



MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques

n°56

La politique de lutte contre les épidémies carcérales dans les prisons françaises, 1944-1994



Détenu soigné à l'infirmerie de la maison d'arrêt de Fresnes, Henri Manuel, années 1930, M-24-011, École nationale d'administration pénitentiaire.

Jean-Lucien Sanchez,
chargé d'études en histoire
Laboratoire de recherche et d'innovation
de la Direction de l'administration pénitentiaire

Sommaire

I. Un risque épidémique sous contrôle - p. 2

L'urgence de la Libération - p. 2

Le dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes - p. 3

Les centres sanitaires - p. 5

II. L'épidémie de VIH-SIDA et la réforme de la politique de santé carcérale - p. 7

L'épidémie carcérale de VIH-SIDA - p. 7

L'affaire dite du « sang contaminé » dans les prisons - p. 10

Le don du sang en prison p. 10

L'affaire dite du « sang contaminé » p. 11

Conclusion - p. 14

L'épidémie de Covid-19 survenue au mois de novembre 2019 a entraîné la mise en place dans les prisons françaises de mesures sanitaires visant à la contenir¹. Elles reposaient principalement sur l'identification des détenus vulnérables, le confinement des cas suspects ou avérés et la réduction des mouvements et des regroupements en détention. Ces mesures se sont également accompagnées d'une baisse historique de la population carcérale. Entre le 16 mars et le 26 avril 2020, le nombre de détenus a diminué de 11 961, portant le chiffre des personnes incarcérées à 60 614, soit un taux de densité carcérale ramené à 99%. Ces différents leviers de contrôle du risque épidémique en prison constituent des outils que l'administration pénitentiaire a élaborés et utilisés tout au long de son histoire.

Au XIX^e siècle, l'amélioration des conditions d'hygiène, comme l'introduction de la douche par le docteur Merry Delabost à la prison Bonne Nouvelle de Rouen en 1873², permet une meilleure situation sanitaire des détenus. La construction de maisons d'arrêt et de justice sur un mode cellulaire à partir de 1836 y contribue également. L'encellulement assure effectivement une séparation stricte et interdit donc les contacts³. Il permet tout à la fois d'éviter les contagions physiques (maladies, épidémies, etc.) et morales (subversion politique, récidive, homosexualité, etc.)⁴. Le médecin chef de la prison de Mazas, construite en 1850 selon un modèle cellulaire, affirme que durant les quatorze années qu'il a servi dans cet établissement l'isolement des détenus les avaient protégés des multiples épidémies qui « décimaient les populations des quartiers environnants⁵. » Mais le régime cellulaire est abandonné en 1853 du fait de son coût élevé avant d'être à nouveau imposé par la loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales. Il est ainsi appliqué à peu d'établissements et la majorité d'entre eux offrent des conditions de détention en commun⁶. C'est donc surtout la baisse des effectifs carcéraux à partir de la fin du XIX^e siècle qui permet une diminution concomitante de la mortalité carcérale⁷. En 1880, l'effectif de la population totale des détenus atteint 54 596 individus pour environ 1 932 décès annuels, soit 3,50% de l'effectif total⁸. En 1939, il atteint 12 522 individus pour environ 139 décès, soit 1,11%⁹. Néanmoins, cette baisse s'enraye à partir de la Seconde Guerre mondiale et la population carcérale atteint 63 051 individus au 31 décembre 1945¹⁰.

La situation sanitaire des prisons françaises, vétustes et surpeuplées, est très préoccupante et l'administration pénitentiaire craint la survenue d'épidémies. Mais alors qu'elle redoutait au siècle précédent que les maladies venues de l'extérieur ne contaminent ses établissements, elle appréhende désormais qu'ils ne puissent devenir des foyers de contagion susceptibles de se propager au reste de la population. La population pénale, où les catégories sociales les moins favorisées sont surreprésentées, présente un état de santé particulièrement dégradé du fait de l'absence de soins ou de suivi médical avant l'incarcération¹¹. Ainsi, la prévalence de maladies contagieuses, comme la tuberculose et la syphilis, y est supérieure à celle rencontrée dans la population générale¹².

Face à ce nouveau risque, quelle politique sanitaire met en place l'administration pénitentiaire à partir de la Libération pour parvenir à contrôler les épidémies dans ses établissements ? Et contre quelles maladies en particulier ? Ce Cahier traite de l'histoire de la lutte contre les épidémies carcérales conduite par l'administration pénitentiaire de 1944 à 1994. Ces bornes chronologiques correspondent à la mise en œuvre d'une réforme pénitentiaire à partir de la Libération, marquée par un lent processus de « sanitarisation¹³ » des établissements pénitentiaires. Celui-ci entraîne un accroissement progressif du pouvoir exercé par l'institution médicale sur la santé en milieu carcéral au détriment de l'administration pénitentiaire.

¹ Ministère de la Justice, direction de l'administration, Audition du directeur de l'administration pénitentiaire par la mission sénatoriale de contrôle sur les mesures liées à l'épidémie de Covid-19, 29 avril 2020, Discours introductif de Stéphane Bredin, p. 5. URL : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/discours_DAP_avril2020_v2.pdf (consulté le 18 mai 2021).

² Hervé Dajon, « La douche, une invention d'un médecin des prisons, le docteur Merry Delabost », Criminocorpus [En ligne], Varia, mis en ligne le 26 janvier 2013, consulté le 17 février 2021. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/2006>

³ Michelle Perrot, Les ombres de l'histoire. Crime et châtement au XIX^e siècle, Paris, Flammarion, coll. Champs, 2001, p. 186.

⁴ Elsa Besson, « Quand la cellule devient la norme. Théories de l'architecture carcérale au XIX^e siècle », Métropolitiques, 22 janvier 2018, consulté le 20 mai 2021. URL : <https://metropolitiques.eu/Quand-la-cellule-devint-la-norme-Theories-de-l-architecture-carcerale-au-XIXe.html>

⁵ Situation du service pénitentiaire au 1^{er} mars 1885 (pages 21 à 134). Application du régime d'emprisonnement individuel en France. Note du médecin en chef, Ministère de l'Intérieur, Code pénitentiaire, Melun, Imprimerie administrative, 1890, t. X, p. 37.

⁶ Ce qui n'entraîne pas pour autant de flambées épidémiques au cours du XIX^e siècle, à l'exception de la tuberculose, voir Jacques-Guy Petit, Ces peines obscures. La prison pénale en France (1780 - 1875), Paris, Fayard, 1990, p. 528-531.

⁷ Sur les origines de cette baisse, voir Robert Badinter, La prison républicaine (1871-1914), Paris, Fayard, coll. Histoire, 1992, p. 340.

⁸ Ministère de l'Intérieur, Statistique pénitentiaire pour l'année 1880, Paris, Société d'imprimerie administrative Paul Dupont, 1883, p. IV, XXXIII, LVI, LXXXI, LXXXII et XCVI.

⁹ Ministère de la Justice, Statistique pénitentiaire pour l'année 1939, Melun, Imprimerie administrative, 1947, p. 6, 30 et 281.

¹⁰ Mais le nombre décès annuels demeure faible et atteint 444 individus, soit 0,70% de l'effectif, Ministère de la Justice, Statistique pénitentiaire pour l'année 1945, Melun, Imprimerie administrative, 1947, p. 8, 30 et 62.

¹¹ Aude-Emmanuelle Develay, Charlotte Verdout, Isabelle Grémy, « Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations », Santé Publique, 2015/4 (Vol. 27), p. 491-502. DOI : 10.3917/spub.154.0491. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-491.htm> (consulté le 10 juillet 2021).

¹² En 1966, 50 008 détenus sont examinés à la radioscopie systématique (sur 115 650 détenus, soit 50,16% de l'effectif) et 446 tuberculeux sont dépistés. Sur l'ensemble de la population française, évaluée à 49 150 200 habitants en 1966, 1 750 000 dépistages sont effectués (soit 3,56% de la population totale). Le pourcentage de tuberculeux est de l'ordre de 144 cas pour 100 000 habitants dans la population française, alors qu'il s'élève à 385 cas pour 100 000 dans la population pénale, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1966, Melun, imprimerie administrative, 1966, p. 10. Quant à la syphilis, les prisons fournissent le tiers des cas dépistés dans toute la France en 1968, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1968, Melun, imprimerie administrative, 1968, p. 11.

¹³ Meoïn Hagège, Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou l'hépatite C en Île-de-France, thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2016, p. 53.

Ce Cahier repose essentiellement sur l'exploitation d'archives versées par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) aux Archives nationales (AN)¹⁴. Ces fonds permettent d'apprécier la politique sanitaire élaborée par la DAP et son application à l'échelle des établissements et des régions pénitentiaires. Cette politique est mise en œuvre par une « médecine pénitentiaire » qui, comme l'a analysé Éric Farges¹⁵, se structure progressivement à partir des années 1960 jusqu'aux années 1980. Cette médecine qui s'articule autour de médecins « auxiliaires » et d'établissements pénitentiaires médicaux permet de contrôler les maladies contagieuses en prison jusqu'au milieu des années 1980 (I). Mais l'irruption du virus de l'immunodéficience humaine et du syndrome de l'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) entraîne à partir de 1985 une crise de ce modèle qui se révèle inadapté pour parvenir à contenir cette nouvelle épidémie carcérale (II).

I. Un risque épidémique sous contrôle

Face à la « faillite quasi-complète du régime pénitentiaire français¹⁶ », le directeur de l'administration pénitentiaire, Paul Amor, propose en 1945 une réforme ambitieuse en quatorze points. Le premier affirme que la peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné. La réalisation de cet objectif est corrélée à un vaste programme de modernisation de l'administration pénitentiaire qui porte tout à la fois sur ses bâtiments, ses équipements, ses méthodes, son personnel et son organisation du travail¹⁷. Le point 10 indique que tout établissement doit comporter un service médico-psychologique. La santé physique et mentale des détenus constitue désormais le « premier stade de leur reclassement social et de leur relèvement moral¹⁸ » et forme un des fondements de la réforme pénitentiaire¹⁹. Celle-ci repose notamment sur un processus d'évaluation qui vise à orienter les détenus vers des établissements pénitentiaires en fonction de leur profil et de leur état de santé²⁰. À partir de 1951, les règles a minima pour le traitement des détenus élaborées par la commission internationale pénale et pénitentiaire à la demande de l'organisation des Nations

Unies préconisent d'assurer la séparation des détenus suspects d'être atteints de maladies infectieuses ou contagieuses²¹. Pour parvenir à cet objectif, l'administration pénitentiaire met en place une politique sanitaire qui repose principalement sur le dépistage obligatoire et l'isolement des détenus contaminés.

L'urgence de la Libération

Le contexte de l'immédiat après-guerre est marqué par des établissements pénitentiaires en situation de surpopulation du fait des condamnations prononcées par les cours de justice²². Cette situation, couplée aux difficultés d'approvisionnement des prisons, fait craindre la survenue d'épidémies :

« Cette nécessité est devenue plus impérieuse dans les circonstances actuelles où l'encombrement des prisons a engendré un excessif entassement des détenus et où la sous-alimentation diminue la capacité de résistance de l'organisme, en sorte que la moindre épidémie pourrait prendre une ampleur et entraîner des conséquences redoutables²³. »

En avril 1945, les médecins-lieutenants Duhamel et Mercier du ministère de la Santé publique effectuent une inspection sanitaire des prisons françaises et le rapport qu'ils rédigent dépeint des établissements pour la plupart très dysfonctionnels. À la maison d'arrêt d'Auxerre, les « installations sanitaires sont insuffisantes : douches rudimentaires, sans chauffage, lavabos quasi-inexistants²⁴. » ; à Valence, les détenus dorment sur de la paille, manquent de brocs et de gamelles, les tinettes y sont insuffisantes et mal désinfectées et le « danger d'épidémie » y est jugé élevé ; à Nîmes, les médecins préconisent « absolument de fermer le quartier disciplinaire, vestige des geôles du Moyen-Âge, qui constitue une menace grave pour la santé des nombreux détenus qui y sont enfermés » ; à Béziers, les « tinettes sont infectes » ; Albi ne compte qu'une seule pomme de douche ; Cahors est une « maison vétuste et incommode » ; Agen est une « maison humide et les paillasses sont sur le sol » ; à Bayonne les « locaux sont dangereux par leur manque d'hygiène, sans infirmerie » ; etc.

¹⁴ Il s'agit des dossiers de principe de la DAP (1932 - 1981) côtés 19960136/1-197, 19960279/1-66 et 19970394/1-16 ; des dossiers de fonctionnement des établissements pénitentiaires (1945-1984) côtés 19960148/1-266 ; et du fonds du cabinet de la garde des Sceaux Marylise Lebranchu (1997-2002) côté 20030010/1-195.

¹⁵ Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, thèse de doctorat de Sciences politiques, Université Lumière Lyon 2, juin 2013, p. 68 et suiv.

¹⁶ « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », *Revue pénitentiaire et de droit pénal. Bulletin de la Société générale des prisons*, n°1, janvier-mars 1947, p. 9.

¹⁷ Sur cette réforme, voir Hinda Hedhili-Azéma, « La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945 », *Criminocorpus* [En ligne], L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité, Partie 1- La réforme pénitentiaire de 1945 : l'amendement du condamné, mis en ligne le 9 septembre 2019, consulté le 9 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/6244>

¹⁸ Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, Administration pénitentiaire, Rapport présenté par M. Robert Petit, inspecteur général de l'administration, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, Rapport annuel sur l'exercice 1950, Melun, Imprimerie administrative, p. 110.

¹⁹ Voir Bruno Milly, *Soigner en prison*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Sociologies, 2001, p. 82.

²⁰ Voir Jean-Lucien Sanchez, « Les débuts du fonctionnement du Centre national d'orientation », *L'évaluation des personnes placées sous main de justice : genèse, usages, enjeux. Actes des journées d'études internationales de la Direction de l'administration pénitentiaire des 10 et 11 octobre 2019*, Paris, ministère de la Justice, coll. Travaux & Documents, n°89, 2020, p. 13 et suiv.

²¹ *Projet d'ensemble de règles a minima pour le traitement des détenus élaboré par la commission internationale pénale et pénitentiaire à la demande de l'Organisation des Nations Unies*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, Année 1952, Rapport annuel sur l'exercice 1951, Melun, Imprimerie administrative, 1952, p. 159.

²² Bénédicte Vergez-Chaignon, *Vichy en prison. Les épurés à Fresnes après la Libération*, Paris, Gallimard, coll. La suite des temps, 2006, p. 72 et suiv.

²³ Annexe n°16. Mesures destinées à éviter et à dépister les épidémies, le directeur de l'administration pénitentiaire et des services de l'éducation surveillée, Paul Amor, 22 février 1945, « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », op. cit., p. 83.

²⁴ Rapport au directeur de l'administration pénitentiaire concernant une inspection sanitaire des prisons faite par le médecin-lieutenant Duhamel et le médecin-lieutenant Mercier, du ministère de la Santé publique, au cours de la première quinzaine du mois d'avril 1945, 3 mai 1945, AN 19960279/30.

Cet état sanitaire déplorable des maisons d'arrêt provient notamment du fait qu'elles sont la propriété des départements qui ont tout à la fois la charge de les construire et de les entretenir. Or, beaucoup de Conseils généraux considèrent cette obligation comme injuste et négligent leur mission. Une ordonnance du 30 décembre 1944 permet donc aux départements de céder gratuitement leurs prisons à l'État. Elle leur attribue également une subvention de 10 millions de francs pour pouvoir conduire rapidement des travaux d'hygiène.

Ce transfert d'établissements s'accompagne d'un plan de modernisation qui permet au directeur de l'administration pénitentiaire d'affirmer en 1947 que chaque établissement est en mesure d'offrir une douche hebdomadaire aux détenus.

En parallèle, une commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires est établie au ministère de la Justice le 17 décembre 1945²⁵. Elle compte parmi ses membres des médecins issus du ministère de la Santé publique. En ce qui concerne le typhus, des équipes de la Croix-Rouge procèdent depuis 1943 à des campagnes d'épouillage dans les prisons. Le pou est effectivement le principal vecteur du typhus et les équipes se déplacent équipées d'un matériel mobile composé d'une étuve et d'un appareil à douches²⁶. Ces campagnes se poursuivent à la Libération mais la désinsectisation dispose d'un nouvel outil grâce à l'introduction en France par les Américains du dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT). Les médecins de la commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires proposent donc de former des agents de l'administration pénitentiaire à sa mani-

pulation. Cet insecticide est largement pulvérisé dans les prisons françaises pour procéder à la destruction des poux et éviter ainsi les épidémies de typhus²⁷.

Le dépistage de la tuberculose et des maladies vénériennes

À côté de ces mesures dictées par l'urgence, l'administration pénitentiaire dote chacun de ses établissements d'un service médical qui constitue le véritable pivot de sa politique sanitaire. La circulaire du 6 mars 1946, qui organise le service des médecins intervenant en milieu carcéral, indique qu'ils doivent visiter tous les détenus arrivant et dépister s'ils sont porteurs de maladies contagieuses : en ce cas, ils ont l'obligation de les orienter vers l'infirmerie de la prison, un hôpital ou un centre antivénérien et d'isoler les tuberculeux. Dépendants hiérarchiquement de l'administration pénitentiaire qui peine à les recruter en nombre suffisant, ils sont payés à la vacation, en règle générale une par semaine à jour fixe, ce qui ne leur permet pas d'assurer le dépistage systématique de tous les entrants en maisons d'arrêt. De ce fait, leur compétence en matière de dépistage va être progressivement externalisée.

Les principales maladies infectieuses qui affectent les détenus sont la tuberculose et la syphilis. En 1967, l'administration détaille pour la première fois dans son rapport annuel les maladies dont souffrent les 31 162 détenus incarcérés grâce à une enquête conduite auprès de ses médecins. Hormis la tuberculose et la syphilis, les autres maladies infectieuses dépistées sont négligeables :

Nature des maladies infectieuses dépistées	Hommes	Femmes	Total	Total
Typhoïde	1	0	1	0,003 %
Diphthérie	1	0	1	0,003 %
Érysipèle	1	0	1	0,003 %
Oreillons	8	0	8	0,025 %
Fièvre de Malte (Casabianda)	1	0	1	0,003 %
Maladies pulmonaires (sans la tuberculose)	3 567	95	3 662	11,75 %
Tuberculose	380	18	398	1,27 %
Syphilis	1 698	111	1 809	5,80 %

Source : Ministère de la Justice, administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1967, Melun, Imprimerie administrative, 1967, p. 112.

²⁵ Annexe N° 20. Commission interministérielle de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires, « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », op. cit., p. 93.

²⁶ 21 octobre 1943. Circulaire pour messieurs les directeurs des services extérieurs relative à l'épouillage des détenus par les services de la Croix-Rouge, Code pénitentiaire, op. cit., T. XXIX, 1949, p. 314 et suiv.

²⁷ Annexe N° 19. Désinsectisation. Emploi de la poudre insecticide D.D.T., directeur de l'administration pénitentiaire, 5 septembre 1945, « Conseil supérieur de l'Administration pénitentiaire. Séance du 30 janvier 1946 », op. cit., p. 87-90.

La tuberculose et la syphilis constituent donc alors les deux principales maladies ciblées par la stratégie de dépistage obligatoire mise en place par l'administration pénitentiaire à l'entrée de ses établissements. En ce qui concerne la tuberculose, cette affection est à l'origine de près de 53 des 142 décès recensés chez les détenus durant l'année 1945, soit 37,3% de l'effectif²⁸. Cette situation fait craindre à l'administration pénitentiaire que les prisons ne deviennent de véritables foyers de contagion et un danger pour le reste de la population :

«Le ministère de la Justice et le ministère de la Santé publique se sont émus de cette situation qui constitue un grave danger pour l'ensemble de la population. L'encombrement des prisons ne permet pas la plupart du temps de séparer les détenus tuberculeux des autres non atteints. Il est donc non seulement impossible de les soigner mais leur présence constitue un risque de contagion pour leurs codétenus et par conséquent des foyers de contamination pour l'ensemble de la population²⁹.»

La prison est effectivement un « espace clos et poreux³⁰ » où les détenus et le personnel ainsi qu'un grand nombre d'agents (aumôniers, familles, policiers, avocats, etc.³¹) entrent et sortent quotidiennement. Ils peuvent donc y contracter la tuberculose et la disséminer à l'extérieur. L'administration pénitentiaire ordonne le 20 juin 1945 un dépistage massif de la tuberculose par examen radioscopique de tous les détenus, notamment des arrivants³². Ce dépistage doit être effectué par des extractions de détenus vers des centres de dépistage antituberculeux ou des examens effectués dans les établissements par des camions itinérants. Mais l'application de cette circulaire entraîne de nombreuses difficultés sur le terrain. Le directeur régional des services pénitentiaires de Lille (DRSP) signale qu'il n'a pu faire procéder à ce dépistage que pour les seuls détenus de la prison de Loos et ce grâce au prêt d'un appareil radiographique par la Croix-Rouge³³. À la maison d'arrêt de Caen, le médecin ne dispose pas des moyens suffisants pour pouvoir l'effectuer :

«Examen radioscopique de tout le personnel occupant, soit 720 détenus. Avec quel matériel dans une ville à peu près totalement sinistrée et dépourvue de presque tout appareillage ? À l'aide de quels moyens de transport ? Lorsque la nécessité s'en fait sentir, je demande un examen radioscopique pour un ou plusieurs détenus. L'hôpital qui seul dispose de cet appareillage, me fixe un rendez-vous à quelques jours de là, encombré qu'il est par la population, les déportés, les prisonniers et requis rapatriés³⁴.»

Le surveillant-chef de la maison d'arrêt d'Évreux indique lui aussi que le dispensaire antituberculeux local ne peut lui offrir ses services car il ne parvient déjà pas à suffire aux besoins des prisonniers et des déportés³⁵. En outre, comment conduire les détenus dans ces centres de dépistage avec un personnel en nombre insuffisant pour les encadrer ? Le DRSP de Châlons-sur-Marne signale que sur les huit établissements de sa circonscription, seules les maisons d'arrêt de Châlons-sur-Marne et Reims sont en mesure de radiographier les détenus à l'aide d'un appareil portatif. Pour les autres, le transfert vers les villes est impossible du fait d'un trop grand nombre de détenus et du faible nombre de policiers disponibles pour les escorter³⁶. Pour pallier cette situation, les services radioscopiques ambulants de la Croix-Rouge, de l'Aide américaine à la France ou du ministère de la Santé publique effectuent des visites périodiques dans les petites maisons d'arrêt.

À partir du mois de mai 1948, les résultats du dépistage de la tuberculose et, plus largement, de tout ce qui a trait à l'état mental ou physique des « détenus condamnés définitifs ayant à subir une peine de plus d'un an de prison » doivent être consignés sur une fiche médicale. Celle-ci est conservée à l'infirmerie de l'établissement pénitentiaire et doit suivre le détenu en cas de transfert³⁷. Puis le code de procédure pénale adopté en 1959 révisé l'organisation du dépistage obligatoire de la tuberculose en détention³⁸. Face aux difficultés que rencontrent les médecins des établissements pour le réaliser, il est désormais effectué par les services départementaux d'hygiène sociale et chaque détenu doit subir au préalable une cuti-réaction. Si celle-ci s'avère positive, il fait alors l'objet d'un examen radioscopique ou radiographique. Enfin, la vaccination par le vaccin bilingue de Calmette et Guérin (BCG)³⁹ peut être réclamée par les détenus âgés de moins de 25 ans. Une circulaire du 14 août 1962 transfère donc la compétence du dépistage de la tuberculose des détenus au ministère de la Santé publique. En pratique, les détenus des petites maisons d'arrêt sont toujours extraits pour être dépistés dans des dispensaires antituberculeux ou sont radiographiés par des camions itinérants. Mais dans les établissements de plus de 100 détenus, un médecin agréé par le ministère de la Santé publique se rend sur place pour effectuer le dépistage systématique des entrants à l'aide d'un poste de radioscopie dont les dotations se développent à partir de 1963 grâce à un plan d'équipement.

²⁸ Ministère de la Justice, Statistique pénitentiaire pour l'année 1945, op. cit., 1947, p. 31.

²⁹ Note concernant la location au ministère de la Justice du préventorium de Liancourt (Oise) pour l'utiliser comme sanatorium pour détenus tuberculeux, AN 19960279/10.

³⁰ Olivier Milhaud, Séparer et punir. Une géographie des prisons françaises, Paris, CNRS Éditions, 2017, p. 37.

³¹ Pour une typologie des différents groupes d'acteurs interagissant en prison, voir Philippe Combessie, Prisons des villes et des campagnes, Paris, Les Éditions de l'Atelier, coll. Champs pénitentiaires, 1996, p. 65 et suiv.

³² Circulaire du directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire, Détenus tuberculeux, 20 juin 1945, AN 19960279/39.

³³ Le directeur régional des services pénitentiaires et de l'éducation surveillée au garde des Sceaux, Examen radioscopique de la population pénale, 28 septembre 1945, AN 19960279/10.

³⁴ Le docteur J. James au directeur régional pénitentiaire de Rouen, 1^{er} juillet 1945, AN 19960279/10.

³⁵ Le surveillant-chef de la maison d'arrêt d'Évreux au directeur de la région pénitentiaire de Rouen, 5 juillet 1945, AN 19960279/10.

³⁶ Le directeur régional des services pénitentiaires et de l'éducation surveillée de Châlons-sur-Marne au ministre de la Justice, 17 août 1945, AN 19960279/10.

³⁷ Le directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux des services pénitentiaires, fiche médicale des détenus, 23 mars 1950, AN 19960279/30.

³⁸ Ministère de la Justice, administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1959, Melun, Imprimerie administrative, 1960, p. 44 et suiv.

³⁹ À partir de 1968, les détenus âgés de moins de 30 ans sont également obligatoirement vaccinés contre la poliomyélite.

En ce qui concerne le dépistage des maladies vénériennes, celui-ci est organisé dans les établissements pénitentiaires par une circulaire du 15 juin 1922. L'ordonnance du 18 juillet 1945 renforce ce contrôle en soumettant d'office à un examen tous les détenus condamnés⁴⁰. Les prévenus ne sont soumis à cet examen que si l'administration pénitentiaire et l'autorité sanitaire considèrent qu'il existe des «présomptions, graves, précises et concordantes» qu'ils sont atteints de maladies vénériennes. Par la suite, l'article L. 273 du code de la santé publique rend obligatoire pour tous les détenus l'examen et le traitement des maladies vénériennes⁴¹. La loi du 18 août 1948 organise la lutte contre les maladies vénériennes en créant des dispensaires antivénériens dans chaque département et des services hospitaliers de vénérologie dans chaque chef-lieu de département. Ces structures sont chargées d'assurer la prophylaxie et le traitement des maladies vénériennes à l'échelle de chaque département, prisons incluses. Une circulaire du 13 janvier 1949 transfère ainsi aux médecins-chefs des services départementaux de lutte antivénérienne ou aux médecins et aux assistantes sociales spécialisées des dispensaires antivénériens la charge du dépistage et du traitement des maladies vénériennes des détenus. Mais ces transferts ne se font pas sans créer des tensions. Le docteur Bodet, médecin de la maison centrale de Poissy, est agréé depuis 1922 par l'Institut prophylactique pour y diriger le service antivénérien de l'établissement. Celui-ci vit très mal le fait de se voir déposséder de ce service par le docteur Glasser, médecin désigné par l'office d'hygiène départementale pour diriger le service antivénérien de la maison centrale de Poissy à partir du 1^{er} février 1947. Bodet ne saisit pas que, en application de la circulaire du 13 janvier 1949, le préfet a simplement transféré la gestion de ce service au service départemental antivénérien. Et il perçoit cette nomination comme une manœuvre opaque et refuse donc de céder sa place :

«Je vous informe donc, mon cher confrère, que je continuerai à assurer ce service tant que je n'aurai pas reçu l'ordre de l'abandonner de mes chefs. Je pense qu'il y aurait intérêt à ce que la question fut réglée franchement à l'échelon supérieur, c'est-à-dire entre vos services et ceux de l'Institut prophylactique, plutôt que par les manœuvres obliques qui ont jusqu'à présent présidé à ce genre d'opération⁴².»

Bien qu'obligatoire, la pratique du dépistage antivénérien peut également se heurter au refus des détenus. En 1959, le médecin-chef des services antivénériens de Seine-et-Oise se plaint ainsi que des détenus «français musulmans» refusent de subir des examens et des traitements antivénériens⁴³. Dans les faits, ces Algériens issus des rangs du Front de libération national poursuivent un important mouvement de grève de la faim et des soins

médicaux afin d'obtenir un régime de détention politique. Et leur refus prend fin le 4 août 1959 avec l'octroi de ce régime dit de catégorie A⁴⁴.

En ce qui concerne les femmes détenues, qui représentent un faible pourcentage de la population pénale⁴⁵, l'article 3 de la loi du 13 avril 1946 tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme prévoit un emprisonnement de six mois à cinq ans contre toute personne accusée de racolage sur la voie publique. Ces femmes qui se prostituent doivent être obligatoirement soumises à un examen dans un centre de traitement antivénérien. De ce fait, dès leur procédure d'écrou effectuée, elles sont transférées vers un hôpital désigné par le ministère de la Santé publique où elles sont soumises à un examen médical complet. Si elles sont reconnues «saines», elles regagnent leur établissement. Si elles sont reconnues atteintes d'une «maladie vénérienne sous forme contagieuse», elles doivent rester à l'hôpital jusqu'au moment où le médecin-chef du service antivénérien et le médecin de l'établissement pénitentiaire reconnaissent d'un commun accord que le traitement peut être poursuivi en prison. En outre, les femmes condamnées pour prostitution doivent obligatoirement être séparées des autres détenues pendant leur incarcération.

Les centres sanitaires

Si le premier volet de la politique sanitaire mise en œuvre par l'administration pénitentiaire repose sur le dépistage des maladies contagieuses, le second volet repose lui sur l'isolement des détenus contaminés. Le 13 novembre 1944, le directeur de l'administration pénitentiaire adresse une circulaire aux DRSP leur précisant des mesures à prendre pour lutter contre la tuberculose. Parmi ces consignes figure celle d'assurer l'isolement des détenus tuberculeux, notamment dans les établissements au régime en commun où ils doivent être regroupés et séparés du reste de la détention et ne pas être employés aux services généraux⁴⁶. D'ordinaire, les détenus tuberculeux sont placés dans des cellules spéciales des infirmeries pénitentiaires ou isolés dans des cellules ou des dortoirs. Mais leur présence en détention fait toujours craindre des risques d'épidémies susceptibles de s'étendre au reste de la population :

«[...] on ne saurait se dissimuler qu'il subsiste de graves dangers de contagion tant pour le reste de la population pénale prédisposée à la tuberculose par les conditions de vie en prison, que pour le personnel pénitentiaire en contact journalier avec les malades, et même pour la population extérieure qui se rend dans les établissements (avocats, visiteurs, fournisseurs, etc.)⁴⁷».

⁴⁰ Traitement et prophylaxie des maladies vénériennes dans les établissements pénitentiaires, AN 19960279/5.

⁴¹ Direction de l'administration pénitentiaire, bureau de l'application des peines, note au directeur de la maison centrale de Fontevault, 7 février 1959, AN 19960136/116.

⁴² Le docteur Bodet au médecin directeur de la santé de Seine-et-Oise, 4 septembre 1947, AN 19960279/5.

⁴³ Le garde des Sceaux au ministre de la Santé publique et de la population, 21 août 1959, AN 19960136/116.

⁴⁴ Voir Fanny Layani, « Ce que la guerre fait aux prisons. L'impact de la guerre d'indépendance algérienne sur les prisons de métropole », Criminocorpus [En ligne], L'administration pénitentiaire, 1945, 1975, 2015. Naissance des réformes, problématiques, actualité, Partie 1- La réforme pénitentiaire de 1945 : l'amendement du condamné, mis en ligne le 09 septembre 2019, consulté le 21 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/criminocorpus/6274>

⁴⁵ De 1946 à 1971, les femmes représentent en moyenne un peu moins de 7% de la population pénale, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1970, Melun, Imprimerie administrative, 1970, p. 292.

⁴⁶ Le directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux, Mesures à prendre pour combattre le développement de la tuberculose dans les établissements pénitentiaires, 13 novembre 1944, AN 19960279/10.

⁴⁷ Le garde des Sceaux au ministre de la Santé publique, 18 avril 1945, AN 19960279/10.

En outre, la configuration des infirmeries des établissements pénitentiaires ne permet pas une prise en charge médicale adéquate des tuberculeux. Lorsque leur état s'aggrave, les médecins n'ont souvent guère d'autre possibilité que de les transférer vers des hôpitaux. Ceci pose des problèmes du fait du manque de places pour les y recevoir et des risques d'évasion que ces extractions engendrent. L'administration pénitentiaire craint en outre que les détenus hospitalisés ne simulent leur état pour pouvoir prolonger leur séjour et que les médecins hospitaliers, par complicité ou tromperie, ne leur prêtent crédit. D'où la possibilité offerte aux médecins des établissements pénitentiaires par la circulaire du 6 mars 1946 de pouvoir visiter les détenus malades hospitalisés. Mais cette modalité n'est pas sans créer des tensions avec le personnel médical hospitalier, comme en témoigne le DRSP de Toulouse :

«15 hommes et 10 femmes sont en traitement à l'hôpital, effectif beaucoup trop élevé étant donné l'organisation du service médical de la prison. J'ai multiplié mes interventions pour que soit porté remède à cet état de choses mais je me suis heurté à la mauvaise volonté de M. le médecin-chef de service de l'hôpital qui a été jusqu'à interdire l'entrée des salles où ces condamnés sont enfermés (je ne dis pas «soignés») au médecin de la maison d'arrêt de Toulouse, qui se trouve ainsi dans l'impossibilité d'exécuter les prescriptions ministérielles de la circulaire du 6 mars 1946. J'ai effectué plusieurs démarches à ce sujet auprès de M. le préfet mais celles-ci sont jusqu'à ce jour demeurées sans résultat⁴⁸.»

Ces hospitalisations représentent en outre un coût important pour l'administration pénitentiaire. Ainsi, à l'instar de la Belgique, la DAP décide de se doter d'un sanatorium pénitentiaire. Cette solution lui permet d'isoler les détenus tuberculeux dans une structure adaptée tout en les conservant sous son contrôle. À cet effet, le ministère de la Santé publique consent à lui louer un préventorium destiné initialement à des enfants construit sur un vaste domaine de 32 hectares, situé à Liancourt dans l'Oise. Les détenus tuberculeux susceptibles de guérison⁴⁹ y sont envoyés à partir du mois de février 1947. Les dossiers doivent être adressés à la DAP qui se charge ensuite de les transmettre au médecin-chef du sanatorium⁵⁰. D'une capacité de 370 lits, il comprend trois bâtiments : le premier accueille un hospice pour des détenus âgés ; le second accueille un sanatorium pour des détenus tuberculeux ; et le troisième accueille des détenus tuberculeux stabilisés⁵¹. Le centre sanitaire de Liancourt dispose également d'un laboratoire bactériologique, d'un cabinet dentaire et d'une salle d'opération chirurgicale.

Mais Liancourt ne peut pas accueillir les détenus tuberculeux les plus gravement atteints et les établissements n'ont alors toujours pas d'autre choix que de les orienter vers des hôpitaux. C'est le cas notamment du centre pénitentiaire des Hauts-Clos qui renvoie des détenus tuberculeux «mourants» chez eux ou qui les adresse à l'hôpital de Troyes :

«Le 26 octobre dernier, j'ai eu l'honneur et le regret de porter à votre connaissance le retour dans ma commune d'un jeune interné aux Hauts-Clos à Troyes, y ayant contracté la tuberculose. À l'époque je vous signalais le fait, persuadé que les mauvais traitements de cette prison étaient inconnus en haut lieu et qu'il était possible peut-être d'apporter des améliorations dans la manière de traiter les sujets et de soigner les malades. Maintenant mon appel se fait plus pressant encore écho d'une population indignée - Yves [...] est mort le 28 novembre, un mois après son arrivée dans les souffrances d'un pulmonaire au dernier degré, risquant de contaminer les siens. [...]. Encore une fois, je fais appel à la justice de la France :

1. Est-il normal que des prisonniers fautifs mais non meurtriers soient traités de telle sorte qu'ils contractent la tuberculose ?
2. Est-il normal que l'on garde des sujets atteints trop longtemps pour qu'ils ne soient renvoyés chez eux que mourants ?
3. Est-il normal qu'ils meurent lentement, contaminant les leurs ?

Pour mon jeune administré, la Justice de France ne peut plus rien, mais pour ses camarades, je demande des améliorations possibles⁵².»

Pour pallier cette situation, les détenus tuberculeux les plus gravement atteints sont envoyés à partir du mois de novembre 1946 dans une «infirmerie spéciale pour les tuberculeux osseux et ganglionnaires» (ISTOG) d'une capacité de 70 lits qui est aménagée dans le centre pénitentiaire de Saint-Martin-de-Ré⁵³. En complément, une autre ISTOG d'une capacité de 20 lits ouvre également ses portes en janvier 1948 à la maison d'arrêt de Saint-Malo pour prendre en charge les détenues atteintes de tuberculose osseuse, viscérale et ganglionnaire. Ces deux structures ont pour but d'offrir une cure d'air marin aux détenus tuberculeux les plus gravement atteints et de les soustraire à leur établissement d'origine. Mais l'ISTOG de Saint-Malo ferme en 1957 tandis que celui de Saint-Martin-de-Ré ferme en 1963, notamment afin de permettre d'y incarcérer davantage de relégués et de détenus «activistes» issus des rangs de l'Organisation de l'armée secrète (OAS). Les malades qui y étaient traités sont donc à nouveau adressés aux hôpitaux civils ou aux infirmeries régionales de l'hôpital central de Fresnes ou des Baumettes, ouvertes toutes deux en 1953.

⁴⁸ Inspection de la maison d'arrêt de Toulouse, le médecin inspecteur des prisons, 22 avril 1948, AN 19960279/30.

⁴⁹ Les détenues atteintes de tuberculose ne disposent pas d'un sanatorium équivalent à celui de Liancourt. Elles disposent toutefois à partir de 1952 d'un petit quartier aménagé à la prison de la Roquette à Paris.

⁵⁰ Détenus tuberculeux. Circulaire à messieurs les directeurs régionaux de l'administration pénitentiaire, 20 juin 1945, Code pénitentiaire, op. cit., 1946, t. XXXI, p. 71-72.

⁵¹ Règlement intérieur de la maison centrale de Liancourt, bureau de la détention, note pour le directeur régional des services pénitentiaires de Lille, 20 janvier 1969, AN 19960148/86.

⁵² Le maire de Mouillac au garde des Sceaux, 30 décembre 1945, AN 19960279/10.

⁵³ Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, Administration pénitentiaire, Rapport présenté par M. Robert Petit, inspecteur général de l'administration, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, Rapport annuel sur l'exercice 1950, op. cit., p. 101.

⁵⁴ Le centre sanitaire de Liancourt devient officiellement un centre de détention en application de l'arrêté du 30 mars 1976 complétant l'article 391^{er} du code de procédure pénale qui fixe la liste des établissements pénitentiaires classés dans la catégorie des centres de détention.

La politique sanitaire élaborée par l'administration pénitentiaire à partir de 1944 lui a permis d'exercer un contrôle effectif du risque épidémique grâce au dépistage obligatoire de la tuberculose et des maladies vénériennes à l'entrée des établissements et à l'isolement des détenus tuberculeux, principalement au centre de détention sanitaire de Liancourt⁵⁴. Mais comme l'analyse Renaud Crespin⁵⁵, ce modèle s'avère inefficace pour parvenir à juguler une nouvelle épidémie qui s'abat sur les établissements pénitentiaires à partir de la seconde moitié des années 1980, celle du VIH/SIDA.

II. L'épidémie de VIH-SIDA et la réforme de la politique de santé carcérale

La première mention du virus LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) apparaît dans le rapport annuel d'activité de l'administration pénitentiaire de 1985⁵⁶. L'émergence de cette nouvelle maladie, renommée par la suite VIH, provient essentiellement de l'incarcération croissante de détenus toxicomanes à partir des années 1970. La méconnaissance liée à cette maladie et son importante prévalence en prison entraîne une crise sanitaire et médiatique majeure, notamment à la suite d'une alerte lancée par des médecins de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan qui rencontre un large écho dans la presse⁵⁷. Ce climat alimente chez les personnels pénitentiaires et les détenus une forte inquiétude face à une maladie mortelle dont l'étiologie demeure encore mal connue. Prenant le contrepied de la politique sanitaire qu'elle a élaborée pour contrôler la tuberculose et les maladies vénériennes, la DAP se refuse toutefois à organiser des regroupements de détenus atteints du VIH-SIDA ou à les isoler dans des établissements spéciaux, notamment afin de ne pas les stigmatiser, ou bien encore à organiser un dépistage systématique qui serait bien trop coûteux et inefficace du fait de la fenêtre de séroconversion des malades contaminés par le VIH. Aux prises avec cette situation explosive, elle ne dispose ni des moyens, ni des compétences suffisantes pour parvenir à contrôler cette épidémie qui prend un tour dramatique avec le scandale de l'affaire dite du « sang contaminé ». Dans quelle mesure la spécificité le

VIH-SIDA a-t-elle ainsi mis en échec la politique de lutte contre les épidémies carcérales mise en œuvre par l'administration pénitentiaire depuis la Libération ? Et, plus largement, révélé l'inadaptation de l'organisation de la médecine en milieu carcéral ?

L'épidémie carcérale de VIH-SIDA

À partir de 1970, le rapport annuel d'activité de l'administration pénitentiaire signale l'apparition d'une nouvelle catégorie de détenus, les toxicomanes. La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses place les toxicomanes sous la surveillance de l'autorité sanitaire. En 1971, 478 détenus sont traités pour « intoxication par les stupéfiants » et plus du tiers sont hospitalisés à la « prison hôpital des Baumettes », à Marseille. Si le sevrage est facilement praticable en prison, les médecins ne parviennent pas à assurer un soutien psychothérapeutique adéquat⁵⁸ :

« Les sujétions nouvelles, ainsi imposées à l'administration pénitentiaire, sont très lourdes et il convient d'insister à nouveau sur le fait que le milieu carcéral n'est guère compatible avec le traitement des toxicomanes⁵⁹. »

Rien n'est prévu pour pallier les phénomènes de manque chez les consommateurs d'héroïne par voie intraveineuse qui sont majoritaires parmi les détenus et leur séjour en détention demeure souvent trop bref pour pouvoir mettre en place un suivi efficace⁶⁰. En parallèle, leur nombre connaît une véritable explosion passant de 930 individus en 1976 à près de 8900 en 1984⁶¹. Cette augmentation s'accompagne de l'émergence d'une nouvelle épidémie, celle du VIH-SIDA à laquelle les toxicomanes sont particulièrement exposés. En 1985, des médecins du service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Bordeaux-Gradignan affirment que dans leur établissement près de 90 % des détenus toxicomanes sont porteurs du virus de l'hépatite B et plus de 50 % du VIH. Ils affirment également que la prévalence du VIH dans les maisons d'arrêt des grandes villes est de « 50 à 200 fois plus élevé[e] que celle de la population générale française qui avoisine 1%⁶². »

⁵⁴ Le centre sanitaire de Liancourt devient officiellement un centre de détention en application de l'arrêté du 30 mars 1976 complétant l'article 391° du code de procédure pénale qui fixe la liste des établissements pénitentiaires classés dans la catégorie des centres de détention.

⁵⁵ Renaud Crespin, « Entre santé publique et maintien de l'ordre : le parcours des tests de dépistage du VIH dans les prisons françaises », *Lien social et politiques*, 55, 2006, p. 138. URL : <https://doi.org/10.7202/013231ar> (consulté le 7 mai 2021)

⁵⁶ Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1985, Melun, Imprimerie administrative, 1986, p. 14.

⁵⁷ « S.I.D.A. : des prisons à haut risque », *Le Figaro*, 22 août 1985 ; « Alerte au SIDA à la prison de Bordeaux », *France-Soir*, 22 août 1985 ; « SIDA-psychose à la prison de Gradignan », *Libération*, 22 août 1985 ; « Plus de la moitié des détenus toxicomanes sont contaminés par le virus du SIDA », *Le Monde*, 15 février 1986 ; « Le virus du SIDA prolifère dans les prisons françaises », *Le Monde*, 12 février 1987 ; « S.I.D.A. : dans les prisons, l'épidémie explosive », *Le Figaro*, 13 février 1987, AN 20070335/49. Voir également Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, op. cit., p. 419.

⁵⁸ Ministère de la Justice, direction de l'administration pénitentiaire, Rapport du docteur Curtet sur les problèmes de toxicomanie en milieu carcéral, 16 juillet 1976, AN 20070335/49.

⁵⁹ Ministère de la Justice, administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1971, Melun, Imprimerie administrative, 1971, p. 160.

⁶⁰ En 1984, les drogues consommées par les 6 268 (soit 7 % de la population totale) détenus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants sont l'héroïne (92%), le cannabis (72%), la cocaïne (43%) et les médicaments psychotropes (21%), Note du service des études et de l'organisation de la direction de l'administration pénitentiaire au conseiller technique du garde des Sceaux, Données statistiques et études sur les toxicomanes incarcérés, 23 juillet 1986, AN 20070335/49.

⁶¹ Note du sous-directeur de la sous-direction de l'exécution des peines privatives de liberté et de la réinsertion au directeur adjoint du cabinet du garde des Sceaux, Actions à conduire au niveau pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre la toxicomanie, 12 septembre 1986, AN 20070335/49.

⁶² Michel Benezech, Pierre Rager, Jacques Beylot, « SIDA et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », *facsimilé de l'article paru dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°171, 1987, p. 215-218, AN 20070335/49.

Au cours d'une conférence présentée au mois de février 1986 à la Société de médecine légale et de criminologie de France, Michel Benezech, médecin au SMPR de Bordeaux-Gradignan, dénonce l'absence de prise en charge sanitaire adaptée des toxicomanes en prison. Il s'agit pourtant pour le médecin d'une population pénale «à très haut risque épidémique» et dont les facteurs de contamination par le VIH sont accrus dans les établissements pénitentiaires du fait notamment des relations homosexuelles, des prêts de rasoirs ou de brosses à dents, des échanges de seringue ou bien encore du sang répandu par les suicidés (et qui est bien souvent nettoyé à mains nues par les détenus auxiliaires). Michel Benezech donne une nouvelle conférence en février 1987, ce qui lui vaut une convocation pour entretien de la part du directeur de l'administration pénitentiaire. Celui-ci reproche au médecin d'avoir déclenché une campagne de presse particulièrement alarmiste :

«[...] les infections virales dont sont porteurs nombre de toxicomanes – quelle que soit l'institution par laquelle ils transitent – ne sont pas liées à la contamination du fait de leur séjour en prison. Or, le message qui a été répercuté dans cette affaire auprès de l'opinion publique repose sur l'affirmation que le virus du SIDA prolifère dans les prisons françaises⁶³.»

Comme l'a analysé Éric Farges, l'administration pénitentiaire poursuit depuis 1985 une «politique discrète⁶⁴» à l'égard de l'épidémie de VIH-SIDA, par souci tout à la fois de ne pas alarmer l'opinion publique ainsi que son personnel et de ne pas stigmatiser les détenus. Pour la DAP, le VIH-SIDA n'est pas un problème pénitentiaire, mais un problème sanitaire qui concerne l'ensemble de la société⁶⁵. À ce titre, elle entend se conformer strictement aux directives arrêtées par le ministère de la Santé. Ce positionnement ne peut se comprendre que s'il est réinscrit dans le cadre de la «politique de décloisonnement de la médecine en milieu carcéral» qui est conduite depuis les années 1980 et qui a pour objectif de désenclaver le service public pénitentiaire en l'ouvrant à des acteurs extérieurs⁶⁶. Ce processus a débuté avec le décret du 26 janvier 1983 qui a organisé le transfert de l'inspection médicale de l'administration pénitentiaire à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁶⁷. Il s'est ensuite poursuivi avec la création le 10 octobre 1984 d'un comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral, dit «comité santé-justice», composé de représentants de l'IGAS, de l'administration pénitentiaire et des différentes directions du

ministère de la Santé. Officialisé par un décret du 6 août 1985, ce comité est «chargé d'examiner toute question d'ordre général se rapportant à la protection, à l'amélioration de la santé des détenus et à l'hygiène dans les établissements pénitentiaires⁶⁸». L'administration pénitentiaire considère donc depuis 1983 qu'elle n'est plus compétente en matière de problèmes de santé en prison et s'en remet donc en la matière aux préconisations fixées par l'IGAS et le ministère de la Santé.

Mais ces deux instances vont tarder à réagir vis-à-vis de l'épidémie de VIH-SIDA en prison et les initiatives prises par la DAP pour tenter de la contrarier demeurent donc, au moins dans un premier temps, relativement limitées. Elle adresse le 5 septembre 1985 aux établissements pénitentiaires, aux directions des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et aux médecins exerçant en milieu carcéral une circulaire comportant des renseignements techniques relatifs au VIH-SIDA qui a essentiellement pour objectif de répondre aux inquiétudes manifestées par son personnel, notamment suite à une demande formulée au mois d'août 1985 par le syndicat Force Ouvrière d'isoler les détenus «porteurs - sains - du virus du SIDA⁶⁹». Une concertation est organisée au mois d'août 1985 avec les organisations syndicales en présence d'un représentant de la direction générale de la santé (DGS) pour les informer précisément des modes de contamination de la maladie et la DAP adresse aux DRSP une note d'information sur le VIH-SIDA :

«Les interprétations mythiques à l'égard de cette infection virale conduisent parfois les personnels non avertis à des réactions de rejet des personnes porteuses du virus, même dans les cas où à l'évidence elles ne sont pas malades. [...] Il m'apparaît particulièrement important à cette occasion de souligner, ainsi que cela a déjà été fait à plusieurs reprises par les spécialistes de cette question que "les contacts de la vie de tous les jours ne présentent aucun danger", la contamination ne pouvant s'effectuer que par la voie sanguine ou sexuelle, et qu'en conséquence, pour ce qui concerne les établissements pénitentiaires, rien ne justifie pour ce seul motif, d'envisager le transfert sur l'hôpital de Fresnes ou sur une quelconque structure hospitalière des détenus qui, bien que porteurs d'anticorps, ne manifestent aucun symptôme du SIDA. À l'inverse, et afin de prévenir toute contamination susceptible de se produire par relations sexuelles, est-il nécessaire, lorsqu'un risque existe à cet égard, que ces détenus soient placés seuls dans une cellule, et que les règles d'hygiène habituelles soient strictement appliquées⁷⁰.»

⁶³ Le directeur de l'administration pénitentiaire à Michel Benezech, 10 février 1987, 20070335/49.

⁶⁴ Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la «médecine pénitentiaire» (1970-1994)*, op. cit., p. 416.

⁶⁵ Le directeur de l'administration pénitentiaire au conseiller technique du garde des Sceaux, 1^{er} octobre 1987, AN 20070335/49.

⁶⁶ Sur cette politique de désenclavement, voir Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1983*, Melun, Imprimerie administrative, 1984, p. 197. Voir également Éric Farges, «Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994», *Raisons politiques*, 2007/1 (no 25), p. 101-125. DOI : 10.3917/rai.025.0101. URL : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2007-1-page-101.htm> (consulté le 9 septembre 2021)

⁶⁷ L'inspection médicale de l'administration pénitentiaire a été créée en 1959 par l'article D. 372 du code de procédure pénale. Un médecin inspecteur est affecté à la DAP où il est chargé de l'inspection des services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire. Il s'assure du point de vue technique du fonctionnement des services sanitaires et de l'observation des règles d'hygiène dans les prisons. Les médecins des établissements peuvent correspondre directement avec lui à l'occasion des affaires mettant en cause le secret professionnel. Voir Bruno Milly, *Soigner en prison*, op. cit., p. 89.

⁶⁸ Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, *Rapport général sur l'exercice 1985*, Melun, Imprimerie administrative, 1986, p. 186.

⁶⁹ «Des porteurs - sains - du virus du SIDA dans les prisons : le syndicat FO des Gardiens demande l'isolement de ces détenus», dépêche de l'Agence France Presse, 21 août 1985, AN 20070335/49.

⁷⁰ Note du directeur de l'administration pénitentiaire aux directeurs régionaux des services pénitentiaires, 20 août 1985, AN 20070335/49.

En parallèle, une étude épidémiologique est lancée à l'hôpital du centre pénitentiaire de Fresnes à l'initiative du médecin coordinateur Pierre Espinoza. Si elle « a pour objectif de montrer que l'incarcération n'expose pas au risque de contamination par le virus LAV⁷¹ », elle révèle néanmoins que le nombre de détenus séropositifs chez les arrivants atteint 13%. Mais pour l'administration pénitentiaire, cette prévalence ne concerne que les grands établissements parisiens et ne saurait être étendue à l'ensemble des prisons françaises⁷². La DAP refuse de mettre en œuvre contre le VIH-SIDA les mêmes mesures de contrôle sanitaire qu'elle a instaurées pour juguler la tuberculose et la syphilis (dépistage obligatoire et isolement des malades), conformément aux préconisations fixées par l'IGAS en adéquation avec le principe de « responsabilité partagée⁷³ » arrêté par le gouvernement français en matière de lutte nationale contre le VIH-SIDA. Un groupe de travail chargé de l'étude sur les maladies sexuellement transmissibles relevant du comité interministériel de coordination de la santé en milieu carcéral se réunit le 24 février 1987 au ministère de la Santé. Piloté par l'IGAS, il est chargé de faire des propositions en matière de prévention du VIH-SIDA dans les établissements pénitentiaires⁷⁴. Le comité recommande tour à tour de proposer le dépistage aux détenus présentant des symptômes ou qui en font la demande ; la mise en œuvre d'une politique de prévention ; l'organisation d'une information continue des personnels et des détenus ; et l'institutionnalisation de relations entre établissements pénitentiaires et services spécialisés des centres hospitaliers afin de prévoir l'accueil des détenus malades dans ces services et d'aménager des consultations effectuées en prison par des praticiens hospitaliers. Ces recommandations font l'objet d'une circulaire conjointe des ministères de la Justice et des Affaires sociales le 1^{er} février 1988 puis d'une circulaire interministérielle des ministères de la Justice et de la Santé le 17 mai 1989. Ce rapprochement interinstitutionnel aboutit la même année à la mise en place de conventions passées entre des établissements pénitentiaires et des centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH)⁷⁵. Le coût du personnel médical de ces consultations est supporté par l'hôpital tandis que celui des prescriptions et des analyses biologiques est soutenu par le ministère de la Justice. L'intervention des équipes des CISIH en prison permet aux détenus

atteints du VIH-SIDA de recevoir des soins adéquats pouvant être poursuivis après leur libération.

Pour se donner les moyens de piloter cette nouvelle organisation, la DAP se dote en septembre 1990 d'un bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie. Mais la gestion de l'épidémie de VIH-SIDA devient de plus en plus difficile. En 1991, la prévalence du VIH-SIDA est d'environ 5% dans la population pénale, soit environ dix fois plus que dans la population générale et le nombre de détenus ayant déclaré la maladie a augmenté de près de 200% entre 1988 et 1991, ce qui a entraîné des coûts de prise en charge considérables pour l'administration pénitentiaire. Sans compter le risque sanitaire que représentent les malades à leur sortie de prison et l'augmentation des cas d'hépatite C (VHC) et de tuberculose liés au SIDA en détention. Comme elle le reconnaît elle-même, la DAP ne dispose ni des moyens financiers, ni des compétences humaines pour pouvoir faire face à cette situation :

« Ces problèmes de santé publique [toxicomanie et VIH-SIDA] ne peuvent être traités par l'administration pénitentiaire. En effet, la gravité et les enjeux liés à ces pathologies appellent de façon urgente une mise à niveau des moyens et surtout l'assurance d'une continuité des soins entre la prison et l'extérieur, que seuls les services de santé publique, au premier rang desquels l'hôpital, peuvent assurer⁷⁶. »

En juillet 1992, le garde des Sceaux et le ministre de la Santé décident de confier sous l'égide du Haut comité de la santé publique une mission à Gilbert Chodorge, directeur de l'hôpital d'Orsay. Elle est chargée de « rechercher et de proposer des modalités du dispositif de prise en charge sanitaire des détenus le mieux à même de répondre aux particularités présentées par cette population, dans une démarche de santé publique ». Le rapport remis par la mission en janvier 1993 propose de transférer l'organisation des soins et des politiques de prévention sanitaire à l'égard des personnes détenues au service public hospitalier par le biais de conventions passées entre chaque établissement pénitentiaire et son hôpital de proximité. Cette réforme est entérinée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale qui fait passer l'organisation des soins du service public pénitentiaire au service public hospitalier⁷⁷.

⁷¹ Le docteur Espinoza au garde des Sceaux, 27 octobre 1986, AN 20070335/49.

⁷² Le directeur de l'administration pénitentiaire au conseiller technique du garde des Sceaux, 1^{er} octobre 1987, AN 20070335/49.

⁷³ Delphine Moreau, « "Dispositifs de sécurité" et épidémie de sida », *Labyrinthe* [En ligne], 22 | 2005 (3), mis en ligne le 22 juillet 2008, consulté le 31 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/labyrinthe/1038> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/labyrinthe1038>

⁷⁴ Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1987, Melun, Imprimerie administrative, 1987, p. 181.

⁷⁵ Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Rapport général sur l'exercice 1989, Melun, Imprimerie administrative, 1990, p. 12.

⁷⁶ Ministère de la Justice, Rapport annuel de l'administration pénitentiaire 1992, Melun, Imprimerie administrative, 1993, p. 228.

⁷⁷ Voir Yasmine Bouagga, *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, thèse de doctorat de sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2013, p. 84.

L'affaire dite du « sang contaminé » dans les prisons

Pour Éric Farges, le VIH-SIDA constitue un « réformateur social⁷⁸ » qui en révélant les insuffisances de l'organisation de la médecine en milieu carcéral a accéléré son processus de décloisonnement. Sans toutefois être le seul facteur à l'origine de la réforme de 1994, l'épidémie de VIH-SIDA y a effectivement contribué de manière décisive. De même, l'affaire dite du « sang contaminé » a aussi participé à mettre en lumière ces insuffisances, mais sous un jour beaucoup plus dramatique. Le 12 avril 1991, le quotidien *Le Monde* publie un article intitulé « Contamination : le sang des prisons » entraînant un nouveau rebondissement de l'affaire dite du « sang contaminé » qui a éclaté en 1988 à la suite d'une plainte déposée par des patients hémophiles contaminés par transfusion sanguine par les VIH, VHC et virus de l'hépatite B (VHB). Les journalistes affirment que l'essentiel des contaminations post-transfusionnelles survenues en France proviennent de la décision prise par les autorités médicale, sanitaire et judiciaire de multiplier les collectes de sang en prisons et de ne les avoir stoppées que trop tardivement. Cet article rencontre un important retentissement médiatique et entraîne l'ouverture le 13 avril 1992 d'une enquête administrative conjointe conduite par l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) et l'IGAS⁷⁹.

Le don du sang en prison

La pratique du don du sang en prison qui est à l'origine de ce scandale remonte aux années 1950. À cette époque, les détenus qui souhaitent donner leur sang se voient systématiquement opposer un refus de la part de l'administration pénitentiaire qui craint qu'ils ne prétendent « ultérieurement, bien que volontaires, qu'ils [aient] été moralement forcés de se soumettre aux prélèvements sanguins⁸⁰. » La DAP redoute effectivement d'être accusée d'avoir forcé les détenus à donner leur sang :

« Le fait de susciter des dons de sang chez des individus privés provisoirement ou définitivement de leur liberté pourrait laisser supposer qu'une pression morale ou autre est exercée sur eux pour les engager à offrir leur sang. Le don bénévole de sang constituant un acte de solidarité essentiellement volontaire, il ne me paraît pas souhai-

table, dans ces conditions, d'engager une propagande en sa faveur auprès des détenus⁸¹. »

Mais la DAP n'interdit pas les dons du sang non plus. En la matière, elle s'appuie sur un avis délivré le 11 juin 1951 par le ministère de la Santé publique et ne consent aux prélèvements sanguins en détention qu'à moins qu'il ne s'agisse de répondre « à un besoin exceptionnel et urgent (par exemple, pour sauver un de leur camarade, ou un membre du personnel, ou pour répondre à un appel motivé par un accident grave)⁸². » C'est notamment le cas lorsqu'en 1957 un ex-surveillant lance un appel à destination des détenus de la maison centrale de Melun pour sa fille de neuf ans qui a besoin d'une transfusion sanguine. Parmi les nombreux détenus qui se portent volontaires, 10 sont jugés aptes et sont autorisés à donner leur sang sous le contrôle d'un médecin du centre national de transfusion sanguine⁸³. Mais de 1948 à 1958, seule la maison centrale de Melun se voit accorder à titre exceptionnel l'autorisation d'organiser un don du sang auprès des détenus dans le cadre d'une journée du sang⁸⁴. Tous les autres établissements qui font la même demande essuient un refus. Ce qui provoque des plaintes de la part de détenus frustrés de ne pas pouvoir donner leur sang. Certains d'entre eux escomptent à tort pouvoir obtenir en contrepartie un régime de faveur :

« [...] J'ai appris que je pouvais être donneur de sang même en étant en prison. Je serais très heureux de pouvoir le faire. Pour cela, je vous demanderez de bien vouloir intervenir pour me faire transférer à la centrale de Toul – Caserne Ney – afin que je puisse faire le nécessaire auprès de monsieur le sous Préfet de Toul. J'ai écrit à la sous-préfecture de Toul en même temps qu'à votre Excellence. Je vous serais infiniment reconnaissant de faire choit à ma requête⁸⁵. »

D'autres souhaitent plus simplement pouvoir continuer à disposer du droit de donner leur sang en prison :

« [...] Étant donneur de sang bénévole, je voudrais par la présente me mettre à la disposition d'un hôpital pour aider la société, si l'on a besoin de moi, en qualité de donneur de sang bénévole. Si l'on peut considérer cela comme un service, je suis prêt à le rendre et à me soumettre à n'importe quelle condition qu'on voudra bien me dicter⁸⁶. »

⁷⁸ Éric Farges, *Dynamique professionnelle et transformation de l'action publique. Réformer l'organisation des soins dans les prisons françaises : les tentatives de spécialisation de la « médecine pénitentiaire » (1970-1994)*, op. cit., p. 414.

⁷⁹ Inspection générale des services judiciaires, inspections générale des affaires sociales, *Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire*, novembre 1992, AN 20070335/50.

⁸⁰ Note du directeur de l'administration pénitentiaire au directeur des prisons de Fresnes, 12 octobre 1954, AN 19960279/56.

⁸¹ Le garde des Sceaux au docteur Charles Mérieux, 21 septembre 1953, AN 19960279/56.

⁸² Note d'André Perdriau au directeur régional des services pénitentiaires de Lyon, 27 mars 1958, AN 19960279/56.

⁸³ Le directeur de la maison centrale de Melun au garde des Sceaux, 31 août 1957, AN 19960279/56.

⁸⁴ Le directeur de la région pénitentiaire de Paris au garde des Sceaux, 10 février 1955, AN 19960279/56.

⁸⁵ Richard R. au garde des Sceaux, 10 avril 1955, AN 19960279/56.

⁸⁶ Robert F. au ministre de la Justice, 10 septembre 1961, AN 19960136/113.

À ces plaintes s'ajoutent celles de centres de transfusion sanguine qui sollicitent régulièrement l'autorisation de l'administration pénitentiaire pour collecter du sang dans les prisons. Celles-ci représentent effectivement un bassin constant de donneurs faciles à prélever et l'opération y est peu coûteuse à organiser. Face à ces multiples pressions, la DAP autorise en 1959 les dons du sang sous réserve que les détenus soient volontaires et reconnus aptes par le médecin de l'établissement⁸⁷. Puis elle décide de les organiser officiellement par une circulaire en date du 7 août 1963 qui fixe un certain nombre de règles : le don ne peut se pratiquer que sur la base du volontariat, qu'après l'accord du médecin qui doit signaler les détenus sur lesquels le prélèvement est médicalement déconseillé et les collectes sont limitées à deux par an et par établissement. À partir de cette date, les prélèvements sanguins en prison deviennent très fréquents⁸⁸ et le don du sang des détenus représente désormais pour l'administration pénitentiaire un droit auquel elle ne peut plus s'opposer. La plupart des pays européens l'ont également autorisé et l'administration considère qu'il participe de leur réinsertion sociale, comme en témoigne le fait que les collectes de sang en prison sont administrées et suivies par le bureau en charge de la réinsertion :

« Sur le plan psychologique, il est intéressant de noter que ce don du sang a été interprété par la majorité des condamnés comme un geste de solidarité envers la population civile. Ils sentaient qu'ils se rendaient utiles. Plusieurs ont même refusé la collation en déclarant : "Je ne vends pas mon sang. Je l'offre". En n'acceptant pas ce casse-croûte qui était pourtant appétissant ils ont pensé mettre mieux en évidence l'élan généreux de leur cœur⁸⁹. »

L'affaire dite du « sang contaminé »

Mais ces collectes entraînent une véritable catastrophe sanitaire avec l'émergence de l'épidémie de VIH-SIDA au début des années 1980. Avant 1985, les connaissances liées à cette nouvelle maladie demeurent lacunaires et mal maîtrisées. Les premiers travaux du professeur Luc Montagnier publiés dans la revue Science en juin 1983 avancent l'hypothèse d'une origine infectieuse liée à un rétrovirus et à peine 59 cas ont été recensés en France entre mars 1982 et juin 1983. Cette méconnaissance n'empêche toutefois pas un groupe de médecins au sein

de la DGS de considérer le VIH-SIDA comme une « maladie infectieuse due à un virus et transmissible par voie sexuelle et sanguine » et de rédiger le 20 juin 1983 une première circulaire relative à la prévention de l'éventuelle transmission du VIH par la transfusion sanguine. Ce texte est adressé aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et aux DDASS. Il contient des mesures de précaution à prendre en matière de prélèvements destinés aux établissements de transfusion sanguine. Face à l'absence de test biologique et du fait de la gravité de cette nouvelle maladie, il leur est recommandé d'adopter une attitude de « grande prudence » vis-à-vis des populations à risque que sont les personnes homosexuelles ou bisexuelles ayant des partenaires multiples, les utilisateurs de drogues injectables par voie intraveineuse et les personnes originaires d'Haïti et d'Afrique équatoriale. La circulaire n'exclut donc pas du don ces populations, mais enjoint plutôt d'écartier les donneurs issus de ces populations qui présenteraient « des signes pathologiques suspects ». D'autre part, la circulaire n'évoque pas les collectes de sang en établissements pénitentiaires car les liens entre toxicomanie et prison, entre VIH-SIDA et prison et entre VIH-SIDA et transfusion sanguine ne sont pas encore évidents pour la plupart des spécialistes de l'époque, comme en témoigne le texte de la circulaire :

« Bien que la transfusion sanguine française ne constitue actuellement qu'un risque minime de transmission du SIDA, le caractère grave de cette affection et l'absence de test approprié pour la détection des éventuels porteurs de son agent pathogène conduisent le secrétariat d'État chargé de la santé à recommander les mesures suivantes aux médecins des établissements de transfusion sanguine⁹⁰. »

Il s'agit donc d'un simple principe de prudence que les médecins des centres de transfusion sanguine sont invités à observer. Mais cette circulaire est perçue comme discriminatoire par la communauté des médecins transfusionnels et elle est donc peu appliquée. La situation évolue à partir du 15 octobre 1984 lorsque la DGS recense les premiers cas d'hémophiles contaminés par le VIH par voie post-transfusionnelle. Ce mode de contamination étant clairement établi, la DGS adresse le 16 janvier 1985 une lettre-circulaire à tous les établissements de transfusion sanguine leur rappelant que les consignes contenues dans la circulaire du 20 juin 1983 doivent être strictement appliquées.

⁸⁷ Note pour le directeur de la maison centrale de Melun, Prélèvements de sang par le centre national de transfusion sanguine, 4 janvier 1960, AN 19960136/113.

⁸⁸ Par exemple près de 16 006 détenus donnent leur sang durant l'année 1967, Collecte du sang par les centres de transfusion sanguine dans les prisons, récapitulation au 1^{er} décembre 1967, AN 19960148/86.

⁸⁹ Le directeur de la maison centrale de Melun au garde des Sceaux, 6 février 1954, AN 19960279/56.

⁹⁰ Inspection générale des services judiciaires, inspection générale des affaires sociales, Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, op. cit., p. 105.

Mais cette circulaire n'a pas été adressée à l'administration pénitentiaire qui n'en a donc pas eu connaissance. De surcroît, l'organisation de son service médical présente un ensemble de faiblesses structurelles qui ne lui permettent pas de disposer d'une information précise sur la situation sanitaire de ses établissements. Le décloisonnement de la médecine carcérale en est à ses balbutiements et l'IGAS, en charge de l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires depuis 1983, se concentre sur la réalisation de bilans sanitaires dans lesquels figurent les principales affections des détenus, à savoir la tuberculose, les maladies vénériennes et les maladies mentales, mais pas le VIH-SIDA car les premiers cas recensés dans les prisons françaises ne surviennent qu'au printemps 1985. D'autre part, le rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire indique que l'IGAS n'est pas informée de la pratique des collectes de sang en pri-

son. Enfin, aucun signal d'alerte n'est adressé à l'administration pénitentiaire de la part des médecins exerçant en milieu carcéral, ni d'ailleurs de la part des centres de transfusion sanguine de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (APHP) et de Versailles qui sont pourtant les premiers à avoir pris la décision de ne plus prélever de sang en détention entre les mois de mai et d'août 1983 compte tenu des risques infectieux. Ces différents facteurs expliquent pourquoi l'administration pénitentiaire adresse le 13 janvier 1984 une note aux DRSP autorisant l'augmentation du rythme des collectes de sang « dans les grands établissements où, le flux étant important, les prélèvements pourront être effectués sur un plus grand nombre de détenus⁹¹. » Cette note, au regard du contexte de son élaboration, n'est pas considérée comme « fautive » par l'inspection, qui conclut qu'elle n'a pas eu d'impact sur le nombre des prélèvements :

	Collectes	Prélèvements
Moyenne des années 1981/1983	213	17 452
1983	234	18 796
1984	232	18 156

Source : Inspection générale des services judiciaires, inspections générale des affaires sociales, Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, op. cit., p. 137, AN 20070335/50.

Mais elle révèle néanmoins le niveau de méconnaissance qu'entretient alors l'administration pénitentiaire vis-à-vis du danger sanitaire que représente le VIH-SIDA. Cette méconnaissance est également partagée par la communauté scientifique qui ne saisit pas encore précisément l'étiologie de cette maladie, notamment son évolution entre sa phase asymptomatique (qui peut durer plusieurs années) et son stade final (celui du SIDA). C'est ce qui conduit par exemple certains spécialistes à affirmer en juillet 1985 que « 5 à 15% des personnes porteuses du virus ont ou auront le SIDA⁹² ». Cette affection est en outre encore considérée comme une maladie rare et sa gravité est largement sous-estimée. Sa compréhension commence néanmoins à évoluer à partir de l'été 1985. Le 20 juin 1985, la question de la collecte de sang en établissements pénitentiaires est pour la première fois abordée par la commission consultative de la transfusion sanguine (CCTS⁹³) et donne lieu à la rédaction d'une lettre commune de l'Association pour le développement de la transfusion sanguine et de la Société nationale de transfusion sanguine (ADTS-SNTS). Celle-ci est transmise aux établissements de transfusion sanguine le 4 juillet 1985 et les enjoint d'observer les plus grandes précautions lors des collectes en milieu carcéral « qu'il reste souhaitable d'éviter dans la mesure du possible ».

De son côté, le docteur Espinoza rédige le 26 juillet 1985 un rapport présentant les résultats d'une collecte de sang expérimentale organisée au centre pénitentiaire de Fresnes. Il y indique que le dépistage clinique des détenus donneurs n'est pas fiable car beaucoup mentent au moment de leur entretien afin de ne pas être stigmatisés auprès du personnel ou des autres détenus. Le don est également considéré pour beaucoup d'entre eux comme l'opportunité de connaître leur statut sérologique, comme en témoigne ce courrier :

«[...] Comique le don du sang de ce jour [...], nous avons été rejeté, le Toubib a eu peur du sida, vu que tous ceux catalogués homosexuels, nous y sommes allés, ou presque tous. Le Toubib en lui-même a du se dire un pédé [sic] ça va, trois bonjour le sida. Mais je viens de me poser la question pourquoi n'a-t-on pas pris notre sang, ceci pour justement en faire une analyse. Car je tiens à vous signaler que j'ai déjà donné mon sang plusieurs fois ici sans problème mais je ne comprends pas pourquoi nous n'avons pas le droit de subir un check up de contrôle, depuis que je suis ici je n'ai eu le droit à la prophylaxie prise de sang pour analyse qu'une fois en 25 mois, et j'ai appris dernièrement que c'était tous les trois mois ! [...] Est-il possible de passer un check up ?⁹⁴ »

⁹¹ Ibid., p. 132.

⁹² Ibid., p. 142.

⁹³ Cette commission dans laquelle siègent les directeurs des établissements de transfusion sanguine a un rôle de conseil en matière de don du sang auprès du ministre de la Santé.

⁹⁴ Lettre d'un détenu au directeur du centre pénitentiaire de Fresnes, 11 juillet 1985, AN 20070335/49.

Quant au dépistage biologique qui est systématisé pour tous les dons du sang à partir du 1^{er} août 1985, celui-ci n'est pas fiable non plus du fait de la fenêtre de séro-conversion des malades atteints par le VIH⁹⁵. Le docteur Espinoza conclut donc son rapport en réclamant la suppression des dons du sang au grand quartier du centre pénitentiaire de Fresnes et alerte clairement sa hiérarchie sur les risques de transmission du VIH post-transfusionnel en prison :

« Est-il raisonnable de poursuivre le don sur un plan éthique en sachant que 54% des sujets qui se sont présentés appartiennent à une population à risque ? Poursuivre le don du sang dans ce contexte et compte tenu de nos connaissances actuelles sur le virus LAV serait accepter un ou plusieurs SIDA post-transfusionnels non détectables par la sérologie LAV. [...] Ces résultats révèlent, également, la fréquence des porteurs du virus de l'hépatite B et du virus LAV au sein de la population pénale, ce qui pose un problème de santé publique⁹⁶. »

Ce rapport est transmis aux directeurs des centres départementaux de transfusion sanguine de l'Île-de-France, au directeur de la DGS et à la directrice de l'administration pénitentiaire, Myriam Ezratty. Celle-ci ordonne aussitôt de téléphoner aux DRSP afin qu'ils suspendent temporairement les collectes de sang en prison. Mais aucun ordre écrit n'est transmis de crainte qu'il ne contribue à alarmer le personnel et les détenus. Puis le 7 novembre 1985, la CCTS se réunit et un nouveau courrier de l'ADTS et de la SNTS est adressé aux établissements de transfusion sanguine leur « déconseillant très fermement » de collecter du sang en milieu carcéral. Mais aucune décision officielle d'arrêt des collectes en prison n'est prise par la DGS. Ainsi, si la plupart des 163 centres de transfusion sanguine stoppent d'eux-mêmes à partir de 1985 les prélèvements en établissements pénitentiaires, certains continuent d'y collecter du sang après cette date et ce jusqu'en 1991 : 29 prélèvements sont effectués en 1986, 20 en 1987, 13 en 1988, 11 en 1989, 12 en 1990 et 6 en 1991. D'après une estimation réalisée par l'inspection, ces prélèvements sanguins auraient été à l'origine de 25,4% du total des contaminations par le VIH par des produits sanguins labiles en 1985 (alors qu'ils ne représentaient que 0,37% de la totalité des dons sur l'année), 2,9% en 1986 et 1,3% en 1987.

L'analyse du circuit de la responsabilité administrative qui a mené à ce résultat conduit l'inspection à reconnaître comme « inexcusables » les établissements de transfusion sanguine qui ont continué à prélever du sang en prison après le mois de novembre 1985 et à pointer du doigt la « faillite » de la DGS quant à sa mission. En ce qui concerne l'administration pénitentiaire, l'inspection considère sa défaillance comme « secondaire » du fait notamment d'une « organisation sanitaire des prisons qui n'assure l'échange d'informations ni entre les médecins des établissements, ni entre ceux-ci et l'administration centrale et un manque de moyens qui ne met pas toujours les médecins pénitentiaires en mesure de bien remplir leur mission⁹⁷. » Pour éviter qu'une telle crise sanitaire ne puisse se reproduire à l'avenir, l'inspection préconise de mener jusqu'à son terme le processus de décloisonnement de la médecine en milieu carcéral.

Le VIH-SIDA a ainsi mis en échec la politique de lutte contre les épidémies carcérales élaborée par l'administration pénitentiaire à partir de la Libération. Reposant sur le dépistage systématique et l'isolement des détenus contaminés par la tuberculose ou des maladies vénériennes, elle s'est avérée inadaptée pour contrer cette nouvelle maladie dont l'étiologie ne se prêtait pas à ce type de traitement. Car à l'inverse de la tuberculose, le VIH-SIDA ne se transmet pas par voie aérienne, ce qui limite donc les risques de contagion en prison et rend inutile le recours à l'isolement des malades. D'autre part, en refusant de les isoler et ou de leur imposer un dépistage obligatoire, l'administration pénitentiaire s'est alignée sur la politique nationale de lutte contre le VIH-SIDA définie par le ministère de la Santé. Celle-ci s'est articulée autour d'une responsabilisation des acteurs et non sur l'ostracisation des malades. Ce faisant, ce changement de paradigme épidémiologique a placé l'administration pénitentiaire face à une limite dans son exercice du pouvoir médical et a réactivé avec une urgence criante la demande de son transfert au ministère de la Santé qu'elle avait formulée dès 1952 :

« Les obligations médicales assumées spontanément par l'administration pénitentiaire soulèvent des difficultés telles que l'on peut se demander s'il n'est pas présomptueux de sa part de les avoir revendiquées et s'il ne serait pas plus conforme à la nature des choses de la dessaisir de ses responsabilités au profit du Ministère de la Santé publique⁹⁸. »

⁹⁵ Voir Jean-François Picard, William H. Schneider, « L'histoire de la transfusion sanguine dans sa relation à la recherche médicale », Vingtième Siècle. Revue d'histoire, n°49, 1996, p. 16.

⁹⁶ Le docteur Espinoza au directeur de la direction générale de la Santé et à la directrice de la direction de l'administration pénitentiaire, 26 juillet 1985, AN 20070335/49.

⁹⁷ Inspection générale des services judiciaires, inspection générale des affaires sociales, Rapport d'enquête sur les collectes de sang en milieu pénitentiaire, observations faisant suite à la communication du rapport, réponses de la mission et synthèse de l'enquête, novembre 1992, p. 8.

⁹⁸ Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, Année 1952, Rapport annuel sur l'exercice 1951, op. cit., 1952, p. 114.

Conclusion

La politique sanitaire conduite par l'administration pénitentiaire contre les épidémies carcérales à partir de la Libération vise à contrôler le risque infectieux à l'intérieur des prisons afin de le contenir et de prévenir sa propagation au reste de la population. Face à la prévalence de la tuberculose et de la syphilis au sein de la population pénale, cette stratégie d'endiguement repose principalement sur le dépistage de ces deux maladies contagieuses à l'entrée des prisons et sur l'isolement des détenus contaminés dans des centres sanitaires. Ce « dispositif de sécurité⁹⁹ » hérité du début du XX^e siècle permet ainsi de dresser un cordon sanitaire relativement efficace autour des établissements pénitentiaires jusqu'à la fin des années 1970. En parallèle, l'usage de l'antibiothérapie à partir des années 1940 réduit considérablement la mortalité de la tuberculose et de la syphilis. Mais cette barrière s'avère défailante face au VIH-SIDA, maladie mortelle apparue à partir des années 1980 et qui réactive des peurs sociales séculaires liées aux grands fléaux épidémiques, comme la peste ou le choléra. Selon Claude Thiaudière, le traitement de la tuberculose et des maladies vénériennes par le dépistage obligatoire et l'isolement des malades dans des sanatoriums ou des dispensaires antivénériens représentent « l'ancien régime¹⁰⁰ » des modalités d'intervention en matière de lutte contre les maladies infectieuses. Ces techniques occupent une place marginale dans le système de santé au début des années 1980 et représentent « un modèle socialement et médicalement dépassé¹⁰¹ ». Le « nouveau régime » alors en cours au moment de l'irruption du VIH-SIDA, et qui a pour étalon les maladies dégénératives ou génétiques,

repose non plus sur des techniques d'intervention de masse mais sur la responsabilisation des individus et sur un changement de leurs comportements. La lutte contre le VIH-SIDA, maladie infectieuse et épidémique, aurait pu renouer avec les mesures « d'hygiène sociale » utilisées pour lutter contre la tuberculose ou la syphilis. Mais elle s'organise autour d'associations de malades¹⁰² qui participent à l'élaboration avec les pouvoirs publics d'une politique articulée autour du respect de la liberté individuelle. D'où le choix de ne pas isoler les malades, ni de leur imposer un dépistage obligatoire. Sans compter les risques de stigmatisation auxquels ce type de traitement aurait pu les exposer, en particulier au sein des microsociétés que forment les prisons¹⁰³. Cette nouvelle épidémie révèle néanmoins les insuffisances de la politique sanitaire de l'administration pénitentiaire et le scandale de l'affaire dite du « sang contaminé » démontre son incapacité à empêcher sa propagation au reste de la population. Ainsi, tout comme il pousse l'État à le reconnaître tardivement comme un véritable « fléau » et à mettre en œuvre à partir de 1986 une véritable politique publique de lutte, le VIH-SIDA contribue à accélérer le processus de décloisonnement de la médecine en milieu carcéral qui en matière de prophylaxie des maladies contagieuses débute dès les années 1950 avec le transfert des dépistages de la tuberculose et des maladies vénériennes au ministère de la Santé publique. Et qui s'achève en 1994 avec le transfert définitif au service public hospitalier de la prise en charge sanitaire des détenus.

⁹⁹ Michel Foucault, Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978, Paris, EHESS, Gallimard, Seuil, coll. Hautes études, 2004, p. 12.

¹⁰⁰ Claude Thiaudière, Sociologie du sida, Paris, La Découverte, coll. Repères, 2002, p. 6.

¹⁰¹ Ibid., p. 4-5.

¹⁰² Voir Nicolas Dodier, Leçons politiques de l'épidémie de sida, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. Cas de figure, 2003, p. 75 et suiv.

¹⁰³ Voir Erving Goffman, Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, Les Éditions de Minuit, Paris, 1975, p. 57 et suiv. Voir également Lucie Bony, « Rapports sociaux en détention et usages de l'espace carcéral », Métropolitiques, 15 janvier 2018. URL : <https://metropolitiques.eu/Rapports-sociaux-en-detention-et-usages-de-l-espace-carceral.html> (consulté le 10 août 2021)

Directeur de publication : Laurent Ridel
Rédacteur en chef : Ivan Gombert
Maquette : MJ/SG/DICOM
ISSN : 1967-5313
Septembre 2021

