



La santé des détenus

Etat des lieux national

Mars 2004

Document de travail

Document de travail

La santé des détenus

Etat des lieux national

Magali Flamand

Introduction

Dans le cadre du PRAPS II, l'ORS s'est vu chargé par la DRASS de Haute-Normandie de recenser les données nationales existantes sur les détenus et les problèmes de santé qu'ils rencontrent.

Contexte général

C'est dans les années quatre-vingts que l'on a assisté aux prémices d'un partenariat entre le ministère de la Justice et celui de la Santé qui s'est renforcé peu à peu. Conséquence directe des conditions précaires que la majorité des détenus connaissent avant leur incarcération, ceux-ci étaient atteints de pathologies de plus en plus graves. Les pouvoirs publics ont pris conscience que l'Administration pénitentiaire n'avait pas les moyens d'accomplir seule cette mission sanitaire. Face aux difficultés matérielles et financières rencontrées, le ministère de la Justice a mis en œuvre une politique permettant aux services du ministère de la Santé de s'impliquer davantage en prison.¹

La nécessité de soigner les détenus apparaît le plus souvent associée aux épidémies qui ont toujours frappé le monde carcéral (typhus, scorbut, tuberculose), puis plus tard l'infection par le VIH. Les premiers cas de séropositivité au VIH ont été identifiés en 1984, mais il a fallu attendre 1989 pour que soit mis en place un dispositif de couplage entre les Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) et des établissements pénitentiaires.

La réforme du système de soins en prison, que consacre la loi du 18 janvier 1994, se traduit par l'entrée de l'institution hospitalière dans l'institution pénitentiaire :

⇒ Les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)² remplaçant ainsi les anciennes infirmeries et dépendant des hôpitaux généraux,

⇒ Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) dépendant quant à eux des hôpitaux psychiatriques.

¹ CHAUVIN I. La santé en prison. Les enjeux d'une véritable réforme de santé publique. Collection Actions sociales / Société. ESF, 2000.

² Source : documentation française.

La réforme de 1994 a mis fin à un double régime d'exception, tant en matière de délivrance de soins qu'en termes de couverture sociale³. Elle a permis la reconnaissance officielle de l'autonomie des personnels soignants au sein de l'institution carcérale. L'exercice professionnel des soignants, qui débute avec la prise en charge sanitaire des détenus à l'entrée en prison, s'effectue sous de fortes contraintes carcérales qui pèsent sur les soins apportés aux patients incarcérés.

La prison concentre des populations marginalisées et précarisées issues du milieu libre et qui y retournent avec la difficulté supplémentaire de se retrouver dans une société de plus en plus marquée par la précarité. La prise en charge tant de la maladie (tuberculose, infection au VIH ou hépatite C) que des facteurs de risque (toxicomanies) mérite d'être assurée de manière globale, coordonnée et continue. Pour mieux connaître la situation et faire face à ces problèmes, des études épidémiologiques ont été menées. Nous ferons état dans ce document de divers travaux menés depuis 10 ans sur la santé des détenus. Auparavant, nous proposerons quelques données globales sur les établissements pénitentiaires et les détenus.

³ La réforme de 1994 fait l'objet d'un chapitre dans ce document.

Le système carcéral

I- Les données nationales de cadrage

A/ Les établissements pénitentiaires : infrastructures et personnels⁴

Au 1^{er} juin 2003, la France comptait **188 établissements pénitentiaires et 1 établissement public de santé nationale à Fresnes.**

Parmi les établissements pénitentiaires, on dénombre :

⇒ **118 maisons d'arrêt (MA)** recevant les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur ou égal à un an.

⇒ **57 établissements pour peine** dont :

→ 24 centres de détention (CD) accueillant les condamnés d'un an et plus considérés comme présentant les perspectives de réinsertion les meilleures. A ce titre, les CD ont un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus.

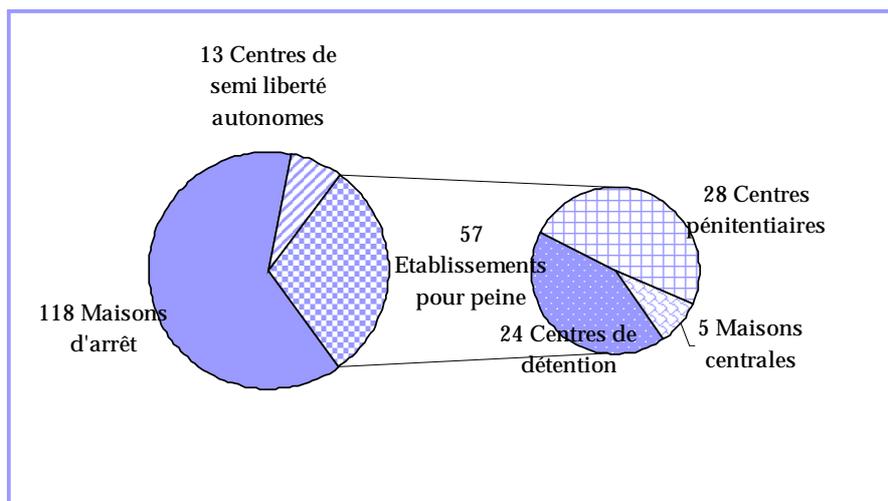
→ 28 centres pénitentiaires (CP), établissements mixtes qui comprennent au moins deux quartiers à régime de détention différents (maisons d'arrêt, centre de détention et / ou maison centrale).

→ 5 maisons centrales recevant les condamnés les plus difficiles. Leur régime de détention est essentiellement axé sur la sécurité.

⇒ **13 centres de semi-liberté autonomes**, recevant les condamnés admis au régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur sans surveillance.

⁴ Source : Administration pénitentiaire.

Répartition des établissements pénitentiaires

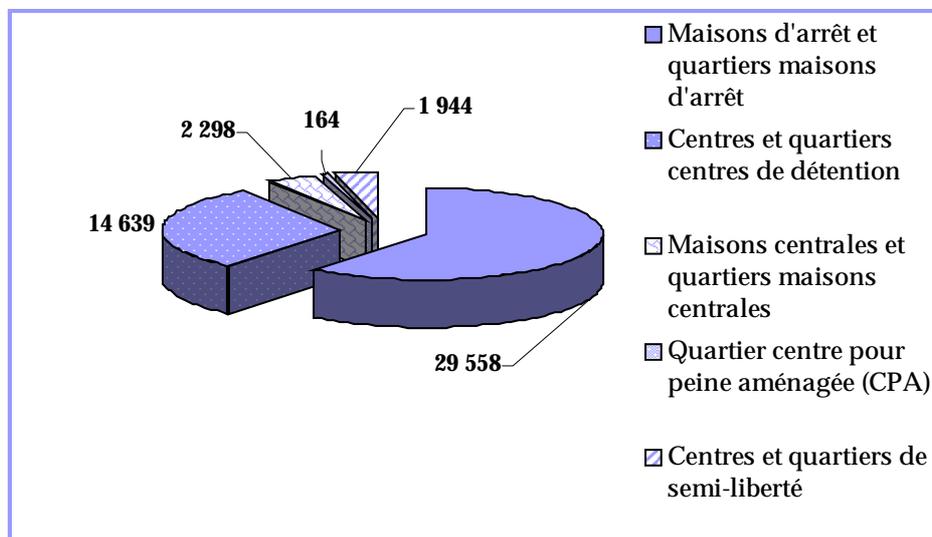


Source : Administration pénitentiaire

Exploitation ORS

Ces établissements pénitentiaires offrent 48 603 places « opérationnelles » (mises en service). La capacité théorique est de 49 120 places à la même date. Ne sont pas prises en compte les 207 places de l'établissement public de santé de Fresnes.⁵

Nombre de places opérationnelles en France au 1^{er} juin 2003



Source : Administration pénitentiaire

Exploitation ORS

⁵ En 2003, un second centre pour peine aménagée (CPA) a été ouvert au centre pénitentiaire de Metz (après celui de Marseille ouvert en 2002), la maison d'arrêt de Seysses (près de Toulouse) a été mise en service le 26 janvier ainsi que le centre pénitentiaire du Pontet (près d'Avignon) le 23 mars.

Il existe **102 services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)**.

Ils ont été créés par le décret N°99-276 du 13/04/1999 modifiant le Code de procédure pénale, dans 96 départements de métropole et 4 départements d'outre-mer.⁶ Les SPIP opèrent la fusion des travailleurs sociaux, des services socio-éducatifs des établissements pénitentiaires et des CPAL (Centres de probation et d'assistance aux libérés). Cette nouvelle organisation est pilotée par un directeur départemental des services pénitentiaires d'insertion et de probation. Elle assure l'exécution des peines et des mesures prononcées par l'autorité judiciaire, avant ou après jugement, dans un souci d'individualisation.

Les SPIP sont structurés en :

- 102 sièges,
- 136 entités opérationnelles (services ou antennes) mixtes,
- 24 entités opérationnelles (services ou antennes) dédiées au milieu fermé, desservant un ou plusieurs établissements pénitentiaires,
- 44 entités opérationnelles (services ou antennes) dédiées au milieu ouvert, desservant le ressort de compétence d'une juridiction.

129 269 personnes étaient prises en charge en milieu ouvert au 1^{er} janvier 2003.

Le budget 2003 de l'Administration pénitentiaire

Comparativement à l'année 2002, le budget de l'Administration pénitentiaire en 2003 a été augmenté de 7,7%. La part du budget de l'Administration pénitentiaire dans le budget du ministère de la Justice est de 29,6%.

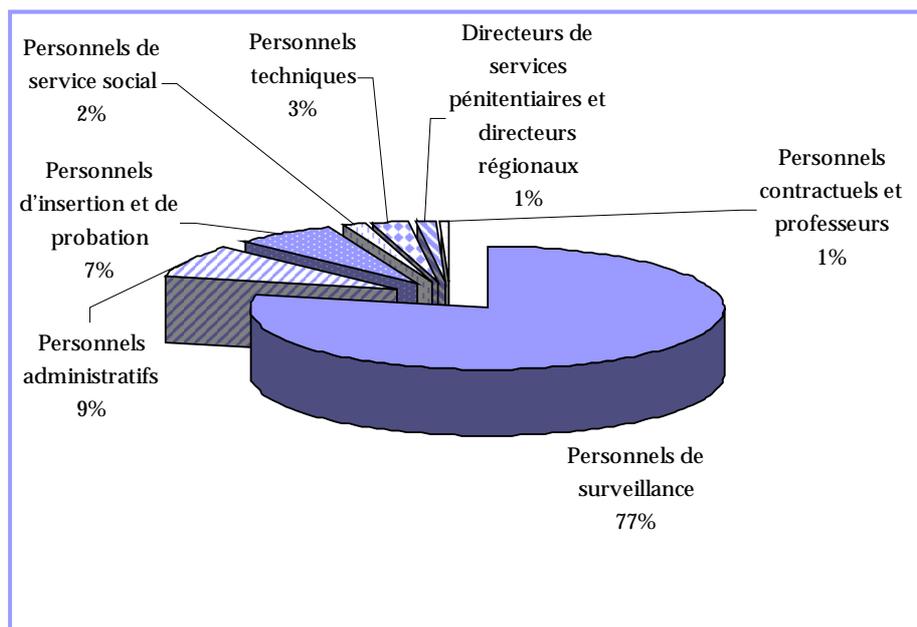
Le personnel

Au 1^{er} janvier 2003, l'Administration pénitentiaire⁷ comptait 28 590 emplois budgétaires.

⁶ 2 services en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie restent en cours de création.

⁷ Hors ENAP (Ecole nationale de l'administration pénitentiaire).

Répartition des effectifs de l'Administration pénitentiaire⁸



Source : Administration pénitentiaire

Exploitation ORS

On compte en moyenne 40 personnels de surveillance et 1 travailleur social pour 100 détenus.

En milieu ouvert, un travailleur social est chargé en moyenne du suivi d'une centaine de dossiers.

L'Administration a également recours aux services de fonctionnaires d'autres ministères, à des vacataires et aux employés des groupements privés du programme « 13 000 »⁹.

La médecine de prévention

Au 31 décembre 2001, 132 médecins de prévention avaient en charge le suivi de la médecine de prévention de l'ensemble du personnel du ministère de la Justice. Trois médecins coordinateurs régionaux et un médecin coordinateur national contribuent à l'évolution de ce domaine dont la gestion administrative relève de l'administration générale de l'équipement (DAGE).

L'hygiène et la santé

Depuis le décret du 8 décembre 1998, le nombre minimum de douches auquel les détenus doivent avoir un accès est fixé à trois par semaine, en plus d'une douche prévue après les

⁸ Hors ENAP (Ecole nationale de l'administration pénitentiaire).

⁹ Cf Chapitre III sur l'organisation des soins

séances de sport et au retour du travail. En réalité, les trois douches hebdomadaires sont rarement dispensées (le portail de l'information sur les prisons).

Chaque détenu passe un examen de santé à son arrivée, c'est souvent l'occasion de détecter des maladies jusqu'alors ignorées.

Le dépistage de la tuberculose est obligatoire. La radiographie est réalisée systématiquement chez tous les entrants en prison et tous les détenus présents qui n'en auraient pas bénéficié à leur arrivée.

Le dépistage de la syphilis est également obligatoire, il se fait dès la première visite médicale par prise de sang.

B/ Les détenus

1/ Les caractéristiques socio-démographiques¹⁰

► Le nombre et le sexe des détenus

Depuis 20 ans, la population carcérale a augmenté. Le nombre de personnes incarcérées en début d'année est passé de 33 000 en 1979 à 49 000 en 1988 et s'est stabilisé depuis.

Au 1^{er} juillet 2003, en métropole et outre-mer, on compte **60 963 détenus** dont : 21 925 prévenus et 39 038 condamnés. Les femmes sont très peu présentes dans la population carcérale française représentant 3,7% de l'ensemble des détenus (2 275 femmes).

► L'âge des détenus

Les détenus les plus présents dans le système carcéral français sont âgés de 22-29 ans (37%). Viennent ensuite ceux âgés de 30-39 ans (26%).

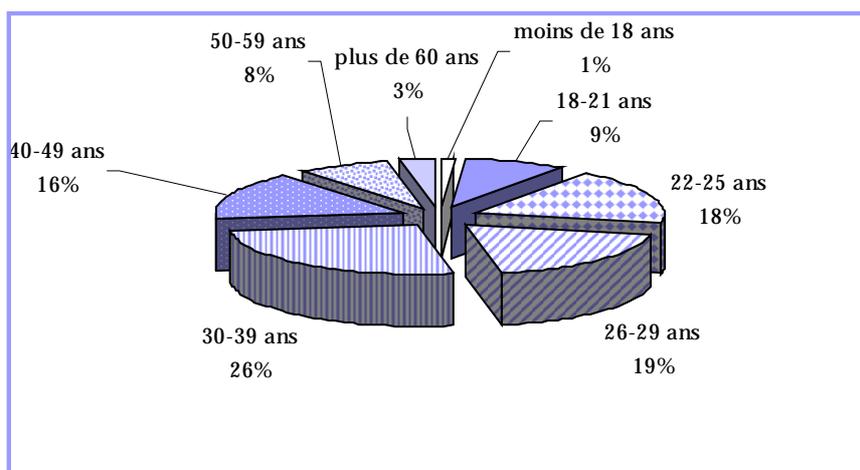
Les mineurs sont les moins représentés (1%) et les personnes âgées (3%). Toutefois, la population incarcérée vieillit. Ceci est le fruit d'une double évolution :

- L'âge des entrants en détention augmente de façon continue depuis une vingtaine d'années,
- L'allongement des peines touche plus fortement les condamnés déjà âgés.¹¹

¹⁰ Source : Administration pénitentiaire.

¹¹ Cf Le rapport d'évaluation : L'organisation des soins aux détenus. Ministère de la justice, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Juin 2001.

Répartition des détenus par classes d'âge au 1^{er} avril 2003



Source : Administration pénitentiaire

Exploitation ORS

⇒ Le vieillissement des entrants

Structure de la population des prévenus selon l'âge

	1988	2001	Taux d'accroissement (2001-1998)
Entre 50 et 60 ans	825	1050	27%
60 ans et plus	203	400	97%

Source : Base sept CESDIP – AP/PMJ1

On observe une augmentation rapide du nombre de prévenus de plus de 50 ans, et particulièrement de ceux de plus de 60 ans, dont le nombre double sur la période 1988-2001.

⇒ L'effet de l'allongement des peines

L'allongement général des peines contribue mécaniquement au phénomène de vieillissement de la population pénale. Le nombre de personnes condamnées à une peine criminelle de 20 à 30 ans a, par exemple, plus que doublé en 4 ans pour représenter au 1^{er} janvier 2001, 845 personnes incarcérées. Or, la tranche d'âge des détenus âgés de plus de 50 ans est sur représentée parmi ces longues peines : au sein des plus de 50 ans, près d'un quart des détenus sont en prison depuis plus de 5 ans.

L'étude menée par Cassan, Toulemon et Kensey¹² a montré que les hommes détenus étaient en majorité jeunes (18-40 ans) et célibataires. Les auteurs ont souligné d'autres caractéristiques sur les détenus :

⇒ **Formation initiale**

Les hommes des classes dites populaires sont fortement sur représentés parmi les détenus. Ils ont en général fait des études courtes : plus du quart ont quitté l'école avant 16 ans, les trois quarts avant 18 ans. 1 détenu sur 7 n'a jamais exercé d'activité professionnelle.¹³

⇒ **Origine familiale¹⁴**

La taille de la fratrie et le lieu de naissance sont des facteurs de risque importants, sans qu'ils soient nécessairement liés.

Les détenus viennent de familles nombreuses...

Plus de la moitié des détenus ont 4 frères ou sœurs ou davantage, contre moins d'1 sur 3 pour l'ensemble des hommes.

Nationalité

78,4% des détenus sont français, 21,6% sont étrangers (y compris les apatrides et les nationalités mal définies).

Par contre, les hommes nés à l'étranger sont 2 fois plus nombreux en prison que dans l'ensemble de la population (24% contre 13%).

Un réseau familial fragile...

La relation entre les détenus et leurs parents est fragile. Le départ du domicile parental a souvent été précoce : 1 détenu sur 7 est parti avant 15 ans, la moitié avant 19 ans (3 ans de moins que pour l'ensemble des hommes), 80% avant 21 ans.

Moins de la moitié des détenus déclarent vivre en couple, un quart n'ont jamais vécu en union et autant vivent seuls après une rupture.

Le risque de rupture est très important au moment de l'incarcération : 11% des détenus qui avaient un conjoint déclarent que leur union s'est terminée durant le même mois que l'incarcération.

¹² CASSAN, TOULEMON, KENSEY. L'histoire familiale des détenus. INSEE PREMIERE. N°706- Avril 2000.

¹³ CASSAN, TOULEMON, KENSEY. Op. Cit.

¹⁴ CASSAN, TOULEMON, KENSEY. Op. Cit.

2/ Les données sur la détention

►► **Le taux de détention** (métropole et outre-mer) est de 99,3 détenus pour 100 000 habitants (contre 75,6 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2001).

La durée moyenne de détention en métropole est de 7,5 mois pour l'année 2002 (elle était de 4,3 mois en 1975).

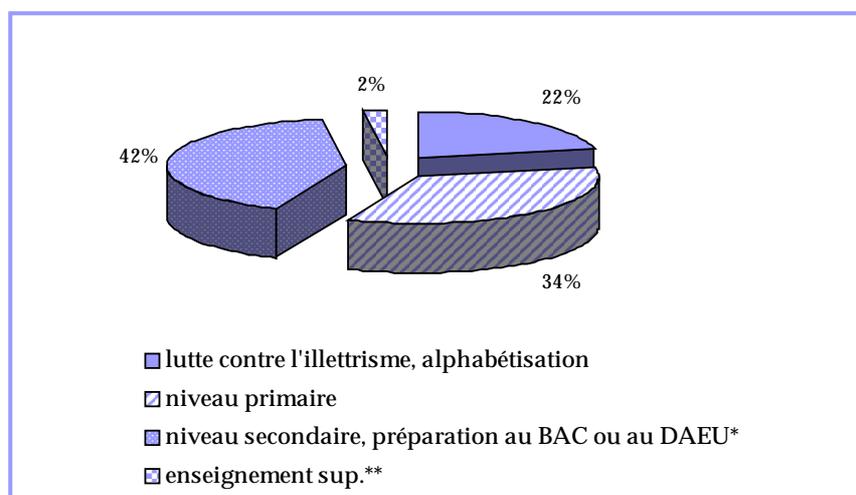
►► Le travail et la formation en détention

⇒ La formation générale

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les détenus ont majoritairement fait des études courtes. Le milieu carcéral leur propose de compléter leur formation.

Ainsi, au cours de l'année 2002, 31 717 détenus adultes ont suivi, durant une partie de l'année, une formation générale, soit 1 détenu sur 5.

Répartition du type de formation dispensée aux détenus en 2002



*Diplôme d'accès aux études universitaires

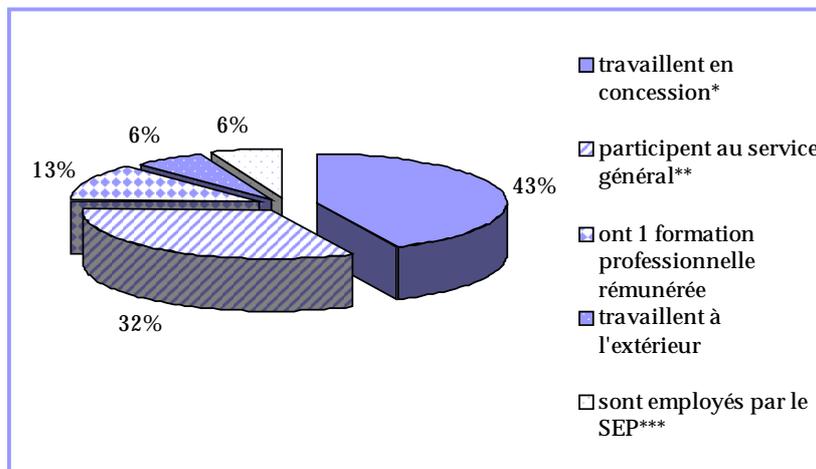
**supérieur.

⇒ Le travail et la formation professionnelle

De même, 1 détenu sur sept n'a jamais exercé une activité professionnelle avant son incarcération. Le système pénitentiaire français permet aux détenus d'exercer une activité

professionnelle : pour l'année 2002, 20 802 détenus ont travaillé, soit un taux d'activité rémunérée de 42,1%¹⁵.

Répartition selon le type de travail des détenus en 2002



**Entreprise privée qui développe des activités de travail pour les détenus en établissements.*

***Emplois rémunérés occupés par des détenus dans les établissements au service de la maintenance, de la restauration et de l'hôtellerie.*

****Service de l'emploi pénitentiaire : Service à compétence nationale chargé d'organiser la production de biens et de services par des détenus et d'en assurer la commercialisation, d'assurer la gestion et l'aide au développement d'activités de travail et de formation, de gérer la régie industrielle des établissements pénitentiaires.*

► Les « Incidents » en détention au cours de l'année 2002

On dénombre :

- 122 suicides,
- 15 évasions de détention concernant 26 détenus,
- 534 agressions contre le personnel concernant 732 agents.

► **Les mouvements d'entrée en prison en 2002** : 76 837 mouvements et 69 382 libérations.

¹⁵ Source : RMA : Rapport mensuel d'activités faisant état de l'effectif employé.

II- L'organisation du système de soins

L'organisation des soins en prison a beaucoup évolué durant ces 10 dernières années, tant dans leur autonomie au sein du milieu pénitentiaire, que dans leur quantité et leur qualité.

Les soignants psychiatriques ont été les premiers à installer des soins indépendants du ministère de la justice et le modèle des SMPR (services médico psychologiques régionaux) ont inspiré la loi du 18 janvier 1994.

A/ La réforme de 1994

La réforme du 18 janvier 1994 a instauré l'entrée de l'institution hospitalière en milieu carcéral.

Le champ d'application de la loi

La mission confiée aux hôpitaux est étendue au regard d'une part, de son objectif, d'autre part, de son champ d'application, et enfin de la globalité des soins et de la prévention.

En effet, l'objectif de la réforme consiste à assurer aux personnes incarcérées une qualité et une continuité des soins semblables à celles offertes à la population générale. Pour ce faire, l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge des détenus ont été transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier, et le bénéfice de la protection sociale a été étendu à l'ensemble des détenus.

La mission confiée au service public hospitalier repose sur une conception globale de la santé. Elle concerne aussi bien la prise en charge des maladies somatiques que psychiatriques, les soins devant être dispensés à l'intérieur de la prison ou bien au sein d'un établissement de santé si une consultation spécialisée ou une hospitalisation s'avère nécessaire.

B/ Les dispositifs de soins

1/ Les UCSA (Unités de consultations et de soins ambulatoires)

L'UCSA constitue une équipe pluridisciplinaire et met en place les équipements médicaux et non médicaux, à l'intérieur de locaux spécifiques aménagés par l'administration pénitentiaire. Elle est totalement intégrée dans l'organisation hospitalière. L'équipe est placée sous l'autorité médicale du praticien hospitalier responsable de l'unité fonctionnelle.

Quatre missions ont été confiées au service public hospitalier : la dispensation des soins (les prestations de médecine générale et les consultations spécialisées), l'accueil et le traitement des détenus en établissement de santé, et la coordination des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les prestations de médecine générale comportent l'ensemble des soins médicaux et infirmiers concourant au suivi des détenus. Le suivi médical comporte les consultations médicales demandées par les détenus, la visite médicale d'admission, les visites bi-hebdomadaires des détenus placés au quartier d'isolement et au quartier disciplinaire.

Lorsqu'un détenu est placé en quartier disciplinaire ou à l'isolement, le médecin doit se rendre au quartier disciplinaire, et au quartier d'isolement au moins deux fois par semaine. Le médecin intervient si l'état de santé du détenu est inquiétant, pouvant entraîner la suspension des sanctions. Toutefois, seul le chef d'établissement prend les décisions de garder ou non un détenu à l'isolement ou au quartier disciplinaire ; le médecin, lui, n'émet qu'un avis.

Des consultations spécialisées sont organisées au sein même de l'établissement pénitentiaire.

Lorsque les examens ou les soins requis ne peuvent être délivrés en milieu pénitentiaire, il appartient à l'établissement de santé d'organiser la prise en charge sanitaire du détenu. Les détenus, quand ils sont hospitalisés, le sont dans des chambres sécurisées, aménagées aux frais de l'administration pénitentiaire au sein des unités d'hospitalisation.

L'administration des médicaments est assurée quotidiennement et effectuée par le personnel infirmier de l'UCSA.

La charge des examens nécessaires au suivi sanitaire des détenus revient à l'établissement de santé.

L'établissement de santé doit à la fois s'assurer de la cohérence des interventions de dépistage et veiller à l'efficacité et à leur mise en œuvre.

Le médecin responsable de l'UCSA détermine, en collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire, en accord avec la DDASS et la DRASS, les thèmes prioritaires de prévention et d'éducation à la santé.

Elles sont au nombre de 188 (une dans chaque établissement).

2/ Les SMPR (Services médico-psychologiques régionaux)

Mis en place en 1986, ils sont chargés de la prévention et de la prise en charge des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Rattachés à un établissement de santé, ils constituent la structure de base du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Leur aire géographique est définie par rapport aux limites géographiques d'une région pénitentiaire.

On compte aujourd'hui en France 26 SMPR implantés dans deux types d'établissements : les maisons d'arrêt et les centres de détention. Les SMPR ne couvrent pas les maisons centrales. Dans les établissements ne disposant pas de SMPR, c'est le secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile qui intervient. En raison du type de population accueillie dans les établissements disposant d'un SMPR, les flux d'entrée et de sortie sont importants, aussi ces services constituent-ils un lieu propice à un premier dépistage d'éventuelles pathologies mentales.

Sur les vingt-six SMPR, vingt sont rattachés à des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, trois à des centres hospitaliers régionaux, deux à des centres hospitaliers généraux et un à un hôpital psychiatrique privé participant au service public hospitalier.

Le SMPR a en charge les soins courants des détenus de son établissement d'implantation et les soins les plus intensifs des détenus des établissements pénitentiaires de son secteur. Il est en outre chargé du suivi psychiatrique post-pénal, en coordination avec les équipes des secteurs de psychiatrie générale et infanto juvénile.

3/ Les hospitalisations somatiques

Jusqu'alors, les hospitalisations somatiques étaient réalisées dans les hôpitaux de rattachement ou dans le centre hospitalier le plus proche ayant la compétence technique pour la prise en charge si l'hôpital de rattachement n'était pas à même d'assurer cette hospitalisation.

Toutefois, les hospitalisations sont en cours de changement. Actuellement, le schéma national d'hospitalisation (SNH)¹⁶ prévoit la création de huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) situées dans huit centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) pour les hospitalisations programmées.¹⁷ Le 16 février 2004, la première unité hospitalière sécurisée interrégionale a été inaugurée à Nancy.

4/ Les Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

En matière de prévention, une circulaire de la DGS du 8 juin 1993, relative au dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du VIH en milieu pénitentiaire, prévoit l'intervention des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) dans tous les établissements pénitentiaires, afin d'assurer aux personnes détenues l'accès à un dépistage volontaire de l'infection VIH dans les mêmes conditions qu'en milieu libre.

Les CDAG ont pour mission l'incitation au dépistage volontaire et la sensibilisation aux conduites à tenir afin de ne pas s'exposer à des contaminations ou ne pas exposer autrui. Les résultats sont toujours remis à l'intéressé dans le cadre d'une consultation médicale d'information- conseil personnalisée.

Dès qu'une convention est signée entre l'établissement pénitentiaire et la CDAG, le service médical de l'établissement informe les détenus que cette consultation est à leur disposition pour un conseil de prévention personnalisé sur le VIH et, si besoin est, pour la prescription d'un test volontaire de dépistage. Les résultats sont communiqués oralement eu égard au respect du secret médical. La CDAG peut transmettre les résultats au service médical de la prison à la demande du détenu.

¹⁶ Cf arrêté du 24/08/00 relatif à la création des UHSI destinées à l'accueil des personnes incarcérées.

¹⁷ Pour la zone géographique de Paris, l'UHSI compétente est le pôle parisien EPSNF- groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière qui fonctionnent en étroite collaboration.

5/ Le programme 13 000¹⁸

La loi du 22 juin 1987 a institué le « Programme 13 000 » visant à créer 13 000 places nouvelles et à confier à des groupements d'entreprises la conception, la construction et l'entretien de 25 établissements pénitentiaires. Pour 21 d'entre eux, le service médical figurait parmi les fonctions confiées à ces groupements. Le programme a été divisé en quatre zones géographiques, chacune étant attribuée à un groupement d'entreprises. L'administration pénitentiaire avait conservé les fonctions de direction, de surveillance et une mission socio-éducative. Les équipes médicales étaient chargées d'assurer l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de soins nécessaires à la préservation de la santé des détenus, à l'exception des hospitalisations. Le renforcement des effectifs de personnels médicaux et paramédicaux constituait un progrès sensible par rapport à la situation des autres établissements. En contrepartie, l'administration pénitentiaire versait un prix de journée par détenu.

Le bilan du fonctionnement des établissements du « Programme 13 000 » était globalement satisfaisant, malgré le nombre trop important d'hospitalisations extérieures, partiellement dues au fait de leur prise en charge financière par l'administration, en plus du prix de journée, et de l'absence de projets de prévention en matière de lutte contre la toxicomanie, le sida, l'alcoolisme et les maladies mentales. Depuis 2002, le service médical est de nouveau pris en charge par le service public.

C/ La protection sociale et le droit des malades

1/ La protection sociale

Le Code de la Sécurité sociale¹⁹ a organisé l'affiliation des détenus en tant qu'assurés sociaux au régime général de la Sécurité sociale. Leur affiliation est obligatoire quelle que soit leur situation ; elle est effective à compter de l'incarcération au sein de l'établissement pénitentiaire. Elle ouvre droit pour les intéressés et leurs ayants droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général.

¹⁸ Le champ de l'application de la loi de 1994 s'étend à l'ensemble des établissements pénitentiaires, à l'exception des établissements du « Programme 13 000 ».

¹⁹ D'après la Circulaire N°45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 : La protection sociale des détenus.

A compter de la date de libération, le détenu bénéficie, comme tout assuré social, d'un maintien des droits pendant une période d'un an.

2/ La loi relative aux droits des malades détenus

Les malades détenus accèdent aux droits relatés dans l'article 720-1-1 du code de procédure pénale.²⁰

²⁰ Cf annexe.

La santé dans les prisons françaises

I- Les pathologies caractéristiques de la population carcérale

Ce chapitre se base sur différentes sources de données :

- L'enquête DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques) sur les entrants en prison de 1997.
- L'enquête HID (Handicaps- Incapacités- Dépendance) en prison est une extension de l'enquête HID de 1998 et 1999. Elle a été réalisée par l'INSEE en mai 2001 auprès de 32 établissements pénitentiaires situés en France métropolitaine.
- L'enquête « Un jour donné » de 2002 de la DHOS (Direction hospitalière de l'organisation des soins), de la DREES et de l'Administration pénitentiaire.

A/ L'état de santé des détenus

1/ Les pathologies les plus fréquentes liées aux caractéristiques de la population

⇒ *Un état de santé général jugé plutôt bon excepté pour les soins dentaires*

Après l'examen clinique d'entrée, les médecins jugent les trois quarts des entrants en bon état général.

Cependant, l'état dentaire des détenus est le plus souvent catastrophique, 80% des détenus ont besoin de « soins urgents ». Les abcès constituent une cause fréquente de consultation, nécessitant des extractions.

⇒ ***Mais un état de santé plus mauvais que la population en général***

Toutefois, au vu des caractéristiques démographiques des personnes incarcérées : hommes jeunes (18-40 ans), l'état de santé est plus mauvais que la population en général. En effet, la prison concentre des populations essentiellement marginalisées, présentant des tableaux cliniques lourds.

On remarque que la pénalisation de la toxicomanie a entraîné une arrivée massive de toxicomanes en prison et par conséquent, du sida et des problèmes sanitaires liés à l'usage de la drogue.

De plus, on constate une forte prévalence des maladies transmissibles mais aussi des pathologies dermatologiques, digestives, cardio-vasculaires, pulmonaires et traumatiques.

On remarque enfin une importante présence de troubles de la santé mentale.

1) Les maladies infectieuses : exposition au VIH et aux hépatites

La fréquence de la tuberculose ou de l'infection par le VIH est 10 fois plus élevée que dans la population générale, tandis que les hépatites B et C sont les plus fréquentes.

a) Le VIH

En juin 1994, 2,8% de la population pénale, soit 1 620 détenus, étaient atteints par le VIH. Le taux de prévalence du VIH était alors 10 fois plus important en prison que dans la population générale. Depuis 1998, l'infection par le VIH est suivie dans le cadre d'une enquête appelée « Un jour donné », qui a montré de 1988 à 1995 une diminution des formes asymptomatiques et symptomatiques du VIH, mais une augmentation du pourcentage des formes de sida avéré.

7 établissements accueillent près de la moitié des patients VIH connus²¹. Les taux les plus importants d'infection à VIH suivent la carte de l'épidémie dans la population générale. Dans celle-ci les consommateurs de stupéfiants représentent plus de 28% des cas déclarés du sida au 31 décembre 1993²². Le taux de séroprévalence de l'infection à VIH des consommateurs de stupéfiants incarcérés était incertain, car les critères permettant de

²¹ Fleury-Mérogis, Fresnes, l'EHPNF, la maison d'arrêt des Hauts de Seine, Paris-la-Santé, la maison d'arrêt des Yvelines, Marseille et Tarascon.

²² En 2001, les consommateurs de stupéfiants représentent 23% des cas déclarés. Cf Tableaux de Bord de l'ORS, 2003.

qualifier une personne de toxicomane n'étaient pas précisément établis, et les refus de test demeuraient importants. D'un point de vue épidémiologique, le recensement et le suivi des toxicomanes en prison restent en principe établis par rapport à la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ; celle-ci au-delà de la prise d'un produit illicite, exige que la prise de ce produit soit la cause d'une dégradation des relations familiales, sociales et professionnelles.

Le test de dépistage n'étant pas obligatoire, le taux de connaissance de la prévalence du VIH est très variable selon les établissements.

Aujourd'hui, la proportion de détenus malades est en diminution ; début 1997, elle n'était plus que 3 ou 4 fois supérieure au taux de séroprévalence de la population générale pour les mêmes caractéristiques de sexe et d'âge. D'après l'enquête de la DREES parue en janvier 1999, près d'un entrant sur deux déclare avoir fait un test de dépistage du sida avant l'incarcération et 1,7% être séropositif. Parmi ces derniers, 38% ont un traitement en cours par antirétroviraux. Cette diminution de la séroprévalence du VIH à l'entrée en prison semble être le résultat du changement des comportements des usagers de drogue, avec l'utilisation des seringues stériles, la limitation de leur partage et, à moindre degré, la stérilisation des matériels d'injection notamment par l'eau de javel²³.

²³ Cf circulaire sur l'eau de javel de 1998.

Enquête de juin 2000 : Nombre d'établissements ayant participé à l'enquête : 154 (92%)²⁴

Répartition des détenus VIH connus par types d'établissements et par stades

	Nb de détenus au jour J	Détenus VIH				
		Stade A	Stade B	Sida	Total	% VIH +
Maisons d'arrêt	27253	181	72	85	338	1,20%
Etablissements pour peines	17887	119	56	43	218	1%
dont:						
Centres de détention	8350	37	25	26	88	1,10%
Maisons centrales	826	6	1	5	12	1,50%
Centres pénitentiaires	8711	76	30	12	118	1,40%
Total	45140	300	128	128	556	1,20%
		54%	23%	23%	100%	

Source : Enquête sur les personnes atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire.

b) Les hépatites B et C

Elles sont fréquentes et le nombre de détenus atteints augmente. Dans certains établissements, les estimations atteignent parfois 80% des détenus consommateurs de stupéfiants par voie intraveineuse, affectés par l'une, l'autre ou les deux pathologies virales hépatiques.

L'hépatite n'est pas toujours bien individualisée dans les diagnostics d'entrée ou de sortie, car elle est souvent masquée par d'autres diagnostics associés. Aujourd'hui l'hépatite C est plus fréquente en milieu carcéral que l'infection au VIH et la vaccination contre l'hépatite B est encore peu répandue. Un entrant en prison sur quatre déclare avoir fait un test de dépistage de l'hépatite B avant l'incarcération et un sur cinq de l'hépatite C. Les taux de séropositivité déclarés s'élèvent respectivement à 2,3% pour le VHB et 4,4% pour le VHC.

La toxicomanie est aujourd'hui le principal facteur de risque en France des hépatites B et C. L'importance de la population infectée et le risque d'aggravation de l'état de santé des

²⁴ Circulaire DHOS/02 N° 2003-254 du 27 mai 2003 relative à l'enquête « un jour donné » sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (UCSA)

personnes infectées en 10 à 30 ans, font de l'infection par le virus de l'hépatite C un enjeu majeur de santé publique.

c) La réapparition de la tuberculose

Depuis 1985, l'incidence de la tuberculose a progressé. Dans les maisons d'arrêt, elle est environ 10 fois plus élevée que dans la population générale. Elle est réapparue tout d'abord aux Etats-Unis. Dans les pays en voie de développement, la tuberculose est la première maladie opportuniste pour les personnes infectées par le VIH. Dans les établissements pénitentiaires des régions Ile de France et PACA, l'augmentation sensible de l'incidence de la tuberculose a été favorisée par la présence de personnes venues de pays présentant une incidence élevée du VIH et de la faible couverture vaccinale.

Si l'on a restauré l'isolement systématique des détenus diagnostiqués, le milieu carcéral s'avère cependant peu propice à la poursuite jusqu'à son terme d'un traitement antituberculeux, notamment en raison des changements d'établissements pénitentiaires.

2) La santé mentale

La santé mentale en prison est un élément préoccupant. Les études effectuées à ce sujet montrent des chiffres alarmants.

Parmi les 2 300 entrants en détention enquêtés en juin 2001²⁵, les médecins psychiatres des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont repéré au moins un trouble psychiatrique pour plus de la moitié d'entre eux.

Un détenu sur cinq entrant en prison a déjà été suivi par un service psychiatrique. La présence de troubles est plus fréquente dans le cas d'antécédents judiciaires et pour des délits criminels.

Un détenu également sur cinq est porteur d'une pathologie psychiatrique. Ce chiffre croît sans cesse.

²⁵ Source INSEE, d'après les résultats de l'enquête HID-prisons, Drees-GFEP, juin 2001.

Plusieurs causes expliquent cette augmentation :

► La politique de sectorisation psychiatrique a permis de prendre en charge en ambulatoire beaucoup de malades mentaux auparavant placés en asile. Mais elle présente deux lacunes : les secteurs infanto-juvéniles sont inégalement développés ; la population souffrant de précarité et d'exclusion est peu vue par les secteurs de psychiatrie générale, alors qu'elle constitue une part importante des entrées en prison. Faute d'avoir été dépistées à temps, ces personnes passent à l'acte un jour ou l'autre.

► Les personnes se retrouvent face au système judiciaire non préparé à repérer les symptômes mentaux sous-jacents. Dans les affaires délictuelles, l'expertise psychiatrique est l'exception. Dans les affaires criminelles, la mise en évidence de troubles mentaux ayant atténué la responsabilité de l'accusé (alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal) peut jouer contre ce dernier, la cour d'assises ayant tendance à décider des peines lourdes, pouvant parfois déborder les réquisitions du parquet, pour retarder la sortie du condamné.

► La prison, en soi, est un facteur aggravant des troubles mentaux.

► La société demande de plus en plus à la psychiatrie de soigner les comportements déviants. C'est particulièrement vrai pour les auteurs de crimes et délits à caractère sexuel.

Les psychopathologies

Le Dr Baron-Laforet²⁶ souligne que les cliniciens font état de 15% de psychotiques, 15% de pervers, 60% d'états limites et ne retrouvent que 10% de structures névrotiques ou génitales adultes.

Les états limites à expression psychopathique représenteraient 10 à 60% de la population pénale selon les établissements, plus de 80% des tentatives de suicide et des automutilations et plus de 60% des incidents graves en prison. L'auteur indique que les détenus, ayant connu une histoire de vie difficile, reproduisent les mêmes modèles dans leur vie adulte. Elle note : *« les expériences multiples d'abandon et la « discontinuité brisante » des relations affectives précoces de l'enfant, ballotté d'une mère biologique à une mère adoptive, un père absent ou inexistant sur le*

²⁶ BARON-LAFORET S. Repérage du suicide en prison et éléments contextuels, Octobre 2000.

plan symbolique... une mère oscillant entre fusion et rupture. L'adulte va reproduire ce fonctionnement de façon inlassable pour mieux se protéger du danger de l'abandon ».

Les suicides

Les suicides en prison font l'objet d'une préoccupation gouvernementale. A ce propos, Jean-Louis Terra, Chef de service au Centre Hospitalier Spécialisé Le Vinatier à Bron, s'est vu chargé par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé en janvier 2003 de l'évaluation des actions mises en place pour la prévention du suicide des détenus et de proposer un programme de prévention.²⁷

► Un taux de suicide élevé

Le taux de suicide est élevé : le nombre total de suicides était de 122 en 2002, de 104 en 2001 et de 39 en 1980, 59 en 1990 avec un pic de 136 en 1996. Le nombre de suicides est rapporté à la population moyenne détenue qui a augmenté de 11% en 2002, soit 48 318 en 2001 et 53 510 en 2002. Le taux de suicides est ainsi pour 10 000 personnes détenues de 21,5 en 2001 et 22,8 en 2002.²⁸

Les items sur le suicide présentés ci-après sont relevés à partir de l'analyse du Dr Sophie Baron-Laforet qui s'appuie sur les travaux de N. Bourgoïn. Ce dernier a étudié l'ensemble des morts par suicide intervenues dans les prisons françaises entre le 1/01/1982 et le 31/12/1991, soit 621 cas. Il a ensuite étudié 90 procès-verbaux de police tirés au sort. En prison, l'étude est basée sur l'analyse des dossiers de suicide comprenant la fiche pénale, le compte-rendu d'incident, les lettres de suicide, l'expertise psychiatrique.

► Les modalités de passage à l'acte : une sur représentation de la pendaison

La pendaison est sur représentée avec 92,7% des morts par suicide en prison. 3,2% se suicident avec un instrument tranchant, 1,4% avec des gaz ou des vapeurs et 1,3% avec une substance liquide ou solide.

²⁷ TERRA JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention, Décembre 2003.

²⁸ Source : Administration pénitentiaire- 2001-2002.

► Le profil sociologique des suicidés : la famille ne protège pas

Le fait d'avoir des biens au moment de l'incarcération est un facteur aggravant. Les personnes d'instruction secondaire sont plus à risque. Le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants (notamment les pères de 3 enfants ou plus) est un facteur de risque au moment de l'écrou. Contrairement au milieu libre, la famille ne protège pas du suicide. Il semble que l'incarcération entraîne moins le sentiment de déprivation si la personne a peu d'attaches à l'extérieur.

En prison comme en milieu libre, les Français se suicident plus que les étrangers. Mais le taux de suicide des étrangers tend à se rapprocher de celui des Français : ceci est encore plus vrai si une mesure d'interdiction du territoire français est prononcée.

► Des variations dans le temps

Le mois de décembre (et particulièrement les soirs du 24 et 31 décembre) est un moment à risque. Dans la semaine, on note un pic le samedi et un creux le dimanche. Notons que le samedi est un jour classique de parloir. Deux hypothèses peuvent être soulevées : la déception d'une visite qui n'est pas venue ou qui ne vient toujours pas, ou l'opportunité d'un moment de solitude, le co-détenu n'étant pas là et les surveillants occupés aux mouvements.

Dans la journée, les suicides ont surtout lieu entre 15h et 18h puis entre 21h et 24h. le pic de l'après-midi correspond aux horaires de parloirs, de promenade, d'activité permettant à certains détenus d'être seuls en cellules ou les confrontant à leur exclusion de ces divers modes de socialisation. Le pic de la soirée est un moment anxiogène où le détenu est face à lui-même. Les suicides de l'après-midi apparaissent souvent comme des actes plus planifiés.

► Des variations selon le statut pénal

60% des suicidés sont des prévenus en attente de jugement. 14,5% commettent leur geste suicidaire au cours de la 1^{ère} semaine d'incarcération. Plus du tiers des suicides ont lieu au cours du 1^{er} mois d'incarcération. Les $\frac{3}{4}$ des morts par suicide ont lieu la 1^{ère} année.

91,7% des suicides ont lieu en Maisons d'Arrêt (établissements accueillant les prévenus et, en théorie, les condamnés à moins de deux ans. Les condamnés à de plus longues peines y attendent au moins un an, après leur condamnation, leur transfert dans un établissement pour condamnés).

Près de la moitié des suicides des condamnés a lieu 6 mois après la condamnation. Le risque de suicide augmente avec la durée de la peine.

La sortie de prison est également un moment à risque : la sortie n'est pas toujours la libération promise mais parfois le retour à une vie sociale dégradée, ou la confrontation à des situations dont la prison les protégeait. (Il avait été noté sur le suivi des toxicomanes incarcérés, un nombre important de morts dans les 48 heures suivant la sortie de prison).

Le quartier disciplinaire est également un facteur de risque.

»» Des variations selon le type d'infraction

L'agression contre un proche est un facteur favorisant le suicide.

2/ Les traitements à poursuivre

»» La santé mentale

Marcel Jaeger et Madeleine Monceau [1996] ont finement analysé la consommation des médicaments psychotropes en prison.

Ils indiquent que les tranquillisants (benzodiazépines) et les neuroleptiques sédatifs sont de loin les psychotropes les plus utilisés : ils représentent les deux tiers des prescriptions.

Ils notaient en revanche une faible proportion de consommation d'antidépresseurs (7,6%) ; ils ont le désavantage auprès des patients de ne pas procurer d'effet immédiat, dès la prise, et d'avoir un délai d'action trop long (d'une à trois semaines suivant les produits) pour pouvoir être à l'origine de l'amélioration immédiate et symptomatique recherchée.

Les auteurs notaient par ailleurs des écarts importants dans la quantité de médicaments délivrés d'un établissement à un autre.

»» Les autres traitements

Hormis les problèmes de santé mentale, il s'agit le plus souvent d'asthme, de maladies cardio-vasculaires et d'épilepsie.

La consommation médicamenteuse des détenus est importante mais varie significativement suivant les établissements pénitentiaires. Elle est dominée dans son ensemble par les

psychotropes (Jaeger, Monceau [1996]), puis par les médicaments à visée cardio-vasculaire ; les bronchodilatateurs viennent au 4^e rang des médicaments les plus consommés, ceci souligne l'importance des maladies respiratoires (10%).

Comme nous l'avons déjà souligné, 1,7% des détenus sont séropositifs. Parmi ces derniers, un peu moins de quatre sur dix (38%) ont un traitement en cours par antirétroviraux²⁹.

B/ Une fréquence élevée de comportements à risque ³⁰

La grande majorité des personnes entrant en prison (qui sont majoritairement des hommes âgés de 18 à 40 ans), sont fréquemment connues des problèmes sociaux avant leur incarcération, notamment en matière de logement et de couverture sociale.

Malgré un état général jugé satisfaisant, près d'un tiers des entrants en prison cumulent les consommations à risque (alcool, tabac, drogues, psychotropes) et près d'une personne sur dix a besoin d'une prise en charge psychiatrique.

Les femmes sont aussi nombreuses que les hommes à consommer des produits toxiques et elles requièrent plus souvent des soins. La situation des mineurs est également préoccupante.

► La consommation de tabac

Sur cinq personnes arrivant en prison, près de quatre fument et près d'une consomme quotidiennement plus de 20 cigarettes. La proportion de fumeurs est plus élevée avant 40 ans : environ 4 entrants sur 5 contre 2 sur 3 entre 40 et 59 ans et 1 sur 3 à partir de 60 ans.

► La consommation d'alcool

Un tiers des personnes arrivant en détention déclare une consommation excessive d'alcool avant l'incarcération, définie comme supérieure ou égale à cinq verres par jour quand elle est régulière, et supérieure ou égale à cinq verres consécutifs au moins une fois par mois quand elle est discontinue. La proportion de buveurs excessifs augmente avec l'âge et le type de consommation change. Avant 25 ans, il s'agit dans les $\frac{3}{4}$ des cas d'une consommation

²⁹ Source : enquête DREES de 1997 sur les entrants en prison. Résultats parus dans : La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. DREES, Etudes et Résultats N°4, janvier 1999.

³⁰ Source : DREES. Op. Cit.

discontinue. Ensuite, la consommation régulière devient prédominante même si elle est associée dans environ un tiers des cas à une consommation discontinue.

Ces chiffres, pourtant élevés, apparaissent comme en retrait par rapport aux évaluations mentionnées dans le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de juin 2001.³¹ En effet, les auteurs de la mission soulignent deux éléments :

✓ La proportion très élevée des détenus qui entretiennent une relation non maîtrisée avec l'alcool. Cette proportion est évaluée à plus de 50% des détenus dans plusieurs établissements visités par la mission.

✓ La place significative de l'alcool dans le passage à l'acte à l'origine de l'incarcération, l'alcool permettant la levée des inhibitions et « facilitant » l'acte violent.

► La consommation de drogues et psychotropes

Près du tiers des entrants déclare une consommation prolongée et régulière de drogues au cours des 12 derniers mois précédant l'incarcération.

Consommation régulière et prolongée de drogues au cours des 12 mois précédant l'incarcération

Cannabis	25%
Héroïne, morphine, opium	15%
Cocaïne ou crack	9%
Cachets	9%
Autres (LSD, ecstasy, colle...)	3%

Source : DREES, enquête santé des entrants

Cette fréquence élevée, est liée à la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants. Une condamnation sur cinq, au 1^{er} janvier 1997, était liée aux infractions à la législation des stupéfiants.³²

Parmi les entrants en prison, 12% déclarent avoir utilisé une drogue par voie intraveineuse au moins une fois au cours de leur vie. Par ailleurs, à leur arrivée en prison, environ 7% des

³¹ L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. Ministère de la justice, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Juin 2001.

³² Source : Administration pénitentiaire.

personnes déclarent bénéficier d'un traitement de substitution, neuf fois sur dix par du Subutex.

Près d'un entrant sur cinq déclare un traitement en cours par médicament psychotrope. Il s'agit dans la plupart des cas, d'un traitement par anxiolytiques ou hypnotiques.

►► **L'augmentation de la polytoxicomanie**

Elle apparaît comme l'élément majeur des nouvelles formes de dépendance auxquelles sont confrontés les soignants en prison. L'étude de la DREES relève que 20% des entrants déclarent consommer deux produits parmi les suivants : psychotropes, drogues illicites, alcool, tabac. 7% déclarent pratiquer la combinaison alcool-drogues.

II- La problématique de l'aggravation des pathologies en prison

► Le cumul des facteurs de risque au niveau sanitaire avant l'incarcération

On retrouve la toxicomanie, des conditions économiques et sociales très dégradées et le fait que la population incarcérée n'ait pas l'habitude d'être suivie médicalement avant sa détention. Il en découle des troubles pathologiques et sanitaires assez importants.

► Les traumatologies spécifiques de la prison

Les traumatologies de la prison sont d'abord celles liées à la pratique d'un sport intensif, sur des surfaces inadaptées, le plus souvent bétonnées qui provoquent notamment des entorses et des foulures.

► L'environnement carcéral

⇒ Le milieu clos et surpeuplé de la prison expose les personnes à la contamination et au développement des maladies. Enfin, la prégnance des troubles psychosomatiques serait due à l'épreuve de l'enfermement que constitue l'expérience de la détention.

⇒ La vétusté d'un grand nombre d'établissements, qu'elle touche les cellules, les sanitaires ou l'ensemble des bâtiments contribue à dégrader les conditions de vie.

⇒ Les violences

L'existence de violences entre détenus ou de façon plus diffuse, de rapports de force, ne peuvent être propices à une amélioration de l'état de santé des détenus.

⇒ Les conditions d'hygiène

Le mode de vie propre à la prison dans son fonctionnement actuel : forte sédentarité, régimes alimentaires peu variés et peu équilibrés, une inactivité générant une consommation

excessive de tabac et de télévision, ne contribue pas à la reconstruction de l'individu que devrait favoriser un passage en prison.

Toutes ces problématiques ont des conséquences sur la santé mentale, voire sur le suicide.

III- Les problèmes liés à l'accessibilité aux soins

A/ Les apports de la réforme de 1994

La réforme de 1994 a permis d'incontestables progrès sur le plan somatique. Elle s'est d'abord traduite par un apport sensible de moyens en personnels médicaux et paramédicaux, en locaux et en équipements qui a accompagné la mise en place des UCSA en détention.

En permettant la construction de liens avec l'hôpital, la réforme a permis :

- ⇒ le recours plus fréquent aux consultations spécialisées et aux hospitalisations,
- ⇒ la professionnalisation des équipes de soins en prison,
- ⇒ la mise en place des procédures hospitalières relatives à la distribution des médicaments, à la désinfection des appareils, à la prescription de médicaments supplémentaires,
- ⇒ l'introduction d'une réelle éthique des soins en détention en affirmant un véritable droit aux soins, quelles que soient les contingences carcérales ; en permettant une stricte identification des rôles entre médecins et personnels surveillants et en assurant davantage le respect du secret médical.

B/ Des problèmes perdurent

1/ Les blocages organisationnels

Différents blocages empêchent les progrès de produire tous leurs effets³³.

► **Le niveau et la répartition des moyens attribués aux UCSA ne correspondent plus aux besoins.**

Ces besoins ont évolué sous l'effet de différents facteurs :

³³ Cf IGAS. L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. Ministère de la justice, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Juin 2001.

⇒ l'offre de soins permise par la création des UCSA entraîne une augmentation et une diversification de la demande de soins,

⇒ l'accélération du vieillissement de la population pénale provoque de nouveaux besoins,

⇒ l'augmentation des consommations médicamenteuses génère un fort besoin en temps infirmier.

► **La coopération entre les différents acteurs qui interviennent en prison peut être défailante.**

⇒ Les relations entre les services médicaux et l'administration pénitentiaire sont marquées par la méfiance.

⇒ Les relations entre les UCSA et les SMPR sont marquées par des logiques de territoire.

⇒ La coopération avec les acteurs extérieurs à la prison est inégale.

La prévention du suicide se heurte à ce manque de coopération entre les différents acteurs. Une véritable approche pluridisciplinaire est rare, qu'elle concerne le dépistage, la prise en charge ou les réflexions qui font suite aux suicides constatés.

► **Le choix de confier au service public hospitalier des soins en détention génère sur certains points spécifiques des difficultés :**

⇒ Le recrutement de chirurgiens dentistes n'est pas à la hauteur des besoins, l'absence d'assistants dentaires aggravant les manques constatés,

⇒ La permanence des soins n'est que très rarement assurée par l'hôpital, ce qui implique un recours au secteur libéral parfois mal formalisé³⁴.

³⁴ Si la plupart des UCSA assurent des soins infirmiers et une distribution de médicaments le week-end, très peu garantissent la permanence durant la nuit (idem pour les SMPR). La carence de la permanence de soins conduit au recours à une régulation externe (le centre 15) et à des structures libérales spécialisées dans l'urgence. Cette mesure fonctionne bien dans certains établissements. Toutefois, l'absence de procédures formalisées peut conduire à des refus d'intervention de la part des professionnels extérieurs à la prison ou à des conflits.

►► L'organisation des extractions médicales demeure un point de blocage majeur.

⇒ Les logiques pénitentiaires, policières et médicales continuent de s'opposer, ce qui contribue à limiter le nombre de consultations à l'hôpital et des hospitalisations.

En effet, l'augmentation du recours à l'hôpital demeure contrainte par des pratiques de quotas imposés à la fois par l'administration pénitentiaire et la police. Cette situation amène les médecins des UCSA à effectuer un « tri » entre les cas plus ou moins urgents.

⇒ Les motifs de blocage sont connus depuis longtemps : les textes réglementaires qui régissent ces extractions sont insuffisamment précis et autorisent des interprétations divergentes de la part des ministères concernés. De plus, les consultations de spécialistes dans les UCSA sont insuffisantes (alors même que de telles consultations pourraient permettre de diminuer significativement le besoin d'extractions médicales). En outre, la permission d'avoir recours à des permissions de sortir pour contourner ces obstacles ne concerne qu'un nombre restreint de détenus et est peu utilisée.

⇒ Les compromis, adoptés récemment pour tenter de résoudre ces difficultés, sont incomplets et fragiles.

Les décisions du Conseil de sécurité intérieure du 6/12/1999 n'abordent pas l'ensemble des situations, notamment l'organisation des consultations en urgence et la prise en charge des hospitalisations de courte durée dans l'hôpital de proximité.

La création des postes de surveillants dédiés à cette tâche se fonde sur des calculs inexacts qui expliquent le blocage sur ce dossier. Enfin, la mise en place des UHSI ne permettront pas de résoudre le problème des extractions médicales.

►► Les prises en charge de l'hépatite C³⁵ et de la toxicomanie souffrent de lacunes.

⇒ La prise en charge de l'hépatite C

Au regard des caractéristiques de la population pénale, le dépistage est trop restreint. Un certain nombre d'établissements ne propose pas de test à l'entrée en détention.

Le nombre de consultations d'hépatologie dans les UCSA est faible.

L'accès au traitement des détenus porteurs de l'hépatite C est fortement contraint par la possibilité très faible de réaliser des ponctions biopsies hépatiques. Lorsque l'examen est réalisé, le traitement se fait dans des conditions similaires à ce qui est pratiqué pour la population générale.

⇒ La prise en charge de la toxicomanie

- ✓ La réalité du phénomène est mal perçue (le recueil d'informations réalisé par les antennes toxicomanie étant soit lacunaire, soit peu exploité).
- ✓ La coordination des intervenants médicaux, sociaux, pénitentiaires est limitée, le positionnement des antennes toxicomanies demeurant problématique.
- ✓ La mise en œuvre de traitements de substitution progresse mais continue de se heurter à l'opposition de certains médecins ; la diversité des doctrines relatives aux modalités et aux finalités de ces traitements en détention doit également être soulignée.
- ✓ Des obstacles réglementaires limitent la prescription de méthadone dans les établissements où aucun CSST n'intervient.

2/ Le dispositif de soins

a) L'hygiène

Le retard en hygiène compromet la prévention d'éducation à la santé. La vétusté d'un grand nombre d'établissements, l'état des sanitaires, la promiscuité en détention demeurent des facteurs limitants majeurs.

La construction d'un programme cohérent de santé publique se heurte à la faiblesse des outils d'information sur la santé en prison. Enfin, les différents dispositifs de contrôle, s'ils existent, ne permettent que rarement de remédier aux dysfonctionnements repérés.

b) La santé mentale

Comme nous l'avons déjà souligné, le nombre de détenus souffrant de troubles mentaux ne fait qu'augmenter. Le dispositif de soins en santé mentale n'est pas en mesure de répondre à cette demande croissante.

³⁵ La prise en charge du VIH est considérée comme satisfaisante dans le rapport de l'IGAS.

c) Le suivi des délinquants sexuels

Ils représentent plus de 22% de la population incarcérée, condamnée alors qu'ils n'étaient que 13% il y a 5 ans.³⁶

Plus âgés en moyenne que les autres détenus et recouvrant des catégories disparates, ils font l'objet d'une stigmatisation qui retentit sur leur état de santé et contribue à les pousser au déni, lequel perturbe l'adhésion aux soins.

La loi du 17 juin 1998 a institué un suivi socio-judiciaire à l'encontre des auteurs d'infraction sexuelle, qui doivent exécuter leur peine dans un établissement assurant « un suivi médical et psychologique adapté » et qui, à leur sortie de prison doivent être suivis par un médecin traitant agissant en relation avec un médecin coordinateur et le juge d'application des peines.

A l'intérieur des établissements, les effectifs de personnels de santé mentale ne tiennent pas compte du nombre de délinquants sexuels présents. La formation à cette prise en charge est embryonnaire, si bien que l'existence d'un « suivi médical et psychologique adapté » ne peut être partout considérée comme acquise, notamment dans les établissements pour peine.

A l'extérieur de la prison, la mise en œuvre du suivi socio-judiciaire démarre à peine.

Plusieurs éléments interviennent pour rendre ces obligations difficiles à appliquer :

- le partage des responsabilités respectives du médecin traitant et leurs relations avec le juge d'application des peines inquiètent les psychiatres,

- les traitements ne font pas l'objet de consensus et sont mal codifiés,

- du fait de leur incertitude qui règne sur l'efficacité des traitements, les psychiatres attendent la demande expresse pour proposer un suivi. Or, les personnes qui consentent le plus facilement aux soins sont souvent les moins dangereuses à la sortie,

- le manque d'outils et d'indicateurs permettant d'apprécier l'efficacité du dispositif ne permet pas de connaître l'impact réel des traitements sur les détenus une fois libérés.

d) La prise en charge d'une population vieillissante

La population des personnes âgées, constituée en majorité par les condamnés à de longues peines, se concentre dans les établissements pour peine. Le vieillissement majore les

handicaps et la dépendance, accroît le nombre de maladies chroniques à prendre en charge et la mortalité en détention. En 6 ans, le nombre de décès en prison a augmenté d'un tiers.³⁷

e) La prise en charge des personnes handicapées et / ou dépendantes

Les handicaps rencontrés en détention sont sévères et variés. De nombreux rapports ont évoqué ces problèmes. Si certains détenus handicapés arrivent à préserver une certaine autonomie, entre 100 et 350 personnes âgées ou handicapées dépendent d'une aide partielle ou totale pour les actes de la vie quotidienne.

Les personnes handicapées et / ou dépendantes rencontrent plusieurs types de difficultés :

- ⇒ des locaux peu accessibles et une qualité insuffisante des équipements,
- ⇒ une difficulté à se procurer les aides techniques nécessaires,
- ⇒ une diminution du montant de l'allocation adulte handicapé (AAH),
- ⇒ un recours trop rare aux allocations permettant le recours à une tierce personne,

celles-ci étant demandées ou accordées de façon exceptionnelle.

Dans la majorité des cas, l'aide attendue est fournie par un co-détenu, ce qui peut être délicat tant pour ce dernier (mal considéré et subissant de façon permanente une sujétion souvent ingrate) que pour le malade (risque de racket et de pressions diverses).

Avec l'augmentation de la mortalité en détention, la question des fins de vie se pose avec plus d'acuité :

- ⇒ depuis 1997, le nombre de grâces médicales a diminué alors que la demande est restée stable,
- ⇒ les différentes possibilités d'aménagement de peine pour raisons médicales sont à l'heure actuelle, restreintes.

³⁶ Source : Administration pénitentiaire.

³⁷ Source : Administration pénitentiaire.

Bibliographie

BARON-LAFORET S. Repérage du suicide en prison et éléments contextuels, Octobre 2000.

BETHOUX E. La prison. 1998. Recherches actuelles en sociologie. *Terrains et travaux N°1* [2000], pp 71-89.

CASSAN, TOULEMON, KENSEY. L'histoire familiale des détenus. INSEE PREMIERE. N°706- Avril 2000.

CHAUVIN I. La santé en prison. Les enjeux d'une véritable réforme de santé publique. Collection Actions Sociales / Société, ESF, 2000.

Circulaire DHOS/02 N° 2003-254 du 27 mai 2003 relative à l'enquête « un jour donné » au cours de la semaine du 23 au 27 juin 2003 sur les personnes détenues infectées par le VIH ou le VHC connues des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires (UCSA).

DESEQUELLES A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. INSEE PREMIERE, N°854, juin 2002.

Direction de l'Administration pénitentiaire. Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire. Juillet 2003. Ministère de la Justice.

Direction de l'Administration générale et de l'Equipeement. Les chiffres clés de la Justice. Octobre 2003. Sous direction de la Statistique, des Etudes et de la Documentation.

DRESS. La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque. Etudes et Résultats N°4, janvier 1999.

FERNANDEZ F. Du « corps otage » au « corps mémoire » : les actes d'automutilation en prison chez les usagers de drogues et leurs mises en récits. Face à Face. UB2 Sociétés, Santé, développement, 2001.

GRIGUERIE P. Enquête nationale en milieu carcéral sur les pratiques et représentations des professionnels du soin et des toxicomanes. Le courrier des addictions (4), N°4, octobre / novembre / décembre 2002.

GUIBERT N. Surpeuplement, suicides, insalubrité en prison : l'accablant constat du Comité de prévention de la torture. Le Monde. 28/01/04.

Haut Comité de la Santé Publique. Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, Janvier 1993.

Inspection générale des services judiciaires et Inspection générale des affaires sanitaires. L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation. Ministère de la justice, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Juin 2001.

JAEGER M., MONCEAU M. La consommation des médicaments psychotropes en prison. Erès, Mai 1996.

ORS PACA. Evaluation de l'état de santé et des besoins sanitaires de la population pénale, 1993, Marseille.

PRUDHOMME J, VERGER P., ROTILY M. Fresnes, Mortalité des sortants. OFDT, Focus. Décembre 2003.

TERRA JL. Prévention du suicide des personnes détenues. Evaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention, Décembre 2003.

VASSEUR V. Médecin-chef à la prison de la Santé, Le Cherche-Midi, 1999.

Annexe

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Article 10

Après l'article 720-1 du code de procédure pénale, il est inséré un article 720-1-1 ainsi rédigé :

"Art 720-1-1. – La suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature ou la durée de la peine restante à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissements de santé pour troubles mentaux.

"La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissant de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent.

"Lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans, cette suspension est ordonnée par le juge de l'application des peines selon les modalités prévues par l'article 722.

"Dans les autres cas, elle est prononcée par la juridiction régionale de la libération conditionnelle selon les modalités prévues par l'article 722-1.

"Le juge de l'application des peines peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard d'un condamné ayant bénéficié d'une mesure de suspension de peine en application du présent article et ordonner qu'il soit mis fin à la suspension si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies.

"Les dispositions de l'article 720-2 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait application des dispositions du présent article."

Conclusion

Trois personnes détenues sur cinq déclarent rencontrer dans la vie de tous les jours des difficultés qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales.³⁸

Une personne détenue sur deux souffre : soit de troubles du comportement ou de l'orientation dans le temps et dans l'espace, soit d'au moins une incapacité : difficulté, voire impossibilité, de réaliser des actes élémentaires de la vie courante tels que s'habiller, se lever, parler...

Le cumul des difficultés est beaucoup plus fréquent en prison qu'à l'extérieur : 6,1% des personnes détenues souffrent d'au moins quatre difficultés contre 1,8% des personnes « libres ».

Le mauvais état de santé des détenus, déjà énoncé par le Haut Comité de la Santé Publique [1993], a été confirmé par différentes enquêtes menées par la suite, notamment celle de l'ORS PACA [1993] où un détenu sur deux déclarait un problème de santé confirmé ou diagnostiqué lors de la visite médicale d'entrée ; 26% des prévenus et/ou condamnés à de courtes peines étaient sans couverture sociale et souffraient d'une pathologie confirmée ; 31% avaient une pathologie confirmée et n'avaient pas consulté un médecin eu cours des 3 derniers mois.

Parmi les antécédents, il faut noter la fréquence très élevée des antécédents chirurgicaux d'origine traumatique (71%), à l'origine d'une forte demande de soins de la part des détenus. Parmi les facteurs de risque et à l'exception de ceux associés à l'infection au VIH, le tabagisme a une place majeure (80% fument dont 16% plus de 30 cigarettes par jour ; l'alcoolisme est également très présent (10% consomment plus de 180g d'alcool par jour avant d'entrer en prison).

³⁸ DESEQUELLES A. Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. INSEE PREMIERE, N°854, juin 2002. D'après les résultats de l'enquête HID-prisons, DREES, juin 2001.

L'analyse des problèmes de santé doit tenir compte de l'implantation géographique mais également du type d'établissement (ORS PACA [1993]). Une typologie qui permet de différencier les problèmes de santé des prisonniers mais ne doit pas être considérée de manière restrictive, a été réalisée pour mieux appréhender la situation.

Dans les centres de détention et les maisons centrales, deux grandes catégories de populations peuvent être distinguées : d'une part des sujets incarcérés pour la première fois, ayant une activité professionnelle avant leur incarcération, âgées entre 40 et 50 ans, ne suivant pas de traitement et ayant des besoins identiques à une population sédentarisée, d'autre part, des hommes plus âgés, ayant bénéficié de la sécurité sociale, consultant plus régulièrement un médecin et ayant des problèmes de santé plutôt d'ordre cardio-vasculaire et digestif.

En maisons d'arrêt, la population se différencie considérablement avec, d'une part des hommes et des femmes jeunes célibataires, incarcérés à plusieurs reprises dont l'état de santé est dégradé, plus souvent séropositifs au VIH, ayant des antécédents ou souffrant d'une hépatite virale B ou C ; et d'autre part, des personnes sans domicile fixe ou migrants d'origine africaine ou du Maghreb, non assurés sociaux, illettrés, célibataires, se déclarant en bonne santé mais n'ayant pas consulté de médecins et ayant exceptionnellement bénéficié d'un test de dépistage du VIH. C'est donc surtout en maison d'arrêt et chez les condamnés à de courtes peines que les maladies transmissibles prennent toute leur importance et justifient des moyens de prévention, de dépistage et de traitement renforcés.