Jacquot, *Les Traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Ed. Arnette