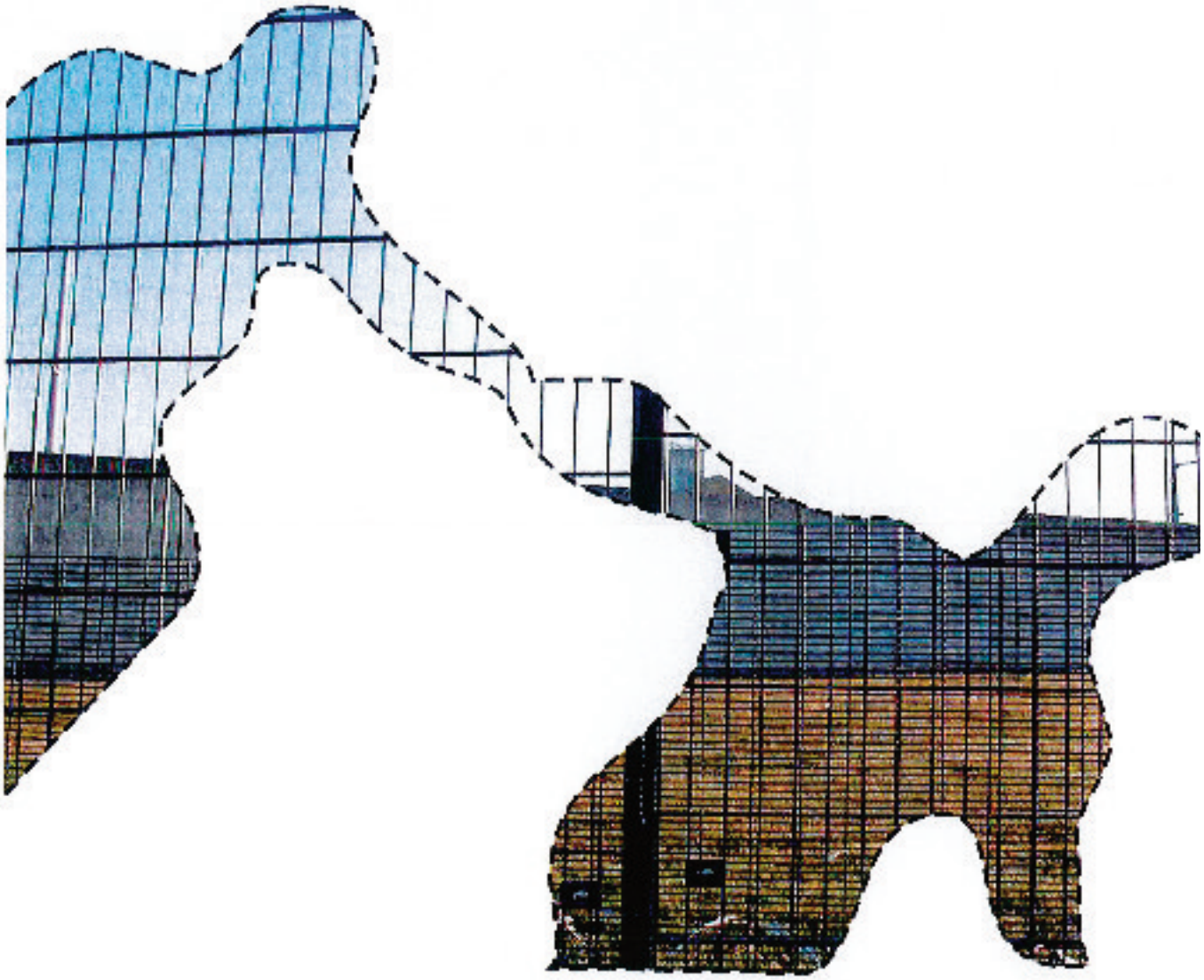


PRISON ET SANTÉ

Radiographie et rapport de l'association de professionnels de la santé Jaiki Hadi sur l'état de santé des membres du Collectif des Prisonniers Politiques Basques

Mars 2016

INTRODUCTION…… 1

1. PRISON ET SANTE..... 1

1.1. La prison et son influence dans le domaine de la santé.....….. 1

1.1.1. Límites……..... 2

1.1.2. Alimentation…….,…... 4

1.1.3. Règlement et situation pénitentiaire……..... 4

1.1.4. Conséquences……,……..... 6

1.2. Politique pénitentiaire et santé..... 9

1.3. Problèmes, carences et négligences détectées.....……..……..... 13

1.3.1 Etat espagnol..... 13

1.3.1.1 Assistance sanitaire……..... 13

1.3.1.2. Assistance par des médecins et psychologues de confiance..... 13

1.3.1.3. Relations entre professionnels de la santé pénitentiaires et extra-pénitentaires.....…..... 14

1.3.1.4. Suivi des pathologies..... 14

1.3.1.5. Conditions de transfert des prisonniers malades vers les hôpitaux et consultations externes……..….. 15

1.3.2 État français..... 15

1.4. Conséquences de la politique pénitentiaire dans le domaine de la santé..... 17

1.4.1. Le professionnel de la santé, les politiques pénitentiaires et le Code Déontologique..... 20

1.4.2. Prisonniers malades et variables d'âge..... 21

1.4.3. Les peines d'emprisonnement et leurs conséquences..... 22

2. MALADIES MENTALES..... 22

2.1. Analyse générale……..……..... 22

2.2. Types de maladies.....……. 24

2.3. Influence de la situation actuelle sur le champ psychologique…….....….... 24

2.3.1. La politique d'isolement...…… 25

2.3.2. L'allongement des peines.....……. 25

2.3.3. Mesures réglementaires *ad hoc*…….…….. 26

2.3.4. Dynamiques de fouilles, changements et transferts..... 26

2.3.5. Les conditions externes.....……...……. 27

2.3.6. Autres facteurs.....……... 27

2.3.7. Difficultés pour une assistance adéquate……..……..... 28

2.4. Une réflexion depuis la politique extra-pénitentiaire..... 29

3. **LISTE DES PRISONNIERS GRAVEMENT MALADES**..... 30

4. CONCLUSIONS ET BESOINS..... 46

ANNEXES..... 49

INTRODUCTION

La prison, comme les autres institutions totales, obéit à un fonctionnement, avec ses normes et ses objectifs au sein de la société. Ce rapport a pour objet de rassembler l'expérience, le témoignage et l'évaluation des professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé des prisonniers enfermés dans cette institution ; un travail visant, soit dit en passant, une prise en charge intégrale de nos patients. Selon nous, il faut situer la prison dans le cadre du système de régulation et de contrôle de la société civile, avec tout ce que cela suppose tant au niveau social qu'au niveau personnel. Nous nous limiterons ici au champ de ce dernier niveau car c'est celui que nous connaissons le mieux après de longues années de travail et d'expérience. Comme nous l'avons déjà dit, notre profession nous mène à appréhender intégralement la santé des personnes, sous tous ses aspects.

L'importance de la population carcérale et le nombre logiquement restreint de professionnels de la santé qui s'y intéressent bénévolement nous mène à circonscrire notre action à un groupe particulier, celui des prisonniers politiques basques. Cela est dû au fait que, étant originaires de la même zone géographique que les personnes que nous soignons, la proximité avec leur environnement familial et social constitue un facteur important de qualité de la prise en charge de ces personnes. En outre, au fil des années passées auprès de ce collectif de prisonniers, nous avons pu constater qu'il est confronté à une série de conditions particulières qui affectent la santé de ses membres. Plus concrètement, grâce à notre expérience et au travail accompli, nous avons pu constater que, même si l'institution pénitentiaire dispose d'un service de santé parfaitement régulé au sein des prisons, dans la pratique, on peut relever de nombreuses carences dans ce domaine, lesquelles affectent spécialement le collectif en question. Carences qui, à nos yeux, sont liées à la nature du collectif considéré.

Passons donc à l'analyse concrète de l'action de l'institution pénitentiaire en matière de prise en charge sanitaire des personnes privées de liberté dont elle a la charge.

1. PRISON ET SANTÉ.

1.1 La prison et son influence sur la santé

Le groupe de prisonniers faisant l'objet de ce rapport se voit appeler appliquer une politique pénitentiaire différenciée par rapport à la majorité des détenus. Toutefois, avant d'examiner en détail en quoi consiste cette politique et quelle est son influence sur la santé des prisonniers, il nous semble important d'inscrire cette réalité dans la vie de l'ensemble des prisonniers, en lien avec

l'environnement qui est le leur (la prison). Une vision très sommaire mais qui nous semble suffisante pour établir un panorama général de la situation.

La **structure** (espace), les **règlements pénitentiaires/adaptation à la prison** (le régime pénitentiaire) et l'**alimentation** sont les principaux facteurs influant sur la santé et sur l'équilibre mental des prisonniers. La structure physique et ses limites, quelle qu'elle soit, a une influence indéniable sur quiconque et, partant, également sur les prisonniers. Il en va de même de l'alimentation. Par ailleurs, le règlement pénitentiaire établit une série de limites qui affectent l'exercice de la volonté ainsi que d'autres aspects de la personne prisonnière : l'obligation de se soumettre à une réglementation déterminée entraîne la nécessité de s'y adapter. Et cela ne manque pas d'avoir des retombées concrètes comme nous le verrons ci-après.

1.1.1. Limites. La prison, en tant qu'institution et espace fermé, dessine un **espace très restreint**, sans oublier d'autres limites établies celles-là par le règlement pénitentiaire. Et ces deux aspects exercent une influence décisive sur l'état de santé des détenus. La structure physique interne de la prison possède des espaces amples et d'autres plus fermés ou restreints. Au nombre des grands espaces : la cour de chaque module, la salle commune, la salle à manger, la salle multisport ou les dépendances réservées au travail ou aux activités. Les espaces réduits sont la cellule, les parloirs ou espaces de communication et les bureaux. Il existe également d'autres espaces (infirmerie...) de taille variable. Signalons en outre que de tels espaces sont d'autant plus réduits qu'ils se trouvent dans certains modules ou départements comme les quartiers d'isolement, où séjourne une grande partie des membres du collectif objet de ce travail.

Il faut tenir compte du fait que les catégories spatiales d'amplitude et de limitation acquièrent un sens différent selon que l'on considère l'espace extérieur à la prison ou intérieur à celle-ci. L'espace extérieur peut être illimité. À l'intérieur de la prison, en revanche, l'espace toujours limité, borné et réduit à quelques mètres carrés, n'est en aucun cas comparable à l'espace extérieur. Les cours de promenade sont plus ou moins grandes mais on en trouve de très petites (13 x 3 voire moins et couvertes de filets). De même les cellules peuvent être minuscules (4 x 2,5...), en particulier dans les quartiers d'isolement. La vision à distance en prison est très réduite : des années durant, un prisonnier peut ne voir que le mur d'en face. Cette circonstance favorise la perte de vision. En effet, l'absence d'un champ visuel plus étendu, une alimentation insuffisante ou un éclairage déficient dans la cellule débouchent sur des problèmes ophtalmologiques graves. Dans les cellules ou les quartiers d'isolement, il est fréquent que les fenêtres soient bouchées par des tôles métalliques trouées, ce qui peut provoquer « l'effet discothèque » si souvent dénoncé. Certaines cours présentent fréquemment des dimensions ridicules et sont cernées de murs d'une hauteur telle qu'ils empêchent l'entrée de lumière naturelle dans les cellules, ce qui oblige les occupants à passer une grande partie de la journée sous lumière artificielle. Précisons qu'un grand nombre de prisonniers, disposant d'un horaire de promenade très réduit (une à quatre heures par jour), passe le plus clair de la journée dans une cellule de taille réduite et dans les conditions évoquées. Les cours ne disposent souvent d'aucune zone couverte, ce qui oblige les détenus « en promenade » à supporter le soleil direct et les hautes températures estivales ou le froid et l'humidité en hiver. Aucune possibilité de se protéger, avec des retombées très dommageables sur certaines maladies de peau.

En conséquence, on constate que 65,85 % des malades du groupe considéré souffrent de maladies traumatologiques (voir fig. 1 et annexe III), du fait de la limitation de la mobilité et des distances tandis que 13,69 % sont atteints de maladies de peau telles que les dermatites, le psoriasis, l'herpès ou les engelures (voir fig. 1 et annexe III).

La structure et l'agencement de l'espace en prison ont d'autres conséquences qui affectent le prisonnier :

a) Altérations sensorielles

La vue

Quelques mois après l'incarcération, la personne subit ce que l'on appelle la « cécité carcérale », provoquée par la rupture constante de l'espace, par la présence d'éléments destinés à empêcher l'évasion mais qui ne se limitent pas à rendre la fuite impossible, ils empêchent également la vision lointaine qui est réduite, dans le meilleur des cas, à quelques centaines de mètres. Cette configuration spatiale produit de fréquents maux de tête et une déformation de la perception visuelle avec perte de formes, voire de couleurs. Cela provoque également des contrastes d'éclairage : les espaces sont souvent sombres et donc éclairés par lumière artificielle. L'absence de contraste entre les couleurs, avec prédominance du gris, entraîne une adaptation de la vision à cette dernière couleur. Cela, ajouté aux dimensions réduites des pièces et espaces de la prison provoque de graves problèmes ophtalmologiques. Ainsi, près de 11 % des prisonniers malades dans le groupe objet du présent rapport souffrent de ce type d'affection.

L'ouïe

En ce qui concerne l'ouïe, les espaces fermés et la structure de la prison font que des sons d'intensité normale sont perçus plus fort qu'habituellement. Pendant la journée, le grand nombre des personnes présentes dans la cour de promenade imputable à la surpopulation carcérale produit un bruit assourdissant dont il est impossible de s'abstraire. La nuit, par contre, le bruit le plus minime provoque des alertes de vigilance pouvant causer de sérieux problèmes d'anxiété.

L'odorat

La prison a une odeur caractéristique qui imprègne tout et pénètre au plus profond de chacun. Cette situation peut provoquer une « pauvreté olfactive » du fait du petit nombre d'odeurs perçues.

b) Altérations de l'image de soi

Comme dans le cas de la sphère sensorielle, l'image de soi peut également subir des altérations : ne plus sentir des limites de son propre corps est un effet de cette altération. Cela est encore plus évident quand il s'agit de mesurer des distances, puisque la personne est confinée à un espace restreint dans lequel il devient difficile de savoir où sont les limites de l'environnement. Ce phénomène est fréquemment constaté dans les cas d'isolement plus ou moins prolongé.

c) Durcissement musculaire

La tension musculaire est un effet presque généralisé de la vie quotidienne en prison, où se succèdent les moments d'anxiété, de peur, d'immobilité, de manque d'activité sportive... Tout cela provoque un durcissement des muscles accompagné de douleurs, surtout dans le dos et le cou.

d) Problèmes dentaires

La prise en charge sanitaire carcérale montre là un point faible évident, ce domaine étant l'un de

ceux où le manque d'assistance est le plus criant. En réalité, limité aux extractions, le prisonnier n'a accès à aucune alternative (obturation, orthodontie...). Et même dans les cas où les soins seraient à ses frais, le plupart du temps la prison n'assume pas la responsabilité de chercher un dentiste extérieur, ou oppose de sérieuses difficultés pour laisser entrer un dentiste trouvé par l'entourage ou la famille.

1.1.2. Alimentation. En matière d'alimentation, notre expérience nous a montré des carences manifestes dans de nombreux centres pénitentiaires : l'alimentation inadaptée et déséquilibrée est bien loin de celle qui devrait être exigée dans ce type d'institution. Les repas contiennent peu de protéines et de vitamines mais beaucoup de graisses de mauvaise qualité (saturées), les fruits et les légumes sont rares, les produits laitiers également et beaucoup de friture est proposée. Les prisonniers souffrant d'une maladie exigeant un régime particulier sont souvent confrontés à des obstacles insurmontables pour suivre un tel régime, quand il ne leur est pas purement et simplement refusé. Tout ceci est à l'origine d'une haute incidence de problèmes nutritionnels et métaboliques, avec des altérations au niveau lipidique, une augmentation du cholestérol et des triglycérides. En conséquence, les maladies digestives constituent le second groupe de maladies dont souffrent le plus communément les prisonniers du collectif étudié, soit 28,76 % des malades (voir fig.1 et annexe III).

1.1.3. Règlementation et situation pénitentiaire. La **règlementation pénitentiaire** (normes de vie et de comportement) est un autre des facteurs qui influent le plus sur le prisonnier considéré dans sa globalité. Ces normes obligent le sujet à adapter sa structure mentale aux circonstances concrètes de la prison puisque les sanctions et le châtiment le guettent s'il refuse de s'y conformer. Entre autres objectifs, le règlement a pour fin d'organiser et de planifier le temps du prisonnier. Le prisonnier perd son autonomie pour disposer du temps comme il l'entend. En prison, il n'y a souvent rien à faire... mais on ne saurait planifier « son temps » car c'est la réglementation pénitentiaire qui marque et qui planifie l'emploi du temps. L'accent mis sur la sécurité et sur le contrôle exhaustif du prisonnier se concrétise dans la planification totale de ses activités (durée de la promenade, douches, repas, etc.).

1.1.3.1. Mais au-delà de la réglementation pénitentiaire, la **situation carcérale** elle-même du prisonnier conditionne le nouvel incarcéré. L'entrée dans un système fermé comme la prison réclame un **apprentissage pour s'adapter** à la nouvelle situation inconnue et assortie de nouvelles normes et règles de conduite. Il ne sera jamais possible au prisonnier ou à la prisonnière de contrôler cette situation puisque c'est une instance supérieure qui le ou la prive de communication, de mouvement, de contact avec l'extérieur voire, parfois, de raisonnement logique.

Le caractère imprévisible des situations rencontrées le place dans un état constant d'activation et d'alerte physiologique. Les mécanismes en jeu dans la vie quotidienne ne servent plus dans ce nouveau système et il est impossible de prédire combien de temps sera nécessaire pour en acquérir de nouveaux. Il est même possible que la personne incarcérée ne parvienne jamais à connaître complètement les mécanismes et les ressorts de son nouvel univers, le comportement des gardiens, etc. Elle reste en état d'alerte pour faire face à des situations imprévues puisqu'un changement, une surprise ou une altération des mesures qui lui sont appliquées peut intervenir à tout moment. Le processus d'adaptation est basé sur la capacité de la personne prisonnière et sur ses compétences personnelles en la matière. Mais si la capacité est inexistante ou insuffisante, ce même processus devient traumatisant et entraîne des retombées pathologiques.

Mais même dans le cas où le processus d'adaptation est satisfaisant, le sujet est confronté à des problèmes et à des difficultés dans sa vie quotidienne. La personne récemment incarcérée ne connaît pas les normes, ce qui peut transformer le processus d'adaptation en un calvaire long et traumatisant. Le système de pouvoir instauré par la prison est basé sur la domination. Un comportement adapté à la discipline pénitentiaire débouche sur un mode de vie plus supportable, par le biais de l'application de « récompenses », d'activités, de bénéfices pénitentiaires, etc. En revanche, un comportement inadapté entraîne des sanctions, la privation d'activités et de « bénéfices » et l'imposition de régimes d'isolement pendant une durée variable. Le mécanisme qui sous-tend ce système de domination consiste en classement par catégories de traitement allant des régimes fermés (1er grade) aux régimes ouverts (3ème grade) et à la liberté conditionnelle, en passant par le 2ème grade qui représente le régime « ordinaire ».

1.1.3.2. L'entrée en prison représente une coupure brutale et immédiate de la personne par rapport à tout ce qui reste à l'extérieur. Désormais, **tout contact avec l'extérieur est réduit et filtré par l'administration pénitentiaire**, sur la base de critères hautement restrictifs. Les **rapports** qu'elle entretient avec l'extérieur sont inévitablement dénaturés par le contrôle total exercé par l'administration. Le ou la prisonnière ne va plus « rendre visite » à sa mère ou à des parents mais il va « communiquer » avec eux. Et il va communiquer dans un parloir qui rend toute relation « anormale » et la limite à une durée précise de quelques minutes par semaine quand les visites hebdomadaires sont réalisables, ce qui n'est pas le cas lorsque l'établissement pénitentiaire est situé à plus de mille kilomètres du lieu d'origine. La configuration des parloirs déshumanise profondément les relations interpersonnelles, empêche tout type de contact physique voire crée une distorsion grave de la simple communication verbale.

1.1.3.3. Plusieurs sociologues et psychologues ont étudié le régime pénitentiaire et la mise à l'isolement (Goffman, Foucault, Shallice, Valverde Molina...) et tous sont d'accord sur le fait que, en prison, le régime de vie et le règlement provoquent des effets concrets sur les personnes. Surtout sur celles **qui souffrent de névroses ou de troubles psychiques**. À l'isolement, le fait de rester enfermé en cellule 23 heures par jour peut déboucher sur un sentiment d'angoisse, qui mène à une réaction de défense laquelle provoque à son tour du stress. Dans cette chaîne de situations stressantes, l'isolement exerce un effet de renforcement. L'isolement et la solitude renforcent le sentiment d'insécurité, conduisent à un cercle vicieux produisant une angoisse croissante et, partant, un stress de plus en plus aigu. Toutes ces circonstances peuvent être à l'origine de l'apparition de déséquilibres chez certaines personnes et d'autant plus si celles-ci souffraient auparavant de troubles psychiques.

Dans le cas des **troubles dépressifs**, l'entourage social défavorable produit une réponse moins positive au traitement. Au-delà des circonstances spécifiques de la dépression, le support et les événements vitaux jouent un rôle prépondérant. Les rapports interpersonnels trop rares, en particulier avec le ou la conjointe, et les événements significatifs survenus dans les mois précédents, ajoutés au contexte familial, aux rapports interpersonnels, au mode de vie, etc. sur lesquels la prison a une influence prépondérante, constituent un facteur de vulnérabilité et de pronostic négatif. En conséquence, la personne détenue perd confiance en elle et devient incapable de manifester un intérêt ou de jouir des choses, entraînant une diminution de l'activité déjà fortement restreinte par la situation carcérale.

Si nous considérons **l'anxiété** comme un état émotionnel, distinct mais lié à la peur, avec une composante de réponses physiologiques face à des stimuli perçus comme des menaces

imminentes (qu'elles soient réelles ou imaginaires), force est de conclure que le cadre carcéral constitue l'un des principaux facteurs de renforcement de cet état émotionnel. Une personne anxieuse n'a pas besoin de sentir de menace à un moment donné pour ressentir de l'angoisse. L'existence d'une attente d'événements qui vont survenir et l'affecter suffit pour enraciner l'angoisse chez la personne. Et la prison, avec son cortège de normes, de menaces et de châtiments, constitue un terrain idéal pour cela.

L'absence de relations avec l'extérieur, un isolement ou le maintien en régime fermé de façon prolongée ont des conséquences négatives sur le développement des **maladies psychiatriques graves**. Dans les cas de schizophrénie paranoïaque, de psychose maniaco-dépressive ou de dépression grave, etc., le système pénitentiaire nie leur caractère incurable ou grave, même en présence de tentatives de suicide répétées de la part du prisonnier malade. On oblige le patient à séjourner dans un établissement psychiatrique pénitentiaire ou dans un service intégré au régime habituel d'une prison, même si les rapports médicaux indiquent que le patient devrait se trouver en liberté et dans un environnement affectif et social adapté pour le traitement adéquat de sa maladie. Ainsi, la réponse apportée aux problèmes de santé mentale des prisonniers est insuffisante. Rappelons à cet égard qu'aucune psychothérapie n'est menée en prison où les médecins se limitent à prescrire des traitements pharmacologiques.

En ce qui concerne le collectif des prisonniers qui nous occupe dans ce rapport, les conséquences sont évidentes quand on sait que la grande majorité des membres du groupe est soumise à un régime de vie très strict, où l'isolement constitue la pierre angulaire de la vie quotidienne. En conséquence de cet état de fait, 28 % des prisonniers malades du groupe étudié souffrent de maladies mentales (voir fig. 2 et 5 et l'annexe III).

1.1.4. **Conséquences** Voici la représentation graphique des conséquences des facteurs évoqués plus haut sur la santé des membres du groupe faisant l'objet de cette étude.

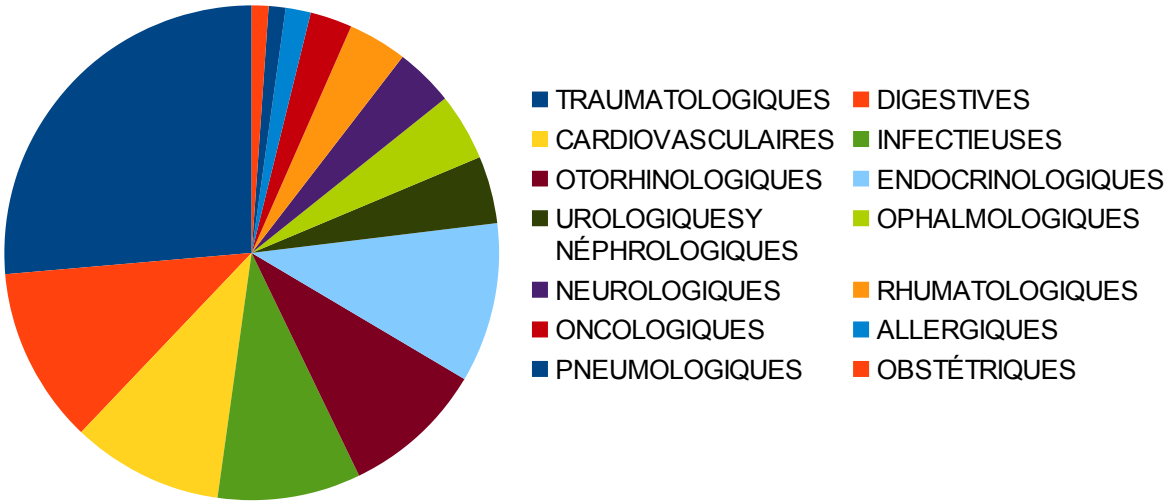


Fig.1. Pourcentage de maladies physiques

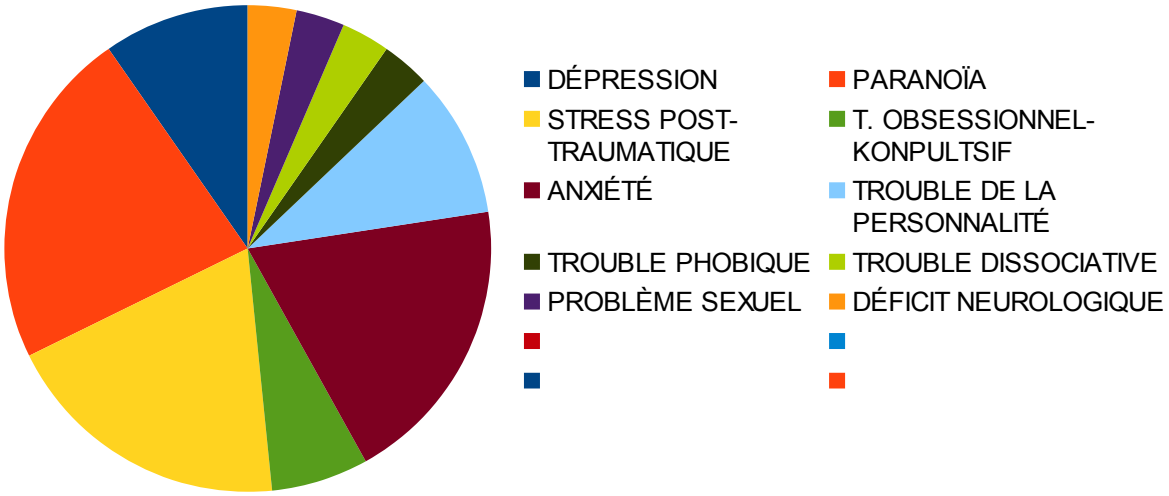


Fig.2. Pourcentage de maladies psychiques

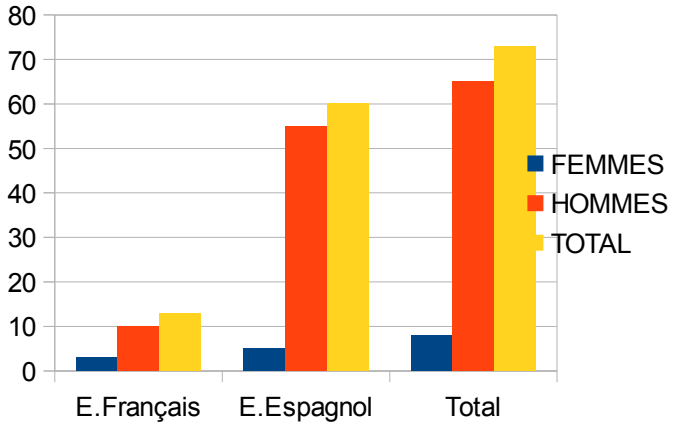


Fig.3. Poucentage de malades organiques

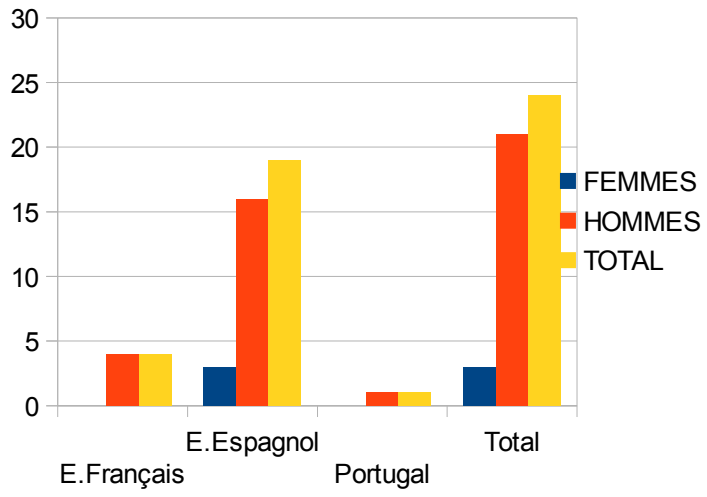
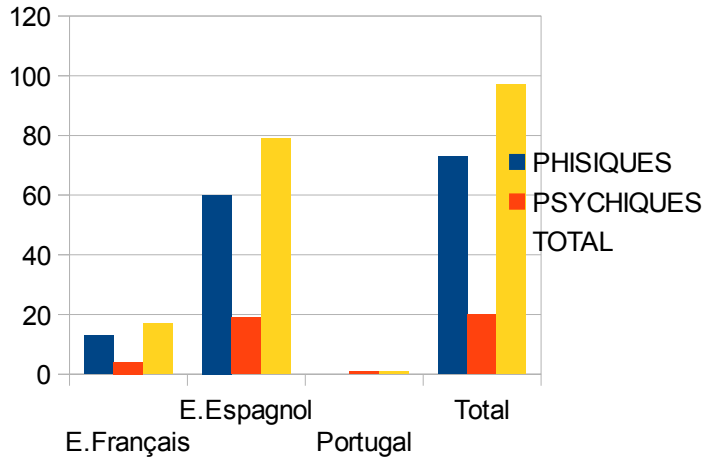


Fig.4. Pourcentage de malades psychiques



Fig,5. Poucentage de malades phisiques et psychiques

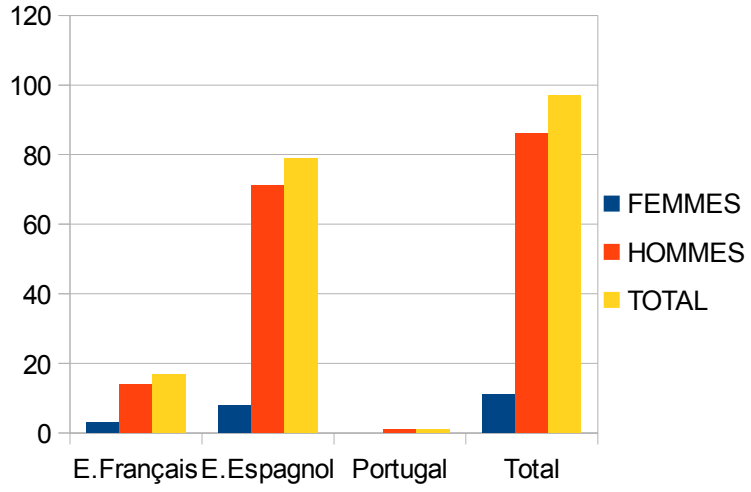


Fig.6. Pourcentage total de malades

1.2 Politique pénitentiaire et santé

Soulignons, en préambule, une caractéristique précise du groupe concerné : **les longues peines** qui sont imposées à ses membres augmentent actuellement d'une façon alarmante la moyenne d'âge de celui-ci. En effet, selon les lois en vigueur, beaucoup d'entre eux devront passer 30 ou 40 ans de leur vie derrière les barreaux. Or ce facteur aura évidemment une influence décisive sur l'état de santé de ces personnes. Actuellement, on dénombre 29 personnes (sur 400, soit 7,25 % du groupe) ayant passé **plus de 20 ans** en prison, dont **10** y sont depuis **plus de 25 ans**. Il faut toutefois préciser que, juste avant et juste après la publication de la sentence de la Haute Cour des Droits de l'Homme de Strasbourg, en date du 21 octobre 2013, soit **entre 2011 et 2014**, **43** prisonniers qui avaient purgé **entre 25 et 31 ans** de prison ont été **remis en liberté**. En 2012, on comptait 91 détenus ayant plus de 20 ans de prison derrière eux, dont 31 avaient purgé plus de 25 ans.

En conséquence, comme il a été dit plus haut, **la moyenne d'âge du groupe s'accroît progressivement**. En ce moment, **20** prisonniers du collectif, soit 5 %, sont **âgés de plus de 60 ans**, et **4 ont plus de 70 ans**. Si on ajoute ceux qui se trouvent en situation de prison atténuée (à leur domicile parce qu'ils sont atteints de maladies graves et incurables), les plus de 60 ans sont au nombre de 21. Logiquement, la moyenne d'âge continuera de s'accroître au cours des années à venir. En conséquence, et considérant uniquement le domaine de la santé, les affections frappant ceux qui sont enfermés depuis tant d'années s'aggravent sous l'influence des conditions de vie auxquelles ces personnes sont soumises. En effet, être malade chez soi ou être malade alors que l'on vit enfermé dans une institution est loin d'être la même chose. Dans ces circonstances, en toute logique, les risques pour la santé se multiplient.

En résumé, l'âge et l'allongement des peines influent grandement sur la santé de ces personnes : après 20, 30 ou 40 années d'enfermement, même la personne la plus jeune et la plus saine court le risque de tomber malade ; quiconque est déjà malade court le risque de voir s'aggraver

son état ; celui qui est frappé d'une maladie grave et incurable peut mourir en prison.

Mais outre ces deux facteurs, la politique pénitentiaire appliquée à ce collectif présente des composantes qui menacent directement la santé, au point de devenir clairement pathogènes. Ainsi, la **situation de tension continuelle** à laquelle sont soumis les membres du collectif n'aide en rien à la préservation de la santé de ces derniers. Le régime de vie auquel ils sont soumis, par exemple, débouche sur des modifications constantes des catégories spatiales et temporelles. Les transferts répétés d'un établissement à l'autre, d'une cellule à l'autre, les changements du régime de vie, des conditions de vie, les appels nocturnes, les plaques métalliques bouchant les fenêtres, les fouilles et fouilles à corps constantes (cérémonies dégradantes avec obligation de nu intégral du prisonnier et de sa famille, obligation d'adopter une posture lors des appels, etc.), ont une influence évidente sur l'état de santé des personnes affectées.

Le suivi et le traitement des personnes malades soumises à ce type de situation n'est aucunement garanti et les professionnels qui les prennent en charge sont les témoins impuissants de cet état de fait.

Il existe des cas certifiés et diagnostiqués dans lesquels la tension continuelle imposée est à l'origine de troubles mentaux irréversibles.

Une autre des mesures pénitentiaires caractérisant ce collectif de prisonniers est **l'application restrictive et discriminatoire de la mise à l'isolement**. Le règlement pénitentiaire indique qu'un tel régime doit être appliqué ponctuellement, en réponse à diverses infractions envers ce règlement, alors qu'il est en réalité appliqué de façon continue et sans qu'aucune infraction n'ait eu lieu. Il en est de même avec l'application de la classification du régime de vie pénitentiaire : la majorité des gens, dès leur incarcération se voit appliquer le traitement pénitentiaire le plus strict prévu par le règlement, sans avoir commis une quelconque infraction. En outre, les responsables pénitentiaires ont pour habitude de séparer ou d'isoler les membres du collectif dans des établissements ou dans des modules différents, sous prétexte le plus souvent d'ordres venant d'en haut ou de raisons de sécurité. Les psychologues professionnels connaissent parfaitement les résultats d'une mise à l'isolement qui dure des mois et des années sur les personnes. Ils savent également que tout le monde ne réagit pas de la même manière face à ce type de situation : les cas de personnes soumises à de longues périodes d'isolement et souffrant conséquemment de graves troubles psychologiques ne leur sont pas étrangers. Comme nous le disions plus haut, l'application de l'isolement est prévue par le règlement pénitentiaire mais, en aucun cas, ne devrait être appliqué à des personnes souffrant de problèmes psychologiques évidents, de claustrophobie, etc. Signalons à cet égard que les professionnels de la santé exerçant leur activité dans l'administration pénitentiaire ont le pouvoir d'éviter ce type de situation ; dans la réalité, il n'élève que trop peu souvent la voix face aux instances répressives.

L'isolement, en outre, est l'un des principaux mécanismes de perte d'identité utilisés par la prison pour tenter de dominer l'individu. Il entraîne un profond sentiment de solitude et d'angoisse vitale suite à la perte des points de repères habituels et face à l'impossibilité de prévenir certains événements (conflits, réductions, ordres, etc.) ou d'en éviter d'autres (monotonie, horaires et espaces).

Comme nous avons commencé à le démontrer dans les paragraphes précédents, les « **raisons de sécurité » ont la priorité** dans l'application du régime et du règlement pénitentiaire. En effet, on isole les personnes pour des raisons de sécurité, on refuse les consultations auprès de médecins jouissant de la confiance de la personne pour des raisons de sécurité, on contrôle et on enregistre les communications des prisonniers pour des raisons de sécurité... Les « raisons de sécurité » priment sur tout autre argument dans le domaine de la santé également. Ainsi, la prise en

charge sanitaire des prisonniers est garantie mais toujours à condition que cette prise en charge n'affecte en rien le régime de vie, la politique pénitentiaire en vigueur ou la sécurité de l'établissement. Nous, professionnels de la santé, considérons particulièrement grave que des « raisons de sécurité » diffuses et imprécises priment sur les besoins sanitaires d'un malade. Même s'il est incarcéré. Il nous semble particulièrement grave de refuser les visites de médecins extra-pénitentiaires sous le coup de cet argument. Et l'existence de certains règlements internes qui mettent en danger la vie des prisonniers malades nous semble particulièrement grave et risquée. C'est le cas du règlement interne qui donne priorité à un certain protocole de sécurité (communications entre différentes instances pénitentiaires) visant à répondre aux appels nocturnes des détenus depuis leur cellule. On a vu des cas de détenus décédés d'une crise cardiaque à cause du temps nécessaire pour ouvrir la porte de leur cellule (voir à l'annexe I le refus de consultation d'une psychologue, dans le cas du décès en prison de Mikel Zalakain et de Roberto Sainz ou le cas de Jon Bienzobas).

Une autre des mesures pénitentiaires caractérisant ce collectif de prisonniers est **l'application du régime de « prison atténuée »** aux prisonniers atteints de maladies graves et incurables. Ces dernières années, l'application de l'article 92 du Code pénal espagnol qui prévoit la mise en liberté conditionnelle des prisonniers atteints de maladies graves et incurables a été, à quelques exceptions près, systématiquement refusée. Non content de cela, un alinéa ad hoc a été ajouté au dit article pour exiger des prisonniers atteints de maladies à un stade pouvant être terminal de renoncer à leurs principes politiques voire de collaborer avec la police. Exemple de cela, la décision en date du 16/11/2007 refusant l'application de cet article à Gotzone Lopez de Luzuriaga, souffrant d'un cancer du sein. Le prisonnier politique Jabier Gorostiza Lajarriaga, atteint d'un cancer de la gorge en face terminale, et décédé le 17/06/1995 à son domicile, quelques mois après avoir retrouvé la liberté, était dans le même cas. En ce sens, précisons que les demandes des médecins qui souhaitent que les malades puissent suivre leur traitement à leur domicile ne sont que trop peu souvent prises en considération. À cet égard, la pression politique et médiatique joue souvent un rôle déterminant. Le cas de Josu Uribetxebarria en est un exemple significatif. Atteint d'une métastase cancérigène avec pronostic mortel à très court terme, il a été remis en liberté conditionnelle pour raisons de santé en septembre 2012. Après une campagne médiatique sans précédent et sous le prétexte de l'ouverture d'une nouvelle instruction, le juge a révoqué la liberté conditionnelle pour adopter un régime de prison atténuée, le 3 avril 2014. La liberté conditionnelle lui a été de nouveau accordée avant son décès survenu en janvier 2015.

C'est une bonne illustration de l'action du gouvernement espagnol qui, en novembre 2008, et à l'encontre de la législation appliquée jusqu'alors, fait entrer en vigueur une nouvelle mesure visant les prisonniers souffrant de maladies graves et incurables. Il s'agit de l'application de la « prison atténuée » aux dits prisonniers (articles 100.2 et 86.4 du règlement pénitentiaire. Voir annexe I). Cette mesure prévoit que le détenu puisse rentrer à son domicile mais reste soumis à un strict contrôle télématique et sous le coup d'importantes restrictions en matière d'horaires, de sorties, etc. Le cas de Mikel Ibañez Oteiza constitue un précédent de ladite mesure. Cette personne, aujourd'hui décédée des suites d'un cancer lymphatique et d'un infarctus du myocarde, a été autorisée par le juge à purger sa peine en régime de prison domiciliaire, sans avoir le droit de sortir de son domicile sauf pour se rendre à l'hôpital escorté par la police. Ensuite, il s'est vu appliquer le régime de prison atténuée puis, face à la détérioration de son état de santé, le 11 janvier 2011, la liberté conditionnelle. Il est décédé trois mois plus tard.

De novembre 2008 à octobre 2011, 11 prisonniers de plus se sont vus appliquer le régime de prison atténuée (voir annexe IV). À notre sens, les conditions qui leur sont imposées (horaires

restreints, contrôle télématique, obligation d'être chez soi à certaines heures, interdiction de circuler dans une zone géographique déterminée, etc.) ne garantissent en rien la qualité de la vie et la santé de ces personnes. Elles devraient au contraire jouir d'une liberté totale pour pouvoir accéder à un traitement adapté. Sous le régime de la prison atténuée en revanche, elles sont condamnées à vivre dans des conditions défavorables pour leur santé. En outre, l'une d'entre elles (Ibon Iparragirre, en prison atténuée pour infection du virus VIH depuis le 10 octobre 2011) a été de nouveau arrêtée le 7 avril 2014, après la confirmation de sa condamnation par la Cour suprême espagnole.

Le contrôle strict de la vie, de l'espace et du temps. C'est l'une des mesures qui caractérisent le mieux ce collectif : sous le prétexte des « raisons de sécurité » évoquées plus haut, les membres de ce collectif de prisonniers sont soumis à un contrôle total. Toutes leurs communications sont lues et surveillées (visites, courriers, appels téléphoniques...) ainsi que l'espace où ils se trouvent (caméra, contrôle visuel...). En tant que professionnels soignants ces personnes, ces mesures nous frappent de plein fouet. En effet, en vertu de cette intervention, notre action est contrôlée et limitée en permanence puisque la correspondance entre le médecin ou le psychologue et le patient est lue, les visites (spécialistes, psychologues...) sont également surveillées. Cela porte atteinte à un droit relatif à la relation médecin–patient aussi important que l'obligation de préserver la confidentialité ou le secret professionnel (voir annexe I, article 39,40, 41 et 47 du Code déontologique des psychologues).

Une telle situation a des retombées directes sur la prise en charge du prisonnier malade puisque l'attitude négative de l'administration pénitentiaire limite énormément la prise en charge et le suivi du patient de la part de son médecin ou psychologue de confiance. Tout professionnel de la santé dans l'exercice de sa fonction se doit d'examiner directement le patient afin d'observer les signes et les symptômes que celui-ci présente pour pouvoir établir un diagnostic précis. Dans le cas des prisonniers politiques basques, ce droit n'existe pas. En conséquence, le suivi des cas se limite à l'échange d'une correspondance ou des données pouvant être apportées par l'entourage le plus proche des patients. En d'autres termes, la consultation médicale du patient, qui devrait être absolument confidentielle et personnelle, est systématiquement contrôlée, dans ce cas, sous prétexte des « raisons de sécurité ». Ces mesures affectent non seulement le patient prisonnier et le professionnel qui le prend en charge mais obligent également la famille à prendre contact avec des spécialistes privés et à supporter les frais supplémentaires qui en résultent aussi bien pour le prisonnier que pour sa famille.

Dans le cas des visites professionnelles autorisées, et plus précisément celle des psychologues, signalons que, trop souvent, elles se déroulent dans des conditions totalement inadaptées pour des thérapies de ce type : enregistrement ou surveillance de la visite, visite qui se déroule dans un parloir sans contact direct entre le prisonnier et le professionnel, présence lors de la visite du personnel sanitaire ou de sécurité de la prison, interdiction de parler dans une langue autre que l'espagnol… toutes mesures en flagrante contradiction avec les termes du Code déontologique des psychologues (voir annexe I, article 40, 41, 47…). Autrement dit, les visites et les thérapies se déroulent dans des conditions contraires à celles qui sont exigées pour ce type de malades (manque de confidentialité…). Il est évident que l'on souhaite entraver notre activité professionnelle et obliger le patient à exposer ouvertement et au su des responsables pénitentiaires ses problèmes les plus intimes et confidentiels. Ce qui débouche immanquablement sur une aggravation de la maladie mentale de ces personnes.

1.3 Problèmes, carences et négligences détectées

Les professionnels se consacrant à la prise en charge sanitaire de ce collectif de prisonniers connaissent de près la réalité de la prise en charge pénitentiaire de ce type de patient. Des années d'observation et de travail nous apportent la légitimité nécessaire pour établir un jugement de valeur sur les problèmes, carences et négligences auxquelles sont confrontés ces prisonniers dans le domaine de la santé. Voici un résumé des problèmes les plus importants.

1.3.1 État espagnol

1.3.1.1. Prise en charge sanitaire. Cette situation est mise en évidence par le manque d'intérêt, l'irresponsabilité professionnelle et le manque de respect dont font preuve certains médecins lors des consultations. De même, dans certains établissements pénitentiaires, l'absence de protocole de prévention des risques de maladies infectieuses et de suivi des pathologies chroniques est patente, ce qui est incompréhensible dans la pratique clinique actuelle. La disparition des dossiers médicaux est chose courante lors des transferts d'un établissement à l'autre. Ou les délais excessifs, en marge des listes d'attente habituelles des services de santé, de réalisation des consultations ou examens complémentaires, quand ils ne sont pas purement et simplement boycottés. En conséquence de quoi, de nombreux diagnostics potentiellement graves sont différés. (Voir exemples à l'annexe II : cas d'Ibon Fdz Iradi ou d'Aitor Fresnedo).

1.3.1.2. Prise en charge par des médecins ou psychologues de confiance. Comme nous l'avons évoqué plus haut, les obstacles et refus opposés par l'administration pénitentiaire au prisonnier ou à la prisonnière qui souhaite consulter un professionnel de la santé de son choix sont constants. Voici ce que prévoit en la matière l'article 36.3 de la Loi Organique Générale Pénitentiaire espagnole : « Les personnes incarcérées peuvent solliciter, à leurs frais, les services de professionnels extérieurs à l'institution pénitentiaire, sauf quand des raisons de sécurité préconisent la limitation de ce droit ». Et selon le Règlement pénitentiaire, article 212.3 : « Les personnes incarcérées peuvent solliciter, à leurs frais, les services médicaux privés de professionnels extérieurs à l'Institution Pénitentiaire. La demande sera approuvée par la direction de l'établissement, sauf quand des raisons de sécurité préconisent la limitation de ce droit ».

Signalons à cet égard que, depuis de nombreuses années, la plupart des visites sollicitées sont refusées, « pour des raisons de sécurité ». En d'autres termes, ce que ces articles prévoient comme exception est de fait érigé comme règle. Dans les cas où ces visites de consultation sont autorisées, leur durée est arbitrairement limitée, alors qu'aucune loi ne précise qu'elles doivent être sujettes à des limitations temporelles. En tout état de cause, comme cela est précisé plus haut, les prisonniers politiques basques se voient refuser les visites de médecins de leur choix dans presque tous les cas.

En ce qui concerne les visites autorisées de psychologues de leur choix, les conditions dans lesquelles de telles visites se réalisent attirent l'attention. En effet, alors que la confidentialité devrait présider à la consultation du psychologue et de son patient, dans la plupart des cas, la visite se déroule en présence du personnel pénitentiaire ou dans un parloir muni d'un dispositif d'enregistrement des conversations. Tous les droits du patient sont ainsi bafoués et, en particulier, les droits à la confidentialité ainsi que le secret professionnel liant le psychologue. Inutile de préciser que de telles circonstances ont une influence négative sur la thérapie, sur le traitement et

sur la santé des personnes concernées.

Un autre facteur a une influence négative sur ce type de prise en charge : **la politique d'isolement et de dispersion** appliquée à ce collectif de personnes prisonnières. Dès leur arrestation et dans leur immense majorité, les prisonniers appartenant à ce collectif sont éloignés de leur lieu d'origine ou de résidence. Cela affecte bien sûr les prisonniers et leurs familles en premier lieu puis, en second lieu, les professionnels du domaine de la santé prenant en charge ce type de public. L'éloignement, modéré ou extrême, des personnes incarcérées a une très grande influence sur les visites et les thérapies appliquées aux patients : la distance empêche un suivi ponctuel des cas, limite l'assiduité des visites professionnelles et, d'une manière générale, entrave une prise en charge digne et adaptée à chaque cas. Outre la perte de temps inhérente à de longs déplacements, les frais engagés sont conséquents. Signalons que la dispersion constitue un autre des mécanismes de perte d'identification visant la disparition de l'identité personnelle, par la perte des repères vis-à-vis du groupe social auquel appartiennent les prisonniers.

L'impossibilité de recourir à des professionnels extra-pénitentiaires a débouché malheureusement, en de trop nombreuses occasions, sur l'évolution vers l'irréversibilité de maladies non détectées ou non traitées à temps. Dans les cas les plus graves, cette situation a entraîné le décès du patient et, dans d'autres cas, l'impossibilité de suivre un traitement spécifique capable de remédier à la progression des pathologies. En tout état de cause, les traitements sont difficiles à suivre et, trop souvent, les responsables sanitaires de la prison ne les fournissent même pas.

1.3.1.3. Relations entre les professionnels de la santé pénitentiaires et extra-pénitentiaires. Dans les cas où nous ne disposons pas d'autorisation pour rendre visite à nos patients prisonniers ou lorsque nous recevons des nouvelles alarmantes sur l'état de santé de certains d'entre eux, nous prenons contact avec les médecins de la prison ou de l'hôpital de référence. Toutefois, l'expérience montre que cette démarche ne porte pas toujours ses fruits et que, d'une manière générale, les personnes prisonnières et malades n'ont pas la possibilité de disposer d'un second avis à propos de leur diagnostic ou du traitement de leurs maladies. Les appels téléphoniques aux services médicaux et aux responsables pénitentiaires ne reçoivent souvent aucune réponse et la communication se limite à l'envoi de fax. Il est donc impossible de consulter ou de discuter du cas de tel ou tel malade.

Soulignons à cet égard le rôle joué, dans l'institution pénitentiaire espagnole, par la *Junta de Regimen y Tratamiento* (Commission de Régime et de Traitement), organe constitué dans chaque établissement pénitentiaire et composé du directeur, du sous-directeur médical, du psychologue, de l'éducateur et du sous-directeur de sécurité de l'établissement. Cette commission a pour mission d'exercer un suivi et de dicter les dispositions ou normes relatives au fonctionnement de la prison. Trop souvent, il joue un rôle d'entrave et non de facilitateur dans la santé des personnes détenues.

Ainsi et sur la base d'une perception issue d'années de travail dans le domaine de la santé, il est évident à nos yeux que certains médecins et psychologues pénitentiaires font preuve de négligence vis-à-vis du code déontologique de la profession qu'ils exercent : dans de nombreux cas, ces professionnels ont privé les personnes incarcérées de leur droit à la santé sous prétexte des « raisons de sécurité » ou en application d'une politique pénitentiaire déterminée.

1.3.1.4. Suivi des pathologies. Du fait, dans de nombreux cas, de l'éloignement géographique forcé de nos patients et des obstacles opposés à une prise en charge sanitaire directe de ceux-ci (de nombreuses visites sont en effet refusées même après délivrance d'une autorisation), les difficultés rencontrées pour exercer notre mission dans des conditions dignes et efficaces sont insurmontables. C'est la raison pour laquelle, comme cela est dit plus haut, nous nous voyons forcés d'exercer une

prise en charge limitée par le biais de conversations téléphoniques avec les médecins ou psychologues pénitentiaires et d'une relation épistolaire (dont les missives sont lues par l'administration) avec les patients incarcérés. Dans ces circonstances, la relation soignante efficace relève du défi, en particulier dans le cas des prises en charge psychologiques ou psychiatriques.

Face à ces obstacles, les familles des prisonniers se voient obligées de rechercher des spécialistes exerçant à proximité des prisons les plus éloignées de leur lieu d'origine. Il est évident que ce type de situation a des retombées directes au plan économique, de travail et de temps pour les familles. Quand elles ne se voient pas purement et simplement refuser cette possibilité « pour des raisons de sécurité » (voir la liste des cas en annexe).

1.3.1.5. Conditions des transferts à l'hôpital ou à des consultations externes des prisonniers malades. Nous sommes préoccupés également par les difficultés et les problèmes rencontrés par nos patients qui sont transférés vers des hôpitaux ou des consultations externes : transferts de patients avec les mains et les pieds étroitement menottés, mains menottées dans le dos, provocations policières, présence de la police à l'intérieur du cabinet médical, même en gynécologie… Ces situations créent chez les patients des sentiments comme l'anxiété extrême ou la crainte, de sorte qu'ils peuvent refuser de se rendre à ce type de consultation, ce qui rend en d'autant plus difficile leur traitement. De telles conditions portent gravement atteinte aux droits du malade, droits aussi sensibles que le droit l'intimité ou à la confidentialité. Exemple : cas de Gotzone López de Luzuriaga, Oihana Garmendia, etc. à l'annexe III.

1.3.2. État français

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité de soins sanitaires formés par des médecins, des psychologues et des infirmières, et nommée UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires). Ces UCSA dépendent administrativement de l'hôpital de référence qui leur est assigné.

La structure de chaque UCSA et les services qu'elle assume dépendent de la taille de la prison, de sa proximité vis-à-vis de l'hôpital de référence et des ressources économiques dont elle dispose. Ainsi, certaines UCSA disposent d'équipements de radiologie, d'échographie, de fauteuils dentaires, etc… tandis que d'autres, plus modestes, en sont dépourvues.

En conséquence, la qualité de prise en charge primaire à laquelle les prisonniers politiques basques ont accès dépend non seulement des connaissances et des dispositions du personnel sanitaire mais également des ressources dont dispose l'UCSA de la prison dans laquelle ils sont incarcérés.

Quoi qu'il en soit, certaines carences sont communes et inhérentes à la situation d'emprisonnement : régime alimentaire inadapté à certaines pathologies, absence de programme systématique de vaccination ou de détection des TBC, mauvaises prises en charge dentaires, épidémies parasitaires (surtout de gale).

L'uniformité n'est pas non plus la règle en matière de prise en charge spécialisée. Dans certaines prisons, les spécialistes hospitaliers effectuent des consultations sur place, dans les UCSA, et les patients sont suivis. Dans d'autres, ce type de prise en charge n'existe pas et les prisonniers doivent être transférés à l'hôpital pour se rendre à une consultation. Les examens complémentaires (radio, endoscopie, examens cardiologiques etc.) sont en général à réaliser à l'hôpital.

Les <u>transferts à l'hôpital</u> réclament des démarches complexes et laborieuses qui retardent la

prise en charge spécialisée des prisonniers, la réalisation d'examens complémentaires nécessaires au diagnostic et le traitement quand il est hospitalier (intervention chirurgicale, arthroscopie…). Les prisonniers politiques basques, souvent classés comme DPS (Détenus Particulièrement Signalés), sont transférés sous double escorte policière. Dans de nombreux cas, le rendez-vous hospitalier doit être annulé car l'escorte n'est pas disponible. Ainsi, outre les listes d'attente ordinaire des hôpitaux, le diagnostic thérapeutique est très souvent retardé.

En ce qui concerne les hospitalisations, plusieurs modalités existent.

L'Hôpital Pénitentiaire de Fresnes où sont généralement envoyées les personnes incarcérées en région parisienne. C'est un hôpital à l'intérieur de la prison, les patients peuvent sortir de leur chambre, il y a une cour… cet hôpital effectue certains processus diagnostiques complexes requérant une durée prolongée (par exemple, étude cardiologique avec épreuve d'effort, Holter, échocardiogramme), chirurgie traumatologique (arthroscopie, fracture...) ou générale (hernie inguinale, appendicite...). Il accueille également les convalescents d'autres pathologies ayant requis une intervention dans un hôpital civil. Il dispose d'un service de rééducation.

Unités pénitentiaires dans les hôpitaux civils. Ces unités se retrouvent en général dans les Hôpitaux Universitaires des grandes agglomérations urbaines. Les chambres sont conçues spécifiquement pour l'accueil de personnes prisonnières.

Hôpital civil ordinaire. Dans ce cas, le prisonnier est en général enchaîné à son lit. La surveillance policière entraîne des problèmes divers : gêne pour le personnel sanitaire...

Certaines prestations sanitaires intermédiaires comme la rééducation sont d'accès très difficile. L'hôpital pénitentiaire de Fresnes excepté, il est exceptionnel que les prisonniers souffrant de problèmes ostéo-musculaires reçoivent un traitement de rééducation, de kinésithérapie ou d'ostéopathie. Dans les cas où un équipement spécial est requis (infrarouge, ultrason, appareils...), il est impensable que les allers-retours réguliers à l'hôpital soient autorisés. En général, les rééducateurs hospitaliers ont trop de travail pour pouvoir se déplacer dans les prisons. La carence est telle que, du fait des problèmes spécifiques dont souffrait un prisonnier, une prison donnée s'est vue obligée d'avoir recours aux services d'un kinésithérapeute privé, disposé à réaliser sa prestation à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Mais il est habituel qu'un prisonnier nécessitant un traitement de rééducation ne le reçoive pas ou ne le reçoive que d'une manière insuffisante.

En matière d'assistance psychiatrique/psychologique, l'État français a dû reconnaître publiquement que la prise en charge en santé mentale dans les prisons était extrêmement déficitaire. Aucun suivi psychologique, les patients reçoivent un excès de médicaments pour qu'ils restent tranquilles... Dans le cas des prisonniers politiques basques, ce problème général est agrémenté de connotations diverses : différences socioculturelles, problèmes linguistiques, éloignement de leur milieu familial et social...

Enfin, signalons deux différences légales en matière de santé en prison :

- La loi pénitentiaire en vigueur dans l'État espagnol autorise théoriquement que les prisonniers puissent recourir à une prise en charge sanitaire exercée par des médecins extra-pénitentiaires de leur choix, ce qui n'est pas le cas dans l'État français.

- En ce qui concerne l'État français, la libération de prisonniers gravement malades en situation de préventive dépend du Juge d'Instruction et du JLD (Juge des Libertés et de la Détention). Pour les prisonniers condamnés, la loi nº 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits

des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée « loi Kouchner », permet, entre autres dispositions, de suspendre les peines des détenus malades si leur pronostic vital est engagé ou si leur état est incompatible avec la détention. Elle est en réalité très peu appliquée, ce qui est dénoncé par de nombreuses associations de défense des droits des détenus.

En lien avec ce dernier point, ces dernières années, la remise en liberté provisoire de certains prisonniers politiques basques en préventive dont l'incarcération était incompatible avec leur état de santé ou avec les prescriptions médicales a été obtenue. Mais chacune de ces remises en liberté a demandé des efforts exceptionnels.

Et dans un cas en particulier, les conditions de remise en liberté étaient draconiennes : assigné à résidence chez un particulier qui s'était porté volontaire pour l'héberger, le malade s'est retrouvé « sans-papiers » et par conséquent incapable d'ouvrir un compte bancaire, de demander les aides sociales nécessaires pour subsister ; en l'absence de couverture sociale, il ne pouvait s'acheter les médicaments prescrits et les factures de l'hôpital s'accumulaient…

Dans d'autres cas, la remise en liberté des prisonniers malades ne peut même pas être demandée en raison de l'interdiction de séjour sur le territoire français qui assortit leur condamnation.

1.4 Conséquences de la politique pénitentiaire dans le domaine de la santé

Le suivi réalisé jusqu'à aujourd'hui en tant que professionnels de la santé nous a permis de détecter une série de situations extrêmes liées à la santé des membres du collectif des prisonniers politiques basques. **Les décès en prison**, expression extrême de ce type de situation, s'élèvent à 15 cas survenus ces dernières décennies. Nous joignons la liste des prisonniers décédés peu de temps après leur remise en liberté des suites d'une maladie développée au cours de leur incarcération car, à nos yeux, ces personnes également ont succombé aux conditions de vie imposées en prison.

a. Morts en prison : 18

PRÉNOM- NOM	ÂGE	PRISON	DATE	CAUSE DE LA MORT
Juan Jose Crespo Galende	27	Herrera de la Mancha	19/06/1981 Arrêté le 01/09/1979.	Grève de la faim
Jose Ramon Goikoetxea Bilbao	25	Alcalá-Meco	26/06/1985 Arrêté en 1982	Suicide
Joseba Asensio Artaraz	27	Herrera de la Mancha	08/06/1986 Arrêté le 02/07/1980	Tuberculose
Mikel Lopetegi Larrarte	33	Herrera de la Mancha	02/03/1988 Arrêté le 29/03/1981	Suicide

Juan Karlos Martiarena Alberdi	30	Herrera de la Mancha	15/06/1988 Arrêté le 01/06/1979	Infarctus
Migel Zalakain Odriozola	58	Martutene	01/12/1990 Arrêté le 29/04/1989	Infarctus
Jean Groix	40	Fresnes	20/01/1991 Arrêté le 04/12/1990	Suicide
Pello Mariñelarena Imaz	29	Fresnes	15/05/1993 Arrêté le 30/11/1990	SIDA
Jose Mª Aranzamendi Arbulu	41	Alcalá-Meco	07/02/1997 Arrêté le 16/05/95	Suicide
Unai Salanueva	22	Iruña	10/02/1997	Suicide
Juan Karlos Hernando Gonzalez	35	Albacete	20/07/1997 Arrêté le 01/05/1994	Suicide
Oihane Errazkin Galdos	31	Fleury	07/07/2004 Arrêtée le 23/09/2001	Suicide
Jose Angel Alzuguren Perurena	39	Soria	31/10/2005 Arrêté le 21/10/2005	Suicide
Igor Angulo Iturrate	32	Cuenca	27/02/2006 Arrêté le 01/12/1996	Suicide
Roberto Sainz Olmos	41	Aranjuez	04/03/2006 Arrêté le 09/09/2003	Infarctus
Angel Figueroa Fernández	41	À son domicile en prison atténuée	14/03/2013 Arrêté le 25/10/1994	Non précisé (il souffrait de graves crises d'épilepsie)
Xabier López Peña	54	Fleury Mérogis (décédé à l'hôpital Pitié-Salpêtriere)	30/03/2013 Arrêté le 25/05/2008	AVC
Arkaitz Bellon Blanco	36	Puerto I	05/02/2014 Arrêté le 07/10/2003	Œdème aigu au poumon d'origine cardiaque ou pancréatique

b.- Prisonniers morts peu de temps après leur sortie : 10

PRÉNOM - NOM	ÂGE	MALADIE	DATE DE SORTIE	DATE DE DÉCÈS
Josu Retolaza Loidi	33	Carcinome épidermoïde	14/10/1986 (Liberté conditionnelle)	19/05/1987
Jabier Gorostiza Lajarriaga		Cancer du larynx	16/07/1994 (Liberté conditionnelle) Arrêté le 30/07/1980.	17/06/1995
Santiago Diaz Uriarte		Cancer de la gorge	25/03/1997 (Liberté conditionnelle) Arrêté le 12/07/1985.	27/10/1995
Juan Jose Etxabe	58	Infarctus	?/07/1996. Arrêté le 21/05/1996.	11/07/1996
Jean-Louis Maitia	55	Infarctus	06/06/1997. Arrêté le 08/05/1997.	25/08/1997
Esteban Esteban Nieto	45	Cancer hépatique	07/04/1999 (Liberté conditionnelle). Arrêté le 23/01/1997.	26/09/1999
Ramón Gil Ostoaga	45	Suicide	10/02/2002. Arrêté le 25/10/1989.	20/02/2002
Kepa Miner Aldabalde	70	BPCO	02/07/1999 (Liberté conditionnelle). Arrêté le 26/06/1984.	26/04/2004
Mikel Ibañez Oteiza	56	Cancer lymphatique / Infarctus	08/08/2008 (Prison atténuée et liberté conditionnelle). Arrêté le 01/2007.	07/04/2011

Josu Uribetxebarria Bolinaga	59	Cancer du poumon, du cerveau et des reins	2012/09/16 (Liberté conditionnelle). Arrêté le 01/07/1997.	2015/01/16

Dans la plupart des cas, le fonctionnement de la prison, la négligence et la politique pénitentiaire appliquée spécifiquement aux membres du groupe des prisonniers politiques basques ont eu une influence essentielle sur ces issues fatales. Prenons par exemple le cas de Joseba Asensio, décédé subitement de tuberculose, à 27 ans, à classer sans nul doute dans les cas « peu fréquents ». Il est également significatif que Mikel Zalakain soit décédé d'infarctus dans sa cellule, à 58 ans, après que lui ont été refusés à de nombreuses reprises toute consultation et traitement spécialisé après un premier infarctus survenu quelques mois avant son décès. Ou le cas de Roberto Sainz, âgé de 41 ans, décédé d'infarctus à l'infirmerie de la prison après que les soins lui ont été refusés lors d'un autre épisode survenu en cellule. Entre autres cas... Ces cas ne sauraient nous surprendre compte-tenu de la prééminence des mesures de sécurité par rapport à toute autre considération. Ainsi, en aucun cas la porte d'une cellule ne peut être ouverte pendant la nuit sans l'accomplissement préalable d'une série de normes internes protocolaires de sécurité et cela, même en cas d'infarctus ou de crise grave et subite frappant un prisonnier. Le temps requis pour la réalisation dudit protocole de sécurité entraîne, dans la plupart des cas, une issue fatale pour le malade.

Dans une telle situation, il est paradoxal que l'on n'assiste pas à davantage de cas de décès, ce qui ne diminue en rien les risques potentiels que cela arrive, même s'il faut souligner que cette radiographie dresse le portrait d'un collectif de prisonniers concrets, la population pénitentiaire étant beaucoup plus large que celle étudiée ici. Pour une analyse plus significative de la réalité pénitentiaire générale dans le domaine de la santé, il convient de consulter des études spécifiques où, malgré le peu de données apportées par l'administration pénitentiaire, il est facile de constater que les indices de mortalité dus aux conditions pénitentiaires sont élevés.

Et comme point d'ordre de ce chapitre, il nous semble significatif et non moins préoccupant d'assister à une augmentation ces dernières années des **cas de maladie mentale**, ce qui nous mène au chapitre suivant. En effet, le fait que, parmi les prisonniers les plus gravement malades du collectif, trois soient atteints de maladies mentales, n'est pas le fruit du hasard. Il y a quelques années, les malades les plus graves souffraient de pathologies physiques pour la plupart mais, ces derniers temps, ce sont les malades mentaux qui nous préoccupent le plus. Et nous le répétons, ce n'est pas un hasard car, à notre sens, les longues peines, les politiques pénitentiaires spécifiques, l'absence d'une prise en charge adaptée, la tension permanente, l'isolement prolongé... ont une influence directe sur l'augmentation de ce type de maladie.

1.4.1. Le professionnel de la santé, les politiques pénitentiaires et le Code Déontologique. Après analyse de la manière dont les différentes politiques pénitentiaires influent sur la santé des membres du collectif des prisonniers politiques basques, nous pensons que l'existence de carences et de failles évidentes en ce qui concerne la prise en charge sanitaire de ces personnes est largement démontrée. Certaines de ces carences sont ponctuelles, liées au domaine personnel des professionnels pénitentiaires de santé : traitement inadapté du professionnel envers ce type de patients, les erreurs de diagnostic ou d'application des traitements, la négligence dans le suivi des différents cas... **Mais**

apparaissent également des failles ou des carences structurelles, liées à la structure même de la prison en tant qu'institution en lien avec la santé. Les différentes politiques pénitentiaires appliquées à ces prisonniers constituent, à notre sens, la principale des carences et des obstacles opposés à la santé des membres de ce collectif. Ce qui nous ramène aux premiers points évoqués dans le présent rapport : la politique d'isolement, la politique de tension permanente, la politique d'éloignement et de dispersion, la politique des « mesures de sécurité »...

Force est de constater également l'existence de contradictions essentielles entre le code ou règlement pénitentiaire et le Code déontologique. Comme on l'a vu, de nombreux droits liés à la santé sont systématiquement bafoués dans les prisons et les professionnels de la santé devraient être les premiers à dénoncer ces situations et à défendre ces droits. La prison est une institution sociale totale, fermée par définition, ce qui ne veut pas dire que les droits inaliénables de toute personne ou la qualité de la prise en charge sanitaire soient sacrifiés par ladite institution. Il n'est en effet pas acceptable d'assister à l'utilisation de l'atteinte aux droits comme forme de punition ni d'obliger les professionnels de la santé exerçant leur activité dans le cadre de l'institution pénitentiaire à agir en marge des dispositions du Code Déontologique.

Pour notre part, en tant que professionnels de la santé jouissant d'une longue expérience dans le domaine de la prise en charge des personnes emprisonnées, nous pensons disposer de la légitimité suffisante pour formuler une évaluation concernant la prise en charge digne de ces patients. Nous nous voyons obligés, sur la base de données objectives, à rendre publique notre opinion et à dénoncer les manquements au Code Déontologique et chacune des atteintes aux droits inaliénables des malades. Car notre profession et notre concept de l'éthique l'exigent. Les ordres professionnels dont nous sommes membres nous soutiennent, ce qui garantit notre professionnalisme. En effet, aucun des soignants prenant en charge des personnes prisonnières n'a été sanctionné pour faute professionnelle, ce qui garantit largement notre capacité et notre indépendance. De plus, les ordres professionnels doivent défendre tout membre qui se verrait menacé, objet de pressions ou attaqué pour exercer professionnellement dans ce domaine. D'autant plus lorsque ce sont le secret professionnel, la confidentialité ou l'indépendance du soignant qui sont remis en cause.

C'est pourquoi nous pensons qu'il nous revient de dénoncer les négligences, les failles et les obstacles qui nous sont opposés dans le cadre de notre activité professionnelle : les conditions actuelles des consultations de psychologues choisis par le patient prisonnier (contraire aux articles 40 et 41 du Code Déontologique), le refus systématique des visites professionnelles des médecins choisis par les patients prisonniers (non-respect de l'article 212.3 du Règlement Pénitentiaire), les cas de négligence dans la prise en charge de nos patients, etc. Selon nous, dénoncer ces carences et ces obstacles n’est pas de notre seule responsabilité, c'est également le devoir des professionnels de la santé exerçant leur activité dans le cadre de l'institution pénitentiaire d'agir professionnellement et dans la neutralité en matière de prise en charge des prisonniers et de dénoncer les circonstances qui rendent impossible une telle prise en charge dans des conditions de dignité suffisantes. D'autant plus que ce sont eux et elles qui connaissent et qui contrôlent le mieux la situation sanitaire des prisons.

1.4.2. Prisonniers malades et variables d'âge. Comme nous l’avons évoqué au début de cette étude, la variable d'âge est un facteur pertinent, aussi bien pour son influence sur le malade en général que sur le prisonnier en particulier. Le tableau ci-dessous présente la liste des prisonniers malades les plus âgés et objets de notre étude, comprenant également ceux qui se trouvent en prison atténuée puisque, même à domicile, ils dépendent de l'administration pénitentiaire.

14.2.1. Prisonniers malades âgés de plus de 60 ans : 9 (+ 1 en prison atténuée)

1.4.2.2. Prisonniers malades âgés de plus de 50 ans : 18

1.4.3. Les peines d'emprisonnement et leurs conséquences. Comme il a été dit au début de cette étude, les membres du collectif des prisonniers politiques basques purgent de très longues peines, durées qui dans d'autres États dépassent les peines de prison à vie prévue par les différentes législations. Sous le coup de motifs politiques conjoncturels, la législation s'est durcie au fil des années, et le Code Pénal espagnol de même que le Règlement Pénitentiaire ont été modifiés *ad hoc* pour ces cas. Preuve en est, la réforme du Code Pénal espagnol de 1996, qui établit une durée de 40 ans comme référence d'accomplissement effectif de la peine (contre 30 sous l'ancien Code), ou encore la doctrine 197/2006 de la Cour suprême espagnole récemment abolie par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui appliquait un accomplissement de 30 ans effectifs aux prisonniers relevant du Code Pénal à la réforme de 1996. Ce facteur a une influence importante sur les prisonniers, dans la mesure où les années d'emprisonnement s'ajoutent à l'âge pour altérer notablement le facteur santé. Sans oublier l'impact psychologique que cela peut avoir sur la personne prisonnière, surtout lorsque la notification d'une telle décision intervient au moment même où la peine initiale était purgée, ce qui arrive souvent. **Ainsi, sur 114 prisonniers malades physiques dénombrés en octobre 2013, 19 se sont vus appliquer la Doctrine 197/2006 de la Cour Suprême. 3 des 21 malades réclamant une prise en charge psychologique étaient également dans ce cas.**

Sur la base de chiffres réels, jusqu'en octobre 2013 (date à laquelle la Haute Cour des Droits de l'Homme de Strasbourg a aboli la doctrine), on dénombrait 92 prisonniers membres du collectif emprisonnés depuis plus de 20 ans, dont 31 depuis plus de 25 ans. Comme il a été dit plus haut, on dénombre actuellement 29 personnes ayant passé plus de 20 ans en prison, dont 10 y sont depuis plus de 25 ans.

2- MALADIES MENTALES

2.1 Analyse générale

Actuellement, nous travaillons avec 24 prisonniers qui requièrent une assistance psychologique. Cette prise en charge se concrétise de différentes manières. Dans certains cas, si l'administration pénitentiaire le permet, la prise en charge directe, par le biais de visites de psychologues choisis par le patient. Lorsque ce type de visite est impossible, nous réalisons des parloirs ordinaires ou avons recours à la correspondance pour exercer le suivi adéquat et disposons pour cela d'une équipe de soutien et de consultation psychiatrique.

À l'évidence, les cas à traiter sont différents et leur gravité également. Mais, étant donné le risque d'aggravation que présente ce type de patients dans un milieu particulier comme la prison, le suivi effectif de chacun de ces cas nous semble essentiel. Ainsi, sur 24 patients, **5** bénéficient d'un suivi strict du fait de la gravité de leur état, soit par le biais de visites soit par correspondance. **9** de ces patients font l'objet d'un contrôle et **10** autres sont comptabilisés dans les personnes à suivre, bien qu'ils n'aient pas tous conscience de leur maladie. Enfin, certains autres ont bénéficié d'un

suivi ces dernières années mais ne réclament plus notre assistance ou ne la considèrent plus comme nécessaire.

En ce qui concerne la prise en charge que nous proposons, nous sommes placés face à une gamme de situations variées en fonction de la prison où le patient est interné et qui, trop souvent, conditionne aussi bien l'assistance que le traitement effectif de la maladie. Nous entretenons des rapports fluides avec l'équipe médicale de certaines prisons, ce qui facilite l'échange d'informations, le suivi effectif du patient et les variations du traitement requises au cas par cas. Il arrive que nous communiquions par courrier le type de traitement proposé et que l'équipe médicale pénitentiaire se charge de son exécution. Parfois, quand le cas est grave et que l'équipe s'en rend compte, nos indications sont suivies et les mesures adaptées sont adoptées, comme dans le cas de l'application du « protocole anti-suicide » dans l'un des cas dont nous faisons le suivi. Il arrive également que nous échangions des rapports en vue d'une éventuelle remise en liberté.

Mais dans la majorité des centres pénitentiaires, la situation est bien différente : les obstacles et les problèmes graves auxquels nous sommes confrontés pour réaliser un diagnostic ou appliquer un traitement s'accumulent. Obtenir une autorisation pour rendre visite à nos patients en tant que psychologue de leur choix ressemble à une véritable course d'obstacles et il est fréquent que nous ne puissions pas prendre contact avec le psychologue ou le psychiatre de la prison, afin de connaître les résultats des différents examens réalisés. Il est courant que le traitement prescrit aux patients ne soit pas administré ou que ce ne soit pas le bon. Dans de tels cas, non seulement notre professionnalisme est mis en cause mais le manque de confiance du malade envers l'équipe médicale pénitentiaire s'accroît. Dans la majorité des prisons où nous effectuons des visites, le médecin pénitentiaire est présent pendant celles-ci, se place physiquement très près de nous, avec interdiction de parler en langue basque, toutes choses qui bafouent le principe de confidentialité devant présider à ce type de consultation professionnelle. Ainsi, précisons que de telles conditions dans le cas des consultations liées à des patients souffrant de maladies physiques sont dommageables, dans le cas des maladies mentales, les conséquences négatives sont beaucoup plus significatives. En effet, la mise en œuvre d'une thérapie requiert la protection de la vie privée, la confidentialité et la confiance du malade envers le soignant. Le patient, quelles que soient les conditions dans lesquelles il se trouve, doit pouvoir se sentir sûr de lui, libre de confier ses sensations les plus intimes aux professionnels ce qui, dans les conditions exposées, est impossible. Dans un tel cadre, la thérapie perd toute pertinence et peut même avoir des conséquences négatives sur la santé du patient. Pour notre part, nous avons toujours accepté les mesures imposées pour ce type de visite et nous avons fait part de notre disponibilité pour établir un contact par le biais de fax ou d'appels téléphoniques. Malheureusement, nous sommes témoins du manque de disponibilité des responsables pénitentiaires dans ce domaine et de l'impuissance que cela fait naître chez nous et chez nos patients.

Les risques et conséquences liées à ce type de situation sont nombreuses : de la plus grave comme les tentatives de suicide par manque d'assistance, l'ignorance des demandes du malade ou de nos propres recommandations, l'aggravation de la maladie suite au non-respect du traitement, l'évolution de certaines maladies en affections chroniques jusqu'à l'éventuelle apparition de différentes pathologies imputables à des conditions de vie ou à une tension extrêmes. L'inquiétude et la tension produite par ces situations chez les familles de nos patients et chez nos patients eux-mêmes est un facteur conditionnant leur état d'esprit. Le prisonnier malade se sent plus sûr et mieux protégé quand il sait qu'il dispose de l'aide nécessaire, quand il sait que sa famille peut l'aider dans tout ce dont il a besoin... mais les négligences et les actions négatives dont il fait l'objet sont une source de souffrance indicible pour le patient comme pour sa famille.

2.2 Types de maladies

Nous nous trouvons actuellement face à une quantité considérable de nouveaux cas de psychopathologie et de troubles divers. De fait, les cas de ce type sont en nombre croissant. Il arrive également que les personnes ne soient pas conscientes de la nécessité de recourir à une aide professionnelle et pense qu'il s'agit d'un simple sentiment de faiblesse ou d'une folie éventuelle. Par chance, ce type de réaction et de tabous est en perte de vitesse parmi les prisonniers politiques basques, qui se montrent de plus en plus ouverts à recevoir une prise en charge. Ils sont en effet conscients des graves effets des différentes politiques pénitentiaires sur leur personne, de la souffrance que cela provoque chez eux et de la nécessité d'une prise en charge psychologique afin de pallier ce type d'effet négatif. Actuellement, ces prisonniers savent qu'une équipe de psychologues et de psychiatres sont disposés à les aider, à leur rendre visite ou à échanger une correspondance. En conséquence, la demande d'aide et de prise en charge professionnelle dans ce domaine a considérablement augmenté ces dernières années.

Afin de classer les cas et les maladies, nous nous sommes basés sur la gravité intrinsèque des différentes maladies. Les cas les plus graves sont liés aux troubles psychotiques, ces maladies et leurs symptômes étant basés dans la plupart des cas sur des idées paranoïaques et des hallucinations. Ce type d'idées et d'hallucinations, de manière générale, est lié à des perceptions subjectives ou à des sentiments de manque de confiance, de persécution ou de menace vitale. Vivre ce type de maladie et de symptômes dans un environnement tel que la prison, de toute évidence, ne fait qu'aggraver les symptômes. En effet, la prison est vécue comme quelque chose d'imposé et d'extérieur à la personne, les règlements en vigueur ne faisant qu'augmenter cette perception. Parmi les troubles psychotiques, la schizophrénie, le syndrome bipolaire et les autres types de psychoses sont les pathologies les plus fréquentes que nous ayons à traiter. Nous avons aussi des cas apparemment moins graves mais qui, du fait de la personnalité du patient ou des circonstances qui l'entourent (prison, conditions de détention ou politiques pénitentiaires particulières...) peuvent dériver vers de sérieuses complications et devenir des cas plus graves que les premiers cités.

Les cas que nous rencontrons le plus fréquemment actuellement sont liés aux troubles névrotiques, la majorité d'entre eux se traduisant par des épisodes d'anxiété et de dépression. Dans ce groupe de cas, la gravité est variable : nous traitons actuellement 3 cas de dépression majeure chronique et 6 cas de troubles anxieux généralisés. Des cas de plus en plus nombreux dont les symptômes sont liés aux expériences de torture pendant la garde à vue au commissariat se font jour. Les symptômes dépassent les termes de la classification DSM-IV en lien avec le Stress post-traumatique. Nous avons également à traiter d'autres types de troubles tels que les troubles de la personnalité, les troubles obsessionnels-compulsifs et différentes phobies.

2.3. Influence de la situation actuelle sur le champ psychologique

Ces dernières années, nous sommes confrontés à un phénomène extrêmement préoccupant : l'augmentation continuelle du nombre de prisonniers qui sollicitent une aide pour leur prise en charge psychologique. À cet égard, nous avons abouti à la conclusion que le principal facteur sous-jacent au phénomène n'est autre que la politique pénitentiaire appliquée à la population carcérale qui nous occupe.

2.3.1. La politique d'isolement. La prison est en soi un environnement qui crée, chez la personne détenue et dans un délai déterminé, une série de retombées psychologiques influant sur sa façon d'être et sur son adaptation au milieu qui l'entoure, du changement de perception ou visuel, provoqué par le niveau lumineux et par l'espace concret au sein duquel il se déplace, jusqu'à une modification profonde de la façon d'être et de sentir. L'isolement social auquel ils sont soumis consiste à les isoler de leur famille, de leurs amis et de leur environnement, mais c'est aussi un isolement du mode de vie : aucun projet n'est envisageable, la personne n'est plus libre de prendre des décisions, ne prend part à aucune décision extérieure, devient complètement dépendante de ses proches... À la longue, ces facteurs conditionnent une façon de sentir et surtout de résister à l'environnement.

Or, l'isolement se concrétise en soumettant la personne prisonnière à une solitude durable, allant au-delà des dispositions de la législation pénitentiaire. Ces mesures d'isolement peuvent être imposées en guise de punition. Dans ce cas et contrairement aux dispositions d'autres législations européennes (qui considèrent, comme les Nations-Unies, que ce type de mesure constitue une forme de torture), le prisonnier peut être soumis à plusieurs mois d'isolement presque continu. À titre d'exemple, depuis janvier 2014, les avocats Jon Enparantza et Arantza Zulueta sont en situation d'isolement total et ne communiquent qu'avec les fonctionnaires de la prison. Ils se voient imposer un horaire de 22 heures par jour en cellule et 2 heures de promenade, totalement seuls. Les prisonniers et prisonnières sont également soumis à un isolement et à un éloignement strict vis-à-vis de leurs camarades du collectif. Dans certains cas et sans aucune raison réglementaire, certaines personnes sont restées dix années totalement isolées de leurs camarades.

Mais cette situation est d'autant plus préoccupante lorsque les prisonniers sont des malades atteints de maladies mentales graves. En effet, même si les prisonniers qui souffrent de ce type de maladies sont en principe exclus des mesures d'isolement, dans les faits certains d'entre eux y sont malgré tout soumis. (Voir annexe II, cas du détenu souffrant de TOC à la prison de Topas)

2.3.2. L'allongement de la peine. La politique pénitentiaire spéciale subie par le collectif des prisonniers politiques basques a créé, en 2006, une mesure particulièrement cruelle concrétisée par la Doctrine 197/2006 de la Cour Suprême espagnole (annulée en octobre 2013 par la Haute Cour des Droits de l'Homme de Strasbourg), qui fixait l'accomplissement effectif maximal de la peine à 30 ans ce qui, de fait, équivalait à la réclusion à perpétuité. Tant le fait que les peines étaient augmentées d'une moyenne de 7 ans par rapport à ce qui avait été fixé auparavant que la forme sous laquelle cette décision était notifiée sont révélatrices d'un acharnement peu commun dans le domaine juridique. En effet, la notification de l'allongement de la peine ne s'est produite à l'avance que dans très peu de cas. La règle générale fut de l'annoncer au dernier moment, soit environ une semaine avant la date prévue pour la sortie, voire le jour même. Or, les prisonniers imaginent leur remise en liberté bien avant la date précise de leur sortie. Certains d'entre eux commencent à y penser dans les deux ou trois ans qui précèdent cette date ; ils planifient, créent et réalisent des actions visant leur retour au sein de la société. Le fait de laisser une personne jusqu'au dernier moment penser, entretenir un espoir, planifier, imaginer sa remise en liberté pour, d'un claquement de doigts, supprimer toute sa projection vitale des dernières années constitue une forme extrême de cruauté et de traitement inhumain. Tout cela vise à créer un désespoir, une dépression, à supprimer l'envie de vivre et, en fin de compte, à briser et à annuler la personne, à provoquer gratuitement des souffrances chez l'entourage qui, comme le prisonnier, s'est mentalement préparé à sa remise en liberté.

2.3.3. Mesures règlementaires *ad hoc*. Comme il a été indiqué plus haut, la politique pénitentiaire spécifique appliquée à ces prisonniers vise, dans la plupart des cas, à créer des situations de tension permanente. Ce qui ne contribue en rien à la bonne santé du prisonnier, et encore moins à celle du prisonnier malade. Dans certains cas (selon la situation ou la conjoncture politique le plus souvent), ils se voient imposer un régime de vie très restrictif : changements constants d'horaires et d'espaces physiques, contrôles et fouilles exhaustives, plaques métalliques trouées aux fenêtres...

Dans ce sens, au cours de l'été 2011, une circulaire interne (Instruction 12/2011 du 29 juillet) a été publiée dans la presse. L'administration pénitentiaire y évoquait la couverture légale d'une série de mesures à adopter et applicables au Fichier des Détenus à Suivi Spécial (FIES). Précisons que les prisonniers malades membres du collectif objet de la présente étude sont soumis au régime spécial des FIES. C'est le régime le plus dur appliqué dans les prisons espagnoles, il concerne le règlement quotidien (beaucoup plus strict que le règlement ordinaire) et vise le contrôle exhaustif des prisonniers concernés. Dans ce cas, on demandait aux prisons d'effectuer des changements de cellule tous les 2 mois, en veillant à ne jamais grouper 2 membres du collectif dans la même cellule ni dans des cellules contiguës, de réaliser des appels nocturnes toutes les 2 heures avec, dans certains cas, ouverture de la cellule et observation directe de l'intérieur, d'exercer un contrôle implacable des communications, d'observer et de contrôler toutes les activités, y compris les relations avec les fonctionnaires et avec les autres détenus, d'évaluer la « capacité de leadership » et d'enquêter sur l'origine du pécule, de restreindre les sorties médicales et de faire en sorte que les patients n'aient pas connaissance de la date de celles-ci. De même, il était précisé que « pour les cas de prise en charge psychologique, la demande sera faite par l'intermédiaire de la Sous-Direction Générale de Traitement et de Gestion, seule compétente pour les autoriser. Cette prise en charge sera supervisée par le personnel technique désigné par la Sous-Direction. »

De toute évidence, ces mesures visent à contrôler et à annuler totalement la personne, sa cohérence interne et son aspect relationnel. Leurs conséquences sur les personnes peuvent être dramatiquement négatives et irréversibles, d'autant plus si elles sont porteuses d'une maladie de quelle nature que ce soit. Il convient de souligner que ce type de mesures ne constitue pas une nouveauté puisque des dispositions similaires sont en application depuis des années.

Le traitement et le suivi du malade et de la maladie ne sont absolument pas garantis dans les conditions décrites plus haut, les professionnels exerçant le suivi de santé des patients prisonniers étant témoins de cela. Nous avons des cas de patients chez qui ce type de situations de tension programmées a provoqué une maladie mentale irréversible.

2.3.4. Dynamique de fouilles, changements et transferts. Pour nous rapprocher de la connaissance des troubles psychiques que le régime pénitentiaire actuel de fouilles et de transferts continuels peut occasionner aux prisonniers politiques basques, peut-être devrions-nous commencer par inventer une nouvelle définition en psychiatrie. Ça serait quelque chose comme « …Trouble anxieux continu par un stress changeant et imposé ».

Nous disons cela parce que, si nous connaissons bien les divers symptômes ou signes psychopathologiques liés à des situations limites expérimentées par l'être humain (guerres, catastrophes naturelles, tortures, camps de concentration ou autres formes de captivité), nous assistons probablement à un phénomène absolument nouveau et insolite. Un mécanisme parfaitement planifié et calculé pour provoquer de gravissimes déséquilibres psychologiques et, en conséquence de ces derniers, des changements de comportement qui permettent d'obtenir des résultats politiquement rentables. C'est le cas, par exemple, du prisonnier Jesus Maria Martin Hernando : il souffre en ce moment d'un Trouble Schizo-affectif extrêmement grave, dû en grande

partie aux changements incessants de cellule et de prison auxquels il a été soumis ces dernières années ; dans des conditions dégradantes la plupart du temps.

Une série de mesures a été mise en marche :

1- Transferts de prison en prison

2- Fouilles et changements de cellule ou de module avec des fréquences variables, sans avertissement préalable, à toute heure du jour ou de la nuit…

Il faut souligner le fait que tout cela est dessiné en accord avec un schéma tracé à l'avance, applicable à tous les prisonniers, selon les besoins. L'objectif immédiat serait que chacun expérimente un évènement hors des expériences humaines habituelles et que cela soit extrêmement traumatique. Dans un second temps, il s'agit de faire en sorte que le prisonnier continue d'expérimenter l'évènement traumatique de façon persistante : souvenirs angoissants et récurrents de l'évènement, le désarroi psychologique devant la répétition du fait avec l'angoisse ajoutée du comment, quand et où, si lors du prochain transfert « ça va encore être son tour ou si il/elle va pouvoir y échapper » (tentative d'alimenter ainsi le manque de solidarité et d'encourager les réponses individuelles), si la prochaine fouille va être plus humiliante que la précédente… En résumé, essayer d'instiller dans les esprits le principe du « sauve-qui-peut ».

Tout cela cherche à induire chez la personne qui le subit une fuite de tout ce qui est associé au traumatisme, efforts pour éviter des pensées ou sentiments liés aux faits, ou qui réveillent des souvenirs du traumatisme (amnésie de défense) ; pertes d'intérêt pour des activités significatives pour la personne, sentiment de détachement ou d'étrangeté envers les autres, sensation d'avoir un avenir tronqué, raccourci… À tout cela s'ajoute, finalement, l'apparition de symptômes persistants d'hyperexcitation comme des difficultés à trouver le sommeil, une irritabilité avec accès de colères, troubles de la concentration, états d'hyper vigilance, réponse exagérée aux alarmes, sentiments d'impuissance et d'humiliation… Nous serions ainsi aux préludes de la maladie. Mais, si dans un tel état, quelqu'un prenait une décision qu'il n'aurait jamais prise dans des conditions normales, ils se dépêcheraient de dire que cette décision a été « prise librement » (comme l'a déclaré un ministre après la mort par pendaison d'un membre d'ETA dans sa cellule à la prison d' Herrera de la Mancha).

2.3.5 Les conditions externes. Au-delà de la politique pénitentiaire elle-même, certains facteurs extérieurs expliquent les besoins psychologiques. Ces 15 dernières années d'illégalisations dans différents milieux politiques et sociaux ont créé un climat social de peur et de menace. En conséquence, de nombreux prisonniers étaient déjà conditionnés par ce climat et souffraient d'un certain niveau de stress, de tension et d'anxiété avant leur entrée en prison, où ce niveau augmente encore. Le profil des personnes arrêtées ces dernières années a aussi fait évoluer celui des prisonniers actuels. Il y a aujourd'hui des prisonniers beaucoup plus jeunes qu'il y a dix ans. De plus, ces jeunes sont prisonniers pour un engagement politique, pour lequel personne n'aurait pensé être condamné comme ils l'ont été, ce qui crée une rupture des schémas mentaux en ce qui concerne la justice et un fonctionnement de la société terrible et inexplicable, tant pour eux que pour leurs proches.

2.3.6. Autres facteurs. Il y a un autre facteur à souligner : l'augmentation des symptômes de Stress Post-Traumatique que nous observons ces dernières années. Ce trouble apparaît quand une personne a eu une expérience vitale de stress intense, quand elle a senti sa vie en danger ou quand elle s'est sentie menacée, qu'elle a été témoin ou qu'elle a subi en personne un évènement qui a suscité en elle l'horreur ou la panique. De nombreuses personnes qui entrent en prison le font après une

période de mise au secret de 5 jours (État espagnol), qui en elle-même provoque un stress extrême, et un grand nombre d'entre elles ont déposé une plainte pour les tortures subies durant cette période. Au fait indéniable que celui ou celle qui a subi des mauvais traitements ou des tortures souffrira pendant une période plus ou moins longue de symptômes dus à cette expérience, s'ajoute l'impossibilité de réaliser un traitement adéquat de ce qui est en train de se passer, l'incompréhension et la vulnérabilité, ou la difficulté de parler et de communiquer ses sentiments les plus profonds, parce que cette personne est en train d'essayer d'assumer sa nouvelle réalité carcérale.

D'autre part, les familles demandent plus facilement de l'aide ou le suggèrent plus facilement à leur proche emprisonné. En général, nous commençons à être plus conscients des effets de la répression politique que nous subissons depuis si longtemps. Et nous assumons comme norme que la souffrance existe et qu'elle produit parfois une série de déséquilibres qui peuvent être mieux surmontés avec de l'aide. L'idée de vulnérabilité ou la conviction qu'il faut « être fou » pour avoir besoin d'un psychologue est en train de changer, heureusement, et grâce à cela, nous pouvons maintenant offrir de meilleurs outils pour faire face à ce type de situation.

2.3.7. Difficultés pour une assistance adéquate. Mais laissant de côté les facteurs liés à la politique pénitentiaire elle-même et ceux qui sont externes, nous devons signaler de nouveau un des facteurs les plus significatifs des conditions de santé quant aux nécessités thérapeutiques en prison.

Que ce soit parce qu'une partie des professionnels des centres pénitentiaires ne montre pas d'intérêt ou d'empathie pour aider ou soigner directement les prisonniers politiques basques ou parce que ces derniers choisissent de ne pas s'adresser à eux pour demander une aide psychologique, la majorité des prisonniers politiques basques qui demandent de l'aide le font auprès des professionnels extérieurs qui se montrent proches et disposés à venir les voir. Mais nous nous heurtons à l'impossibilité d'assurer une assistance psychologique à toute personne qui la sollicite pour diverses raisons : d'une part parce que nous ne parvenons pas toujours à obtenir les permis requis pour nous rendre en tant que professionnels dans les centres pénitentiaires (en avril 2015, 13 visites auparavant autorisées ont été refusées), d'autre part parce que quand nous obtenons ces permis, nous et le prisonnier ou la prisonnière que nous venons voir sommes obligés d'accepter trois conditions :

- Interdiction de parler en euskara.
- Accepter que toutes les visites soient contrôlées.
- Réaliser la visite en présence du personnel médical du centre pénitentiaire.

Pour notre part, nous n'avons jamais refusé d'accepter ces conditions, car notre priorité est de pouvoir voir notre patient de nos propres yeux, mais elles ne respectent aucun principe du traitement psychologique : elles brisent la confidentialité, elles annulent le droit à l'intimité de la personne, elles violent ses droits linguistiques, elles n'aident en rien à créer le climat de confiance et de sécurité indispensable à la thérapie psychologique… Pour tout cela, en tant que professionnels de santé, nous ne comprenons pas qu'une assistance psychologique adéquate à une bonne thérapie et au bon suivi de celle-ci ne soit pas assurée ni autorisée. Nous comprenons donc le refus de certains prisonniers de recevoir de l'aide dans ces conditions, ce qui nous préoccupe également, car nous savons qu'un plus grand nombre de prisonniers a besoin de recevoir une aide psychologique, mais nous sommes impuissants et sans défense et ne pouvons la leur offrir.

2.4 Une réflexion depuis l'assistance extra-pénitentiaire

Durant les différentes visites réalisées en tant que psychologues extra-pénitentiaires, nous avons pu vérifier que les conditions dans lesquelles se trouvent les personnes privées de liberté avec des troubles psychiques sont peu favorables à l'amélioration de leur pathologie. De nombreux médecins pénitentiaires et psychiatres consultants se limitent à délivrer des médicaments, sans s'attacher aux conditions de vie dans lesquelles se trouvent leurs patients. Mais c'est probablement la seule chose qu'ils peuvent faire. Les critères d'évaluation de l'adaptation/désadaptation du détenu se basent habituellement sur une obéissance aveugle aux normes et aux lois pénitentiaires qui ne tient pas compte de l'individualité de chaque personne.

Après l'étude d'un groupe de personnes privées de liberté, sans pathologie préalable, on observe que même le régime de vie ordinaire tend à provoquer une dépersonnalisation des détenus. Une longue période d'incarcération provoque une symptomatologie somatique mais aussi des conséquences psychosociales comme une auto-affirmation agressive ou une soumission face à l'institution et dans les relations interpersonnelles, un état permanent d'anxiété et d'hyper-vigilance, une absence de contrôle sur sa propre vie, une absence de perspectives d'avenir, une altération de l'affectivité, une sensation d'abandon et une demande affective démesurée, une perte des liens, des troubles sexuels, entre autres. Ces symptômes sont très bien connus des psychologues des Centres Pénitentiaires, lesquels n'ont pourtant pas encore influé sur le régime pénitentiaire pour le modifier, l'humaniser et produire des personnes qui puissent fonctionner d'une manière saine dans la société après leur sortie.

Une des grandes carences que nous avons pu observer dans le travail de nombreux médecins et psychologues des Centres Pénitentiaires est leur peu d'implication dans l'amélioration des conditions de vie de leurs patients. Dans certains cas, le régime pénitentiaire est devenu encore plus pathogène, par le biais d'incessants changements de cellule, de comptage nocturnes avec interruption du sommeil pendant des semaines, placement de plaques perforées sur les fenêtres, situations d'isolement prolongé (22 heures de cellule quotidiennes sans voir d'autre être humain), fouilles de cellule avec destruction des affaires personnelles du détenu, passages à tabac et humiliations, etc, etc. Des situations qui provoquent un déséquilibre psychique y compris chez la personne la plus équilibrée. Des patients atteints de troubles psychiques ont été soumis à ces situations. Des malades psychotiques en plein délire ont été enfermés dans des cellules d'isolement et ont été sanctionnés pour leur comportement anormal. Les hôpitaux Psychiatriques Pénitenciers deviennent de véritables tombes pour des malades psychiatriques atteints de pathologies graves. Faute de psychothérapie, ces patients sont sur-médicamentés jusqu'à être maintenus dans un état quasi végétatif.

Mais une personne qui se trouve dans un système fermé comme celui de la prison peut-elle être réhabilitée ? En plein XXIème siècle, on peut dire que les prisons ont été conçues comme des moyens de contrôle, de châtiment et d'exemple dissuasif, et elles n'ont toujours pas varié sur cette conception. La réinsertion sociale est une illusion vendue à une société peu sensible aux besoins des personnes les plus vulnérables. Illusion qui sert à justifier l'existence même des prisons, lesquelles ont en réalité un caractère punitif et d'enfermement de toute personne considérée comme « peu correcte » ou « socialement inadaptée ».

Malheureusement, quand on entre en prison, on voit un groupe d'humains traités avec mépris, froideur et distance, y compris par ces professionnels qui sont supposés s'occuper de leur santé mentale. Dans cette situation, le manque de confiance des prisonniers envers le personnel sanitaire des Centres Pénitentiaires, y compris les psychologues, n'est pas étonnant. Car dans de

nombreux cas, ceux-ci ont une attitude plus proche de la défense des intérêts de l'Institution que de ceux de leurs patients. Face à cela, il serait intéressant que les psychologues pénitentiaires s'interrogent sur le rôle qu'ils jouent réellement et sur celui qu'ils devraient jouer.

3.- LISTE DES PRISONNIERS GRAVEMENT MALADES

La prison, tant par sa structure que par son règlement interne, est un moyen qui limite et conditionne fortement les personnes qui y sont recluses. En conséquence, les personnes incarcérées qui sont atteintes de tous types de maladies souffrent particulièrement de ces limites et entraves. La tension inhérente à ces centres, les incessants transferts et changements de module et de cellule (qui rendent impossible un suivi correct des maladies, entre autres effets négatifs), l'isolement, les diverses politiques pénitentiaires appliquées aux détenus… tout cela se traduit de façon négative sur la santé en général et de façon incisive sur la maladie.

Sur la base de ce que nous avons pu analyser jusqu'à maintenant, notre intention est de faire une radiographie réelle de l'état de santé de ce Collectif de prisonniers, ainsi que d'apporter des éléments concrets qui puissent faire connaître publiquement une réalité jusqu'ici cachée. Mais ce travail a un autre objectif au-delà des chiffres et des tableaux qu'il comporte, qui est de montrer la situation concrète des prisonniers qui ont été frappés le plus fortement par la politique pénitentiaire dans le domaine de la santé. C'est ce que nous retrouvons dans la liste des prisonniers malades qui, en raison de la gravité de leurs maladies, et selon nos critères professionnels, devraient être en liberté afin de garantir un traitement strict de leurs pathologies. Dans tous les cas, le facteur de proximité envers leur entourage affectif nous paraît fondamental dans les éléments permettant de garantir le meilleur traitement. En plus des 11 cas que nous présentons ici, nous en dénombrons 8 autres qui concernent également des personnes incarcérées très gravement malades, mais que nous ne publions pas sur la volonté expresse de ces prisonniers.

Dans cette liste, en plus de nommer le malade et sa maladie, nous exposons aussi sa situation juridique et l'influence concrète de la prison sur sa maladie.

Cas pour lesquels le maintien en prison suppose un grave risque pour leur santé, tant pour leur survie actuelle que pour la perte grave et irréversible de qualité de vie pour l'avenir.

Josetxo ARIZKUREN RUIZ

-Incarcéré à **A Lama** (Pontevedra)
Iruña (Navarre). Né en 1958

I.- État de santé : Diagnostic

Depuis 2008 et alors qu'il se trouvait à la prison de Puerto-III, il présente des épisodes réitérés de douleurs épigastriques avec sensation de dyspnée intense et oppression thoracique irradiant jusqu'à la gorge et la zone interscapulaire. Il a également une douleur à l'avant-bras gauche qui coïncide avec cette présentation clinique. Nous avions pris note de la pathologie décrite depuis 2006, alors qu'il se trouvait à la prison de Valdemoro, et qui se répétait quand il faisait des exercices physiques.

Chaque fois que cela s'est produit, des ECG ont été réalisées avec résultat normal, aucune altération de repolarisation n'étant observée. Cette situation a poussé les médecins à interpréter sa maladie comme d'origine digestive, ce pourquoi il a reçu un traitement anti-reflux (omeprazol) et prokinétique (cidine). Sans parvenir à réduire les symptômes ni à prévenir l'apparition de nouveaux épisodes.

Le 11 juin 2011, il est admis à l'Hôpital Virgen del Rocio de Seville, où, après un infarctus du myocarde, un test d'effort et une coronariographie ont confirmé le diagnostic d'**Ischémie myocardique** sévère, avec lésion au début de l'artère coronaire descendante antérieure, ce qui a nécessité l'implantation d'un **Stent** pour la revascularisation myocardique.

II.- Situation juridique

Arrêté le 9 mars 1999 dans l'État français, il a été extradé temporairement deux fois vers l'État espagnol, puis définitivement le 5 novembre 2006. Condamné à 30 ans de prison. Les condamnations du code pénal antérieur et celles du code actuel n'ont pas encore été confondues. En 2014, il a d'abord demandé au Secrétariat Général des Institutions Pénitentiaires à être transféré dans le Centre Pénitentiaire le plus proche de son domicile de façon à pouvoir être suivi par les spécialistes du Complexe Hospitalier de Navarre. Ensuite, après le refus des Institutions Pénitentiaires, il a déposé un recours auprès du Tribunal Central de Vigilance Pénitentiaire (TCVP) et est actuellement en attente de la décision de la Première Section de la Cour Pénale de l'Audience Nationale sur le recours contre le refus du TCVP.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles Josetxo Arizkuren est passé depuis son entrée en prison : Fleury-

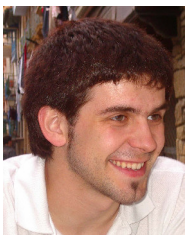
Mérogis (EF. 11/03/1999), Fresnes (EF. 14/12/2001), Soto del Real (Madrid. 21/12/2001), Valdemoro (Madrid. 19/12/2001), Fleury-Mérogis (EF. 16/04/2002), Moulins-Yzeure (EF. 17/10/2002), Saint Maur (EF. 27/11/2002), Marseille-Les Baumettes (EF. 21/09/2006), Soto del Real (Madrid. 06/11/2006), Valdemoro (Madrid. 18/05/2007), A Lama (Pontevedra. 17/09/2007), Valdemoro (Madrid. 31/10/2007), Puerto III (Cadix. 22/02/2008), Valdemoro (Madrid. 25/04/2008, pour raisons juridiques), Puerto III (Cádiz. 02/10/2008, retour), Valdemoro (Madrid. 01/12/2008, pour raisons juridiques), Puerto III (Cadix. 16/12/2008, retour), Sevilla II (02/11/2009), A Lama (Pontevedra. 04/11/2011).

Comme exemple significatif des situations que Josetxo Arizkuren a dû affronter durant son séjour en prison, il faut rappeler qu'il a commencé le 01/11/1999 une grève de la faim qui a duré 56 jours, en revendication de conditions de vie dignes en prison. Cela a indubitablement influé sur sa santé. De plus, en raison des transferts successifs de ces dernières années, il lui a été impossible de faire les analyses complémentaires qui auraient pu définir l'origine de la symptomatologie actuelle. Avant de parvenir à un diagnostic concret, il était systématiquement transféré vers un autre Centre Pénitentiaire, de sorte qu'une étude de son cas correcte et concluante a été impossible. Il est arrivé qu'un rendez-vous soit pris en Cardiologie pour un test d'effort, mais cette consultation n'a jamais pu avoir lieu.

Après son transfert à la prison de Sevilla-II (Morón de la Frontera) en mai 2011, il a été demandé avec insistance aux services médicaux de la prison -par le biais d'appels téléphoniques et de fax- de réaliser les analyses complémentaires nécessaires pour écarter une pathologie coronarienne, et c'est ainsi qu'a pu être diagnostiquée sa maladie actuelle.

En conclusion, la situation dans laquelle Josetxo Arizkuren se trouve actuellement est directement liée aux limitations imposées pour le suivi par des professionnels de confiance (bien que celui-ci soit prévu par la loi) et au manque de collaboration des services médicaux pénitentiaires (qui ont ainsi omis le code déontologique), éléments rendant le diagnostic des différentes pathologies extrêmement difficile et mettant -comme c'est le cas ici- la santé des détenus en grand danger.

Josetxo Arizkuren souffre actuellement d'une maladie grave qui requiert un suivi strict et un traitement rigoureux que nous considérons incompatible avec son séjour en prison.



Garikoitz ARRUARTE SANTA CRUZ

-Incarcéré à **Almeria**
Hernani (Gipuzkoa). Né 1980.

I.- État de santé : Diagnostic

En juillet 2005, lui est diagnostiquée une **Uvéite antérieure aigue** à l'œil droit et en août à l'œil gauche. En décembre 2007, les médecins lui diagnostiquent une **Spondylarthrite avec facteur HLA-B27** positif au service d'urologie du Complexe Hospitalier Torrecárdenas d'Almería, ce qui correspondrait à une **Spondylarthrite Ankylosante**. Ses deux articulations sacro-iliaques sont également touchées. Diagnostic secondaire : Arthralgie des membres inférieurs. Chondropathie rotulienne bilatérale avec intervention chirurgicale (1998).

II.- Situation juridique

Arrêté en **2003**, condamné à **20 ans** de prison.

Le **18 mars 2014**, il a demandé **un transfert** au Centre Pénitentiaire de Zaballa (Alava) qui est le plus proche de son domicile pour pouvoir recevoir une assistance sanitaire proche et de confiance. La *Junta de Tratamiento* d'Alava lors de la commission sur la révision du régime qui s'est tenue **le 15 mai 2014**, a décidé de le maintenir au premier grade (régime pénitentiaire le plus strict) et de le maintenir dans le Centre Pénitentiaire où il se trouvait. Une **plainte** a été déposée auprès du Tribunal Central de Vigilance Pénitentiaire et rejetée dans un arrêt **du 19 mai 2015**. Un **recours en appel** a été déposé contre cette décision.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles Garikoitz Arruarte est passé depuis son incarcération : Soto del Real (Madrid. 29/12/2003), Alcalá-Meco (Madrid. 17/01/2004), Almería (22/05/2007).

Compte-tenu de la gravité de la maladie dont souffre Garikoitz Arruarte (spondylarthrite, maladie rhumatismale dégénérative) et de son jeune âge, la prison n'est pas la situation la plus adaptée pour cette personne. Sans être privé de liberté, le traitement est difficile et laborieux, il l'est d'autant plus dans les conditions hygiéniques et diététiques de la prison. La structure même de la prison et le règlement pénitentiaire lui-même ne favorisent en rien la santé ; le traitement spécifique qui est requis pour ce type de maladie dégénérative n'est pas possible en prison.

Pour cela, il devrait être en liberté pour pouvoir suivre le traitement adapté à sa maladie.

Jagoba CODÓ CALLEJO

-Incarcéré à **Castelló II** (Albocasser)
Donostia (Gipuzkoa). Né en 1964.

I.- État de santé : Diagnostic

En 2011, il a commencé à ressentir des douleurs situées principalement dans les cervicales. En novembre 2012, lui est diagnostiquée une **Spondylarthrite Ankylosante B27 négatif** (rapport du 15 novembre 2012 du service de rhumatologie de l'Hôpital Universitaire de Donostia). De plus, lui a été diagnostiqué un **ensemble de signes de pluripathologie** : vertige positionnel, thrombose plexo-scrotale, nodules du conduit spermatique, syndrome du canal carpien à la main droite, hypercholestérolémie et polyarthrite. Antécédent de chirurgie d'implants dentaires.

II.- Situation juridique

Arrêté en **2001**. Condamné en tout **à 22 ans** de prison.

Début 2010, Jagoba Codó a présenté **une demande** au TCVP pour pouvoir mettre en pratique le **traitement médical extra-pénitentiaire par un médecin de confiance** le 21 juillet de la même année. Le **10 juin 2010**, le TCVP a **rejeté** cette demande. Un recours a été déposé auprès de la Première Section de la Salle du Pénal de l'Audience Nationale. Le **11 mars 2011**, cette Première Section a admis le recours en appel de Jagoba Codó. En vertu de cette décision, celui-ci a représenté sa **demande** au TCVP le **20 mai 2011**.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

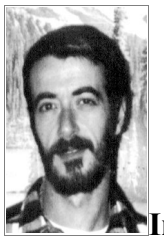
La prison, tant par sa structure que par son règlement interne, est un moyen qui limite et conditionne fortement les personnes qui y sont recluses. En conséquence, les personnes incarcérées qui sont atteintes de tous types de maladies souffrent particulièrement de ces limites et entraves. La tension inhérente à ces centres, les incessants transferts et changements de modules et de cellules (qui rendent impossible un suivi correct des maladies, entre autres effets négatifs), l'isolement, les diverses politiques pénitentiaires appliquées aux détenus… tout cela se traduit de façon négative sur ce type de patient.

Dans ce contexte, voici les prisons par lesquelles est passé Jagoba Codó depuis son incarcération :
Soto del Real (M-V) (30/04/2001-23/06/2000), Aranjuez (M-VI) (23/06/2000-02/08/2003), Daroca (02/08/2003-05/04/2011), Castelló II (05/04/2011-15/07/2011), Martutene (15/07/2011-05/06/2015), Castelló II (05/06/2015).

Compte-tenu de la gravité de sa maladie (spondylarthrite, maladie rhumatismale dégénérative), la prison n'est pas la situation la plus adaptée à cette personne. La structure même de la prison, du module et de la cellule en est un exemple, car rien n'est adapté à un patient qui a ces

caractéristiques. En effet, compte-tenu de sa maladie qui affecte la colonne vertébrale sous forme d'arthrose dégénérative, ce type de faits provoque chez ce patient une douleur et une impuissance fonctionnelle manifestes. De la même façon, les conditions hygiéniques et diététiques de la prison ne favorisent en rien le traitement de ces maladies. Dans ces circonstances, les patients supportent difficilement les longs voyages, a fortiori en position forcée (menottes) : c'est ce qui est arrivé à Jagoba Codó le 5 juin 2015 lors de son transfert de Martutene à Castelló II.

Ainsi, sans être privé de liberté, le traitement est difficile et laborieux. La structure même de la prison et son règlement intérieur ne favorisent en rien la santé du patient ; le traitement spécifique requis pour ce type de maladie dégénérative n'est pas possible en prison. Pour cela, il devrait être en liberté de façon à pouvoir recevoir le traitement adapté à sa maladie.



Iñaki ETXEBERRIA MARTIN

-Incarcéré à **Topas** (Salamanca)
Iruña (Nafarroa). Né en 1964.

I.- État de santé : Diagnostic

Patient atteint de **Myopie majeure à longue évolution** qui a demandé une consultation en ophtalmologie alors qu'il se trouvait à la prison de Fresnes. Après plusieurs reports, le rendez-vous a finalement lieu, et le rapport médical du 5 novembre 2011 détaille : **Myopie majeure avec choriorétinite pigmentaire.**

En conséquence de cette forte myopie, en 2006 alors qu'il se trouvait à la prison de Botafuego (Algeciras), il a subi une **Hémorragie rétinienne à l'œil droit**, avec formation d'une cicatrice postérieure (membrane néovasculaire) qui affecte la macula de la rétine, ce qui entraîne une extinction quasiment totale de l'acuité visuelle. En plus et dans ce même œil, il souffre d'une **Subluxation du cristallin** qui requiert un suivi pour surveiller son évolution. L'**œil gauche présente une Aphakie** (absence de cristallin) en conséquence d'une opération de la cataracte en 1992 destinée à améliorer son acuité visuelle. En octobre 2010, alors qu'il se trouvait à la prison de Zuera (Saragosse), s'ajoute aux autres pathologies une augmentation de la tension oculaire dans les deux yeux avec diagnostic de **Glaucome bilatéral.** Cette situation oblige à associer un traitement adéquat pour éviter l'aggravation de sa pathologie rétinienne de base.

II.- Situation juridique

Arrêté le **12 février 1996** en France, il a été extradé vers l'État espagnol le 20 février 2001. Condamné à **30 ans** de prison sous le code pénal antérieur. Pour le moment, la date de sa libération est fixée au 9 avril 2030.

Le **7 mars 2013**, il dépose une **plainte** en raison du manque de suivi médical pendant 17 mois. En **juillet 2014**, il dépose une **autre plainte** dans le même sens, en raison de l'absence de

contrôle pendant 8 mois. Et le **2 août 2015** il en a déposé **une troisième**, pour absence de contrôle médical pendant 9 mois. De même, les demandes déposées par Iñaki Etxeberria pour demander à être examiné par un ophtalmologue au Service de Santé de Navarre ont été nombreuses, et ont été refusées à maintes reprises. Dans le même sens, le Tribunal Central de Vigilance Pénitentiaire et la Première Section de l'Audience Nationale ont rejeté les plaintes d'Iñaki, considérant qu'il n'existe aucune violation de droits de la part de l'Administration Pénitentiaire, bien que celle-ci ait refusé de façon répétée de conduire M. Etxeberria aux rendez-vous d'ophtalmologie fixés au Centre de Santé de Navarre.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles Iñaki Etxeberria est passé ces dernières années : Fresnes (EF. 16/02/1996), Châteaudun (EF. 21/04/1999), Fresnes (EF. 12/09/2000), Perpignan (EF. 25/09/2000), Villeneuve-les-Maguelone (EF. 18/09/2000), Fresnes (EF. 12/01/2001), Ext (EF. 20/12/2001), Valdemoro (Madrid. 20/02/2001), Algeciras-Botafuego (10/12/2002), Valdemoro (Madrid. 01/11/2003 raisons juridiques), Algeciras-Botafuego (22/12/2002 retour), Valdemoro (Madrid. 11/01/2003 raisons juridiques), Algeciras-Botafuego (22/12/2003 retour), Puerto I (Cádiz. 16/08/2007), Castelló II-Albocasser (09/07/2009), Zuera (Zaragoza ?/05/2010),Topas (Salamanca. 01/02/2011).

Un exemple de l'influence de la prison sur la santé d'Iñaki Etxeberria : étant donné le retard qui était en train d'être pris dans l'évaluation du processus et la diminution progressive de l'acuité visuelle du patient, il a été demandé qu'il soit reçu par le Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Virgen del Camino d'Iruña, où les spécialistes d'Osasunbidea se sont engagés à l'examiner. Pendant que ces démarches suivaient leurs cours, il a de nouveau été changé de prison (Albocasser-Castelló) en octobre 2010 et présentait une augmentation de la tension oculaire avec glaucome, qui exigeait un traitement et indiquait une progression de l'affection oculaire. En conséquence, il n'a pas bénéficié du traitement demandé.

En conclusion, le type de pathologie que présente Iñaki Etxeberria est déjà délicat en toute situation mais malheureusement, le fait est que les conditions dans lesquelles il se trouve privé de liberté et les derniers changements de Centre Pénitentiaire ont provoqué l'interruption des suivis médicaux dont il aurait dû bénéficier. Cette situation a déclenché la progression de son affection oculaire qui est actuellement préoccupante.

Il faut signaler à ce sujet que les retards pris pour le conduire aux consultations de l'hôpital ont considérablement joué dans l'augmentation de la pression rétinienne de ce patient. De la même façon, en conséquence de la limitation visuelle qu'il présente, son suivi par le Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de Navarre a été demandé à plusieurs reprises mais il a été refusé et Iñaki Etxeberria n'a pas été conduit aux rendez-vous qui avaient été préalablement accordés.

Il a le cristallin subluxé dans l'œil droit, avec une possibilité limitée d'opération, car le risque chirurgical pour les patients atteints de forte myopie est très grand, de même que cela n'améliorerait pas la cicatrice maculaire. L'œil gauche doit être surveillé de très près car c'est le seul qui lui reste. Les derniers rapports médicaux certifient la perte continue et irréversible de la vision. La complication du glaucome et le risque de nouvelle hémorragie rétinienne le placent dans une situation délicate qui recommande sa mise en liberté pour pouvoir être soigné par des spécialistes avec l'urgence et strict suivi que demandent sa grave affection oculaire.

Ibon FERNANDEZ IRADI

-Incarcéré à **Lannemezan**
Lasarte (Gipuzkoa). Né en 1971.

I.- État de santé : Diagnostic

Les premiers signes de sa maladie sont apparus début 2011. En automne 2012, après une rechute de sa symptomatologie douloureuse dérivée d'une possible myélite para-infectieuse diagnostiquée antérieurement, il passe différents examens neurologiques à l'Hôpital Purpan de Toulouse à la suite desquels lui est diagnostiquée une **Sclérose en plaques** (maladie grave, dégénérative, incurable, chronique et progressive du système nerveux central). Ce diagnostic lui a été notifié le **24 janvier 2013**. Antécédents : probable hernie discale dorso-lombaire (rapport du service des urgences de l'Hôpital 12 de Octubre de Madrid du 27 avril 2011). Probable myélite para-infectieuse monophasée (rapport de l'Hôpital 12 de Octubre de Madrid du 2 mars 2012).

II.- Situation juridique

Arrêté le **4 décembre 2003**. Condamné à **30 ans** de prison.

Le **16 juillet 2013**, le Tribunal de Pau valide le mandat d'arrêt européen demandé par l'Espagne contre Ibon Fernandez mais reporte son application à la fin de sa peine en France. **Début 2014**, la **suspension médicale de sa peine** est demandée au Juge d'Application des Peines pour maladie grave incompatible avec son maintien en prison sur la base de la loi Kouchner de 2002 selon laquelle deux experts médicaux nommés par le juge doivent évaluer si la maladie dont souffre le prisonnier est compatible avec son séjour en prison. En **février 2014**, les deux experts ont rendu les mêmes conclusions : la maladie d'Ibon est incompatible avec le maintien en prison. Le Procureur s'est prononcé pour sa part contre la suspension de la peine. Le **20 juin 2014**, le juge a rendu une **décision favorable à la suspension de peine,** mais a repoussé la décision finale à la résolution du problème posé par l'interdiction de séjour d'Ibon Fernandez dans l'État français. Le **25 octobre 2014**, la Cour d'Appel de Paris a décidé de **repousser la décision finale au 26 mars 2015**, demandant un 3ème rapport médical sur sa situation. Puis la décision a encore été **repoussée au 7 mai**. Le **7 mai 2015**, la Cour d'Appel de Paris a **rejeté la demande de suspension de peine** d'Ibon. Le **12 mai 2015**, il a déposé un **recours auprès de la Cour de Cassation**, plus haute instance juridique en France et qui a la compétence de vérifier que les dossiers sont conformes au droit.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles est passé Ibon Fernandez depuis son incarcération : Fleury-Mérogis (08/12/2003), Bois d'Arcy (19/07/2006), Fresnes (28/02/2009), Lannemezan (02/03/2009), Fresnes (03/11/2009), Lannemezan (?-2009), extradition temporaire (22/06/2010) Soto del Real, Valdemoro

(05/10/2010), Estremera (26/05/2012), Lannemezan (15/06/2012).

Dans le cas d'Ibon Fernandez Iradi, nous nous trouvons face à une maladie grave et incurable qui produit une forte détérioration physique et psychologique sur la personne qui en souffre. Elle a une grande répercussion sur l'organisme, limitant fortement l'autonomie du patient tant par l'avancée de la maladie elle-même qu'à cause du contrôle strict qu'il faut mettre en place pour pouvoir suivre le traitement dans tous ses aspects. C'est une maladie qui fonctionne par « crises », avec des épisodes aigus qui laissent des séquelles de plus en plus importantes et qui requièrent un traitement immédiat. Ensuite, en fonction du type de la maladie, un traitement doit être administré de façon continue avec des immunorégulateurs (le plus souvent Interféron), ce qui demande un contrôle analytique très strict pour en suivre l'efficacité et éviter de graves effets secondaires sur le sang.

Pour une personne souffrant de cette maladie, l'importance des facteurs suivants est évidente : un entourage détendu, un éloignement des situations de stress et une alimentation variée et de qualité pour éviter l'apparition de nouvelles crises et une aggravation rapide de la qualité de vie du patient. Le traitement médical requis doit être délivré par un centre médical spécialisé, avec des spécialistes qui garantissent un strict suivi des effets du traitement. La répercussion psychologique que cela représente pour les patients requiert à la fois une thérapie complémentaire par des médecins de confiance du patient et un entourage adéquat qui garantit un équilibre émotionnel.

En conséquence, il est évident que la prison, par sa structure physique, réglementaire et en raison des conditions de vie n'est pas un lieu adéquat pour faire faire face à une maladie qui présente ces caractéristiques. Un tel patient devrait résider dans un lieu adapté qui garantisse le traitement effectif de sa maladie, et protégé par son entourage affectif naturel.

Gorka FRAILE ITURRALDE

-Incacéré à **Badajoz**
Durango (Bizkaia). Né en 1970.

I.- État de santé : Diagnostic

Le 25 mars 2015, lui a été diagnostiqué un **Carcinome épidermoïde sur le dos de la langue**. Intervention chirurgicale avec ablation de la lésion le 9 juin 2015.

II.- Situation juridique

Arrêté en **1998**, il est condamné à **30 ans** de prison.

Le **13 avril 2015**, il a déposé une **plainte** auprès du TCVP, demandant une assistance médicale extra-pénitentiaire et une autorisation de se rendre à une consultation d'oto-rhino-laryngologie le 23 avril 2015, en raison de l'absence de réponse du centre Pénitentiaire. Le **10 juin 2015**, lui est notifiée une **décision du 8 juin rejetant sa demande** de suivi extra-pénitentiaire et donc son transfert à l'Hôpital de Basurto sur l'argument que Gorka est déjà suivi à Badajoz. Le **12 juin 2015**, il fait **appel** de la décision du 8 juin. **Fin juin 2015**, il demande l'**application de l'article 100.2** du Règlement Pénitentiaire.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

La prison, tant par sa structure que par son règlement interne, est un moyen qui limite et conditionne fortement les personnes qui y sont recluses. En conséquence, les personnes incarcérées qui sont atteintes de tous types de maladies souffrent particulièrement de ces limites et entraves. La tension inhérente à ces centres, les incessants transferts et changements de modules et de cellules (qui rendent impossible un suivi correct des maladies, entre autres effets négatifs), l'isolement, les diverses politiques pénitentiaires appliquées aux détenus… tout cela se traduit de façon négative sur ce type de patient.

Dans ce contexte, voici les prisons par lesquelles est passé Gorka Fraile depuis son incarcération : Carabanchel (11/04/1998-23/10/1998), Aranjuez (M-VI) (23/10/1998-02/07/1999), Langraiz (02/07/1999-20/06/2001), Cáceres II (20/06/2001-28/10/2006), Soto del Real (M-V) (28/10/2006), Valdemoro (M-III), Cáceres II, Badajoz.

Comme dans tous les cas de cancer, un strict suivi de la maladie est nécessaire tant pour son évolution que pour le risque d'aggravation. Dans le cas de Gorka, l'assistance des services médicaux de la prison a été correcte, de même que celle de l'hôpital : les analyses ont pu être faites rapidement. Compte-tenu de la gravité de la maladie et dans l'objectif de contrôler celle-ci dans les délais les plus brefs possibles, un traitement chirurgical a été décidé à l'Hôpital de Badajoz et a été appliqué. Les problèmes et les irrégularités sont survenus au moment de l'admission du malade à l'hôpital : il a été laissé menotté jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale. Pendant la nuit, les agents chargés de sa garde l'ont empêché de se reposer avec des bruits incessants, des cris, des menaces, des coups contre le mur. La police est entrée dans le bloc opératoire et y est restée tout le temps de l'opération. Toutes ces circonstances, conséquences de sa condition de prisonnier, mettent en évidence le fait que la prison affecte gravement le traitement et l'évolution de la maladie, raison pour laquelle il devrait être en liberté, avec un entourage familial et affectif plus proche.

Aitzol GOGORZA OTAEGI

-Incarcéré à **Basauri** (Bizkaia)
Orereta (Gipuzkoa). Né en 1975.

I.- État de santé : Diagnostic

Trouble Obsessionnel Compulsif de longue durée accompagné de **symptômes psychotiques**. Ce type de maladie se caractérise par une obsession pathologique sur une idée concrète, parfois insignifiante. Ce sont des journées ou des périodes plus ou moins longues durant lesquelles il ne peut penser à rien d'autre même pendant une seconde, avec des épisodes d'altération de l'humeur. Ces patients sont généralement conscients du fait qu'il s'agit d'une obsession irrationnelle, mais ils sont incapables d'en sortir. Cela les plonge dans une grande souffrance et ils recherchent toutes sortes de « solutions » pour sortir de cet état. Si l'interlocuteur ne partage pas cette obsession et tente de convaincre le patient que les choses ne sont pas comme il les voit, celui-ci va tenter d'expliquer la raison de son obsession, et va jusqu'à perdre confiance si la personne n'entre pas dans son monde obsessionnel. De façon évidente, ceux qui vivent avec ce type de maladie vivent ces situations avec une très forte angoisse : ils ne savent pas comment se comporter devant la personne qui est en face d'eux, ils ne savent pas quelle est l'attitude adéquate à chaque moment, etc…

Après son arrestation en 1999, sa maladie s'est réactivée, en conséquence de quoi il a eu besoin d'une assistance psychiatrique spécialisée à la prison de Poissy (État français), avec un résultat positif. En **juin 2011**, il est transféré à Soto del Real où il vit différents épisodes de tension avec les surveillants et où il est soumis au régime de l'isolement. En **octobre de la même année**, le trouble se réactive avec des épisodes obsessionnels compulsifs, et en **novembre**, la prison lui applique **le Protocole d'accompagnement de 24 heures**, prévu dans le cadre de la prévention du suicide. Il obtient l'autorisation de recevoir la visite de son psychologue de confiance. Depuis son transfert à la prison de **Basauri** le **30 mars 2012**, les crises se produisent de plus en plus fréquemment, avec des tentatives de suicide répétées, ce qui a entraîné des internements de plus en plus fréquents au Département Psychiatrique de l'Hôpital de Basurto. Il faut souligner que dans la mesure où les crises sont de plus en plus fréquentes, la récupération après ces crises est de plus en plus difficile.

Selon le **rapport du 11 avril 2014 de l'Institut Basque de Médecine Légale**, Aitzol souffre d'un **Trouble Obsessionnel Compulsif, d'un Trouble Dépressif et d'une conduite autolytique avec un haut risque de suicide**. Ce rapport conclut qu'un environnement distinct de celui de la prison exercerait une influence positive sur son traitement.

Diagnostic secondaire : **Embolie pulmonaire. Infarctus pulmonaire** (rapport du 10/11/2014 de l'Hôpital U. de Basurto).

II.- Situation juridique

Arrêté **en 1999**, il a purgé **10 ans** dans l'État français et après son transfert en juin 2011, il a été condamné à **20 ans** par l'Audience Nationale de Madrid.

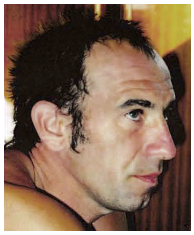
Face à l'évolution de sa maladie, un changement de grade (régime pénitentiaire dans le système espagnol) a été demandé pour Aitzol **en 2013** (art. 100.2 du Règlement Pénitentiaire) de façon à obtenir sa **libération atténuée** (prisonnier à la maison avec de strictes mesures de contrôle). De même, la **suspension de sa peine** a été demandée (art. 80.4 du Code Pénal) pour raisons médicales. En septembre 2013, la *Junta de Tratamiento* (Commission de Traitement) de Basauri a refusé le changement de grade et en juillet 2014, le TCVP de l'Audience Nationale a **refusé l'application de l'article 100.2** du Règlement Pénitentiaire (requis pour l'obtention de la prison atténuée).

III. Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles Aitzol Gogorza est passé depuis son incarcération : Fresnes (EF. 20/12/1999), Villepinte (EF. 09/08/2000), La Santé (EF. 19/04/2001), Fresnes (EF. ??/05/2002), Fleury-Merogis (EF. 28/05/2002), Fresnes (EF. 12/02/2003), Moulins-Yzeure, Soto del Real (Madrid. 15/09/2003 extradition temporaire), Aranjuez (Madrid. 30/09/2003), Fresnes (EF. 10/02/2004), Moulins-Yzeure (01/03/2004), Poissy (EF.), Soto del Real (Madrid. 15/07/2004 extradition temporaire), Poissy (EF. 25/04/2005), Soto del Real (Madrid. 18/06/2011), Sevilla II (23/08/2011), Basauri (30/03/2012).

La nature de la maladie mentale dont souffre Aitzol Gogorza (incurable et de longue durée) et le fait qu'il nécessite un accompagnement strict 24 heures par jour indiquent qu'il est indispensable qu'il vive dans un endroit adapté et tranquille où les épisodes obsessionnels et l'anxiété pourraient disparaître. De toute évidence, la prison n'est pas le lieu adéquat pour lui. Compte-tenu du risque réel de récidive de cette maladie (comme cela s'est vérifié depuis qu'il est incarcéré), de la structure de la prison et du règlement strict qui y est appliqué, cette situation entraîne l'aggravation de sa maladie. En effet, le fait que les situations de tension continuelles et l'application des conditions de détentions les plus strictes (basées sur les punitions) ont aggravé son état d'anxiété et son obsession pathologique a été vérifié.

En conséquence, cette personne devrait être en liberté, au sein de son entourage affectif le plus proche et sous un strict contrôle médical.



Ibon IPARRAGIRRE BURGOA

-Incarcéré à **Alcalá-Meco** (Madrid-II)
Ondarroa (Bizkaia). Né en 1973

I.- État de santé : Diagnostic

Infection par le VIH au stade C-3 avec d'importantes lésions neurologiques : épisodes convulsifs, altérations visuelles, perte de mémoire, perte de la notion spatio-temporelle, dysphasie (rapport de Neurologie du 31 octobre 2013). Nous sommes donc face à une maladie chronique, incurable et irréversible. **Encéphalopathie subaigüe due au VIH.** Charge virale (02/12/2013) : 8.7400. Valeurs immunologiques (19/03/2014 : CD 4 : 9.60 CD 4 absolu : 132. Nécessite une **aide psychologique**.

II.- Situation juridique

Arrêté le **26 janvier 2010**. Condamné à **40 ans**.

Le **17 octobre 2011**, le Tribunal de Vigilance Central de l'Audience Nationale lui a accordé le **régime de prison atténuée** pour raisons de santé après lui avoir appliqué l'art. 100.2 du Règlement Pénitentiaire. Le **7 mars 2014, il a été réincarcéré** après la confirmation de sa condamnation par le Tribunal Suprême. Il est actuellement dans l'attente de la révision de son cas par la direction pénitentiaire, dans le but de revenir à la classification au 3ème grade qui lui permettrait de retourner en régime de prison atténuée. Le **22 avril 2014**, il a été **transféré à la prison de Navalcarnero** (Madrid-IV). En **mai 2014**, Ibon demande à nouveau à la prison que le régime atténué lui soit appliqué sur la base de **l'art. 100.2 du RP**, comme c'était le cas jusqu'aux semaines précédentes. Le **27 mai 2014**, après le refus de la prison, Ibon dépose une **plainte** auprès du TCVP. Le **29 septembre 2014**, le TCVP **rejette la demande de régime atténué** d'Ibon, jugeant qu'il ne remplit pas les critères requis pour un régime pénitentiaire plus souple. Le **2 octobre 2014**, un **recours** est déposé contre cette décision. Le **6 juillet 2015**, le TCVP édicte un arrêt **rejetant ce recours**. Le **15 juillet 2015**, un **recours en appel** est déposé contre la décision du 6 juillet. Le **17 septembre 2015**, le **rejet du recours** par l'Audience Nationale est notifié à la famille. Le **20 octobre 2015**, se tient un **procès croisé** avec un prisonnier de droit commun qui l'a agressé à la prison de Basauri en avril 2014. L'autre prisonnier ne s'étant pas présenté, il est **acquitté**.

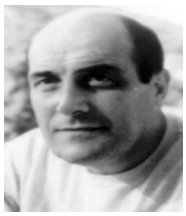
III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles est passé Ibon Iparragirre avant son placement en régime atténué, entre janvier 2010 et octobre 2011 : Soto del Real (Madrid. 31/01/2010), Sevilla II (03/2010), Valdemoro-Sevilla II, Sevilla II-Valdemoro para juicios (entre 2010 et 2011) et Basauri (26/08/2011). Depuis sa réincarcération : Basauri (2014/03/07), Navalcarnero (2014/04/23).

La nature de la maladie d'Ibon Iparragirre nécessite un endroit et un entourage adéquats où

les effets de l'infection n'aggravent pas sa situation sanitaire, ce qui montre de façon évidente que la prison n'est pas le lieu adapté pour lui. La propreté et l'hygiène du lieu où il habite sont fondamentales pour éviter les gros risques que comporte sa maladie. Face à la gravité et à l'irréversibilité de sa maladie, la prison n'est pas le lieu adéquat pour ce type de malades prisonniers. Dans ce cas particulier, le séjour dans différentes prisons et les conditions de détention qu'il a subies ont aggravé son état moral et physique jusqu'à un point de non-retour aujourd'hui irrémédiable. Le fait qu'il n'ait pas obtenu le régime spécial et les compléments vitaminiques dont il avait besoin n'a aidé ni son niveau de défense, ni la sécurité et l'énergie nécessaires à une personne sans défense. Le risque, en plus, concerne le patient mais aussi le personnel et les autres prisonniers qui l'entourent. Depuis son retour en prison, sa vision est affectée et il présente une série de graves dysfonctions cognitives, avec raisonnement confus et altération de son comportement habituel.

Mais la gravité de son cas réside dans le risque réel de mort par la maladie ou d'aggravation progressive qui conduirait dans un délai relativement court au même dénouement. Il faut également prendre en compte le facteur relatif à son entourage affectif. En effet, ces deux années et demie de régime de prison atténuée ont permis de maintenir une relation affective très importante avec son fils de 3 ans ; un retour à la situation de prison inconditionnelle aurait un effet très négatif sur leur relation affective. Cette situation ne favorise en rien, bien au contraire, le cours de sa maladie. Pour tout cela, il est très important de prendre conscience de la gravité de la situation et de la nécessité de revenir au régime antérieur à sa réincarcération.



Jose Ramon LOPEZ DE ABETXUKO LIKINIANO

-Incarcéré à **Villabona** (Asturias)
Gasteiz (Araba). Né en 1949.

I.- État de santé : Diagnostic

En avril 2009, il est admis à l'hôpital pour le traitement de la **Bradycardie symptomatique** dont il souffre. Le 4 août 2011, il entre de nouveau à l'Hôpital d'Oviedo où il reste 27 jours et où on lui fait un **cathétérisme. Fibrillation auriculaire.** On lui applique la procédure de l'ablation cardiaque pour contrôler le rythme cardiaque. Le **19 septembre 2014**, on lui implante un **pacemaker**. Diagnostic secondaire : **Adénome de la prostate. Cervicarthrose** : cervicalgie. **Coxarthrose bilatérale** (Arthrose de la hanche gauche depuis 2002). Coxalgie.

II.- Situation juridique

Arrêté **en 1989**, il est condamné à **30 ans** de prison.

Le **14 mars**, il a demandé au Centre de Direction, par le biais de la *Junta de Tratamiento* (Commission de Traitement) du Centre Pénitentiaire de Villabona (Asturies), son **transfert au**

Centre Pénitentiaire de Zaballa et **l'application du régime de prison atténuée** prévu par l'art. 100.2 du Règlement Pénitentiaire. Le **23 avril 2014**, la *Junta de Tratamiento* du Centre Pénitentiaire de Villabona a **refusé cette demande** et a décidé de le maintenir au régime du premier grade à la prison de Villabona. Le **20 novembre 2014**, une **plainte** a été déposée auprès du TCVP suite au refus réitéré du Centre de Direction de le transférer au Centre Pénitentiaire de Zaballa. Le **26 mars 2015**, le TCVP a rendu une décision dans laquelle il **rejette ce recours**.

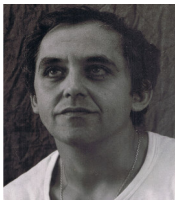
III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles Jose Ramon de Abetxuko est passé ces dernières années : prisons de l'État français (1989-1993), Carabanchel (Madrid.13/07/1993), Valdemoro (Madrid. 31/08/1993), Valdemoro (Madrid. 10/1994, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. 06/06/1995, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. 18/01/1996, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid 18/05/1996, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. 27/02/1998, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. ??/05/1998 démarches juridiques) Valdemoro (Madrid. 25/06/1998, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. 13/08/1998, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. 23/04/1999, démarches juridiques), Valdemoro (Madrid. 26/01/2001, démarches juridiques), Alcazar de San Juan (Ciudad Real. ??/??/2001), Valdemoro (Madrid. 25/05/2006, démarches juridiques) Alcazar de San Juan (Ciudad Real. 13/06/2006), Villabona (Asturias. ?/11/2008).

Jose Ramon Lopez de Abetxuko a subi une intervention pour la réalisation d'une ablation cardiaque par radiofréquence au mois d'août 2011 en raison de la symptomatologie associée à son arythmie cardiaque par la Fibrillation auriculaire durant les mois précédents.

Jusqu'à maintenant, l'intervention a été efficace, le patient ayant récupéré le rythme sinusal et étant sous traitement anticoagulant. Cependant, il existe un risque de récurrence de l'arythmie avec le risque thrombogénique connu susceptible de déclencher un AVC, un infarctus du myocarde ou une thrombophlébite périphérique. Pour cela, il soit subir des contrôles stricts de sa fonction cardiaque ainsi qu'éviter les facteurs stressants et maintenir un mode de vie compatible avec sa maladie cardiaque, ce qui sera très difficile à obtenir si son séjour en prison se prolonge.

Dans ce sens, il faut signaler que pour ce type de patients, les mouvements brusques et le port de choses lourdes sont tout à fait préjudiciables ; et plus encore si le patient présente une arthrose de la hanche. Pourtant, cette personne a été soumise à de nombreux changements de prison, de module et de cellule, avec à chaque fois l'obligation de porter lui-même ses effets personnels.



Jesús Mª MARTIN HERNANDO

Incarcéré à **Zaballa**
Basauri (Bizkaia). Né en 1962.

I.- État de santé : Diagnostic

Schizophrénie paranoïde et Trouble anxieux généralisé (rapport psychologique et psychiatrique du 12 juillet 2012 et rapport du Service de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire d'Araba, le 19 novembre 2013). **Trouble cognitif en phase initiale** (rapport du Service de Médecine Interne de l'Hôpital Universitaire de Donostia du 4 avril 2012). Le **23 septembre 2010**, après de longues années de régime d'isolement et de situations violentes, il fait une **tentative de suicide** (auto-lésion grave). Il a connu de **graves épisodes de paranoïa**, il a des **difficultés à se concentrer**, il dit **entendre fréquemment des voix** et ses **conversations sont souvent incohérentes**. En raison de sa situation, la visite par un psychologue de confiance a été accordée. Actuellement, il a toujours des délires et **sa situation générale s'est aggravée** en partie à cause du refus de la prison de changer la dose de son traitement, solution proposée par le psychologue et médecin de confiance. En conséquence de l'évolution négative de sa maladie, en novembre 2012, il a été admis au Service de Psychiatrie de l'Hôpital Universitaire d'Araba pour effectuer divers examens. Il ne peut rester seul : la prison lui applique le **Protocole d'accompagnement** réservé aux détenus qui présentent un risque de suicide, ce qui fait qu'il doit être accompagné 24 heures sur 24. Sous traitement pharmacologique.

Diagnostic secondaire : **Insuffisance aortique modérée**.

II.- Situation juridique

Arrêté **en 2002**, il est détention préventive dans l'attente d'un procès, après 8 ans dans les prisons de l'État français.

En **novembre 2011,** sa mise en **liberté provisoire a été demandée** au Tribunal Pénal de l'Audience Nationale pour raisons de santé (maladie grave et incurable) dans trois procédures pénales. Entre **janvier et février 2012**, les trois demandes ont été **refusées**, et un nouveau recours a été déposé. En **février 2014**, **l'application de l'art. 100.2**, en relation avec l'art. 86.4 du Règlement Pénitentiaire (prison atténuée à son domicile familial avec contrôle télématique) a été demandée au Secrétariat Général des Institutions Pénitentiaires. En **avril 2014**, la demande a été **refusée**. Le **22 mai 2014**, il a présenté au TCVP une **demande** de l'**application de l'art. 100.2**, demande **rejetée le 27 novembre 2014**. Un **recours** a été déposé, **rejeté le 9 mars 2015** par le TCVP. Le **17 mars 2015**, un **recours en appel** a été déposé. Le **23 juin 2015**, la Première Section Pénale de l'Audience Nationale a **rejeté** le recours en appel.

III.- Influence de la prison sur sa maladie

Voici les prisons par lesquelles Jesus Maria Martin est passé ces dernières années : La Santé (EF.

04/02/2002), Bois d'Arcy (EF 07/02/2002), Osny (EF), La Santé (EF. 23/02/2005), Fresnes (EF. 08/03/2006), Les Baumettes (EF. 10/03/2006), Tarascon (EF. 29/03/2006), Aix Luynes (EF. 24/04/2010), Soto del Real (Madrid. 29/10/2010), Basauri (Bizkaia. 10/10/2011), Nanclares de Oca (Araba. 18/11/2011), Zaballa (Araba. 12/12/2011).

Dans ce cas, la prison et plus concrètement la situation d'isolement a joué un rôle dans l'apparition et dans l'évolution de la maladie de Jesus Maria Martin. En effet, cette personne est restée complètement isolée pendant huit ans dans les diverses prisons par lesquelles elle est passée, ce qui a été déterminant pour expliquer sa situation actuelle. La situation d'isolement prolongé provoque des symptômes concrets, comme les phobies, la paranoïa et l'anxiété en général : et dans ce cas concret, en plus, la situation a mené à une tentative de suicide après un épisode délirant. Par conséquent, cette personne ne peut rester isolée en aucune façon. Il faut signaler également que ce patient a reçu un traitement inexplicablement dur de la part de la prison, ce qui a eu des conséquences sur sa santé mentale : longues périodes sans communication, transferts dans des conditions inhumaines, refus ou retrait des permis de visite (dans le cas de parents, d'amis et de la psychologue de confiance), etc.

Il faut signaler l'attitude des responsables pénitentiaires en ce qui concerne ce patient : il a été plus d'une fois placé à l'infirmerie contre sa volonté, séparé de ses compagnons, alors que son état moral demandait tout le contraire. De plus, les indications de sa psychologue et de son médecin de confiance ne sont pas prises en considération au sujet de la dose de son traitement ; en conséquence, son état de santé s'est ostensiblement détérioré. La seule situation qui est envisagée comme pouvant garantir la thérapie adéquate est la mise en liberté totale, hors du système pénitentiaire qui a déjà commis de si gros dégâts.

4.-CONCLUSIONS ET BESOINS

Selon nous et comme nous l'avons développé dans ce dossier, certains facteurs fondamentaux ont une forte incidence sur la santé des prisonniers. D'une part, et c'est le facteur principal, la politique pénitentiaire d'exception qui est appliquée aux prisonniers politiques basques et qui affecte autant les prisonniers malades que ceux qui ne souffrent d'aucune maladie préalable. Cette politique d'exception est en elle-même génératrice de perte de santé. L'isolement prolongé entraîne instabilité mentale, malaise, déséquilibre et difficultés relationnelles. L'allongement de la condamnation conduit à la rupture de l'équilibre personnel et des expectatives vitales, et la dispersion entraîne un éloignement de la capacité relationnelle et une perte des repères psychoaffectifs. D'autre part, nous avons les conditions sanitaires des centres pénitentiaires eux-mêmes : la prison, l'institution, l'attitude et le manque de moyens des professionnels de santé de ces centres, tout cela a des conséquences négatives sur la santé et ne permet pas une assistance médicale adéquate.

En matière d'assistance sanitaire, il est d'une importance vitale de mettre un terme aux politiques imposées pour des raisons de sécurité au-delà du droit à la santé, ce qui entraîne la violation constante du droit du prisonnier à recevoir l'assistance d'un médecin ou d'un psychologue de confiance. Toutes ces mesures, les obstacles pour pouvoir réaliser les visites, les conditions dans lesquelles elles doivent être faites, l'absence d'aide dans l'assistance et la prévention… accentuent la méfiance des prisonniers envers les professionnels des centres pénitentiaires et a des effets négatifs sur leur stabilité émotionnelle. En plus de représenter un traitement indigne quant au droit à la santé dont toute personne bénéficie.

Nous avons également été témoins des conséquences dramatiques de cette politique : les prisonniers qui sont morts en prison, et dont la mort, dans certains cas, aurait pu être évitée, ou la liste actuelle des prisonniers atteints de maladies graves et incurables. Certaines autres personnes sont sous le régime de la prison atténuée à leur domicile, mais elles dépendent totalement du contrôle de la prison et subissent des restrictions de toutes sortes.

Dans ces cas, selon nous, et compte-tenu des maladies dont ils souffrent, ces conditions ne facilitent en rien leur récupération totale. De toute évidence, tant que cette politique d'exception n'aura pas disparu et que tous les droits à la santé ne seront pas garantis, nous continuerons d'en voir et d'en vivre les conséquences. Comme nous l'avons expliqué, le système pénitentiaire lui-même devient source d'obstacles que nous devons affronter. Si plutôt que d'entraver l'assistance, le traitement et le suivi des cas par des professionnels de confiance, les personnels pénitentiaires montraient un minimum de collaboration, nous éviterions un bon nombre des problèmes que nous rencontrons aujourd'hui. Dans les cas où il n'y pas eu de tels obstacles et où les professionnels de la santé ont montré leur savoir-faire et leur bonne disposition, il n'y a eu aucun problème pour assister, soigner et contrôler toutes sortes de besoins sanitaires.

Par conséquent, cette radiographie débouche sur une série de revendications établies en trois points et qui selon nous faciliteraient un traitement sanitaire digne. Pour cela, il est indispensable d'en finir avec les mesures exceptionnelles qui sont appliquées à ce Collectif et que le droit à la santé soit placé au-dessus de tout autre argument de sécurité.

1.- Les motifs de sécurité ou les normes spécifiques ne peuvent être placées au-dessus du droit à la santé, ni conditionner l'état sanitaire des prisonniers.

2.- Tout prisonnier a le droit d'être assisté par un professionnel de confiance, tant par des visites professionnelles que par toute autre méthode ou traitement de son choix. Ainsi, nous demandons que les professionnels de santé des centres pénitentiaires aient une relation naturelle avec des professionnels extérieurs pour assurer ainsi la santé et l'éthique professionnelle.

3.- La prison est une institution qui devrait préserver les soins et l'assistance sanitaire complète des prisonniers malades. C'est pourquoi, en nous basant sur le principe de ne pas porter préjudice, nous sollicitons la suspension de toutes les mesures qui créent une souffrance ajoutée ou qui peuvent supposer l'aggravation de l'état de santé des prisonniers (sanctions d'isolement, transferts violents, prolongés ou en posture forcée, attitudes qui violent le droit à la confidentialité et le droit à l'intimité des prisonniers malades).

Les années d'expérience sur ce terrain nous ont beaucoup appris, et le principal enseignement a été qu'il faut toujours rester en alerte pour que les droits à la santé soient pris en compte, respectés et appliqués. Nous avons besoin pour cela de l'implication et de l'aide de tous les organismes qui travaillent dans le domaine de la santé, parce que la prison aussi fait partie de notre société. Par conséquent, tant que nous n'obtiendrons pas le respect dans leur intégralité de droits aussi basiques que celui à la santé, nous n'aurons pas une société saine. Seules l'aide et l'implication de tous (organismes et personnes) nous permettront d'avancer vers une société meilleure.

ANNEXES

ANNEXE I
Différents articles de lois et règlements espagnols (texte original) ····· 1

ANNEXE II
Cas de refus de transfert, non assistance et négligence,
refus de visites de médecins de confiance ····· 6

ANNEXE III
Chiffres concrets····· 20

ANNEXE IV
Prisonniers en prison atténuée ····· 27

Note du traducteur : les articles de divers règlements et législations espagnols qui sont regroupés dans l'Annexe I n'ont pas encore été traduits, il s'agit donc pour chacun d'eux du texte original. Annexes suivantes plus bas.

ANNEXE I

1. Législation et réglementation espagnoles

-En el art. 43.1 de la Constitución española se recoge el derecho a que la salud de los ciudadanos quede garantizada de hecho.

Articles du Code Pénal espagnol

Article 80:
4.“Los Jueces y Tribunales sentenciadores podrán otorgar la suspensión de cualquier pena impuesta sin sujeción a requisito alguno en el caso de que el penado está aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables, salvo que en el momento de la comisión del delito tuviera ya otra pena suspendida por el mismo motivo”.

Article 92:
“No obstante lo dispuesto en los artículos anteriores, los sentenciados que hubieran cumplido la edad de setenta años, o la cumplan durante la extinción de la condena, y reúnan los requisitos establecidos, excepto el haber extinguido las tres cuartas partes de aquella, o, en su caso, las dos terceras partes podrán obtener la concesión de libertad condicional.
El mismo criterio se aplicará cuando, según informe médico, se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables”.

Articles de la “Loi Organique Générale Pénitentiaire” en relation avec le domaine de a santé :

Article 36:
1. “En cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos, encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y

salubridad en el establecimiento...”

Article 37:
Para la prestación de la asistencia sanitaria todos los establecimientos estarán dotados: a) de una enfermería, que contará con un número suficiente de camas y está provista del material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia e intervenciones dentales...

Divers articles du <u>Réglement Pénitentiaire</u> espagnol :

Article 86.4:
“En general, el tiempo mínimo de permanencia en el Centro será de ocho horas diarias, debiendo pernoctarse en el establecimiento, salvo cuando, de modo voluntario, el interno acepte el control de su presencia fuera del Centro mediante dispositivos telemáticos adecuados proporcionados por la Administración Penitenciaria u otros organismos de control suficiente, en cuyo caso solo tendrán
que permanecer en el establecimiento durante el tiempo fijado en su programa de tratamiento para la realización de actividades de tratamiento, entrevistas y controles presenciales.”

Article 100.2:
“No obstante, con el fin de hacer el sistema más flexible, el Equipo Técnico podrá proponer a la Junta de Tratamiento que, respecto de cada penado, se adopte un modelo de ejecución en el que puedan combinarse aspectos característicos de cada uno de los grados, siempre y cuando dicha medida se fundamente en un programa específico de tratamiento que de otra forma no pueda ser ejecutado. Esta medida excepcional necesitará de la ulterior aprobación del Juez de Vigilancia correspondiente, sin perjuicio de su inmediata ejecutividad.”

Article 104:
4.”Los penados enfermos muy graves con padecimientos incurables, según informe médico, con independencia de las variables que intervienen en el proceso de clasificación, podrán ser clasificados en tercer grado por razones humanitarias y de dignidad personal, atendiendo a la dificultad para delinquir y su escasa peligrosidad”.

Article 196:
2. “Igual sistema se seguirá cuando, según informe médico, se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables. Cuando los servicios médicos del centro consideren que concurren las condiciones para la concesión de la libertad condicional por esta vcausa lo pondrán en conocimiento de la Junta de Tratamiento, mediante la elaboración del oportuno informe médico”. Y el comentario a pie de página: “...La puesta en libertad condicional de quienes padezcan una enfermedad muy grave y además incurable tiene su fundamento en el riesgo cierto que para su vida y su integridad física, su salud en suma pueda suponer la permanencia en el recinto penitenciario. Por consiguiente, no exige la existencia de un peligro inminente o inmediato ni tampoco significa que cualquier dolencia irreversible provoque el paso al tercer grado penitenciario, si no se dieren las otras circunstancias antes indicadas además de las previstas en el Código Penal, entre ellas, como aquí ocurre, la menos posibilidad de los así libertos por su misma capacidad disminuida”.

Article 200:
2. “El seguimiento y control de los liberados condicionales, hasta el cumplimiento total de la condena o, en su caso, hasta la revocación de la libertad condicional, se efectuará por los servicios sociales penitenciarios del Centro al que hayan sido adscritos, con arreglo a las directrices marcadas por la Junta de Tratamiento correspondiente”.

Article 207:
1. “La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y rehabilitación”

Article 208:
1. “A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población.”

Article 212:
3.”Los internos podrán solicitar a su costa servicios médicos privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias. La solicitud será aprobada por el Centro Directivo, salvo cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho”.

2. Code de Déontologie:

2.1.-Psychologues

Article 4:
“El/la psicólogo/a rechazará toda clase de impedimentos o trabas a su independencia profesional y al legitimo ejercicio de su profesión, dentro del marco de derechos y deberes que traza el Código Deontológico”.

Article 8:
“Todo psicólogo/a debe informar, al menos a los organismos colegiales, acerca de las violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión”

Article 16:
“Los deberes y derechos de la profesión de Psicólogo se constituyen a partir de un principio de independencia y autonomía profesional, cualquiera que sea la posición jerárquica que en una determinada organización ocupe respecto a otros profesionales y autoridades superiores”.

Article 23:
“El ejercicio de la psicología se basa en el derecho y en el deber de un respeto recíproco entre el/la Psicólogo/a y otras profesiones, especialmente las de aquellos que están más cercanos en sus distintas áreas de actividad”.

Article 27:
“Por ninguna razón se restringirá la libertad de abandonar la intervención y acudir a otro psicólogo

o profesional; antes bien, se favorecerá al máximo la capacidad de decisión bien informada del cliente. El/la Psicólogo/a puede negarse a simultanear su intervención con otra diferente realizada por otro profesional"

Article 30:
"El/la Psicólogo/a no se inmiscuirá en las diversas intervenciones iniciadas por otros psicólogos"

Article 39:
"En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente".

Article 40:
"Toda información que el/la psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de segreto profesional, del que sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional".

Article 41:
"Cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el/la psicólogo/a obtiene información, ésta sólo puede comunicarse a terceras personas, con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esa autorización".

Article 47:
"Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del cliente".

Article 63:
"El Colegio Oficial de Psicólogos, garantiza la defensa de aquellos colegiados que se vean atacados o amenazados por el ejercicio de actos profesionales, legítimamente realizados dentro del marco de derechos y deberes del presente Código, defendiendo en particular el secreto profesional y la dignidad e independencia del Psicólogo".

Article 64:
"El Colegio Oficial de Psicólogos tratará de que las normas de este Código Deontológico que representan un compromiso formal de las instituciones colegiales y de la profesión ante la sociedad española, en la medida en que la sociedad misma las valore como esenciales para el ejercicio de una profesión de alto significado humano y social, pasen a formar parte del ordenamiento jurídico garantizado por los Poderes públicos

2.2.- Médecins :

Article 33:
"El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.

La jerarquía dentro del equipo asistencial deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales. Y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia. Los Colegios no autorizarán la constitución de grupos profesionales en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros".

Chapitre XV. De la TORTURE et humiliation des personnes

Article 60:
"El médico, en su práctica profesional, jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello. Está obligado, por el contrario, a denunciarlos, a la autoridad competente.
El médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la conciencia, al margen de cuales sean los cargos atribuidos a la víctima y sus motivos o creencias".
"El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente".

Chapitre XVII. En relation avec les MÉDECINS EXPERTS :

Art.62.
"Si en el curso de su actuación el médico perito descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros deberá comunicarlo en primer lugar al interesado y eventualmente a la autoridad que corresponda".

ANNEXE II

1.- Refus de transferts vers des centres hospitaliers extra-pénitentiaires :

Prisonnier gravement malade actuellement en situation de prison atténuée.

Conformément à un arrêt judiciciare du **4 septembre 2008**, ce prisonnier aurait dû avoir une consultation en ophtalmologie à l'**Hôpital Donostia de San Sebastien** pour être traité pour une cataracte. **Il n'a pas été transféré** pour ce rendez-vous. La consultation a été repoussée au 14 du même mois, et **le juge a ordonné son transfert pour cette date : il n'a pas été transféré** "faute de temps pour organiser le transport".

Le **16 janvier 2009**, il avait un autre rendez-vous à l'Hôpital Universitaire Donostia, mais **il n'a pas été transféré**.

Iñaki Etxeberria Martín.- Né en 1964. Actuellement à la prison de **Topas** (Salamanca).

Il souffre de **Myopie Majeure** à longue évolution, ainsi que d'**Hémorragie Rétinienne** de l'oeil droit, **Aphakie** dans l'oeil gauche et **Glaucome**. Les spécialistes d'Ophtalmologie de l'Hôpital Virgen del Camino de Pampelune se sont montrés disposés à le recevoir en consultation. Malgré de nombreuses demandes, il n' toujours pas été transféré.

Jesús Mª Mendinueta Flores. Prisonnier gravement malade actuellement en liberté.

Patient avec des problèmes de santé depuis son arrestation : lors de cette opération, il a reçu trois impacts de balle dans la zone dorsale et lombaire de la colonne vertébrale. À partir de 1993, il souffre de douleurs et de paresthésie. Le 2 janvier 1997, les médecins lui ont diagnostiqué une **Hernie Discale des espaces intervertébraux L5-S1** et lui ont parlé d'une possibilité de traitement chirurgical. En décembre de la même année, ils lui diagnostiquent une **Hernie Inguinale** du côté droit et recommandent un traitement chirurgical. Le chef du Service de Chirurgie de l'Hôpital de Navarre s'est montré disposé à faire le suivi pertinent et à lui administrer le traitement adéquat. Le 2 juillet 1998, son transfert à la prison de Pampelune est demandé au Juge de Vigilance de Malaga et à la Direction Générale des Institutions Pénitentiaires. Le 14 mai 1999, le juge a refusé ce transfert. Pendant cette période, son état s'est progressivement aggravé. Les examens réalisés en février et en novembre 2000 suggèrent des changements dégénératifs. Face à cette situation, le Service de Neurochirurgie de l'Hôpital de Navarre accepte de faire le suivi de ce cas et de proposer le traitement adéquat. En conséquence, le transfert à la prison de Pampelune est demandé à nouveau. Au même moment, le Tribunal Central de Vigilance Pénitentiaire de l'Audience Nationale refuse l'autorisation pour la visite d'un médecin de confiance. En mai 2004, on observe une augmentation des changements dégénératifs et à partir de mars 2005, les douleurs se généralisent et augmentent la faiblesse du patient. Deux recours sont présentés pour obtenir l'autorisation de visite pour le médecin de confiance. En même temps, le 31 mai 2005, une nouvelle demande de transfert est déposée pour une consultation au Service de Traumatologie d'Osasunbidea (Service Public de Santé de Navarre), mais cette consultation n'a pas lieu car le prisonnier est maintenu à la prison de

Malaga. Le 16 janvier 2006, un autre transfert est demandé pour une consultation en septembre. Le 7 mai 2007, il n'est pas transféré pour un rendez-vous à la clinique d'Ubarmin (Pampelune).

Prisonnier malade actuellement en liberté

Il a de **graves problèmes articulaires**. Il avait besoin d'une intervention chirurgicale urgente de la hanche, mais son transfert de la prison de Burgos à la consultation de Traumatologie de l'Hôpital Donostia de San Sebastian a été refusé jusqu'à 9 fois en 2010.

Prisonnier malade actuellement en liberté

Il a un **adénome dans la glande surrénale gauche**. À deux reprises, son transfert pour une consultation au Département d'Urologie de l'Hôpital Donostia de San Sebastian a été refusé : le **06/08/2010 et le 12/01/2011.**

Prisonnier malade actuellement à la prison de Zuera (Saragosse)

Prostatite. Le transfert pour une consultation le 20 mai 2011 au Département d'Urologie de l'Hôpital de Galdakao (Bizkaia) lui a été refusé.

Ibon Iparragirre Burgoa. Prisonnier gravement malade. Actuellement **à Alcalá Meco.** En prison atténuée pour maladie du 17 octobre 2011 au 7 mars 2014.

SIDA. Avec actuellement de très bas niveaux de lymphocytes CD4. Son transfert pour une consultation au Service de Médecine Interne de l'Hôpital Donostia de San Sebastian a été refusé deux fois consécutivement (**23 juin 2011 et 20 juillet 2011**).

Prisonnier malade actuellement à la prison de Puerto I (Cadix)

Il souffre d'une **hernie discale extrudée au niveau des C5-C6, avec Myélopathie.** Face à cette situation de risque réel et au fait que la lésion en est au commencement, son **transfert** a été demandé **mi-novembre 2012** pour une intervention chirurgicale à l'**Hôpital de Cruces** (Barakaldo).

Le **7 décembre**, nous constatons qu'**il n'a toujours pas été transféré** à cette consultation **par disposition du Juge** de Vigilance Pénitentiaire.

Ventura Tomé Queiruga. Prisonnier gravement malade en suspension de peine.

Il souffre d'un **cancer du poumon (carcinome du lobe supérieur du poumon gauche) et de la prostate**. **Le 8 août 2013**, le SGIP (Secrétariat Général des Institutions Pénitentiaires) a **refusé son transfert** au Service d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre. Le **28 novembre 2013**, **il n'a**

pas été transféré à la consultation d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre. Le **17 janvier 2014**, le SGIP lui a **refusé l'autorisation de transfert** pour la consultation d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre du 21 du même mois. Le **17 février 2014**, le **Tribunal Central de Vigilance Pénitentiaire de l'Audience Nationale lui a refusé l'autorisation de transfert** pour consultation d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre.

NOM, PRÉNOM	DEMANDE	RÉPONSE	AUTORISÉ/REFUSÉ
Agirre Agiriano, Jon (en liberté)	15/07/2005. Art. 92 (Libération conditionnelle). 12/01/2007. Art. 92	21/11/2005 21/04/2006. Recours en appel 05/12/2007	Refusé Refusé Refusé
Altuna Zumeta, Olatz (en liberté)	05/02/2008. Libération provisoire.	18/06/2008	Autorisé
Barandalla Iriarte, Bautista (en liberté)	02/09/2002. Art. 92. CP, art.104, art.196. RP… 27/11/2006. Art. 92. CP 12/02/2007. Recours 05/2009. Art.100.2. (Prison atténuée)	27/02/2003 02/02/2007 16/03/2007 2009/06/16	Refusé Refusé Refusé Autorisé
Castillo González de Mendibil Emilio	22/03/2007. Transfert	?/05/07 14/11/2007. Libération provisoire.	Refusé Autorisé
Dieguez Gomez, Juan Pablo (en liberté)	?/?/?... (100.2)	20/01/2011	Autorisé
Elkoro Unamuno, José Luis (en liberté)	?/11/2009. Suspension de peine ?/10/2010. Art. 100.2	?/11/2009 14/10/2010	Refusé Autorisé
Etxaniz Garcia, Julen	?/10/2009. Transfert à la polyclinique de Gipuzkoa (2 transferts)	?/10/2009	Autorisé
Etxeandia Meabe, José Miguel (en liberté)	11/01/2007. Art.92 Application de l'art. 100.2	01/06/2007 Mars 2014	Refusé Refusé
Fernandez Iradi, Ibon	01/2014. Demande de suspension de peine 25/08/2014. Recours en appel	20/06/2014 2015/03/26	Autorisé mais laissé à la charge d'un autre tribunal Refusé
Figueroa Fernández,	12/04/2007. Art.92	31/07/2007	Refusé

Angel (mort en prison atténuée)	?/04/2008. Suspension de peine	?/05/2008 12/11/2008. Art 100.2	Refusé Autorisé
Foruria Zubialde, José Ramón (en prison atténuée)	?/11/2004. Prison atténuée 28/12/2006. Art. 92 ?/08/2011. Art. 100.2	?/02/2006 15/03/2007 17/05/2007. Recours en appel 19/08/2011. Art. 100.2	Refusé Refusé Refusé Autorisé
Gil Cervera, Mikel (en prison atténuée)	18/12/2006. Art. 92 ?/10/2007. Transfert pour opération ?/02/2009. Demande de prison atténuée (art. 100.2)	26/07/2007 22/02/2008 29/04/2009	Refusé Refusé Autorisé
Gimon, Lorentxa (en liberté)	02/2015. Demande de suspension de peine.	24/11/2015. Tribunal d'Application des Peines. 25/02/2016. Cour d'Appel du Tribunal d'Application des Peines de Paris	Autorisé. Appel du Procureur. Autorisé
Gonzalez Peñalba, Belén (en prison atténuée)	10/2009?. Transfert au Pays Basque pour traitement de son cancer. ?/11/2009. Art.100.2	?/10/2009 18/11/2009	Refusé Autorisé
Gordo Castro, Xabier (en liberté)	28/12/2006. Art. 92	31/07/2007	Refusé
Gorostiaga Retuerto, Mª Dolores (en liberté)	12/12/2006. Art. -92 ?/04/2007. Art.196 10/07/2008. Art. 100.2	?/04/2007.... (DGIP) 12/11/2008	Refusé Refusé Autorisé
Ibañez Oteiza, Mikel (mort en liberté conditionnelle)	30/04/2008. Libération provisoire	12/06/2008	Autorisé (après un séjour à l'hôpital : prison atténuée)

		15/09/2010. Art.100.2 14/01/2011. Liberté conditionnelle	Autorisé Autorisé
Iparragirre Burgoa, Ibon	25/05/11. Transfert pour consultation 30/06/2011. Transfert pour consultation 10/2011. Application de l'art.100.2 Application de l'art.100.2 du RP	23/06/2011 20/07/2011 18/08/2011. Transfert à Basauri 17/10/2011 29/09/2014	Refusé Refusé Autorisé Autorisé Refusé
Legina Aurre, Kepa	?/03/2011. Transfert pour consultation	26/05/2011	Refusé
López de Luzuriaga Hernández, Gotzone (en liberté)	202/08/2007. Art. 196	16/11/2007 18/03/2011. Transfert à Martutene	Refusé Autorisé
Maruri Basagoitia, Lander	21/12/2006. Art 92	?/?/? 19/05/2007. Transfert à Nanclares	Refusé Autorisé
Mendizabal Alberdi, Juan M. (en liberté)	05/02/2008. Libération provisoire	18/06/2008	Autorisé (Réincarcéré le 24-09-2009)
Jose Maria Pérez Díaz (en liberté)	07/2010-201/2011. Transfert pour consultation		Refusé 9 fois
Rego Vidal, Juan José (en liberté)	18/01/2004. Demande de transfert 05/2004?. Recours en appel 01/12/2005. Suspension de peine art. 80.4 CP 01/12/2006. Art 92	01/03/2004 01/07/2006 13/02/2006 28/03/2007	Refusé Refusé Refusé Refusé

	04/13/2007. Demande de transfert 2/05/2007. Demande de transfert 23/05/2008. Recours en appel art. 92 10/11/2007. Demande de transfert ?/?/? . Demande de transfert	12/04/2007 ?/07/2007 20/07/2007 22/02/2008 ?/?/? 18/02/2010. Art. 100.2	Refusé Refusé Refusé Refusé Refusé Le juge s'est déclaré incompétent Autorisé
Sagarzazu Olazagirre, Ramón (en liberté)	07/03/2007. Libération provisoire ?/?/? Libération provisoire	30/03/2007 01/10/2007	Refusé Autorisé
Salutregi Mentxaka, Jabier (en liberté)	05/02/2008. Libération provisoire	02/07/2008	Autorisé (Réincarcéré le 29/04/2009)
Sanchez Mendaza, Pello (en liberté)	02/11/2007. Libération provisoire (EF) ?/06/2008. Libération provisoire	15/11/2007 08/12/2008	Refusé Autorisé
Tomé Queiruga, Ventura (en liberté en suspension de peine)	Demande de transfert au Service d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre Demande de transfert au Service d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre Demande de transfert au Service d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre	08/08/2013 (SGIP) 28/11/2013 17/01/2014 (SGIP)	Refusé Refusé Refusé

	Demande de transfert au Service d'Oncologie de l'Hôpital Provincial de Navarre Demande de suspension de peine.	17/02/2014 24/09/2014	Refusé Autorisé
Uribetxeberria Bolinaga, Josu (mort en liberté conditionnelle)	01/12/2006. Art. 92 02/05/2012. Art. 92	?/05/2007 24/07/2007. Recours en appel 30/08/2012	Refusé Refusé Autorisé (en liberté depuis le 12/09/2012, après décision de la Cour Pénale de l'Audience Nationale)
Urkizu Ormazabal, Jon Ander (en liberté)	01/06/2010. Transfert pour consultation ?/01/2011. Transfert pour consultation	06/09/2010 12/01/2011 .	Refusé Refusé

2.- Cas de non-assistance ou de négligence

Jon Bienzobas Artetxe (Saint-Maur)

Le **12 novembre 2012**, il a subi une intervention chirurgicale pour déviation de la cloison nasale. Après une septoplastie et une cornectomie, il a été renvoyé à la prison de Saint-Maur.

Dans l'après-midi du **25 novembre (à 19h)**, il a commencé à souffrir d'une hémorragie nasale importante. Il a averti les surveillants, qui lui ont dit qu'il allait rapidement être transféré à l'hôpital. L'hémorragie a continué après la fermeture des cellules. Il a rappelé les surveillants qui lui ont dit de se boucher le nez. L'hémorragie a augmenté de façon alarmante, à tel point qu'il a commencé à ressentir des signes de vertige, de perte de chaleur corporelle, etc. Face au risque d'évanouissement, et en conséquence au risque d'étouffement dans son propre sang, les autres prisonniers de cette division se sont joints à son appel à l'aide d'urgence, à laquelle les surveillants n'ont pas répondu faute d'autorisation expresse de leur supérieur pour ouvrir la porte de la cellule pendant la nuit. Finalement, et face à la gravité de la situation, les surveillants ont sauté le protocole de sécurité, et Jon Bienzobas a été transféré aux alentours de 6 h du matin à l'hôpital le plus proche, où les médecins lui ont dit qu'il avait été sauvé de justesse.

Prisonnier malade, actuellement en liberté

Le 21 septembre 2005, il s'est fait une luxation de l'épaule en faisant des exercices physiques dans la cour de la prison. Il a été emmené à l'infirmerie de la prison, mais le personnel présent n'a pas réussi à réduire la luxation. Ses compagnons ont demandé son transfert à l'hôpital en raison de l'intense douleur qu'il ressentait, mais il n'a été transféré que le soir, au prétexte qu'il n'y avait pas de force policière disponible pour l'escorter à l'hôpital. Il y a été finalement conduit treize heures après sa luxation, à une heure avancée de la soirée et dans des conditions lamentables : dans un fourgon inadapté, menotté sans tenir compte de sa douleur... À l'hôpital les médecins ont tenté de réaliser la réduction de l'épaule (en présence de la police), mais ils n'ont pas réussi ; finalement, ils ont décidé de réaliser cette réduction par chirurgie. En conséquence du retard pris pour la réduction, ce patient a gardé des séquelles à l'épaule.

Le **5 mars 2007**, il se luxe à nouveau l'épaule. Comme la fois précédente, le personnel de la prison n'a pas réussi à réduire la luxation, et son transfert à l'hôpital a été décidé. Et comme la fois précédente, au prétexte qu'aucune force policière n'était disponible pour l'escorter, il a été placé sous Nolotil et transféré à minuit et demie. Après la réduction, il a été ramené à la prison à 5h30. Il a continué à ressentir de terribles douleurs mais n'a reçu que des analgésiques comme traitement. Pour couronner le tout, la prison a ignoré l'opération recommandée par l'hôpital et il n'a été transféré ni pour les examens, ni pour l'opération.

En avril de la même année, les mêmes faits se sont répétés.

Prisonnier malade, actuellement à la prison d'Albocasser (Castellón-ES)

En 2007, pendant plus de deux mois, il présente des vomissements et des douleurs abdominales. Traitement médicamenteux symptomatique. Malgré des symptômes compatibles avec une pathologie biliaire, l'examen radiologique est fait au bout de six mois seulement. Suite à cet épisode, il perd 14 kg en un mois.

Prisonnière malade, actuellement à la prison de Fleury-Mérogis (Paris)

Le 29 mars 2005, elle est conduite à l'hôpital d'Evry pour une exérèse de kyste ovarien. Au cours de l'intervention, le traitement est insultant, la police étant présente dans la salle de l'intervention et pendant tous les examens effectués. Au cours de l'intervention chirurgicale, elle reste menottée au lit même pendant l'anesthésie. Ces faits ont été dénoncés publiquement.

Prisonnier gravement malade, actuellement en prison atténuée

Le **23 décembre 2006**, **il porte plainte** contre la prison car il n'a pas été transporté à l'hôpital malgré un épisode de sciatalgie aiguë.

Prisonnière gravement malade, actuellement en liberté

Le **23 février 2006**, elle est transportée à l'hôpital de Navarra pour une consultation (suite à l'exérèse d'un carcinome du sein). Elle a des problèmes avec les agents qui l'escortent, car ils prétendent assister à l'examen. Finalement et après le refus de la police de sortir de la pièce, on lui

donne une blouse pour se couvrir au cours de l'examen. Ensuite, elle reçoit des menaces selon lesquelles si elle n'accepte pas la présence des agents dans la salle de consultation, elle va être ramenée à la prison sans pouvoir y assister. Quelques heures plus tard, les policiers la conduisent pour réaliser une mammographie et une radiographie. La seule chose qui a pu être obtenue est que seule une femme policier reste dans la salle.

Le **8 mars**, on la conduit à une consultation de cancérologie. Dès la sortie du centre pénitentiaire, elle est fortement menottée dans le dos. Elle se plaint et fait part du risque de lymphangite entraîné par la position forcée du bras après l'opération qu'elle a subie. Elle se voit simplement répondre que ce sont les ordres et ses plaintes sont ignorées. Elle reste donc menottée dans le dos jusqu'à l'arrivée au cabinet médical. Malgré les avertissements du médecin du risque encouru par la patiente, elle est de nouveau menottée dans le dos pour le retour. Elle en a gardé de profondes traces aux poignets. Elle a porté plainte pour de tels faits auprès de la Chambre d'Application des Peines.

Gotzone López de Luzuriaga. Prisonnière gravement malade, actuellement en liberté

Le **20 septembre 2007**, elle est incarcérée à la prison de Jaén et souffre d'un cancer du sein. La Garde Civile la conduit menottée dans le dos à une séance de radiothérapie hospitalière. L'ablation avait eu lieu moins de trois mois auparavant et le bras du côté opéré était très douloureux. Malgré cela, elle est conduite à l'hôpital menottée dans le dos.

À la même période et **deux fois de suite, elle n'est pas conduite aux séances de radiothérapie** prévues, la dernière fois étant le **17 octobre**. Simplement, les effectifs de police chargés des transferts ne se sont pas présentés, à la suite de quoi elle n'a pas reçu le traitement prescrit. En outre, le **24 octobre**, au cours du trajet, elle subit des attitudes très violentes de la part des agents chargés de l'escorter. En conséquence de quoi, elle refuse de se rendre aux consultations dans ces conditions. Alors que la responsabilité des faits incombait à la police et que le médecin pénitentiaire lui-même s'est plaint pour ces faits, la prison s'est déclarée incompétente dans cette affaire. Le 12 novembre, cette patiente n'est pas non plus conduite à la séance de radiothérapie sous prétexte que la machine est en panne.

En mai 2012, une mammographie prévue à l'Hôpital Donostia **n'est pas réalisée** suite à l'insistance de la police pour être présente dans la salle d'examen.

Prisonnière malade, actuellement à la prison de Brieva (Avila-ES)

Le **6 avril 2006**, elle est conduite à un hôpital d'Avila pour un bilan de santé. Elle arrive au cabinet menottée et entourée de trois policiers. Malgré la demande du médecin, les policiers refusent de quitter le cabinet de consultation sous prétexte qu'il s'agit d'une prisonnière très dangereuse et insistent pour que la porte reste ouverte pour pouvoir la contrôler. Au cours du trajet de retour au centre pénitentiaire, les agents lui tirent les cheveux et la projettent contre une paroi du fourgon, entre insultes et menaces. Elle porte plainte auprès du Tribunal d'Avila qui, non content de classer l'affaire sans suite, ouvre une instruction pour « dénonciation calomnieuse ».

Oihana Garmendia, actuellement en liberté

Le **28 décembre 2012**, après 6 mois d'attente pour une consultation hospitalière de gynécologie, elle est conduite à ce rendez-vous, pieds et mains attachés. Face au refus des policiers qui l'escortent de retirer les liens aux pieds, elle renonce à la consultation dans de telles conditions. Elle est

immédiatement reconduite à la prison.

Prisonnier gravement malade, actuellement en liberté

Entre le **13 et le 15 novembre 2005, il souffre de deux thromboses cérébrales**. Le 13, il ressent pendant environ cinq minutes une sensation de faiblesse et de paralysie dans la jambe gauche. Le 15, il perd la vision d'un œil pendant 10 minutes environ. Simultanément, il ressent une grande fatigue et une symptomatologie compatible à celle d'un AVC. Face à la gravité de son état, il est transporté de la prison (Masilla-León-ES) à l'hôpital de la ville de León. Il a dénoncé des mauvais traitements infligés par la police pendant le transfert. Insultes, provocations... À l'hôpital, il est conduit au service des urgences puis examiné par un médecin du service de neurologie. Au cours de la consultation, il est entouré en permanence par six policiers. Après plusieurs examens et au bout de 24 heures, il est reconduit en prison dans un fourgon pénitentiaire conventionnel. La raison de sa sortie de l'hôpital est qu'il était resté asymptomatique pendant son hospitalisation. Ni l'épisode survenu quelques heures plus tôt, ni son profil (diabétique, hypertendu et âge avancé) ne sont pris en compte. Dans cet hôpital, les plaintes en raison du traitement reçu par les prisonniers en général sont constantes.

Le **26 décembre 2009**, il ressent une **douleur au thorax**. Conduit à l'infirmerie de la prison (Dueñas, Palencia-ES) pour un électrocardiogramme, le diagnostic est « Évolutions compatibles avec une ischémie aiguë de la face postéro-latérale ». Compatible avec une ischémie myocardique. Renvoyé dans sa cellule, il n'est pourtant pas hospitalisé. En juillet de la même année, une angine de poitrine est diagnostiquée et, le **6 janvier 2010**, il est admis aux urgences après un **infarctus du myocarde**.

Le **10 janvier 2010**, il est **renvoyé en prison** (après un infarctus et pose d'un cathéter avec deux stents), malgré un risque élevé imputable à son état général et à son âge avancé (70 ans).

Prisonnier malade, actuellement à la prison de Badajoz (ES)

Le **22 décembre 2009**, **il s'inflige une mutilation** avec intention suicidaire : les autorités pénitentiaires décident de le transférer dans un autre établissement. La veille de son geste d'automutilation, la psychologue de confiance lui avait rendu visite et avait averti le médecin pénitentiaire du risque évident de suicide étant donné l'état du patient. Elle avait recommandé que lui soit retirés tous les objets susceptibles de servir à de telles fins. De même, elle sollicite qu'il ne soit, en aucun cas, transféré vers un autre établissement mais qu'il puisse bénéficier de la présence de ses camarades. Rien n'y fait et la prison le sort de son module et le met en transfert vers la prison de Badajoz. Le 28 décembre, il arrive à la nouvelle prison où il se voit appliquer le Protocole d'Accompagnement pendant 24 heures.

Prisonnier malade, actuellement à la prison de Villanubla (Valladolid-ES)

En février **2010, les visites du psychologue de son choix lui sont refusées alors qu'elles avaient eu lieu sans problèmes auparavant.** La raison invoquée est que deux visites sont considérées comme suffisantes. Ultérieurement, la visite est admise mais avec l'avertissement que ce sera la dernière. Par ailleurs, le traitement médicamenteux (DIAZEPAM) prescrit par le médecin de confiance ne lui est pas dispensé. L'administration lui administre du KETIAPINA (un neuroleptique). Soulignons que ce dernier médicament est indiqué dans les cas de psychose et de dépression aiguë, ce qui n'est pas le cas de ce malade.

Jesús María Martín Hernando, prisonnier malade, actuellement à la prison de Zaballa-Araba (ES)

Le **13 mai 2011**, il se voit refuser la visite de son psychologue, malgré l'autorisation en vigueur, car « l'ordre de Madrid n'est pas arrivé ». La prison lui avait notifié que la visite était autorisée ce jour-là mais a refusé l'entrée du psychologue sous le prétexte évoqué ci-dessus. Étant donné le délicat état de santé du prisonnier, qui a deux tentatives d'autolyse derrière lui, nous considérons qu'il s'agit d'un cas grave.

Unai Parot Navarro. Prisonnier malade, actuellement à la prison de Puerto III (ES)

Souffre de prostatite. En **avril 2011**, le médecin de la prison lui communique qu'une consultation en urologie à l'Hôpital de Puerto Real (Cadiz-ES) a été demandée. Un mois plus tard, son médecin de confiance appelle l'hôpital pour vérifier la demande de rendez-vous. L'hôpital répond qu'une telle demande n'a pas été présentée. En conséquence, le médecin de la prison n'a pas dit la vérité ni au prisonnier ni à son médecin.

Ibon Fernandez Iradi. Prisonnier souffrant de sclérose en plaque, actuellement à la prison de Lannemezan (FR)

En **février 2011**, affligé de douleurs intenses dans la moitié gauche du corps, il se rend au cabinet du médecin pénitentiaire. Il lui est dit qu'une résonance **magnétique** lui sera réalisée **à court terme**. Cet examen n'intervient pourtant que début octobre, le diagnostic réel restant inconnu jusqu'à cette date. Les symptômes indiquent une possible hernie discale mais il fallait écarter la possibilité d'une compression médullaire, que certains symptômes spécifiques laissaient entrevoir. Par ailleurs, même si au départ on l'autorise à réaliser cet examen dans une clinique privée de Madrid, le jour du rendez-vous, son transfert est refusé pour « raisons de sécurité ».

Iñaki Etxeberria Martín. Prisonnier gravement malade, actuellement à la prison de Topas (Salamanque-ES)

Souffre de **myopie pathologique** et de **décollement de la rétine**. Le 13 octobre 2010, il est transféré à la prison de Zuera (Zaragoza). **Son dossier médical et le traitement prescrit disparaissent** pendant le transfert.

José Miguel Etxeandia Meabe, prisonnier gravement malade, actuellement en liberté

IL est **placé à l'isolement pendant 5 mois** (de mai à octobre 2011) dans le **module d'isolement**, bien qu'il soit diagnostiqué de **trouble obsessionnel compulsif**, pathologie aggravée par l'isolement.

Prisonnier malade, actuellement à la prison d'Albocasser (Castellón-ES)

En février 2010, son inclusion à la liste d'attente pour une opération de hernie discale et de varicocèle est demandée. **En 2011, il figure sur une nouvelle liste d'attente** car il avait été retiré de la précédente sans explication. Le médecin pénitentiaire a donc dû refaire une demande. **En mai 2012**, alors que l'opération est prévue par l'hôpital et que le protocole préopératoire est entamé, **celle-ci est annulée car les rapports des examens** préopératoires et de la consultation avec l'anesthésiste **ont été perdus**.

3.- Refus de visites de professionnels de la santé :

Le **19/07/1999, la prison de Malaga** (ES) refuse **une visite précédemment autorisée** par le Juge d'Application des Peines au médecin de confiance Koldo Morras. Le **28/08/2003**, la **Chambre Centrale d'Application des Peines** de l'Audience Nationale espagnole refuse l'autorisation de visite au médecin de confiance. Le **25/10/2005, la prison de Malaga** refuse de nouveau la visite.

En **février 2003**, un prisonnier malade actuellement en liberté (atteint de diabète, hypertension, problèmes de vue...), incarcéré à la prison de Logroño (ES), demande une autorisation pour recevoir la visite de son médecin de confiance, Koldo Morras. Le **24/06/2003, la direction de la prison de Logroño rejette cette demande**. **Le 6/07/2005, la même visite est autorisée.**

Le **01/07/2004, la prison de Pampelune (ES) refuse** à un détenu gravement malade (colite ulcéreuse) **la visite**, précédemment autorisée par le Juge d'Application des Peines de Saragosse, de son **médecin de confiance** (Koldo Morras).

En **février 2006, un prisonnier malade (sciatique, scoliose, protrusion, sacro-iliite...)** sollicite l'autorisation de visite de son médecin de confiance (Justo Atristain, traumatologue). Le **04/05/2006, la direction de la prison d'Alcalá-Meco (Madrid) refuse** cette autorisation au motif : « ... que cette autorisation n'est pas accordée pour raisons de sécurité, au vu des rapports de la DGSIP... ». Après une demande effectuée en **mai 2006**, la **Direction Générale des Institutions Pénitentiaires espagnole refuse**, fin mai, **l'autorisation de visite** du médecin de confiance (Krispin Batiz, psychiatre) à un prisonnier malade.

Les **26/05/2006** et le **21/11/2006**, la **Direction Générale des Institutions Pénitentiaires espagnole refuse l'autorisation de visite du médecin de confiance** (Justo Atristain, traumatologue) à un prisonnier malade incarcéré à la prison de Herrera de la Mancha (Ciudad Real-ES).

Le **20/11/2006**, la **DGIP refuse l'autorisation de visite du médecin de confiance** (Justo Atristain, traumatologue) à un prisonnier malade (chondropathie rotulienne, lésion du ménisque extérieur).

En **décembre 2006** et le **16 avril 2007**, **la visite de son médecin de confiance, Justo Atristain est refusée à un prisonnier de la prison de Zuera** (hépatite B chronique, lésion du ménisque externe).

En **mai 2007**, **les psychiatres de confiance**, Krispin Batiz et Sara Chivite **se voient refuser l'entrée de la prison de Badajoz** pour une visite à un prisonnier malade (épisode de psychose psychogène, avec automutilation).

En **février 2007**, la prison d'Almeria (ES) refuse à **un prisonnier malade la visite de son médecin de confiance** (Justo Atristain, traumatologue).

Le **15 janvier 2008**, un prisonnier malade incarcéré à la prison de **Logroño** et un autre à **Alcalá-Meco** (Madrid II) **se voient refuser l'autorisation, pourtant précédemment accordée et réalisée de visite de la psychologue de confiance** (Ixone Legorburu).

Le **19 janvier 2008**, la prison d'**Aranjuez** (Madrid VI) **refuse une visite précédemment accordée de la psychologue de confiance** (Ixone Legorburu).

Le **07 février 2008**, deux prisonniers malades de la prison de Zuera (Saragosse-ES) **se voient refuser l'autorisation pour une visite précédemment autorisée d'Ixone Legorburu.**

Le **08 février 2008**, la prison de **Soria** (ES) **refuse une visite précédemment accordée de la psychologue de confiance** (Ixone Legorburu).

Le **11 février 2008**, la prison de **Nanclares de la Oca** (ES) **refuse une visite précédemment accordée de la psychologue de confiance** (Ixone Legorburu).

Voici les termes exacts de la notification de **refus de visite de la psychologue de confiance** (Ixone Legorburu) remise par la prison d'Alcalá-Meco (Madrid I) :

> *« Par la présente et suite à votre demande en date du 2 janvier 2008 concernant une assistance psychologique apportée par une psychologue, un courrier de la DGIP communique que, selon l'Unité de Coordination de Sécurité, aucune autorisation ne sera désormais accordée à ladite psychologue, pour raisons de sécurité. »*

En **septembre 2009, la visite d'une docteure de confiance est autorisée** à la prison de **Dueñas** (Palencia-ES) mais, **constatant qu'il ne s'agit pas d'une psychologue, l'autorisation est retirée**.

En **février 2010**, **un refus est opposé**.

Le **28 janvier 2010, les visites de la psychologue de confiance** (Oihana Barrios) **sont refusées** à un prisonnier malade incarcéré à la prison de Villanubla (Valladolid-ES), **alors qu'une visite avait eu lieu sans problèmes auparavant.** La raison invoquée est que deux visites sont considérées comme suffisantes. Ultérieurement, la visite est admise mais avec l'avertissement que ce sera la dernière.

En **mai 2011**, la prison d'**Albocasser** (ES) **refuse** à Jesus María Mendinueta, **prisonnier gravement malade, la visite de son médecin de confiance** (Koldo Morras). Le motif invoqué dans ce cas sont les « raisons de sécurité » et le fait que le praticien avait participé à une conférence de presse au cours de laquelle la situation des prisonniers malades avait été rendue publique.

En **mai 2011, l'autorisation pour une visite de la psychologue de confiance** (Nagore Lopez de Luzuriaga) à une prisonnière malade incarcérée à la prison de Mansilla (ES) **est refusée**. Motif : « raisons de sécurité ».

Le **26 décembre 2011, l'autorisation pour la visite de deux dentistes de confiance** à un détenu de la prison de **Castelló II** (ES) **est refusée**. La raison invoquée est la suivante : « appartiennent au collectif de médecins et psychologues de Gestoras Pro Amnistia » ainsi que le risque

présumé de « collecter des renseignements sur des aspects affectant directement la sécurité ».

Le **2 février 2012, l'autorisation pour la visite de deux dentistes de confiance** à un détenu de la prison de **Castelló II** (ES) **est refusée** par la Chambre Centrale d'Application des Peines. La raison invoquée est la suivante : « appartiennent au collectif de médecins et psychologues de Gestoras Pro Amnistia » ainsi que le risque présumé de « collecter des renseignements sur des aspects affectant directement la sécurité ».

En **mai 2012, l'autorisation pour une visite du psychiatre de confiance** à une prisonnière malade incarcérée à la prison de Mansilla (ES) **est refusée,** pour « raisons de sécurité ».

Le **21 mai 2012, l'établissement pénitentiaire d'Algeciras (ES) refuse l'autorisation pour la visite de trois dentistes** de confiance à un détenu. La raison invoquée est la suivante : « appartiennent au collectif de médecins et psychologues de Gestoras Pro Amnistia » ainsi que le risque présumé de « collecter des renseignements sur des aspects affectant directement la sécurité ».

En **avril 2005**, **des visites précédemment autorisées avec la psychologue de confiance** (Oihana Barrios) **sont annulées** dans les prisons suivantes : **Basauri** (Bizkaia), **Zaballa** (Araba), **Dueñas** (Palencia), **Villabona** (Asturies), **Botafuego** (Algeciras), **Estremera** (Madrid), **Foncalent** (Alacant) et **Alcalá-Meco** (Madrid).

ANNEXE III

CHIFFRES CONCRETS (mars 2016)

1. État des lieux des prisonniers malades

Prisonniers atteints de maladies physiques :

En faisant le suivi de l'état de santé de ces prisonniers, on observe qu'il y a des cas qui, en raison de leur gravité particulière, nécessitent un suivi strict, ponctuel et quotidien. D'autres, même s'ils sont moins graves, ont quand même besoin d'un suivi et d'une assistance importants. Et il y a enfin un autre groupe de prisonniers qui a une époque ou une autre ont eu des maladies, mais qui n'ont pas fait appel à notre assistance ces dernières années.

Après ces précisions, voici l'état des lieux des cas de maladies physiques chez les prisonniers basques dans les prisons des États français et espagnol **(73).** Cet état des lieux comprend les deux premiers groupes dont nous venons de parler.

ÉTAT	FEMMES	HOMMES	TOTAL
État français	3	10	13
État espagnol	5	55	60
Total	**8**	**65**	**73**

En ce qui concerne les maladies concrètes dont souffrent ces personnes, la liste suivante montre les entités pathologiques et le nombre de personnes affectées. Dans ce cas, ont été pris en compte les trois groupes dont nous parlions en introduction, car nous considérons que cette classification répond à la description la plus objective de la réalité sanitaire de ce collectif.

MALADIES ET CHIFFRES (Cas dont nous avons connaissance)

TRAUMATOLOGIQUES : **48** (65,85 %)
DIGESTIVES : **21** (28,76 %)
CARDIOVASCULAIRES : **18** (24,65 %)
INFECTIEUSES : **17** (22,97%)
OTORHINOLARYNGOLOGIQUES : **17** (22,97 %)
ENDOCRINOLOGIQUES : **10** (13,69 %)
DERMATOLOGIQUES : **10** (13,69 %)
UROLOGIQUES ET NÉPHROLOGIQUES : **8** (10,95 %)
OPHTALMOLOGIQUES : **8** (10,95 %)
NEUROLOGIQUES : **7** (9,58 %)
RHUMATOLOGIQUES : **7** (9,58 %)
ONCOLOGIQUES : **5** (6,84 %)
ALLERGIQUES : **3** (4,10 %)

PNEUMOLOGIQUES : **2** (2,73 %)
OBSTÉTRIQUES : **2** (2,73 %)

CONCRÈTEMENT :

MALADIES TRAUMATOLOGIQUES : (48)
COLONNE VERTÉBRALE :
- Hernie discale : 3
- Cervicalgie : 3
- Discopathie dégénrative : 2
- Lombalgie chronique : 2
- Protusion disco-lombaire : 2
- Dorsalgie : 2
- Protusions disco-cervicales : 1
- Sclérose modérée de la colonne vertébarle : 1
- Discopathie dégénrative des cervicales : 1
- Scoliose : 1

EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES
- Síndrome sous-acromial : 1

EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES:
- Lésion des ligaments croisés : 4
- Chondromalacie rotulienne : 2
- Sciatalgie : 2
- Épanchement articulaire : 2
- Modifications dégénératives du genou droit : 1
- Entorse du premier degré des ligaments croisés : 1
- Tendinite du ligament rotulien : 1
- Rupture de ligament interne : 1
- Rupture du ménisque gauche : 1
- Rupture de la corne du ménisque intérieur du genou droit : 1
- Prothèse du genou : 1
- Gonalgie bilatérale : 1
- Gonarthrose bilatérale intense : 1
- “Pied creux” bilatéral : 1
- “Pied creux” unilatéral : 1
- Fracture de la jambe : 1
- Affectation du tendon d'Achille : 1
- Synovite du tibial postérieur : 1
- Ostéochondrite : 1

GENERALES:
- Arthrose : 4

MALADIES DIGESTIVES : (21)
- Hernie inguinale : 5
- Hernie hiatale : 3
- Hémorroïdes : 3
- Ulcère : 2
- Calcul biliaire : 1
- Gastrite : 1

Gastrite antrale : 1
Œsophagite : 1
Syndrome de l'intestin irritable : 1
Candidose oesophagique : 1
Spasme oesophagique : 1
Insuffisance cardiaque : 1

MALADIES CARDIOVASCULAIRES : (18)

Varicocèle : 4
Arythmie cardiaque : 3
Cardiopathie ischémique : 2
Varices : 2
"Souffle" cardíaque : 1
Insuffisance chronique de la veine saphène : 1
Insuffisance valvulaire : 1
Bradycardie : 1
Insuffisance aortique modérée : 1
Infarctus pulmonaire : 1
Calcification des parois des artères ilíaque et fémoral : 1

MALADIES INFECTIEUSES : 17

Porteurs de TBC : 14
TBC : 1
Hépatite A : 1
Hépatite B : 1

MALADIES OTORHINOLARYNGOLOGIQUES : 17

Déviation de la cloison nasale : 3
Hypoacousie : 2
Rhinite : 2
Vertige cinétique : 2
Acouphènes : 1
Cholestéatome : 1
Tympan perforé : 1
Dysphonie : 1
Nodule palatin : 1
Maladie de Ménière :1
Aphonie chronique : 1
Mycose du palais : 1

MALADIES ENDOCRINOLOGIQUES : 10

Dylipidémie (Hypercholestérolémie) : 5
Hyperthyroidie : 4
Diabète : 1

MALADIES DERMATOLOGIQUES : 10

Dermatite : 2
Psoriasis: 2
Engelures : 1
Urticaire: 1

Syndrome de Raynaud : 1
Herpès : 1
Kératose actinique : 1
Carcinome vasculaire : 1

MALADIES OPHTALMOLOGIQUES : 8

Astigmatisme : 1
Uvéite : 1
Myopie majeure : 1
Conjonctivite allergique : 1
Blépharite séborrhéique : 1
Perte de l'acuité visuelle : 1
Aphakie de l'oeil gauche : 1
Hémorragie rétinienne de l'oeil gauche : 1

MALADIES UROLOGIQUES ET NÉPHROLOGIQUES : **8**

Colique rénale (lithiase): 2
Prostatite : 1
Sténose urétrale : 1
Hypernéphrome : 1
Adénome de la prostate : 1
Insuffisance rénale modérée : 1
Hydrocèle : 1

MALADIES NEUROLOGIQUES : 7

Migraine/Céphalée : 1
Sclérose multiple : 2
Paralysie faciale : 1
Épilepsie : 1
Angiome : 1
Maladie cérébrovasculaire : 1

MALADIES RHUMATOLOGIQUES : 7

Arthrite : 2
Spondylodiscite : 2
Spondyloarthrite : 2
Sacro-iliite : 1

MALADIES ONCOLOGIQUES : 5

Maladie de Hodgkin: 1
Tumeur maligne de la langue : 1
Carcinome de la prostate : 1
Tumeur verruqueuse : 1
Carcinome de la vessie : 1

MALADIES ALLERGIQUE : 3

Allergie à la médication : 2
Rhinite allergique au pollen : 1

MALADIES PNEUMOLOGIQUES : 2
Asthme : 2

MALADIES OBSTÉTRIQUES : 2
Kyste ovarien : 1
Aménhorrée : 1

1.2. Prisonniers souffrant de maladies psychiques

Nous comptons actuellement **24** prisonniers qui souffrent de maladies psychiques (dont deux sont diagnostiqués graves et incurables) et qui ont besoin d'un contrôle, suivi et traitement spécifiques. Évidemment, les cas sont variables, y compris dans leur degré de gravité mais nous pensons que compte-tenu du risque d'aggravation que représente la prison, nous pensons qu'ils nécessitent tous un suivi efficace. 5 de ces 24 prisonniers ont besoin d'un suivi strict et continu et reçoivent une assistance par le biais de visites et de courriers. Les 9 autres aussi reçoivent un suivi personnalisé, majoritairement de façon indirecte (lettres, familles...), mais avec des visites de psychologues de confiance pour certains. Dans ce groupe, se trouvent ceux qui n'ont pas conscience de leur maladie et qui, par conséquent, ne demandent pas notre assistance ; dans ces cas le suivi est indirect. Nous comptabilisons également 10 autres cas qui nécessitent un suivi mais qui n'ont pas la gravité des précédents ou qui concernent uniquement des névroses ponctuelles.

ÉTAT	FEMMES	HOMMES	TOTAL
État français	0	4	4
État espagnol	3	16	19
Portugal	0	1	1
Total	**3**	**21**	**24**

Comme nous venons de le dire, nous avons 5 cas que nous cataloguons comme graves. Ces personnes reçoivent des visites personnalisées de leur psychologue de confiance et nécessitent du suivi strict. Nous nous efforçons de maintenir des relations avec les psychologues et psychiatres du centre pénitentiaire, ainsi qu'avec la famille et les avocats de ces personnes. De même, nous jugeons indispensable de nous entretenir avec les camarades de prison de ces patients : ce sont ceux qui les contrôlent le mieux au quotidien. Dans ce groupe, se trouvent des personnes à qui le protocole de prévention du suicide est appliqué (accompagnement 24 heures sur 24), 2 cas en ce moment.

Évaluer le degré de gravité ou de risque de chacun des cas est très difficile : les différents facteurs qui jouent dans la situation de ces personnes (personnels, environnementaux...) n'agissent pas de la même façon sur leur équilibre interne. Il peut arriver qu'une personne atteinte d'une grave maladie mentale réagisse de façon plus positive qu'une autre atteinte d'une maladie plus modérée. Ainsi par exemple, une crise d'anxiété peut déboucher sur la formation d'idées suicidaires, alors

qu'une maladie aussi grave que la schizophrénie peut dériver dans les mêmes circonstances vers des réactions plus modérées.

Un problème que nous avons l'habitude de rencontrer dans le suivi des cas les plus graves est le fait qu'il n'y a encore aucun diagnostic concret. Ceci est généralement dû à deux raisons : l'une que le thérapeute n'a pas eu le temps suffisant pour évaluer le diagnostic, l'autre que le patient n'éprouve pas le besoin d'une aide thérapeutique. Dans le premier cas, le professionnel devra réaliser le nombre de visites suffisant pour pouvoir faire tous les examens nécessaires et élaborer le diagnostic pertinent. Et cela n'est pas simple dans le système pénitentiaire : les transferts incessants du patient d'une prison à l'autre et les obstacles ou limites imposés par l'administration pénitentiaire conditionnent de façon négative le suivi indispensable à ces cas. Dans le second cas, c'est le patient lui-même qui s'oppose à tout traitement : il n'est pas conscient de sa maladie et, par conséquent, considère qu'il n'a pas besoin d'aide thérapeutique. Parmi les cas les plus graves, nous comptabilisons actuellement **1** personne qui a ce profil. Dans ces cas, le diagnostic est indirect.

Ce collectif compte **9** autres cas qui, sans être catalogués comme graves, ont besoin d'un traitement constant et exhaustif. Beaucoup d'entre eux souffrent de divers symptômes provenant de la maladie de base. Dans la majorité des cas, ces patients reçoivent les visites thérapeutiques de professionnels de confiance ; de plus, la relation s'étend la plupart du temps à la correspondance écrite.

Pour finir, nous comptons 10 cas de personnes souffrant de maladies moins graves que celles décrites précédemment, mais qui ont également besoin d'un suivi thérapeutique professionnel. Dans ces cas, l'assistance est indirecte (par correspondance en général), même si la visite thérapeutique est sollicitée. Certains d'entre eux ne sont atteints d'aucune maladie mais souffrent de crises névrotiques, mais un traitement strict est préconisé en raison du risque réel de développer une maladie grave.

Décompte des maladies et symptômes :

Voici les maladies prédominantes chez ces 24 personnes ; certaines souffrent de deux ou plusieurs d'entre elles ;

*Personnes souffrant de **dépressions graves et continues : 3**

*Personnes qui souffrent de **Paranoïa ou d'idées paranoïaques** : 7, dont 2 ont déjà fait des **tentatives de suicide**.

*Personnes présentant un S**tress post-traumatique** (en conséquence de la torture). 6, dont certains présentent d'autres signes névrotiques.

*Patients atteints de **Troubles obsessionnels compulsifs** : **2**

*Personnes atteintes de **Trouble d'anxiété** : **6**

*Personnes atteintes de **Schizophrénie : 1,** de type **schizo-affectif**.

*Personnes atteintes de **Trouble de la personnalité : 3**

*Personnes atteintes de **Trouble phobique : 1**

*Personnes atteintes de **Trouble dissociatif : 1**

*Personnes atteintes de **Troubles sexuels** : **1**

*Personnes souffrant d'un **déficit neurologique** : **1**

Autres chiffres

***Automutilations : 4**

*Personnes à qui est appliqué le protocole d'accompagnement : **4** (2 actuellement)

*Personnes qui ont refusé l'assistance, car elles n'ont pas conscience de leur maladie : **1**

*Personnes qui reçoivent les visites de psychiatres ou de psychologues de confiance : 5. Il s'agit aussi bien de visites thérapeutiques que de visites normales. Le suivi des maladies des **autres patients** se fait par **relation épistolaire avec le malade ou par le biais de sa famille**.

***Visites refusées** par l'institution pénitentiaire **entre 2008 et 2015 : 33 demandes de visite de psychiatre et de psychologues de confiance (pour « raisons de sécurité »).**

Patients actuellement sous traitement : 10

1.3. Nombre total

Par conséquent, et compte-tenu du nombre de malades qui réunissent des maladies physiques et psychiques (8), le nombre total est de **97.**

ÉTAT	FEMMES	HOMMES	TOTAL
État français	3	14	17
État espagnol	8	71	79
Portugal	0	1	1
Total	11	86	97

De cette façon, et compte-tenu du nombre total actuel de prisonniers politiques basques (environ 400 - chiffre variable), nous savons qu'environ **24,25 %** d'entre eux sont atteints de maladie(s) ; et environ **10,30 %** souffrent de maladies graves et incurables.

ANNEXE IV

PRISONNIERS À DOMICILE EN PRISON ATTÉNUÉE (pour maladies graves et incurables)

1.-MIGUEL ÁNGEL GIL CERVERA: Troubles mentaux graves. Arrêté le 04/06/1992. Chez lui depuis le 27/04/2009.

2.-BELÉN GONZÁLEZ PEÑALBA: Cancer des ovaires. Arrêtée le 25/10/1999. Chez elle depuis le 16/11/2009.

3.-JOSE RAMÓN FORURIA ZUBIALDE. Né en 1950. Cancer de la vessie. Arrêté le 14/09/2003. Chez lui depuis le 19/08/2011.

Se sont trouvés dans la même situation :

-MIKEL IBÁÑEZ OTEIZA : Lymphome. Infarctus aigu du myocarde. Arrêté le 01/03/2007; en prison à domicile le 08/08/2008 ; en liberté conditionnelle le 14/01/2011. **Décédé le 07/04/2011.**

-ANGEL FIGUEROA FERNÁNDEZ : Crises épileptiques graves. Arrêté le 25/10/1994. À domicile depuis le 11/11/2008. **Décédé le 14/03/2013**.

-MARÍA DOLORES GOROSTIAGA RETUERTO : Cancer du sein. Arrêtée le 11/12/1999. Chez elle depuis le 06/11/2008. **En liberté depuis le 16/0/2013.**

-BAUTISTA BARANDALLA IRIARTE : Rectocolite hémorragique. Arrêté le 18/09/1990. Chez lui depuis le 12/06/2009. **En liberté depuis le 23/11/2013.**

-IBON IPARRAGIRRE BURGOA : SIDA. Arrêté le 26/01/2010. Chez lui depuis le 17/10/2011. **En prison depuis le 07/03/2014**.

-JUAN PABLO DIÉGUEZ GÓMEZ : Né 1942: Cancer de la prostate. Arrêté le 24/09/2009. Chez lui depuis le 20/01/2011. **En liberté depuis le 08/10/2014**, fin de peine.

-MILA IOLDI MUJIKA : Trouble bipolaire. Arrêtée le 7/01/2001. Chez elle depuis le 28/09/2011. **En liberté depuis le 05/01/2015**, fin de sa peine.

-JUAN JOSÉ REGO VIDAL : Né 1939. Infarctus. Diabète. Arrêté le 09/08/1995. Chez lui depuis le 10/02/2010. **En liberté depuis le 13/03/2015**, fin de peine.

-JOSÉ LUIS ELKORO UNAMUNO : Né en 1935. Cancer de la prostate. Arrêté le 24/09/2009. Chez lui depuis le 13/10/ 2010. **En liberté depuis le 02/09/2015**, fn de peine.