

Santé des personnes sous main de justice



En publiant l'avis sur l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice¹, le Haut Conseil de la santé publique a rappelé que ces personnes devaient bénéficier de la logique globale de la stratégie nationale de santé², privilégiant la promotion de la santé, la prévention, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, la qualité de ces soins, leur sécurité et leur pertinence. Dire que les états de santé conditionnent la réinsertion des personnes placées sous main de justice est une évidence. Il s'agit donc de leur garantir un accès aux soins équivalent à celui dont bénéficie par principe la population générale. Cela implique, si la population sous main de justice est exposée à des risques spécifiques, qu'ils soient identifiés, que l'information soit connue, et que la réponse apportée soit adéquate. Longtemps on a parlé de la santé des seuls détenus sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire. L'expression « personnes placées sous main de justice » élargit la focale et englobe toute « personne confiée » aux services de la justice, selon le terme choisi par l'administration en charge de la protection de la jeunesse. [suite page suivante](#)

Dossier coordonné par
Virginie Halley des Fontaines
Membre du Haut Conseil de la santé publique
Pierre Czernichow
Membre du Haut Conseil de la santé publique

1. Avis relatif à l'évaluation de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice du 8 février 2018.

2. Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé du 8 septembre 2017.



De la petite délinquance à la détention, d'un suivi en milieu ouvert aux mesures préventives, du jugement à la condamnation, de la maison d'arrêt au centre de détention, du contrôle judiciaire aux travaux d'intérêt général, de la liberté conditionnelle au placement externe, il existe toute une série de situations, de lieux de vie, de mesures judiciaires dans lesquels la santé des personnes varie. Deux fois plus nombreuses que les personnes écrouées, les personnes non détenues mais sous main de justice ont des histoires de vie et donc des états de santé qui peuvent différer de la population générale.

Ce travail d'analyse est décrit par plusieurs auteurs dans la première partie de ce dossier. On y retrouve le cumul des conditions péjoratives pour la santé en lien avec le gradient social, et donc des pathologies comparables à celles de la population générale majorées par un retard de leur prise en charge. Eu égard à la plus grande prise de risques pour la santé physique et mentale, à la plus grande consommation de substances nocives, mais aussi à la récurrence des expositions à des environnements défavorables, certaines pathologies, comme les infections transmissibles, les addictions, les troubles psychiques sont plus fréquentes. Considéré isolément, le risque suicidaire est majeur, avec un taux de suicide multiplié par sept par rapport à la population générale. Survenant surtout dans les premiers temps d'incarcération mais également dans la période qui suit la libération, ces événements sont plus liés au parcours judiciaire et pénitentiaire qu'aux facteurs individuels. Les jeunes majeurs ou mineurs proches de la majorité font l'objet de mesures spéciales compte tenu de leur vulnérabilité³. Dans ce

3. « La santé : un capital en construction dès l'enfance ». *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2014, 86.

contexte, l'objectif de promotion de la santé prévu par la stratégie de santé, qui requiert participation des usagers et environnement favorable, prend une tonalité particulière.

Des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour permettre le passage entre les services de l'administration judiciaire et l'administration de la santé afin de rendre possible le suivi des questions de santé, dans les conditions normales de respect de la dignité du patient et de la confidentialité des soins. En pratique, les associations qui interviennent en lieu de détention comme en milieu ouvert constatent que ces principes sont difficiles à conserver en raison des objectifs souvent contradictoires des deux administrations.

Certaines expériences étrangères ouvrent quelques voies. C'est le cas de l'Angleterre et de l'Irlande du Nord, qui s'appuient sur le nombre de récidives pour justifier la coordination des parcours de soins et la collaboration étroite entre les services de santé, les services de réinsertion et l'ensemble des services sociaux.

Le terme même de privation de liberté implique, pour les personnes concernées, une révision des modes de vie et donc de l'intimité, de l'autonomie, de la sécurité et de la vie relationnelle. Ce constat, renforcé par un argumentaire sur les droits humains et par des enquêtes ethno-anthropologiques sur la vie en détention, alimente la réflexion sur les modes de punition des conduites délictueuses dénoncées par nos sociétés. La dégradation des états de santé et la majoration des pathologies n'entrent pas dans la catégorie des sanctions. À ce titre, toute observation en ce sens est une mise en garde contre un transfert de peines qui serait en complète opposition avec l'esprit des actions édictées depuis plusieurs décennies pour la santé des personnes placées sous main de justice. ●

Quelles populations ? Quels états de santé ?

Il y a en France plus de 240 000 personnes placées sous main de justice, confiées aux services de la justice, dont 70 000 sont en détention. Les personnes incarcérées ont un état de santé fragilisé et de fréquents troubles mentaux et comportements à risque.

Les personnes sous main de justice : caractéristiques sociales, pénales et évolution

Au 1^{er} janvier 2018, 243 504 personnes sont sous le contrôle de l'administration pénitentiaire pour exécuter leur peine. À cela s'ajoutent des personnes en contrôle judiciaire suivies par des associations sans que l'on en connaisse le nombre exact. Ainsi, une partie des personnes sous contrôle pénal relève de l'administration pénitentiaire. Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) assurent le suivi de 163 719 personnes qui effectuent notamment un sursis avec mise à l'épreuve, un travail d'intérêt général ou une libération conditionnelle. Dans les 185 établissements pénitentiaires, 79 785 personnes sont écrouées dont 68 974 sont détenues. Ainsi, certaines personnes sont écrouées mais ne sont pas détenues : 9 907 sont sous surveillance électronique et 315 accomplissent une mesure de placement à l'extérieur (en hébergement associatif).

Dans cet article, nous retracerons l'évolution de la population en détention ainsi que celle suivie par les SPIP, en flux et en « stock », et nous présenterons les principales caractéristiques sociales et pénales. Les données dont on dispose sont plus nombreuses sur la population en détention, c'est pourquoi nous en privilégions l'analyse.

Rappelons en liminaire que l'évolution de la population sous main de justice ne reflète pas l'évolution de la « délinquance » mesurée par les statistiques de la police ou de la gendarmerie, mais découle plutôt des politiques pénales. En effet, alors que l'évolution de la population sous main de justice est inscrite dans une tendance croissante, les faits constatés par la police ou la gendarmerie ne poursuivent pas la même tendance. En d'autres termes, si le nombre de personnes placées sous main de justice est aussi le résultat des délinquances enregistrées, cela implique qu'elles aient été constatées par la gendarmerie nationale et la police nationale et déferées à l'autorité judiciaire, qui aura décidé d'une mise en détention. C'est donc le résultat de ce que les sociologues appellent un processus de construction sociale.

Une tendance croissante des détenus depuis 2002

Au regard de la courbe présentée dans la figure 1, les effectifs de détenus sont dans une tendance croissante depuis 2002 et de façon continue depuis 2011. À cette date intervient le crime de Pornic¹, qui a connu

1. Meurtre d'une fillette par un récidiviste ayant fait l'objet de plusieurs condamnations. Cette affaire a posé la question de la récidive des criminels sexuels et celle de leur suivi judiciaire.

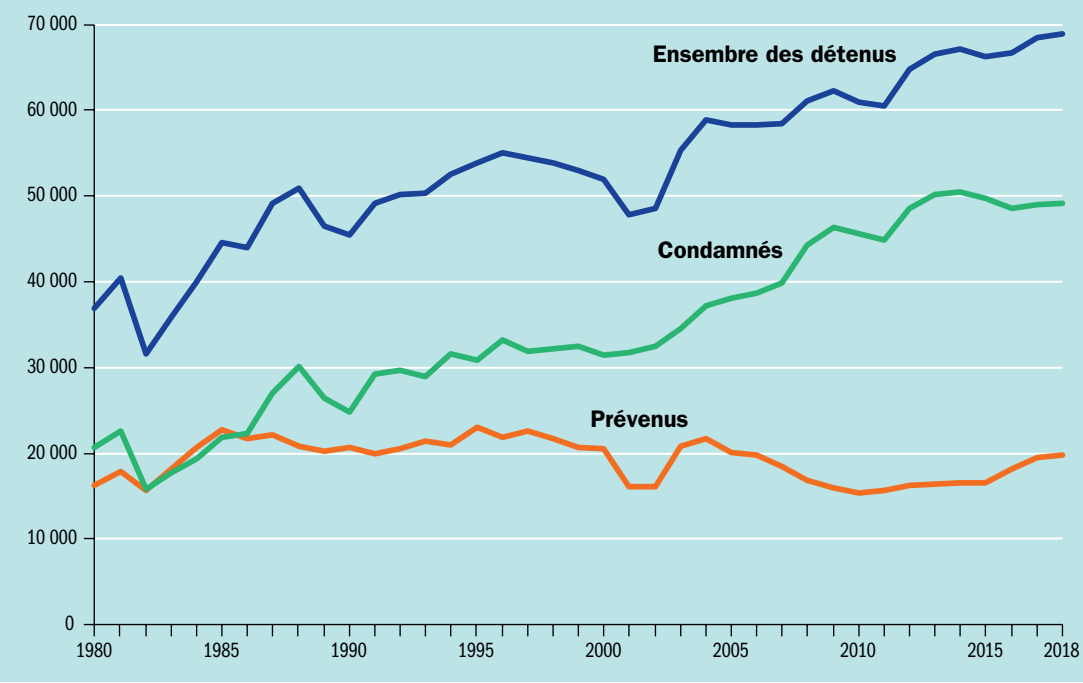
Annie Kensey

Cheffe du bureau des études et de la prospective (PMJ5), Direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice, chercheuse associée au Cesdip (Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales)



figure 1

Évolution du nombre de détenus selon la catégorie pénale au 1^{er} janvier de chaque année, de 1980 à 2018



un grand retentissement médiatique, et ce contexte particulier peut expliquer la hausse importante des effectifs jusqu'en 2014. Après une légère baisse liée sans doute à la réforme pénale d'août 2014 relative à l'individualisation des peines, une nouvelle croissance pourrait trouver des éléments d'explications dans le contexte très spécifique des attentats terroristes successifs sur le territoire national depuis janvier 2015.

En résumé, le nombre de détenus passe de 49 594 en 2002, point le plus bas de la période récente, à 60 544 en 2011 et 68 974 au 1^{er} janvier 2018, soit 14 % au cours des sept dernières années. Le nombre d'entrées en détention passe de 71 614 en 2014 à 74 749 en 2017 et la durée moyenne de détention est plutôt stable, autour de onze mois. C'est donc un recours accru à l'incarcération qui fait croître le nombre de détenus à une date donnée. Parallèlement, 21 210 personnes en 2017 ont été placées sous écrou mais hors de la détention (en placement sous surveillance électronique [PSE] ou en placement extérieur [PE]).

Le nombre de personnes en détention provisoire tend à augmenter depuis 2011

Les trois quarts des entrées en prison se produisent dans le cadre de la détention provisoire, soit avant jugement, que ce soit dans le cadre d'une procédure

rapide (comparution immédiate) ou dans celui d'une information. Une personne est considérée comme prévenue soit dans le cadre d'une procédure de comparution immédiate (1 prévenu sur 10 au 1^{er} janvier 2018), soit dans le cadre d'une procédure classique (8 prévenus sur 10), l'instruction de son dossier pouvant être en cours ou terminée, dans le cadre d'un appel ou d'un pourvoi (1 prévenu sur 10). Au 1^{er} janvier 2018, 19 815 personnes étaient en attente de jugement, soit près de 29 % des détenus. Cette proportion, qui a considérablement diminué depuis le milieu des années 1980, reprend une croissance remarquable.

La densité carcérale

La densité carcérale, exprimée par le rapport entre le nombre de détenus et le nombre de places disponibles, s'établit à 115 au 1^{er} janvier 2018 pour l'ensemble des établissements, mais à 137 pour les maisons d'arrêt ou quartiers de maisons d'arrêt. Parmi les 47 719 détenus incarcérés dans ce type d'établissement, 40 450, soit 70 %, se trouvent dans des structures où la densité est supérieure ou égale à 120.

En fait, depuis 1990, les places de détention ont toujours été inférieures au nombre de détenus. Bien que ces places augmentent, la population de détenus croît plus vite : on compte 59 765 places au 1^{er} janvier 2018 contre 49 294 au 1^{er} janvier 2000.

Détenus pour vols et stupéfiants : 40 % des infractions principales recensées

La répartition des personnes détenues selon la nature de l'infraction principale, pour laquelle elles ont été incarcérées, indique que le contentieux le plus élevé concerne les détenus pour vols de toutes sortes (y compris les vols criminels) : 22 % en 2018. Viennent ensuite les détenus pour infractions à la législation sur les stupéfiants : 18,5 %. La proportion de personnes détenues pour violences volontaires contre les personnes, dont l'augmentation avait déjà été mise en évidence, poursuit sa progression (11 % en 2009 et 14 % en 2018). Notons l'extension répétée des circonstances aggravantes dans ce contentieux depuis le Code pénal de 1994, faisant passer certains cas de la catégorie des contraventions de cinquième classe à celle des délits, notamment dans les cas de violences conjugales. Le nombre de détenus pour homicide volontaire est stable, autour de 8 %.

La proportion de détenus pour viols et agressions sexuelles, dont l'augmentation avait été importante (jusqu'à 25 % en 2001), diminue depuis. Ils représentaient 10 % des détenus en 2018. La baisse s'observe plutôt pour le contentieux « viol, agression et atteinte sexuelles sur mineur ». Cette baisse est liée aux mouvements de correctionnalisation judiciaire des viols, le nombre de personnes mises en cause au stade policier variant relativement peu.

Le contentieux routier est en augmentation et concerne 8 % (5,4 % en 2014). Pour la moitié d'entre eux, la conduite en état alcoolique en est la cause.

En ce qui concerne les durées de peine, 46 % des détenus exécutent une peine de moins d'un an (25 % en 2000) et 21 % une peine de cinq ans et plus (42 % en 2000). On remarque donc un afflux des courtes

peines, bien qu'en termes d'effectif les condamnés à une peine de cinq ans et plus soient toujours aussi nombreux (autour de 13 000).

Quelles sont les principales caractéristiques sociales des détenus ?

La connaissance des caractéristiques sociales des détenus repose sur des données peu explorées, ce qui indique que leur recueil lors de la saisie à l'écrou ne fait sans doute pas l'objet de toutes les attentions. Plusieurs variables comportent de nombreuses données manquantes. Cependant elles donnent tout de même des renseignements intéressants. En 2017, seuls 10 % se déclarent mariés ou pacsés et 19 % vivent en couple à l'entrée en détention. Les 71 % restant se déclarent sans conjoint.

Pour 35 % des nouveaux écroués en 2017, le fait qu'ils aient ou non des enfants n'est pas connu et 25 % déclarent ne pas en avoir. Ainsi, ils sont 40 % à déclarer être parent et le nombre de leurs enfants va de 1 à 28. Parmi ceux qui déclarent au moins un enfant, la moyenne est de 2,2. Au total au moins 65 813 enfants auraient connu l'incarcération d'un de leurs parents en 2017.

En 2017, la situation au regard de l'emploi, déclarée lors de l'écrou, indique que seuls 35 % des personnes écrouées ont un emploi ; 31 % se déclarent sans emploi et 34 % ne déclarent aucune situation. La même année, le niveau d'instruction est connu pour 71 % des nouveaux détenus. Une grande partie des personnes (57 %) ont au plus un niveau secondaire (lycée) et 15 % déclarent un niveau bac ou supérieur.

En 2018, la proportion de détenus de nationalité étrangère s'établit à 22,3 %, proportion de nouveau en

Les différents statuts des personnes sous main de justice

Les personnes non écrouées sous le contrôle des services pénitentiaires d'insertion et de probation

Les personnes placées sous main de justice, prévenues ou condamnées non écrouées, suivies en milieu ouvert par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) font l'objet de différentes mesures, qui peuvent être prononcées à tous les stades de la procédure judiciaire :

- lors des poursuites : composition pénale (stages de citoyenneté, travail non rémunéré) ;
- en phase présentencielle : contrôle judiciaire, assignation à résidence sous surveillance électronique

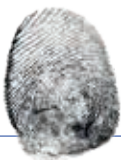
(Arse) ou assignation à résidence sous surveillance électronique mobile (Arsem) ;

- au prononcé de la condamnation (postsentenciel) : travail d'intérêt général (TIG) à titre de peine principale, sursis assorti de l'obligation d'accomplir un TIG, ajournement avec mise à l'épreuve, sursis avec mise à l'épreuve (SME)... 97 % des mesures suivies par les SPIP en milieu ouvert sont des mesures de nature postsentencielles.

Les personnes écrouées

L'écrou est l'acte juridique constatant qu'une personne est placée dans un établissement pénitentiaire sur

la base d'un titre de détention délivré par l'autorité judiciaire. Cet acte juridique de l'écrou recouvre cependant plusieurs réalités. En effet, une personne écrouée peut occuper une place de détention ou être hébergée hors les murs de la prison (à son domicile, en foyer ou dans un autre hébergement) lorsque sa peine a été aménagée en placement sous surveillance électronique (PSE) ou en placement à l'extérieur (PE). Parmi les personnes écrouées, les personnes « détenues » sont celles qui occupent une place dans un établissement pénitentiaire. ●



augmentation après une baisse importante au cours des années 1990. Parmi les personnes de nationalité étrangère, les plus nombreux sont les Algériens (14 %) et les Marocains (13 %), mais leur représentation est en baisse très nette par rapport à 1995. En revanche, le poids des originaires d'Europe est grandissant (37 % contre 20 % en 1995), avec notamment les Roumains.

Bien que l'on ait observé un vieillissement au cours des vingt-cinq dernières années, les personnes détenues constituent toujours une population jeune et quasiment une personne sur deux n'a pas 30 ans à la sortie de prison en 2017. Il s'agit à 95 % d'hommes. Les personnes sortent le plus souvent après un court séjour en prison : en 2017, 57 % sont restés moins de six mois et 77 % moins

Les aménagements de peine et la libération sous contrainte

Les aménagements de peine sont des mesures d'individualisation des peines d'emprisonnement qui, en assurant les conditions d'un projet d'insertion ou de réinsertion ainsi que le contrôle des obligations fixées à la personne, concourent activement à la lutte contre la récidive.

La libération conditionnelle

Elle permet la mise, ou le maintien, en liberté d'une personne condamnée qui manifeste des efforts sérieux de réadaptation sociale avant la date d'expiration normale de sa peine d'emprisonnement ou de réclusion. Cet aménagement de peine d'emprisonnement s'effectue sous condition de respecter, pendant un délai d'épreuve, les obligations qui lui sont fixées par le magistrat. Au terme de ce délai d'épreuve et en l'absence d'incident, la personne condamnée est considérée comme ayant exécuté l'intégralité de sa peine.

Le placement à l'extérieur (avec ou sans surveillance de l'administration pénitentiaire)

Le placement à l'extérieur sous surveillance de l'administration pénitentiaire a pour objet de permettre à la personne condamnée d'exécuter à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire un travail pour le compte d'une administration, d'une collectivité publique ou d'une personne physique ou morale.

Le placement à l'extérieur sans surveillance a pour objet de lui permettre d'exercer des activités en dehors de l'établissement pénitentiaire (suivre un enseignement, un stage ou une

formation professionnelle, exercer un emploi, suivre un traitement médical, participer à la vie familiale ou s'impliquer dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir la récidive) sous le contrôle de l'administration. La personne condamnée peut, le cas échéant, être prise en charge par une association conventionnée avec l'administration pénitentiaire. L'activité terminée, la personne placée doit se rendre soit dans les locaux de l'association qui l'encadre et l'héberge, soit à l'établissement pénitentiaire.

La semi-liberté

Elle permet à la personne condamnée de demeurer hors de l'établissement pénitentiaire durant le temps nécessaire lui permettant de se consacrer à l'une des activités suivantes : exercice d'une activité professionnelle, suivi d'un enseignement ou d'une formation professionnelle, participation à un stage ou exercice d'un emploi temporaire en vue de son insertion sociale, suivi d'un traitement médical, participation à sa vie de famille ou implication dans tout autre projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion de nature à prévenir la récidive. La personne condamnée admise au bénéfice de la semi-liberté doit rejoindre l'établissement pénitentiaire selon les modalités déterminées par le juge de l'application des peines. Elle doit également y demeurer pendant les jours où l'activité se trouve interrompue.

Le placement sous surveillance électronique

Le placement sous surveillance électronique (PSE) comporte, pour une

personne condamnée, l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge en dehors des périodes fixées par celui-ci pour lui permettre d'exercer ou de rechercher une activité professionnelle, un enseignement ou une formation, suivre un traitement médical, participer à la vie de la famille ou s'impliquer durablement dans tout projet caractérisé d'insertion ou de réinsertion. La personne condamnée porte à la cheville un « bracelet électronique » comportant un émetteur qui transmet des signaux fréquents à un récepteur, lequel est placé dans le lieu d'assignation. Si la personne quitte le lieu d'assignation en dehors des heures fixées, l'administration pénitentiaire est aussitôt avertie par une alarme à distance et en informe les autorités judiciaires, qui décident des suites à donner (réincarcération éventuelle).

La libération sous contrainte (LSC)

Il s'agit d'une mesure qui permet à la personne détenue de finir sa peine en dehors de l'établissement pénitentiaire dans le cadre d'une mesure de placement sous surveillance électronique, placement à l'extérieur, semi-liberté ou libération conditionnelle. La personne concernée est soumise à des obligations fixées par le juge de l'application des peines en fonction de sa situation. Cette mesure est destinée à permettre une sortie anticipée, encadrée et accompagnée, de personnes qui ne sont pas en mesure de construire un projet d'aménagement de peine. ●

d'un an. À l'inverse, 2 % ont séjourné plus de cinq ans en prison. Seuls 30 % déclarent un logement personnel à l'entrée en 2017, les autres étant hébergés chez des amis, par la famille ou en hébergement collectif (38 %). Nombre d'entre eux ne renseignent pas leur situation de logement (31 %) et 6 % déclarent être sans domicile.

La situation des femmes détenues

Le rapport numérique égalitaire entre les hommes et les femmes dans la société « libre » met en relief le décalage observé dans la population étudiée. Il existe une différence très nette de représentation entre hommes et femmes en prison. Le taux de féminité (part des femmes dans la population totale sous écrou) s'établissait à 3,7 % de l'ensemble des personnes incarcérées en 2016. Cette proportion est en légère augmentation mais la recherche d'une « parité homme/femme » en prison serait pour le moins paradoxale et la différence des sexes reste dans le domaine à réinterpréter.

Les femmes en prison n'ont pas toujours été si peu nombreuses. De 1946 à 1980, la proportion de femmes incarcérées a de façon générale diminué fortement et régulièrement ; de 18,2 % en 1946, elle décroît progressivement pour atteindre 2,5 % en 1976, minimum absolu sur une période de plus de trente ans. Il convient de souligner que, de 1946 à 1968, l'évolution est en partie tributaire de circonstances politiques : faits de collaboration liés à la Seconde Guerre mondiale, événements d'Algérie. De plus, la baisse constatée chez les femmes est « liée à l'égalisation des statuts des individus des deux sexes, qui a eu entre autres comme conséquence une moindre répression à l'égard des femmes en matière de délits "sexuels" (avortement, adultère, racolage), ou plus généralement en matière de mœurs. » [24]

Aujourd'hui les infractions principales relevées pour les femmes sont les homicides (21 % d'entre elles sont incarcérées pour ce motif), les stupéfiants (19 %) et

les vols. La gravité plus prononcée de ces infractions, comparée avec celles de l'ensemble, donc surtout des hommes, tient au fait que, les femmes étant peu condamnées à la prison, elles ne le sont principalement que pour des infractions graves.

En conclusion

Dans ces lignes, les données du milieu ouvert ont été peu abordées. La série du nombre de personnes suivies en milieu ouvert a fait l'objet d'une rupture statistique. Il n'est pas possible de voir des tendances mais plutôt une stagnation autour de 160 000 personnes ces trois dernières années, ce qui est loin d'être négligeable. Les profils des personnes suivies sont différents, avec un peu plus de femmes représentées (6,5 %), des personnes plus âgées (moyenne d'âge de 36 ans) et 6 % d'étrangers seulement.

Enfin, sans trop d'originalité, la situation actuelle se caractérise par au moins trois traits : la sévérité renforcée depuis 2007 de la législation pénale (notamment les lois sur la récidive), la sévérité des juges à l'origine de l'augmentation des peines et conséquemment le faible recours aux aménagements de peine qui permettent une libération anticipée. Dans ce contexte, rien d'étonnant au constat d'une inflation carcérale et d'une surpopulation chronique.

Les politiques législatives impactant le *quantum* des peines restent celles qui ont le plus d'incidence sur les effectifs, notamment sur les courtes peines aujourd'hui. L'arrivée et le développement de mesures d'aménagement de peine supplémentaires offrent à la justice un panel de peines plus large et plus adapté à certaines infractions, permettant ainsi une possibilité de sanction pour des situations où la détention semblait auparavant démesurée. Encore faut-il veiller à ce que la multiplication des sanctions n'entraîne pas l'élargissement du filet pénal. ●

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

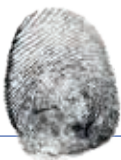
État de santé des personnes sous main de justice

La population carcérale se caractérise par une sur-représentation des catégories sociales les moins favorisées, avec un cumul fréquent, en amont de l'incarcération, de difficultés socio-économiques et de santé. À l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé avec une prévalence importante de troubles mentaux et de comportements à risque. Ces difficultés préalables à l'incarcération peuvent être majorées par des conditions de détention (surpopulation, confinement ou insalubrité). Des pathologies psychiatriques peuvent aussi être révélées par le stress de la détention chez des individus présentant un terrain vulnérable. L'état de santé de la population carcérale est jugé préoccupant et nécessite

un suivi et une prise en charge qui devraient être élargis au-delà de l'incarcération. En effet, la mortalité des ex-détenus dans les cinq ans suivant la libération est 3,6 fois supérieure à celle de la population générale française [11], et cette surmortalité serait plus importante que la surmortalité observée chez les personnes détenues (respectivement 1,2 et 2,0 fois supérieure à la mortalité en population générale chez les hommes et les femmes) [4].

La prise en charge sanitaire des personnes détenues s'est grandement améliorée depuis son transfert en 1994 au ministère en charge de la santé. Cependant, leurs besoins demeurent conséquents et le vieillissement progressif de la population carcérale, couplé à

Christine Chan-Chee
Charlotte Verdot
Santé publique
France



un mode de vie marqué par le tabagisme, des habitudes alimentaires peu saines et l'inactivité, laisse présager une augmentation des pathologies chroniques et de la dépendance dans les prochaines années.

Bien que ces difficultés soient largement reconnues en France (comme dans l'ensemble des pays occidentaux), il existe peu de données sur la santé des personnes détenues. Dans le cadre du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice », l'Institut de veille sanitaire (InVS, devenu Santé publique France) a réalisé en 2012 un état des lieux des connaissances épidémiologiques relatives à la santé des personnes détenues en France et à l'étranger [17]. En France, la majorité des données sur l'état de santé des personnes incarcérées sont issues d'études infrarégionales ou locales réalisées au sein d'établissements pénitentiaires ciblés. Les données nationales représentatives de la population carcérale sont beaucoup plus rares. Les quelques connaissances épidémiologiques disponibles sont issues de quatre études nationales réalisées il y a maintenant plusieurs années :

- l'enquête de la Drees sur la santé des personnes entrant en maisons d'arrêt, réalisée en 1999 et reconduite en 2003 [26];
- l'enquête « HID-prisons » réalisée en 2001 par l'Insee et l'Ined sur le handicap, les incapacités et la dépendance [10];
- l'enquête réalisée en 2004 sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral [13];
- l'enquête Prévacar réalisée en 2010 par l'InVS sur la prévalence du VIH, du VHC (virus de l'hépatite C) et des traitements de substitution aux opiacés [6].

Ces études ne couvrent pas l'ensemble des thématiques de santé et souffrent d'un manque d'actualisation notable. Elles permettent toutefois de dresser un bilan de l'état de santé de la population carcérale française sur des pathologies fréquentes en prison. Le présent article reprend certaines données de cette précédente revue, avec une actualisation par quelques études plus récentes mais localisées.

Santé des personnes entrant en prison

Bien que 80 % des personnes entrant en prison en 2003 aient été considérées en bon état de santé général, l'enquête de la Drees [26] a mis en évidence l'importance des soins médicaux à initier ou à poursuivre en détention.

En 2003, plus de la moitié des arrivants en détention avaient besoin de soins bucco-dentaires, 6 % déclaraient souffrir de problèmes de santé nécessitant une prise en charge médico-sociale et ils étaient nombreux à déclarer des traitements en cours témoignant de la présence de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles. En matière de santé mentale, 9 % des personnes entrant en détention signalaient avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie

et 6 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide (TS) dans les douze mois précédant l'incarcération. Ils étaient par ailleurs 15 % à déclarer un traitement psychotrope en cours. Les comportements à risque étaient également surreprésentés dans cette population puisque 78 % déclaraient fumer quotidiennement, 31 % rapportaient une consommation excessive d'alcool, 33 % une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération et 11 % une polytoxicomanie.

Ainsi, à l'issue de la consultation médicale d'entrée, 24 % des entrants étaient orientés vers une consultation spécialisée, notamment en gynécologie et en psychiatrie. De plus, une orientation vers une consultation en alcoologie ou en psychiatrie en relation avec la toxicomanie concernait chacune 6 % des entrants.

Douze ans plus tard, le dispositif d'observation de la santé des détenus entrant dans les établissements pénitentiaires de l'ex-région Picardie dresse le même constat. Bien que ces données ne soient représentatives que d'une région pénitentiaire, elles témoignent d'une situation comparable à celle de 2003. Dans cette région, en 2015, bien que 9 entrants sur 10 étaient considérés en bonne santé générale, 61 % nécessitaient des soins dentaires, plus d'un tiers déclaraient au moins une pathologie somatique chronique, 85 % déclaraient consommer au moins une substance de façon excessive (tabac, alcool ou drogue), 25 % déclaraient avoir eu un suivi psychiatrique antérieur et 17 % un traitement psychiatrique en cours. Suite à la visite d'entrée, 49 % se sont vu prescrire au moins une consultation avec un spécialiste, dont 26 % en psychiatrie [29].

Ce dispositif d'observation est en cours d'extension dans quelques régions. Si le recueil des données sur la santé des personnes entrant en prison est utile pour définir les caractéristiques de cette population et orienter les besoins, la connaissance de la santé de la population durant la détention est tout aussi primordiale afin d'évaluer son évolution au cours de la détention.

Santé mentale

La seule étude nationale sur la santé mentale de la population carcérale française a été réalisée en 2004 [13]. Elle a mis en évidence l'importance des antécédents psychiatriques des personnes incarcérées et les prévalences élevées des principaux troubles psychiatriques. Ainsi, les prévalences étaient de 28 % pour les troubles de l'humeur (dont 24 % pour la dépression), 29 % pour les troubles anxieux (18 % pour l'anxiété généralisée), 19 % pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues et 17 % pour les troubles psychotiques (6 % pour la schizophrénie). Au total 36 % des personnes incarcérées présentaient au moins un trouble psychiatrique suffisamment sévère pour être considérées comme « manifestement ou gravement malades ou parmi les plus malades ».

Treize ans plus tard, une étude sur la santé mentale des personnes entrant en prison dans les maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais a montré des niveaux de prévalence proches de l'étude nationale de 2004. La dépression, l'anxiété généralisée, la dépendance alcoolique et la dépendance aux drogues touchaient chacune environ une personne sur quatre, et 7 % de la population avaient des symptômes d'allure psychotique. Ainsi, 7 personnes sur 10 présentaient au moins un trouble et 45 % au moins deux troubles [31].

En Guyane, une étude a été menée en 2013 sur la santé mentale des personnes entrant en prison, utilisant le même questionnaire que les deux enquêtes précédemment citées. Au total, 72 % des personnes présentaient au moins un trouble. Les diagnostics les plus fréquents étaient : personnalité antisociale (35 %), addiction aux substances illicites (33 %), anxiété généralisée (26 %), addiction à l'alcool (18 %), stress post-traumatique (15 %) et dépression (14 %). Là aussi, les comorbidités étaient fréquentes, avec 20 % des personnes présentant au moins trois troubles [27].

Enfin, plusieurs études montrent que la prescription des traitements psychotropes en milieu pénitentiaire est élevée : elle concerne environ un détenu sur deux.

Suicide et tentatives de suicide

Les passages à l'acte sont surreprésentés en prison, témoignant des difficultés vécues par les personnes détenues et reflétant les manifestations anxieuses et dépressives liées à l'incarcération.

Dans l'étude de 2004, un risque suicidaire moyen ou élevé a été retrouvé chez 22 % des détenus, et 5 % des détenus ont rapporté une tentative de suicide dans le mois précédant l'entretien. Le travail pendant l'incarcération serait un facteur protecteur des conduites suicidaires, tandis que les événements traumatisants dans l'enfance et les mesures disciplinaires pendant l'incarcération en seraient des facteurs de risque.

Dans une étude plus récente, menée à la maison d'arrêt de Gradignan (Gironde), 10 % des hommes détenus ont rapporté une tentative de suicide au cours de l'incarcération. Prenant en compte la durée de l'incarcération, l'incidence des tentatives de suicide était estimée à 13,4 pour 100 personnes-années, avec comme facteurs de risque le fait d'être victime de violence physique ou sexuelle au cours des douze derniers mois, de présenter une symptomatologie dépressive ou anxieuse, et d'avoir un état de santé médiocre depuis l'incarcération [12].

Suite aux différentes mesures de prévention mises en place, l'évolution de la mortalité par suicide était globalement à la baisse entre 2000 et 2010, avec une diminution de 2 % par an. Malgré tout, durant cette période, le taux moyen de mortalité par suicide chez les hommes (19 pour 10 000) était sept fois supérieur à celui de la population générale, et, chez les femmes, ce taux était de 18 pour 10 000, soit plus de vingt fois plus important qu'en population générale [4].

Maladies infectieuses

L'étude Prévacar [6] a estimé la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population carcérale à 2 % (2,6 % chez les femmes et 2,0 % chez les hommes) et celle de l'hépatite C à 4,8 % (11,8 % chez les femmes et 4,5 % chez les hommes). Ces prévalences sont six fois plus importantes qu'en population générale.

La prison est également un milieu à risque pour la tuberculose, même si les cas déclarés en prison représentaient seulement 1,4 % de tous les cas déclarés en France en 2013 et demeuraient stables ces dernières années. Une étude réalisée en 2005-2006 a relevé une prévalence de 107 cas pour 100 000 détenus dans les maisons d'arrêt d'Île-de-France, représentant près de cinq fois celle de la population générale.

Concernant les autres infections sexuellement transmissibles, il n'existe que peu d'études épidémiologiques en milieu carcéral en France. Une étude réalisée en 2015 dans une maison d'arrêt du Nord-Pas-de-Calais a montré une prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis* estimée à plus de 8 %.

Handicap et incapacités

L'enquête HID-prison, menée par l'Insee et l'Ined en 2001 [10], a mis en évidence la surreprésentation du handicap et de certaines incapacités en détention par rapport au milieu libre. La proportion de personnes présentant au moins une incapacité était trois fois plus élevée en prison qu'en population générale. Le cumul des difficultés était de même beaucoup plus fréquent en détention qu'à l'extérieur. À âge comparable, 60 % des détenus déclaraient avoir des difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales dans leur vie quotidienne, contre 24 % en milieu libre. De même, 29 % témoignaient d'une certaine limitation dans leurs activités en raison d'un problème de santé, contre seulement 5 % en population générale. Bien que cet écart d'avec le milieu libre soit déjà présent au moment de l'incarcération, cette étude révèle aussi qu'il s'accroît au cours de la détention. En 2001, près de 4 000 personnes détenues avaient besoin d'une aide humaine ou matérielle pour les assister dans leur vie quotidienne, et l'on peut supposer que ce chiffre connaît une évolution croissante compte tenu du vieillissement de la population carcérale.

Maladies chroniques et autres pathologies

Il n'existe pas d'étude nationale concernant la prévalence des maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, asthme, bronchopneumopathie obstructive, cancer) au sein de la population carcérale française. Il existe quelques études locales, qui ne permettent pas en l'état de produire des conclusions robustes, mais qui mettent en évidence l'existence de besoins en la matière. Les prévalences des maladies chroniques varient selon les études et selon les pathologies, sans être toutefois systématiquement supérieures à celles de la population générale.



Concernant les autres thématiques de santé, telles que les traumatismes et les problèmes ostéo-articulaires, dermatologiques, digestifs et bucco-dentaires, les quelques données disponibles sont rares et peu conclusives, reflétant davantage les préoccupations des professionnels quant à la présence et la prise en charge de ces pathologies en détention.

Conclusion

Les constats effectués quant à la prévalence élevée de nombreux troubles et pathologies en prison témoignent d'une situation comparable à l'ensemble des institutions pénitentiaires des pays occidentaux. Les études disponibles en France permettent certes de disposer de quelques informations sur les principales pathologies relevées en détention, mais elles sont en nombre insuffisant et commencent à dater. Par ailleurs, aucune donnée n'est actuellement disponible sur l'état de santé

de certains groupes de la population incarcérée, tels que les femmes, les mineurs, les personnes âgées ou en situation de perte d'autonomie, et de manière plus large, sur les autres personnes placées sous main de justice en milieu ouvert.

Face à l'ensemble de ces constats et selon les préconisations de l'Organisation mondiale de la santé, la mise en place d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues paraît nécessaire pour caractériser les besoins de santé de cette population et leur évolution dans le temps, et orienter en conséquence le dispositif de prise en charge. Cet état des lieux témoigne aussi de la nécessité de prendre en considération les besoins de soins en milieu pénitentiaire. L'organisation des soins en détention reste un défi, car les contraintes organisationnelles et sécuritaires des établissements pénitentiaires rendent souvent difficile l'accès aux soins des patients qui présentent des pathologies parfois sévères. ●

Les dispositifs de prise en charge

Des dispositifs ont été mis en place pour assurer le suivi des questions de santé en respectant la dignité du patient et la confidentialité des soins. Toutefois ces principes doivent composer avec les conditions actuelles de détention.

Les dispositifs de prise en charge des personnes placées sous main de justice

Les personnes détenues prises en charge par un dispositif de soins durant leur incarcération bénéficient de toutes les garanties prévues par la réglementation pour préserver leurs droits en tant que patients (notamment l'information sur leur état

de santé, le consentement et le refus de soin, la désignation d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées) et garantir le secret médical.

Les principes exposés dans cet article concernent toute personne placée sous main de justice et se trouvant

Caroline Frizon
Virginie Bonfils
Chargées de mission organisation des soins aux personnes détenues, Direction générale de l'offre de soins, ministère des Solidarités et de la Santé

Contexte légal

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et son décret d'application n° 98-1099 du 8 décembre 1998 ont revu en profondeur l'organisation des soins en faveur des personnes incarcérées et transféré au service public hospitalier (SPH) pour leur prise en charge sanitaire. Depuis, le SPH s'emploie à leur garantir un accès à une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles de la population générale, tout en consolidant une

offre de soins spécifique et adaptée aux besoins. Ainsi, les soins en milieu pénitentiaire prennent pleinement en compte les évolutions du système de santé en population générale pour se décliner dans ce contexte carcéral.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé redéfinit la politique nationale de santé et tend à garantir le droit de chacun à la protection de sa santé. Plusieurs dispositions de la loi portent sur la santé en milieu pénitentiaire, notam-

ment concernant les repérages et dépistages à l'entrée en détention et la politique de réduction des risques et des dommages. La loi précise en outre que les personnes détenues bénéficient de certaines mesures protectrices des droits des patients, comme la mise en place du registre des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie assurant des soins sans consentement. ●



dans un établissement pénitentiaire, indifféremment de son sexe, de son âge, ou de son statut pénal. Toutefois, si les dispositifs de prise en charge développés ci-après sont effectivement communs aux personnes majeures et mineures, certaines adaptations peuvent être prévues sur la base d'éléments objectifs (comme la loi ou la situation clinique). Par ailleurs, les personnes placées sous main de justice faisant l'objet d'une mesure en milieu ouvert relèvent des dispositifs de droit commun.

Gouvernance et pilotage de la politique d'offre de soins en faveur des personnes détenues

L'organisation des soins en faveur des personnes détenues est portée par différents niveaux d'intervention (stratégiques et opérationnels).

Au niveau national

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé pilote l'organisation de l'offre et l'amélioration des dispositifs de soins. Elle intègre les exigences de parcours de santé et de soins, en tenant compte des contraintes liées à

l'environnement carcéral. Ses réflexions sont menées en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs institutionnels (au premier titre desquels le ministère de la Justice), les représentants des professionnels et des usagers. À ce titre, elle veille à la définition des besoins humains et financiers nécessaires.

Au niveau régional

Les agences régionales de santé (ARS) déclinent les politiques nationales et assurent l'offre de service. Ainsi, elles évaluent les besoins sanitaires des personnes détenues, définissent et régulent l'offre de soins et de prévention en milieu pénitentiaire.

Au niveau local

Conformément aux dispositions des articles R. 6111-32 et R. 6111-33 du Code de la santé publique (CSP), cette offre de soins et l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont proposées par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), directement implantées au sein des établissements pénitentiaires. Tout établissement pénitentiaire est lié

Témoignage d'un cadre infirmier : une nécessité d'adaptation permanente

Au sein des dispositifs de soins en milieu carcéral, la place de l'infirmier est prépondérante et centrale. Ses missions recouvrent la prise en charge des patients hommes, femmes et mineur(e)s souffrant de troubles somatiques, psychiatriques et/ou addictologiques, dès leur arrivée en détention et jusqu'à leur sortie.

L'infirmier assure tous types de soins infirmiers, particulièrement en matière de prévention et d'éducation thérapeutique. Il maîtrise nécessairement l'ensemble des soins infirmiers pour pouvoir gérer toutes les situations de soins. Il œuvre pour le meilleur état de santé possible (principe de bienfaisance) en respectant la dignité et le consentement libre et éclairé de la personne (principe d'autonomie), tout en assurant la confidentialité de la relation soignant/soigné (relation de confiance). Ainsi, l'enjeu majeur est de toujours appréhender les personnes en tant que patient, en gardant un positionnement juste avec l'ensemble des partenaires.

Pourtant, au quotidien, la cohabitation reste un point fragile et épineux qui peut mettre « à mal » les grands principes de l'éthique médicale. Exercer le métier d'infirmier auprès de personnes détenues impose une compréhension et une clarification des logiques sanitaire, judiciaire et pénitentiaire.

L'équipe soignante ignore « théoriquement » pour l'essentiel le statut judiciaire du patient détenu, sauf les soignants travaillant en SMPR (service médico-psychologique régional) et en UHSA, qui, pour assurer une meilleure prise en charge, ont connaissance d'éléments du dossier pénal. Inversement, les logiques judiciaire et pénitentiaire sont étrangères à la démarche de soins et ne peuvent interférer dans son déroulement. Pourtant, en pratique, ce principe fondamental est constamment mis à l'épreuve, généralement non pas du fait de la volonté des acteurs mais du fait de la structure, des contraintes et/ou de la méconnaissance des missions de chacun.

Dans l'ensemble des différents dispositifs, l'infirmier prend en charge des patients détenus soumis à une surveillance d'agents de l'administration pénitentiaire et, dans ce contexte, le consentement du patient, le secret professionnel, l'intimité et la confidentialité des soins sont constamment mis à l'épreuve. L'univers carcéral efface la prépondérance des soins et érige la sécurité comme priorité, ce qui change profondément l'approche du soin. Aussi tout l'enjeu de la responsabilité infirmière se trouve dans sa possibilité de donner à la personne détenue l'opportunité de s'inscrire dans une relation

Sandrine Dray
Cadre supérieur de santé de Pôle hospitalier, Assistance publique des hôpitaux de Marseille

à un établissement hospitalier. Ces USMP constituent des services déportés de ces établissements hospitaliers. Leurs modalités d'intervention et celles du personnel de l'USMP sont précisées par un protocole signé par les différents partenaires concernés¹. Si l'établissement de rattachement de l'USMP n'a pas d'activité de psychiatrie, l'intervention d'un établissement psychiatrique est déterminée par le directeur général de l'ARS².

Missions principales du service public hospitalier en faveur de la population incarcérée

Il doit être en mesure de :

- permettre l'accès à des soins de qualité équivalents à ceux offerts en population générale,
- assurer les repérages et dépistages des personnes,
- garantir la continuité des soins,
- garantir la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture de l'USMP,

1. Art. R. 6111-29 du CSP

2. Art. R. 6111-28 du CSP

- coordonner les actions de prévention (primaire/secondaire/tertiaire), en incluant l'éducation à la santé et la réduction des risques,
- contribuer à la prévention du suicide.

Organisation des soins à destination de la population incarcérée

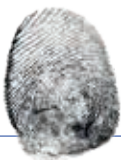
Ainsi, les établissements de santé dispensent les soins aux personnes détenues, en milieu pénitentiaire ou, au besoin, en milieu hospitalier³. En effet, dès lors qu'une personne détenue a besoin de soins qui ne peuvent être dispensés à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire au sein de l'USMP (du fait de l'urgence et/ou des spécificités techniques requises par la prise en charge), elle est transportée vers un établissement de santé ou vers des unités hospitalières accueillant exclusivement des personnes détenues. Ces dernières, bien qu'admissibles à l'hôpital, continuent de subir leur peine et la réglementation pénitentiaire leur demeure applicable.

3. Art. L. 6111-1 et suivants et art. L. 6112-1 du CSP

de soin. L'infirmier qui exerce au sein de ces différentes structures doit faire preuve de capacités d'adaptation, d'organisation, d'autonomie et de prise d'initiatives adaptées selon son champ de compétences, pour mener à bien l'ensemble des activités qui lui sont dévolues. Il doit être rigoureux dans le respect et l'application des règles pénitentiaires et toujours manifester un comportement adapté vis-à-vis des patients et des différents partenaires. Cet aspect, qui peut paraître contraignant, est assez bien appréhendé et assimilé par les équipes soignantes car il est quelque part un « garde-fou » pour leur sécurité. À l'inverse, en milieu hospitalier, les agents de l'administration pénitentiaire assurent leurs missions dans une structure qui ne réunit pas les éléments sécuritaires du contexte carcéral et qui accueille un public qui n'est pas placé sous main de justice.

Mes sept années d'expérience de cadre supérieur du pôle de psychiatrie, médecine, addictologie en détention et médecine légale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille m'ont permis d'avoir un regard nouveau sur les soins infirmiers auprès des personnes placées sous main de justice. Travailler dans un contexte pénitentiaire est difficile et complexe parce que cela mobilise des fonctions

souvent paradoxales : soins/contrôle, relation/discipline, empathie/sécurité, privation/liberté. Alors, forcément, être infirmier en milieu carcéral, c'est soigner en laissant de côté les préjugés, les certitudes et toutes formes de pouvoir qui enferment, en favorisant la communication et l'établissement du lien, qui restent des outils précieux du soin en détention et de son cortège. C'est avoir la capacité de laisser résonner les situations qui se présentent pour pouvoir les appréhender toutes, singulièrement. C'est être un acteur engagé dans une contrainte toute particulière où la privation (enferment pénal) et la liberté (éthique du soin) se côtoient et se heurtent sans cesse mais concourent à un même objectif : le respect des droits des personnes détenues. Finalement c'est mettre en jeu son expérience, ses connaissances théoriques médicales, juridiques et éthiques, ses valeurs et ses émotions, mais aussi sa créativité pour faire face à des situations complexes et développer des mesures alternatives. Pour cela, chaque acteur doit comprendre la nécessité d'établir une coopération étroite, dans le respect des attributions mutuelles et des droits de la personne détenue, avec un objectif commun : l'amélioration constante de la santé des personnes détenues. ●



L'organisation des soins repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, l'autre pour les soins psychiatriques. Chacun est décliné en trois niveaux de prise en charge. Certaines missions sont toutefois communes, notamment les actions d'éducation et de prévention et la continuité des soins à la sortie.

- Le niveau 1 est réalisé au sein des USMP (au nombre de 178) et regroupe des soins ambulatoires sous la forme de consultations, prestations et activités, y compris dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

- Le niveau 2 regroupe les soins nécessitant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement. En revanche, les soins psychiatriques sont réalisés principalement au sein des USMP porteuses de services médico-psychologiques régionaux (26 SMPR). Les USMP non dotées de SMPR sont aussi incitées à développer ces prises en charge.

- Le niveau 3 regroupe les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Les soins somatiques sont réalisés dans les établissements de santé (chambres sécurisées, unités hospitalières sécurisées interrégionales – UHSI – et établissement public de santé national de Fresnes – EPSNF). Quant aux soins psychiatriques, ils sont assurés par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Dispositifs d'hospitalisation

Les chambres sécurisées (environ 150 à ce jour) sont mobilisées en priorité pour l'accueil des personnes détenues en hospitalisation urgente ou programmée, mais de très courte durée (moins de 48 heures). Elles font l'objet d'aménagements spécifiques de sécurisation, précisés par un cahier des charges⁴. Une garde statique est assurée par les forces de l'ordre, dans un sas attenant à la chambre.

Huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) sont réparties sur le territoire et sur l'emprise foncière d'établissements hospitaliers. Il s'agit de structures hospitalières et non pénitentiaires. Elles bénéficient cependant d'une sécurité périmétrique assurée par l'administration pénitentiaire. Le nombre d'unités, les sites d'implantation et les secteurs géographiques de rattachement sont précisés par arrêté⁵. Les UHSI prennent en charge l'ensemble des hospitalisations somatiques des personnes détenues, hors hospitalisations relevant des chambres sécurisées.

L'établissement public de santé national de Fresnes est un établissement à vocation nationale, spécifiquement réservé à l'hospitalisation, hors urgence et hors psy-

chiatry, des personnes détenues sur orientation des USMP. Cet établissement est placé sous la double tutelle des ministères de la Justice (DAP, Direction de l'administration pénitentiaire) et de la Santé (DGOS). Il dispose de trois services d'hospitalisation (en médecine ; en soins de suite et de réadaptation polyvalent ; en soins de suite et de réadaptation spécialisé neurologie et appareil locomoteur), d'un service de consultations pluridisciplinaires et d'un service d'imagerie médicale. Les malades sont admis dans l'établissement après stabilisation de leur état de santé.

Neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sont en fonctionnement à ce jour (représentant 440 places) et correspondent à une première tranche de construction. Le programme complet prévoit dix-sept unités pour une capacité totale de 705 places. Elles ont été instituées par la loi du 9 septembre 2002⁶. Comme les UHSI, il s'agit de structures hospitalières n'accueillant que des personnes détenues nécessitant une prise en charge psychiatrique. En l'absence de possibilité d'hospitalisation au sein de l'UHSA de rattachement de l'établissement pénitentiaire, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un établissement de santé habilité⁷. Les UHSA accueillent des patients détenus en soins libres ou sans consentement.

Les soins sans consentement⁸ sont réalisés sous forme d'hospitalisation complète au sein des UHSA et des unités adaptées en établissement de santé mentale, voire en unités pour malades difficiles si les critères cliniques le justifient.

Aspects financiers

Le financement des soins délivrés aux personnes détenues en établissement repose sur des missions d'intérêt général (MIG) pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique en USMP et en UHSI, ainsi que sur une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) pour la psychiatrie. Ces allocations ont vocation à financer les surcoûts liés aux spécificités du milieu carcéral et viennent en complément de la tarification à l'acte.

D'autres sources de financement peuvent exister et venir soutenir des projets ciblés, comme les fonds d'intervention régionaux pour la promotion de la santé, les fonds Mildeca pour la réduction des risques... ●

4. Annexé à la circulaire interministérielle DAP/DHOS/DGPN/DGPN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé.

5. Arrêté du 24 août 2000 et note DAP/DGOS du 5 juillet 2013 (cf. annexe N « Carte UHSI »).

6. Loi n° 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice.

7. En vertu de l'article D. 398 du Code de procédure pénale.

8. Art. L. 3214-1 II du CSP.

Intimité, sexualité : une épreuve pour les jeunes en prison

Chaque année, les tribunaux pour enfants incarcèrent des jeunes de 13 à 18 ans (avec une moyenne autour de 16,5 ans). Il s'agit le plus souvent de garçons, des classes populaires, prévenus (en attente de jugement) ou condamnés pour des raisons diverses : vols, violences, agressions sexuelles ou viols¹. La recherche présentée ici porte sur ces jeunes, non sous un aspect pénal ou éducatif, mais à partir de la question de la sexualité, qui inclut également la vie affective et la sociabilité des jeunes, dans et hors de la prison. L'analyse repose sur une enquête qualitative menée en 2016-2017 dans cinq prisons de France métropolitaine (deux établissements pénitentiaires pour mineurs – dont un mixte – et trois maisons d'arrêt avec des quartiers mineurs – dont un au sein d'une maison d'arrêt de femmes)². Ces cinq prisons sont réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Les prisons, comme les personnes enquêtées, ont été anonymisées pour garantir la confidentialité des propos et des observations ; les entretiens ont été enregistrés. Des observations et des entretiens individuels ont été menés auprès de 72 jeunes incarcérés, âgés de 14 à 18 ans (dont 12 filles), tous volontaires pour participer à l'enquête. Parmi elles et eux, 9 sur 72 ont arrêté l'école avant la classe de 6^e, 39 ont poursuivi leur scolarité jusqu'à mi-parcours au collège et plus rarement jusqu'au baccalauréat. Ils sont issus majoritairement de milieux populaires et leurs parents disposent de faibles ressources économiques. Dans le même temps, des entretiens ont été menés avec 60 professionnels présents au quotidien avec les jeunes (surveillants, éducateurs, enseignants, professionnels de santé).

1. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_CC%202016.pdf

2. Cette enquête a été réalisée avec le soutien de la Direction générale de la santé, de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et de la Direction de l'administration pénitentiaire. Cet article est extrait du rapport *Sexualité, amour et normes de genre* [1].

La santé sexuelle, une préoccupation mineure en milieu carcéral

Au vu des propos des jeunes et de ceux des professionnels rencontrés, la santé sexuelle, entendue comme la prise en compte de la sexualité des jeunes et de son contexte (vie affective, rapports de genre, identité) n'est pas une dimension centrale de la prise en charge des mineurs détenus. En effet, aucun acteur n'a pour mission spécifique de faire de l'éducation à la sexualité en prison, hormis la mission générale d'éducation à la sexualité de l'Éducation nationale, inégalement mise en œuvre (en prison comme à l'extérieur de la prison). Certains établissements proposent toutefois (mais occasionnellement) des séances d'information et de discussion sur la sexualité, menées par des professionnels du quotidien carcéral (éducateurs, enseignants, personnels d'unité sanitaire) ou par des associations extérieures, qui parviennent parfois difficilement à s'adapter au contexte carcéral et n'agissent pas en lien avec les acteurs éducatifs de la prison. Pourtant la question de la sexualité, et plus largement de la santé sexuelle, est au cœur de la vie quotidienne et s'impose à tous les professionnels. De leur côté, les jeunes reconnaissent une légitimité à la prison de mener des actions en santé sexuelle à condition qu'elles ne s'apparentent pas à un cours, et qu'elles laissent place à leurs interrogations.

Une restriction de l'intimité qui fait partie de la peine : l'exemple des menstruations en prison

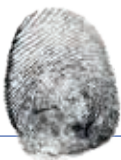
Si la prison est un lieu de restriction de l'intimité, elle l'est d'autant plus du côté des filles. En effet, l'expérience des menstruations en milieu carcéral a été régulièrement soulevée durant l'enquête. Les filles ayant leurs règles ont expliqué craindre que cela « se voie », du fait des protections hygiéniques sommaires, considérées comme « premier prix », fournies par la prison. Les récits largement partagés mettent en évidence, par

exemple, que les serviettes ressemblent à des serviettes « postmaternité » (sans attaches, plus épaisses, peu absorbantes) – remarque corroborée par les propos des professionnels. Ces protections hygiéniques, souvent imposées (serviettes hygiéniques plutôt que tampon ou autre protection), semblent peu adaptées pour des adolescentes, qui ne sont pas nécessairement à l'aise avec la gestion des menstruations (dont la régularité est variable y compris en raison de l'incarcération), et qui craignent que des taches de sang transparissent à travers leurs vêtements. Certaines filles expliqueront d'ailleurs préférer rester en cellule (en refusant d'aller en classe ou en promenade) pendant leurs menstruations, quitte à être punies par l'administration (notamment en étant privées de télévision pendant plusieurs jours), plutôt que de s'exposer à la vue des femmes et des hommes de la prison (professionnels ou jeunes). Ici, les « solidarités » entre filles observées dans les établissements scolaires ne semblent pas exister.

Le fait que cette question des règles n'apparaisse pas comme une préoccupation des administrations est révélateur de la stigmatisation associée au corps féminin dans la société, accentuée pour ces adolescentes, déjà stigmatisées en tant que détenues. Certaines expliqueront avoir fait l'objet de remarques après avoir demandé à plusieurs reprises des serviettes au cours d'un « même mois », ou suite à une demande de rendez-vous chez le médecin du fait des douleurs associées aux règles – les professionnels leur expliquant qu'il fallait bien qu'elles souffrent un peu », que c'était « normal d'avoir mal » à l'adolescence quand on est une fille. À travers l'exemple des menstruations, les filles incarcérées mettent en lumière combien elles se sentent déconsidérées et stigmatisées en prison, où tout est fait pour leur rappeler qu'elles ne peuvent y avoir une place, contrairement à des garçons, pour qui l'incarcération apparaît davantage, dans un parcours délinquant, comme étant « dans l'ordre des choses ». ●

Yaëlle Amsellem-Mainguy

Chargée d'études et de recherche et de recherche à l'Injep (Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire), chercheuse associée au Cerlis (Centre de recherche sur les liens sociaux) Arthur Vuattoux Maître de conférences à l'université Paris 13, Iris (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), chercheur associé à l'Injep



Maladies infectieuses : dépistage et prise en charge des personnes sous main de justice

Fadi Meroueh
Médecin, unité
sanitaire de la
maison d'arrêt de
Villeneuve-lès-
Maguelone (USMAV)

La prévalence et la transmission des maladies infectieuses sont plus élevées chez les personnes incarcérées qu'en population générale, en France comme en Europe, selon le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies¹. Préoccupation majeure pour les personnes incarcérées, c'est également un problème de santé publique pour la société qui devra les réaccueillir à leur sortie.

Le repérage de ces pathologies est fondamental pour réussir la « cascade » : dépistage précoce, diagnostic, traitement, prévention de la transmission de ces maladies. La consultation médicale à l'arrivée en détention² est l'occasion de proposer cette « recherche active de cas »³.

En France, un milieu à risque et une population fragilisée

Si les vulnérabilités préexistent en milieu ouvert, il existe bien des facteurs de risque particuliers en milieu carcéral : promiscuité, surpopulation, comportements à risque (la consommation de drogues injectables, le tatouage, le piercing et les relations sexuelles entre hommes...), amplifiés par la mauvaise hygiène corporelle et alimentaire. Mais c'est la méconnaissance des sérologies et des maladies par les professionnels et les détenus eux-mêmes qui constitue un enjeu majeur en milieu carcéral.

En juillet 2018, on compte plus de 70 000 personnes détenues (dont 30 % en détention provisoire), soit une surpopulation carcérale globale de 120 % (150 % pour les maisons d'arrêt). Comparativement au milieu ouvert, les personnes incarcérées ont une prévalence plus élevée d'infections par le VIH, les hépatites, la tuberculose, et les infections sexuellement transmissibles (IST). La majorité des unités sanitaires propose un dépistage sérique, plus ou moins exhaustif, et souvent seulement à l'arrivée en détention. Contre toute attente, ce dépistage n'est pas renouvelé durant le séjour ou avant la sortie.

L'étude Prévacar⁴ de 2010 a pu documenter l'incidence et la prévalence de certaines de ces pathologies en prison ; les données recueillies ont porté uniquement sur certaines maladies – hépatites virales B et C, et VIH. La prévalence de la tuberculose est très peu étudiée,

et les infections sexuellement transmissibles sont très peu dépistées, en dehors de la syphilis.

Maladies infectieuses

Les hépatites⁵

L'hépatite A (HVA), très répandue, transmissible par voie fécale-orale, est corrélée à une mauvaise situation socio-économique et à la précarité. Elle est souvent asymptomatique mais sa gravité augmente avec l'âge (hépatite fulminante et décès) et dans certains groupes vulnérables (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Parmi les très rares études menées, celle de la séroprévalence faite à Montpellier en 2017 trouvait près de 70 % de porteurs d'anticorps dans la prison de Villeneuve-lès-Maguelone (versus 10 % sur le plan national). L'absence de prise en charge du vaccin par la Sécurité sociale contribue à la négligence de ce dépistage.

L'hépatite B (HVB) se propage par voie sexuelle ou exposition au sang. En Europe, la prévalence de l'antigène HBs parmi les populations incarcérées varie de 0,3 % en Irlande à 25,2 % en Bulgarie. En France, on l'estime autour de 2 %. Il existe un traitement suspensif et illimité qui prévient le risque de survenue de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire, mais il n'est que très rarement proposé aux prisonniers. La vaccination est proposée en l'absence d'anticorps (Ac) antiHBs. De nombreux services proposent un schéma court de vaccination, permettant au patient de terminer sa vaccination avant sa libération.

L'hépatite C (HVC) se transmet par contact sanguin, principalement chez les usagers de drogues (partage de seringues, de matériels). Dans de nombreux pays de l'Union européenne, plus de la moitié des personnes qui s'injectent des drogues ont été infectées. Cette épidémiologie du HVC se retrouve également en prison en Europe, la prévalence en 2016 variait de 4,9 % en Hongrie à 86,3 % au Luxembourg. En France l'étude Prévacar de 2010 trouvait une prévalence de 4,8 %. Dans les prisons françaises, on compte près de 10 % de la population détenue sous traitement de substitution aux opiacés ; plus d'un tiers des personnes ayant recours à l'injection en prison ont partagé au moins une fois leur matériel.

Cette pathologie a bénéficié d'une révolution thérapeutique ces quatre dernières années : fin de l'interféron injectable et de la ribavirine avec leur cortège d'effets secondaires. La durée de traitement est désormais de

5. Maladies du foie causées par une infection par les virus A (HVA), B (HVB) ou C (HVC) pour les infections les plus fréquentes.

1. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Systematic-review-on-communicable-diseases-in-prison-settings-final-report.pdf>

2. En France, depuis la loi du 18 janvier 1994 (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979>), les unités sanitaires (US) placées sous la responsabilité du ministère de la Santé ont pour missions en milieu carcéral de : prodiguer des soins équivalents à ceux à l'extérieur, prendre en charge à 100 % les soins, développer l'éducation à la santé et la prévention.

3. Définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la recherche active de cas est « la recherche systématique de cas pour un nombre d'affections pertinentes, sans se limiter aux maladies transmissibles ».

4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/35-36/2013_35-36_3.html

douze semaines, voire huit semaines en fonction de la sévérité de la fibrose hépatique. La baisse des prix des médicaments antiviraux directs (AVD) du HVC permet un large accès aux soins quel que soit le stade de fibrose hépatique. Mais, en prison, malgré deux circulaires et un coût des traitements n'incombant plus à l'unité sanitaire, un trop grand nombre de détenus ne bénéficient pas encore des traitements par AVD. Le manque de formation des professionnels de santé reste la principale cause de cette défection. De plus, un programme de réduction des risques et des dommages (RDRD) en prison, en particulier des programmes d'échange de seringues équivalents à ceux en milieu ouvert, serait déterminant pour limiter la recontamination après la guérison et permettre une meilleure prise en charge des addictions en milieu carcéral. Il est en effet possible aujourd'hui de concevoir « une prison sans hépatite C », à l'instar du programme de soins mis en place à la prison de Villeneuve-lès-Maguelone.

Le VIH

Le VIH se transmet par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales ou le lait maternel. Le traitement prévient les manifestations de l'immunodépression. L'observance est donc un enjeu majeur individuel et pour la prévention de la transmission.

Selon les études, la prévalence du VIH en population carcérale en Europe occidentale est de 4,2 %, et de 2 % en France. Dès 1989, les premières conventions sont signées entre les structures hospitalières et les prisons les plus touchées par l'épidémie, avec généralisation progressive à tous les établissements depuis la loi du 14 janvier 1994, avec une prise en charge assez homogène et complète. Les échecs sont davantage liés aux mauvaises conditions de sortie : pas de poursuite des traitements antirétroviraux par les personnes en grande précarité (défaut d'hébergements, droits sociaux).

La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse causée par la bactérie *Mycobacterium tuberculosis*. Elle est souvent asymptomatique, et deux cas de figure se présentent habituellement : l'infection tuberculeuse latente (ITL) et la tuberculose active (TA). La tuberculose se transmet par une personne atteinte de tuberculose active. On note une recrudescence des cas de tuberculose chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli (personnes vivant avec le VIH).

La déclaration étant obligatoire, l'InVS recense les cas de tuberculose survenus en milieu carcéral : en 2013, 1,4 % de tous les cas déclarés en France concerne des détenus (61 cas dont 53 cas potentiellement contagieux). La date possible de contamination est inconnue. Les enquêtes de cas se font aussi auprès de personnes extérieures (famille, forces de l'ordre, magistrats, avocats...).

Les prisons des régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les plus touchées, avec une prévalence de 107 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Le

dépistage se fait essentiellement par radiographie pulmonaire (après anamnèse et examen clinique depuis 2012), et parfois par une intradermoréaction à la tuberculine (IDR).

Les malades atteints d'une tuberculose active bénéficient d'une prise en charge associant traitement médicamenteux et prévention (isolement du patient et port de masques). Le traitement des infections tuberculeuses latentes ne fait pas consensus à l'heure actuelle, surtout que la poursuite de la prise en charge à la sortie de prison n'est pas toujours convenablement assurée. Un partenariat avec le centre de lutte antituberculeuse est alors nécessaire et mis en place dans de nombreuses unités sanitaires.

Les infections sexuellement transmissibles

Parmi les huit infections sexuellement transmissibles les plus courantes, quatre se prêtent à des traitements curatifs relativement simples :

- la syphilis, causée par la bactérie *Treponema pallidum*. En l'absence de traitement, de nombreuses années après l'infection initiale, des lésions viscérales de syphilis tertiaire (neurosyphilis) peuvent finalement apparaître. Son dépistage en prison est particulièrement pertinent pour une population jeune, c'est actuellement la seule infection sexuellement transmissible dont le dépistage est systématiquement proposé en prison ;
- l'infection à *Chlamydia Trachomatis*, d'origine bactérienne, fréquente. Les complications chez la femme peuvent entraîner une stérilité. Malgré une prévalence élevée dans les prisons (8 % à Villeneuve-lès-Maguelone et dans le Nord, 13 % à Nantes), contre 1 à 3 % en France, cette infection sexuellement transmissible n'est pas dépistée ;
- la gonorrhée et la trichomoniose, qui ne sont non dépistées.

Parmi les obstacles individuels au dépistage et les motifs de refus, on peut invoquer un dépistage déjà effectué récemment, une mauvaise appréciation du risque, mais aussi l'absence de sensibilisation, la peur de la maladie, le souci du manque de confidentialité et la stigmatisation.

Les obstacles institutionnels relèvent du manque de confiance dans l'institution, de la durée de l'incarcération, et de l'inadéquation des procédures (pas de restitution d'examen négatif donc absence de conseil préventif).

Conclusion

L'objectif de l'équivalence des soins entre le milieu carcéral et la population générale est de diminuer le risque de perte de chance d'accès aux soins pour les détenus et d'offrir une possibilité de détecter et de traiter ces pathologies, et de réduire le nombre de cas de transmission dans un milieu à fort risque de contagiosité. Les unités sanitaires doivent être mieux impliquées dans les dépistages et les traitements des maladies infectieuses pour une meilleure réactivité aux épidémies, à l'instar de la rougeole, et appliquer une véritable politique de réduction des risques et des dommages. ●



Les permissions de sortir pour raisons médicales : l'expérience de Médecins du monde au centre pénitentiaire de Nantes

Chloé Goubin
Médecin responsable des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, USMP du CHU de Nantes

Pierre-François Martinot
Vice-président chargé de l'application des peines, TGI de Nantes

Marie Hornsperger
Coordinatrice du programme en milieu carcéral de Médecins du monde à Nantes

Irène Aboudaram
Coordinatrice générale de la stratégie en milieu carcéral, Médecins du monde

Médecins du monde est entré au centre pénitentiaire de Nantes en 2014 et a développé un programme expérimental en milieu carcéral axé sur la question de l'accès aux soins, et ce dans une démarche communautaire auprès des personnes incarcérées à la maison d'arrêt des femmes et au centre de détention pour hommes. Tous les professionnels, qu'ils soient pénitentiaires ou hospitaliers, sont aussi impliqués dans ce projet. Jusqu'en 2015, les permissions de sortir pour raisons médicales étaient demandées de façon exceptionnelle, essentiellement au centre de détention et pour des situations très particulières.

Lors des ateliers menés par Médecins du monde, les premières difficultés rapportées par les personnes détenues sur l'accès aux soins sont celles des extractions médicales. Les moyens de contrainte utilisés leur paraissent porter atteinte à leur dignité et balaient la relation patient-médecin. La personne détenue craint que le secret médical ne soit respecté dès lors que le surveillant est présent à la consultation médicale. En outre, la perte d'autonomie en matière de santé est souvent vécue comme infantilisante par le patient incarcéré.

Les premières difficultés rapportées par l'USMP sur l'accès aux soins sont aussi celles des extractions médi-

cales. Les conditions d'escorte sont responsables de nombreux refus de la part des patients. Le non-respect de la confidentialité – remise des documents médicaux aux surveillants, examen clinique en présence du surveillant – choque les professionnels de santé et entrave la prise en charge. L'organisation des rendez-vous médicaux au CHU est compliquée puisqu'il faut faire concorder les disponibilités du CHU et celles des escortes : les délais de rendez-vous sont en moyenne de 90 jours, soit 25 jours de plus qu'un rendez-vous sans escorte.

De cette difficulté commune, rapportée par les personnes concernées, les professionnels de santé et les patients, a émergé la valorisation des permissions médicales, jusqu'ici mal connues. L'enjeu était de rendre possible, dans le respect de la loi, un rendez-vous médical en dehors de la prison sans escorte pénitentiaire.

Dans un premier temps, plusieurs échanges entre Médecins du monde et la direction pénitentiaire ont permis de clarifier les textes de lois faisant référence aux conditions d'accord des permissions médicales. La première permission de sortir octroyée peut être une permission médicale, qui ne décomptera pas de permission familiale ou d'insertion professionnelle.

Dans un second temps, il a fallu faire connaître cette loi et ses conditions d'applications aux professionnels de santé exerçant en prison et penser l'organisation de la mise en application.

Enfin et surtout les personnes détenues en ont fait la promotion entre elles par le bouche-à-oreille et par l'intermédiaire d'affichage au sein de la détention.

En mai 2016 paraissait le premier *Petit Journal de la santé* écrit par des détenus en collaboration avec Médecins du monde. L'interview d'un patient ayant bénéficié d'une permission médicale a permis de diffuser à l'ensemble du centre de détention les conditions d'obtention de celle-ci.

Les professionnels de santé se sont approprié cette modalité de rendez-vous au CHU pour pouvoir les proposer aux patients cibles. Une coordination USMP-SPIP-greffe est indispensable pour l'organisation des commissions d'applications des peines à ce sujet.

En 2016, le nombre de permissions médicales demandées et acceptées a explosé : sur 141 demandes de permissions médicales faites à la maison d'arrêt et au centre de détention, 107 ont été réalisées. Seulement 65 avaient été demandées en 2015 et 29 en 2014. Malheureusement, les chiffres sont retombés en 2017, avec

Les permissions de sortir dans la réglementation

Article D. 143-4 du Code de procédure pénale

Des permissions de sortir d'une durée n'excédant pas la journée peuvent être accordées dans les cas suivants aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale n'excédant pas cinq ans ainsi qu'aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale supérieure à cinq ans lorsque ces dernières ont exécuté la moitié de leur peine :

1° présentation des personnes détenues prochainement libérables ou susceptibles d'être admises au bénéfice de la libération conditionnelle ou de la libé-

ration sous contrainte ou au régime de semi-liberté ou de placement sous surveillance électronique ou à l'extérieur en application de l'article D. 136 à leurs éventuels employeurs ou auprès d'une structure de formation professionnelle, de stage ou d'enseignement ;

2° présentation aux épreuves d'un examen dans les conditions prévues aux articles D. 436-3 et D. 438-2 ;

3° présentation à une structure de soins ;

4° sorties pour la pratique d'activités culturelles ou sportives organisées ;

5° exercice par le condamné de son droit de vote.

notamment plus de refus proportionnellement au nombre de demandes. Il a été alors nécessaire de rencontrer les acteurs principaux de l'octroi des permissions médicales que sont les juges d'application des peines. Cela a permis à l'USMP de clarifier ses besoins et les difficultés rencontrées lors des extractions médicales avec escorte. Les juges d'application des peines ont très bien accueilli cette

rencontre ; leur crainte était que les patients puissent faire eux-mêmes la demande, échappant alors au système de soins pensé dans les murs. Depuis cette rencontre, un document signé de l'USMP accompagne systématiquement la demande de permission médicale, prouvant l'appui de l'USMP dans cette démarche. Ce travail montre bien la nécessité de communiquer avec tous les

acteurs impliqués dans la mise en place des permissions médicales. La plus-value des permissions médicales est alors parue évidente pour les juges d'application des peines, l'administration pénitentiaire, l'équipe d'escorte et les professionnels de santé. La connaissance et la diffusion de la faisabilité d'un examen au CHU en permission médicale ont permis aux personnes

détenues d'en faire aujourd'hui la demande à leur médecin quand elles se savent « permissionnables ». Au-delà de permettre le respect de la confidentialité et de la dignité humaine, la permission médicale évite bon nombre de refus de prises en charge. Cela permet également aux personnes détenues de regagner de l'autonomie pour s'occuper de leur santé. ●

figure 1

Nombre de permissions réalisées et refusées dans la maison d'arrêt et le centre de détention de Nantes (2014-2017)

Permissions	2014	2015	2016	2017
Maison d'arrêt				
Permissions médicales demandées	3	9	18	7
Permissions médicales réalisées	2	3	5	3
Nombre de patients concernés	3	9	11	5
Centre de détention				
Permissions médicales demandées	26	56	123	73
Permissions médicales réalisées	26	45	102	45
Nombre de patients concernés	13	25	41	40

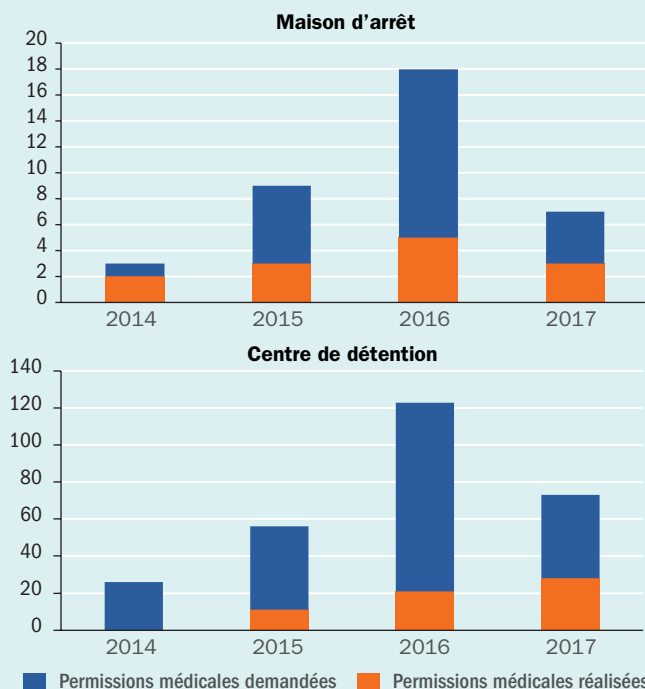


figure 2

Affiche de Médecins du monde dans le centre pénitentiaire de Nantes

LES DETENUS PARLENT AUX DETENUS

TOUTE PERSONNE PERMISSIONNABLE PEUT FAIRE UNE DEMANDE DE PERMISSIONS MÉDICALES AUPRÈS DU JUGE D'APPLICATION DES PEINES

Permissions médicales

Ton médecin traitant est ton médecin de l'UCSA. Si celui-ci t'envoie vers l'extérieur pour un rendez-vous qui ne peut être fait à l'UCSA, tu peux demander à le faire en permission médicale.


Si tu ne connais pas Nantes,

- Tu as perdu l'habitude de sortir seul,
- Le labyrinthe hospitalier t'inquiète,
- Tu n'es pas à l'aise dans la relation avec un médecin
- La langue française est un frein...

2 personnes de Médecins du Monde peuvent venir te chercher au CD et aller avec toi à ton rendez-vous si tu le souhaites.

Parles en avec l'équipe de l'UCSA, la secrétaire médicale contactera Médecins du Monde!

Ce sont nous détenus qui avons imaginé cette solution pour tous ceux d'entre nous qui n'osent pas sortir seuls... Pour regagner en autonomie plutôt que d'être escortés...





Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention

Déborah Sebbane

Cheffe de clinique au CHU de Lille, membre du CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), Inserm, Paris (ECEVE UMRS 1123)

Pierre Thomas

Chef de pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire du CHU de Lille

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

Plus de dix millions de personnes sont incarcérées dans le monde ; en France, le taux d'incarcération est actuellement de 102 pour 100 000 habitants, pour une moyenne de 144 pour 100 000 dans le monde entier [34]. La première étude faisant état d'une prévalence élevée des troubles psychiatriques en prison a été écrite il y a maintenant un siècle. Ces dernières décennies, les États européens, dont la France, ont continué d'observer une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention. Il semblerait que cette évolution soit la résultante complexe d'un faisceau de facteurs tels que l'évolution des politiques de santé, l'évolution des politiques pénales et celle des contextes sociétaux qui les façonnent.

Contexte épidémiologique et cadre législatif

Les travaux scientifiques récents convergent vers une prévalence des troubles psychiatriques en prison largement supérieure à celle retrouvée en population générale. Tous les troubles sont représentés : les schizophrénies, les troubles de l'humeur – notamment le trouble bipolaire et l'épisode dépressif caractérisé –, le trouble stress post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle. Les travaux récents de S. Fazel [14] apportent notamment des résultats, d'un niveau de preuve élevé, en faveur d'une surreprésentation de l'épisode dépressif caractérisé et des troubles psychotiques : un détenu sur sept souffrirait de l'une ou l'autre de ces pathologies. Les troubles addictifs sont aussi largement surreprésentés et apparaissent très fréquemment associés à des troubles psychiatriques. Le suicide apparaît également comme une problématique majeure, son taux restant particulièrement élevé en France (179 pour 100 000 détenus) par rapport aux autres pays [16].

Le constat des inégalités de santé et du non-respect des droits des personnes concernées par un problème de santé mentale selon les pays a amené le Conseil de l'Europe à recommander que la santé en prison soit intégrée aux politiques nationales de santé. En France, la loi 994-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et à la protection sociale, a ainsi posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé. À ce titre, le service public hospitalier est chargé d'une mission globale de soins aux personnes détenues, qui sont désormais systématiquement immatriculées et affiliées aux assurances maladies et maternité du régime général.

Organisation actuelle des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire

Créés en application de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Chaque secteur est rattaché à un établissement hospitalier public et comporte un service médico-psychologique régional (SMPR), aménagé au sein d'un établissement pénitentiaire.

Les structures de soins prenant en charge les personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ont ensuite été définies par :

- le décret du 14 mars 1986, qui a créé les 26 SMPR ;
- le décret du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux personnes détenues ;
- la loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, qui a créé les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Ces mesures sont identifiées comme des dispositions législatives qui réaffirment le nécessaire respect des droits de chacun à la protection de sa santé et qui tentent ainsi de concourir à l'amélioration de la santé globale des personnes détenues.

La prévalence élevée des troubles psychiatriques a contribué à poursuivre l'adaptation du dispositif d'offre de soins de santé mentale en milieu pénitentiaire, traduite à quatre reprises dans le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, dont la dernière édition a été récemment publiée, en janvier 2018 [25].

Depuis 2012, les ex-unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sont appelés « unités sanitaires en milieu pénitentiaires » (USMP). Aujourd'hui, 175 USMP dépendant de l'hôpital de proximité sont implantées dans la plupart des établissements pénitentiaires, et 93 secteurs de psychiatrie générale interviennent au sein des USMP. Bien que s'inscrivant dans la continuité du concept de santé globale, leur organisation repose actuellement sur deux dispositifs distincts : le premier pour les « soins somatiques », le second pour les « soins psychiatriques », chacun étant organisé en trois niveaux [33].

Soins de santé mentale de niveau 1

Il regroupe les soins ambulatoires réalisés au sein de l'USMP. Le dispositif de soins psychiatriques assure l'ensemble des activités de consultation et d'activités

thérapeutiques de groupe, dont celles menées dans le cadre des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Ce premier niveau concerne également les missions communes aux deux dispositifs et regroupe des actions de formation à la santé, de promotion et de prévention pour la santé ainsi que la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Soins de santé mentale de niveau 2

Ce niveau regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, assurée par les hôpitaux de jour (HDJ). Ils sont réalisés au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaires porteuses d'un service médico-psychologique régional, qui demeurent, et sont également dotés depuis la circulaire de 2012 d'une mission de coordination régionale entre l'ensemble des acteurs de la psychiatrie intervenant en prison ou avec les autorités de tutelle et de formation. Des cellules spécifiques sont dédiées à l'hospitalisation des personnes prises en charge en HDJ, qui restent gérées par l'administration pénitentiaire (ouverture et fermeture des portes entre autres). L'accès aux hôpitaux de jour reste encore limité et restreint pour certains patients au regard de l'implantation encore insuffisante et de la répartition très inégale des 26 SMPR sur le territoire.

Soins de santé mentale de niveau 3

Les soins de niveau 3 correspondent à la prise en charge hospitalière à temps complet. Ils sont assurés par :

- les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), créées par la loi de septembre 2002, qui ont permis l'organisation des soins hospitaliers complets sous la modalité du soin libre, c'est-à-dire avec le consentement du patient. Les UHSA prévoient en effet deux modalités de soins : les soins libres ou les soins à la demande d'un représentant de l'État – sans le consentement du patient. Elles sont la règle pour toute hospitalisation à temps complet en psychiatrie d'une personne détenue et peuvent accueillir des personnes des deux sexes, y compris les mineurs. Il existe aujourd'hui neuf UHSA pour une capacité totale de 440 places. La feuille de route « santé mentale et psychiatrie » inscrite dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, et présentée par la ministre de la Santé en juin 2018, réaffirme le lancement de la deuxième tranche des UHSA dont le programme de construction initial prévoyait 705 places (action n° 21, axe 3) [7];
- les établissements de santé autorisés en psychiatrie, dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du Code de procédure pénale, seule voie d'accès d'une personne détenue à l'hôpital. Cette décision d'hospitalisation tente d'être la moins utilisée possible puisqu'elle ne prévoit comme seule modalité de prise en charge le soin sans consentement et peut donc amener à maintenir sous contrainte une personne qui accepterait les soins. Le recours aux mesures d'isolement et parfois de contention est également majoré pour ces personnes susceptibles de porter le stigmate

du « fou » en détention puis celui du « détenu dangereux ou potentiel fugitif » en structure de soins ;

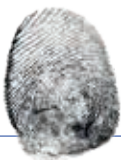
- les unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient. Les admissions en UMD s'effectuent dans l'unité la plus proche du lieu d'hospitalisation, sous réserve des disponibilités.

Il existe des spécificités propres aux soins de santé mentale en milieu pénitentiaire :

- les consultations post-carcérales, dont la mise en place s'appuie sur la difficulté à mettre en œuvre la continuité des soins entre milieu fermé et milieu libre. Aujourd'hui, la loi prévoit une « consultation sortant », coordonnée par le médecin généraliste, obligatoire le mois qui précède la libération. Elle peut être doublée d'une « consultation sortant » de psychiatrie, mais souvent les ressources disponibles sur place et les contraintes d'organisation rendent difficile sa réalisation ;
- la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire (lire p. 28). L'évaluation du potentiel suicidaire est portée par les équipes sanitaires et l'administration pénitentiaire, dotée de dispositifs qui lui sont propres (dispositif de protection d'urgence et cellule de protection d'urgence) ;
- la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives (lire p. 32), qui intègre le repérage (dès l'entretien arrivant systématisé), le diagnostic, la définition d'un projet de soins adapté, la préparation à la sortie, la politique de réduction des risques et les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Le recours spécialisé est assuré par un médecin addictologue intervenant dans l'établissement ou par un professionnel d'une équipe de liaison et de soins en addictologie du centre hospitalier de rattachement de l'USMP ou par un professionnel d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Le personnel du CSAPA référent assure la mise en relation du patient avec les partenaires extérieurs ;
- la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), qui répond au principe de l'incitation aux soins pendant la détention. La spécificité de la prise en charge sanitaire tient également à l'existence d'un cadre juridique particulier (incitation aux soins et injonction de soins) et à une offre de soins psychiatriques et psychologiques plus développée dans certains établissements pénitentiaires spécialisés. Les centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIA VS) assurent le maillage santé-justice au niveau régional.

Enjeux relatifs aux soins psychiatriques en détention

L'OMS insiste sur la nécessité d'envisager les besoins individuels de chaque personne concernée comme l'axe central des soins de santé mentale prodigués en détention. À cet effet, tout professionnel (de la justice ou de la santé) intervenant en milieu carcéral doit être particulièrement éclairé sur le respect inébranlable des besoins sanitaires des personnes détenues et des conséquences inhérentes à l'environnement carcéral,



engendrant des risques majeurs de santé publique [38]. La peine de prison, conditionnant par sa nature la privation de liberté, doit rester la seule et unique peine à laquelle la personne concernée doit faire face. La « double peine », dénoncée dans le rapport de l'ONGI (organisation non gouvernementale internationale) Human Rights Watch en 2016, rappelle le droit fondamental des personnes détenues de jouir du meilleur état de santé globale (physique et mentale) possible. Celui-ci est resitué par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et par la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), ratifiée par la France en 2010.

À l'instar des difficultés et des retards d'accès aux soins de santé mentale en milieu libre, l'égalité d'accès aux soins et le respect de la dignité des personnes présentant des troubles psychiques en milieu pénitentiaire restent en partie impactés par un manque accru d'information en santé mentale en détention, et par une stigmatisation importante des personnes concernées. La formation auprès des personnels intervenant en détention (Assistance publique, Justice) doit perpétuellement être proposée afin d'améliorer les connaissances nécessaires au respect du droit à une bonne santé globale en détention.

La disponibilité des services de soins *ad hoc* et la réponse aux besoins sanitaires des personnes détenues

présentant un trouble psychique remplissent seulement les conditions de respect des droits fondamentaux de jouir de la meilleure santé mentale possible. Elle ne doit pas permettre de penser que la prison sera un lieu de soins optimal puisque les nombreux freins à la qualité de vie en son sein sont clairement identifiés et paraissent difficiles à neutraliser à court terme. Pour autant, il persiste un enjeu puissant autour de l'organisation des soins de santé mentale en milieu pénitentiaire qui doit s'attacher à ne pas alimenter une quelconque « binarisation » des soins entre prison et hôpital psychiatrique, au risque de voir (re)naître les notions « d'asile pénitentiaire » ou de « prison psychiatrique ». Bien que la « loi de Penrose¹ » traduise le constat d'une augmentation de la prévalence des troubles psychiques en détention dans de nombreux pays, contemporaine du mouvement de désinstitutionalisation psychiatrique, certains auteurs réaffirment que la suggestion selon laquelle le retour des structures hospitalières de type asilaire pourrait être une réponse politique appropriée aux inégalités socio-économiques qui sous-tendent des situations d'exclusion et d'incarcération doit être combattue de la manière la plus ferme qui soit [23]. ●

1. <https://psyzoom.blogspot.com/2015/04/population-carcerale-et-nombre-de-lits.html>

Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral

**Pierre Thomas
Thomas Fovet**

Pôle de psychiatrie,
médecine légale et
médecine en milieu
pénitentiaire du CHU
de Lille

Le suicide en population carcérale est plus fréquent qu'en population générale. C'est la première cause de décès en prison à travers le monde. Les hommes et les femmes incarcérés constituent une population vulnérable.

Le taux moyen de suicide, sur l'ensemble des pays qui fournissent des chiffres, est de 109 suicides pour 100 000 personnes dans les prisons. Les taux de mortalité les plus bas sont trouvés en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans les pays d'Amérique du Nord, avec 23 à 67 décès par suicide pour 100 000 détenus.

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé : d'une part la détection systématique du

risque suicidaire des personnes entrant en détention, et d'autre part l'ouverture à partir de 2010 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), destinées à accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet.

Le taux de suicide reste très important dans la période suivant l'incarcération. Au cours des deux semaines suivant la libération, il est multiplié par quatre par rapport à celui observé en détention. Six mois après la libération, le taux de décès par suicide reste identique à celui observé en détention. La continuité des soins et de l'accompagnement est donc essentielle après la sortie, période où se concrétisent les difficultés sociales, financières et relationnelles.

Les suicides en prison sont, dans plus de 90 % des cas, réalisés par pendaison ou autostrangulation, le plus souvent lorsque le sujet se retrouve seul en cellule. L'intoxication volontaire représente 7 % des cas, la phlébotomie 5 % et la défenestration 2 %.

Le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs.

Facteurs individuels

Le fait d'être marié, le faible niveau d'éducation, l'isolement social et les relations familiales conflictuelles sont les principaux facteurs de risque individuels. Un détenu qui reçoit régulièrement la visite de ses proches a deux fois moins de risque de se suicider que celui qui n'en reçoit jamais. Les événements de vie négatifs ou stressants, le fort vécu de honte, de culpabilité ou de désespoir augmentent le risque de suicide.

Les troubles psychiatriques – au premier rang desquels figurent les dépressions, les psychoses et les troubles liés à l'usage de substances – sont connus comme étant d'importants facteurs de risque en détention. Le lien entre santé mentale et suicide en prison est d'autant plus important à considérer que la prévalence des troubles psychiatriques y est quatre à dix fois plus élevée qu'en population générale.

Ainsi les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide) sont des facteurs de risque de suicide très importants en détention.

Facteurs environnementaux

Le niveau d'isolement physique constitue un facteur de risque suicidaire important : quinze fois plus de risque de mettre fin à ses jours dans une cellule en quartier disciplinaire que dans une cellule ordinaire. D'autres particularités environnementales qui illustrent les conditions de vie en détention peuvent être citées : relations de mauvaise qualité entre surveillants et détenus, harcèlement et menaces entre détenus, et inactivité contrainte liée au faible nombre d'emplois disponibles en détention. Quant à la surpopulation carcérale, elle constitue une difficulté à laquelle sont confrontés de très nombreux établissements pénitentiaires, notamment en France. Il existe une corrélation entre la densité carcérale et le taux de suicide en détention.

Facteurs criminologiques et judiciaires

Les personnes « prévenues » se suicident deux fois plus que les condamnés. La majorité des suicides est observée dans les maisons d'arrêt, ou dans les quartiers maison d'arrêt des centres pénitentiaires destinés à accueillir les prévenus et les détenus condamnés à de courtes peines.

Le taux de mortalité par suicide est plus bas chez les individus condamnés à des peines d'une durée inférieure à un an, et augmente avec la longueur de la peine, passant de 35 pour 100 000 pour les peines inférieures à six mois à 163 pour 100 000 pour les peines supérieures à cinq ans. Le risque est significativement plus élevé chez les auteurs de crimes violents (homicides, viols et autres violences sexuelles).

Certaines périodes du parcours judiciaire sont aussi identifiées comme particulièrement à risque. Ainsi, 72 % des suicides surviennent au cours de la première année de détention, et le risque de suicide est majoré à la réception d'une nouvelle accusation ou d'une nouvelle condamnation pendant la période d'incarcération.

Dispositifs de prévention du suicide en détention

La prévention du suicide en prison implique une série de mesures, allant du traitement des troubles psychiatriques au contrôle des facteurs de risque environnementaux et psychosociaux, en passant par l'utilisation d'outils spécifiques mis à la disposition des personnels de l'administration pénitentiaire. Une coordination des équipes sanitaires et des personnels de l'administration pénitentiaire est indispensable puisque, si certaines mesures peuvent être mises en place par les équipes de détention, d'autres peuvent être appliquées par les services médicaux (équipe de psychiatrie le plus souvent).

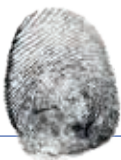
Malgré des évolutions significatives ces dernières années, l'accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux en détention reste limité. Les détenus dont l'état de santé nécessite une prise en charge en hospitalisation complète peuvent être admis dans les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), accueillant les patients avec leur consentement ou sur décision du représentant de l'État (SDRE). Les UHSA ont été instaurées par la loi de septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Aujourd'hui, neuf UHSA sont implantées sur le territoire français (soit 440 places).

Outils spécifiques de prévention du suicide en prison

Un certain nombre d'établissements pénitentiaires mènent des programmes spécifiques de détection et de protection des détenus à risque de passage à l'acte suicidaire axés sur le contrôle de multiples facteurs de risque. L'évaluation de leur efficacité, aux États-Unis, au Canada, en Australie et au Royaume-Uni, a montré une réduction significative du taux de suicide, ainsi qu'une modification de l'attitude des détenus et des équipes de détention face aux personnes suicidaires. La plupart des programmes efficaces incluent les éléments clés suivants :

1. formation du personnel de l'administration pénitentiaire en matière de prévention du suicide et aux gestes de premiers secours ;
2. évaluation systématique du risque suicidaire chez tout détenu arrivant, puis surveillance personnalisée du risque suicidaire tout au long de la période d'incarcération ;
3. soutien psychologique des détenus suicidaires ;
4. facilitation du lien social ;
5. limitation du recours à l'isolement physique ;
6. mise à disposition de cellules sécurisées adéquates pour les personnes à haut risque.

Les procédures appliquées après un suicide ou une tentative de suicide, tels que le débriefing et le soutien des équipes et des détenus, peuvent également aider à prévenir d'autres incidents et à réduire le choc émotionnel engendré par ces événements. Enfin, les programmes visant à limiter les effets négatifs de l'isolement par l'utilisation de « codétenus de soutien », détenus bénévoles sélectionnés et formés à l'écoute active, semblent aussi présenter un intérêt.



En 2007, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un rapport destiné aux établissements pénitentiaires dans le but d'améliorer et d'uniformiser la prévention du suicide en prison. Plus récemment, en France, un guide méthodologique, édité par le ministère de la Justice et le ministère des Solidarités et de la Santé, a rappelé les principes de prévention, de repérage et de prise en charge du suicide en détention. Ces propositions nécessitent la formation de tous les agents pénitentiaires, ainsi qu'une coopération de qualité entre tous les acteurs de la vie carcérale.

Les conditions d'incarcération peuvent majorer le risque suicidaire. Le maintien des liens familiaux et sociaux en prison est parfois très limité. En outre, les effectifs réduits des personnels pénitentiaires ne permettent pas aux surveillants d'assurer leur rôle de soutien aux détenus.

Ils limitent également les possibilités de mouvements de personnes détenues et leur accès aux activités. L'amélioration des conditions d'incarcération constitue un enjeu important pour la prévention du suicide en prison.

L'impact positif d'un maintien du contact à long terme entre les professionnels de santé et les personnes à risque suicidaire après un passage en milieu hospitalier a été démontré. Le dispositif de recontact Vigilans combine les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité en matière de réduction du nombre de récidives suicidaires : carte de crise, contact téléphonique et envoi régulier de cartes postales. Le déploiement d'un dispositif de recontact des suicidants en milieu carcéral pourrait s'avérer intéressant mais certaines contraintes inhérentes au fonctionnement des prisons françaises doivent être prises en compte. ●

La continuité des soins à la sortie de prison

Meoïn Hagège
Institut national
d'études
démographiques
(Ined)

*Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 50.*

La recherche
doctorale de Meoïn
Hagège (2016) a
été soutenue par
Sidaction et l'Agence
nationale pour la
recherche sur le
sida et les hépatites
virales, et menée à
l'École des hautes
études en sciences
sociales et l'Institut
national d'études
démographiques.

L' interruption de la prise en charge des sortants de prison est régulièrement dénoncée par les professionnels de santé et de l'aide sociale, et par les militants de la lutte contre le VIH/sida. Population identifiée comme vulnérable et parfois difficile par les professionnels de santé, les patients sortants sont de surcroît souvent dits « perdus de vue » par les équipes en milieu fermé. Ainsi, la santé postcarcérale est le plus souvent conçue, du point de vue des professionnels, comme un problème de santé publique, pris entre deux institutions, la prison et l'hôpital. Le problème ainsi formulé, il est attendu du patient qu'il soit autonome et responsable, deux principes clés de la prise en charge médicosociale aujourd'hui. Cependant, ces principes et ces attentes institutionnels ne permettent pas de comprendre pleinement les expériences et les comportements des patients sortants de prison.

Une recherche de sociologie de la santé permet d'apporter quelques éclairages sur ce problème, à partir du cas de patients atteints du VIH et/ou de l'hépatite C [18]¹. Elle porte sur les parcours de soins de sortants de prison qui vivent avec ces pathologies, entre 2010 et 2014 en Île-de-France, et s'appuie sur : une série d'entretiens biographiques avec des patients avant et après leur sortie de prison (n = 20) ; une étude ethnographique des lieux de prise en charge dedans et dehors ; un questionnaire sur l'état de santé et le recours aux soins de détenus (n = 67). Cette enquête qualitative vise à apporter des données de première main sur une population dont l'expérience est méconnue.

La continuité des soins, une priorité parmi d'autres pour les sortants de prison

La littérature de santé publique suggère que les interruptions de prise en charge postcarcérale sont fréquentes

et que le recours aux soins est tardif. Les résultats des différents volets de l'enquête suggèrent une situation plus complexe.

Dans le cas des détenus qui ont répondu au questionnaire, les interruptions de traitement ou de suivi lors de sorties antérieures sont peu nombreuses : près d'un sixième des détenus déclarent une interruption du suivi d'une pathologie somatique dans leur parcours, et aucun ne déclare d'interruption de son suivi en psychiatrie.

Le recours aux soins en toxicomanie se distingue des autres, car l'interruption est très courte, voire nulle, en Île-de-France. La prise en charge médicale de la dépendance, le traitement de la substitution (délivré en centre de soin ou acheté dans la rue) et les ressources liées à la prise en charge en centre de bas seuil d'exigence, où les conditions d'inclusion sont adaptées aux situations et aux capacités des usagers, suivent rapidement la sortie. Leur obtention n'est souvent pas liée à la continuité de la prise en charge du VIH ou de l'hépatite C, mais aux prises en charge institutionnelles de la toxicomanie, qui incluent souvent des services médicosociaux plus larges, tels que l'accompagnement dans les prises en charge médicales ou l'ouverture des droits sociaux (et par extension l'accès aux médicaments).

En ce qui concerne les sortants interrogés par entretiens biographiques, leurs parcours montrent que le plus grand nombre d'entre eux s'efforce de retrouver ses conditions de vie avant l'incarcération. Les autres doivent s'ajuster à de nouvelles situations et ce sont ces situations qui influent sur le délai de recours aux soins après la sortie. En effet, tous les détenus suivis à la sortie ont consulté un professionnel de santé ou ont renouvelé leur ordonnance lorsqu'ils en avaient une, et les autres n'évoquent pas de non-recours aux soins lors de leurs sorties précédentes. Certains ont fait mention

d'interruptions longues dans le suivi pour le VIH, mais celles-ci sont moins en lien avec les incarcérations qu'avec leur activité, l'usage de drogues ou l'errance.

Du point de vue de la santé publique, la sortie de prison est souvent perçue comme une rupture dans le parcours des détenus. L'enquête sociologique montre qu'elle est indiscutablement une période d'ajustements difficiles et de remise en question mais que la rupture reste une exception. En effet, l'étude des parcours des détenus montre que la sortie de prison s'inscrit dans la continuité des situations sociales qu'ils connaissent avant la détention; par exemple, les sources de soutien et de ressources changent peu, avant et après l'incarcération.

L'expérience de la sortie de prison, un travail d'ajustements pluriel pour les patients

La sortie de prison est une période d'entre-deux, pleine d'incertitude. Les entretiens menés avec les sortants montrent que le passage de la prison à la ville, de l'enfermement au retour au milieu social, n'est pas circonscrit dans un temps chronologiquement délimité, ni structuré par des étapes standardisées. Ils le décrivent plutôt comme un moment d'entre-deux, à la fois sur le seuil et à la marge, entre deux mondes : au sens anthropologique, c'est une expérience liminaire [35], qui peut paraître sans fin.

Au-delà des situations sociales souvent précaires des détenus, sortir de prison est une épreuve qui exacerbe la vulnérabilité sociale des patients [3], c'est-à-dire qu'elle précarise une population plus exposée aux risques sociaux (tels que le chômage ou la maladie) et moins protégée (par les mécanismes d'assurance sociale ou par le soutien de proches, par exemple).

Dans ce contexte, les patients sortants font un travail d'ajustements pluriels, pour faire face à la sortie et aux attentes multiples des institutions qui les prennent en charge. On peut distinguer six dimensions.

- La première dimension de cette expérience est inscrite dans les corps et les esprits des sortants. La séparation du monde carcéral se manifeste par des effets psychiques et somatiques, comme l'anxiété, mais aussi par des surdosages de produits psychoactifs, dont l'alcool.

- Deuxième dimension, la phase administrative de la sortie de prison comprend toutes les démarches de recours aux droits et aux services, y compris de santé. Elles peuvent être longues et laborieuses pour des sortants qui n'ont parfois plus les documents et justificatifs nécessaires. L'accès aux allocations et aux services, tels que l'hébergement d'urgence, se caractérise par une logique de projet. Si les sortants prennent le plus souvent au sérieux ces démarches, les attentes des institutions sont parfois contradictoires; elles se traduisent par des injonctions à adhérer aux prises en charge et au traitement, mais aussi à faire preuve d'autonomie et d'initiative dans la mise en œuvre d'un projet de réinsertion. Les sortants réa-

gissent de manière variée à ces injonctions, ce qui, du point de vue des professionnels, peut rendre leur réponse peu lisible.

- Pour les patients sortants, la troisième dimension concerne la santé et le recours aux soins. Pour les hommes séropositifs au VIH ou au VHC interviewés, il ne s'agit pas de non-recours mais plutôt de report de soins. En effet, les patients font souvent face à des obstacles administratifs (renouvellement de la carte Vitale, ouverture des droits) et à des conditions de vie incertaines ou précaires (hébergement temporaire) qui retardent la première consultation à la sortie.

- La quatrième dimension concerne les rapports avec les proches et les professionnels de santé et de l'aide sociale présents lors de la sortie. Seule une minorité de sortants bénéficie d'une insertion relationnelle capable de les soutenir matériellement, affectivement et socialement. Les autres vivent une expérience solitaire et entretiennent des relations de soutien avec des professionnels, qui suivent, construisent et enjoignent au projet.

- Liée à la précédente, la cinquième dimension concerne le travail, un pilier des attentes des proches et des professionnels. La protection sociale par le travail ne concerne qu'une minorité de sortants, par ailleurs entourés, et reste plutôt précaire. Les autres vivent le travail comme un élément du projet d'insertion à construire ou comme une injonction « hors sol » et impossible à atteindre, tant leurs parcours se sont éloignés du marché du travail.

- Enfin, sixième dimension, la sortie est un moment de réflexion et de projection dans le temps. Les sortants reconsidèrent leur parcours et envisagent de « changer de vie », que ce soit pour éviter l'incarcération ou pour en finir avec la toxicodépendance, par exemple. Selon les sortants, ces réflexions ne se traduisent pas toujours par un changement de direction, mais tous s'interrogent et vivent la sortie comme une opportunité de changer. La liminalité de l'expérience participe à faire de la sortie de prison un processus tourné vers l'avenir.

Conclusion

La santé postcarcérale est un problème social autant que sanitaire. La sortie de prison est un moment où les patients sont plus vulnérables et plus à risque, notamment car l'accès aux droits et aux services reste laborieux. Dès lors, les réponses doivent inclure l'accès aux allocations sociales ou au logement pérenne, autant qu'aux traitements et à l'éducation à la santé. Les expériences sur le terrain montrent par exemple qu'une assistante sociale dédiée à l'unité sanitaire en détention est primordiale à l'accès aux droits et aux services à la sortie, et donc à la continuité des soins après l'incarcération.

Si des efforts importants sont nécessaires pour préparer la sortie, pour fluidifier les parcours et coordonner les prises en charge des professionnels de santé, du social et de la probation, il s'avère particulièrement important de produire des données robustes sur cette



population clé. Comme le soulignent Christine Chan Chee et Charlotte Verdot dans le premier chapitre de ce numéro, les données disponibles sur l'état de santé de la population détenue en France sont anormalement anciennes.

Il est indispensable d'actualiser ces données, pour améliorer les connaissances sur la patientèle sortante de prison. Des données à jour permettront d'interpeller les décideurs politiques et d'étayer l'urgence d'adapter les moyens accordés aux services hospitaliers en détention (dits « unités sanitaires ») et en ville. Elles permettront aussi de mettre en avant le besoin de proposer une aide sociale adaptée et pérenne, comme, par exemple, d'introduire des services d'aide sociale en détention

ou de proposer des programmes de types « logement d'abord » (*housing first*).

Pour ce faire, la recherche en milieu fermé et ouvert doit être une priorité politique des tutelles. La France compte d'excellents chercheurs en santé et en sciences sociales de la prison, capables de mener des recherches de qualité, auprès d'une population vulnérable et parfois difficile à joindre. L'appui des tutelles de la Recherche, de la Justice, de la Santé et du Social est essentiel pour le financement et la coordination de ces recherches. Donnons-nous les moyens de produire les grandes enquêtes dont ont besoin la population pénale et les professionnels qui les prennent en charge, afin de prendre la mesure d'un problème à la fois social et sanitaire. ●

Addictions : données connues et prise en charge en milieu carcéral

Catherine Bernard
Médecin, chargée de mission santé, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)

Une prévalence particulièrement importante des conduites addictives chez les personnes placées sous main de justice, et en particulier chez les personnes incarcérées, appelle une politique publique déterminée. Ces consommations ont en effet un rôle majeur en tant que déterminant de la santé et des inégalités de santé. Elles influencent également le parcours judiciaire des personnes : il existe des liens importants et complexes entre alcool, drogues, violence et délinquance [2]. Aussi, l'organisation des soins doit permettre de saisir l'opportunité de l'incarcération pour aborder avec chaque personne la réalité de ses pratiques de consommation, et ce dès la visite médicale d'entrée, obligatoirement proposée. Une offre de service adaptée aux attentes et aux besoins de chacun peut permettre une évolution favorable des usages, et ce malgré l'environnement carcéral défavorable à la santé. Une attention particulière doit être apportée à la continuité des soins à l'admission pour assurer la prescription et la délivrance des traitements nécessaires, en particulier des médicaments de substitution aux opiacés ou à la nicotine, ou pour prévenir les troubles liés à un sevrage aigu ; la préparation de la sortie doit être anticipée tant pour les relais thérapeutiques que pour réduire les risques potentiels liés à une reprise de consommation, avec notamment le risque d'overdose mortelle.

Une prévalence particulièrement importante en matière de conduites addictives

La délinquance de droit commun apparaît comme très fortement corrélée à la consommation de substances psychoactives, en particulier l'alcool, consommé avant le passage à l'acte par une large majorité des auteurs

des crimes et des délits les plus courants : on estime que 72 % des vols et 57 % des agressions sexuelles ont été commis par une personne alcoolisée. Une étude régionale multicentrique, menée en Pays de la Loire et récemment terminée, établit une consommation quotidienne d'alcool et/ou de drogues illicites et/ou de médicaments sans la prescription requise pour plus d'un entrant sur deux en prison, et d'un médicament prescrit chez plus d'un entrant sur cinq parmi plus de 800 patients interrogés dans six maisons. « À trois mois d'incarcération, près d'un tiers ont une consommation quotidienne de substances illicites ou de médicaments non prescrits ou détournés », estime Caroline Victorri-Vigneau, responsable du Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-addictovigilance (CEIP-A) du CHU de Nantes.

La prévalence du tabagisme est plus élevée en milieu carcéral qu'au sein du reste de la population ; les travaux menés dans différents établissements pénitentiaires convergent vers une proportion de l'ordre de 65 à 80 % de fumeurs parmi les hommes adultes incarcérés (pour un tiers dans la population générale). Alors que le tabac était interdit auparavant, son achat en prison via la « cantine » a été autorisé en 1983 avec la permission de fumer soit dans les cours de promenade soit en cellule. Si cette décision a été prise du fait d'une attention portée au respect des droits individuels, elle l'a été dans un mouvement inverse à celui qui se développait dans la société civile avec la prise de conscience des effets délétères du tabagisme, y compris passif. La prévalence est très élevée chez les mineurs malgré l'interdiction pour cette population en détention.

La consommation importante de cannabis et le faible niveau de celle des autres drogues illicites sont

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.

confirmés par l'estimation en cours des consommations de drogues par l'analyse des eaux usées de trois établissements pénitentiaires situés en France métropolitaine – travaux menés par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) et la faculté de pharmacie de l'université Paris-Sud. Les pratiques d'initiation à la consommation de tabac, de drogues illicites et de médicaments psychotropes sont une réalité. Enfin, les pratiques de consommation par voie nasale ou injectable persistent, et les soignants doivent s'en préoccuper pour réduire les risques qui y sont liés.

Les enjeux d'une prise en compte adaptée des conduites addictives

Les enjeux d'une prise en compte adaptée des conduites addictives doivent être bien identifiés, tant par les professionnels relevant de l'administration pénitentiaire que par les soignants, dans le respect des missions de chacun. Cette approche est renforcée par le suivi de formations communes. Si globalement l'univers carcéral est peu favorable à une réduction des conduites addictives – en raison de la surpopulation pénale et de son impact sur la vie quotidienne, très souvent marquée par l'inactivité et le maintien en cellule, de la quasi-absence d'autonomie dans la gestion du quotidien, des comportements des codétenus ou des surveillants, des trafics internes, du stress de l'incarcération ou des différents rendez-vous judiciaires, etc. –, il ne faut pas minimiser les opportunités liées à l'accessibilité aux soins et le levier que représente la perception d'une capacité à agir chez les professionnels comme chez les personnes détenues.

L'identification des non-fumeurs à l'arrivée ou des personnes qui s'inscrivent dans une démarche de sevrage en cours d'incarcération doit conduire à une affectation en cellule non-fumeur. La mise en place de modules « Respect » depuis 2015 dans certains établissements [8] – qui inscrivent les personnels pénitentiaires dans un changement de posture professionnelle et donnent quelque marge d'autonomie aux personnes, avec notamment un accès plus libre à la cour de promenade – témoigne de la capacité de l'administration pénitentiaire à promouvoir des environnements plus favorables à la santé. D'autres expériences sont intéressantes, comme les nombreuses initiatives développées pendant « Mois sans tabac » ou celles d'unités de détention sans tabac (exemple de la maison d'arrêt de Villepinte). Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle essentiel pour promouvoir cette dynamique.

L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), pivot de l'organisation des soins, est l'acteur de premier recours. Les pratiques professionnelles qui y sont développées doivent permettre de garantir les approches adaptées de repérage des conduites addictives conformément à l'obligation légale faite depuis janvier 2016. Ce « bilan de santé relatif à la

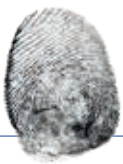
consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac » doit permettre d'identifier le besoin d'aide au sevrage ou les besoins de traitement de substitution à initier ou poursuivre en cas de dépendance aux opioïdes ou à la nicotine. Cela doit aussi permettre de proposer des stratégies d'accompagnement individualisées, sur la base d'objectifs partagés entre les soignants et avec la personne concernée, et le cas échéant des activités de groupe.

Les équipes spécialisées des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA référent), maintenant présentes aux côtés des USMP dans tous les établissements pénitentiaires, contribuent à améliorer les réponses en apportant un étayage aux pratiques professionnelles au sein de l'USMP ou en participant directement à l'accompagnement des personnes détenues. Les professionnels de psychiatrie, qu'ils soient partie prenante de l'USMP ou exerçant dans la prison au sein d'un service médico-psychologique régional (SMPR), doivent contribuer en tant que de besoin à la prise en charge des patients, et ce d'autant que les doubles diagnostics addictions et troubles psychiatriques sont fréquents. De même la prise en charge spécifique des auteurs d'infractions à caractère sexuel doit intégrer l'existence éventuelle de conduites addictives liées au passage à l'acte.

La coordination entre ces différents professionnels et équipes est essentielle pour garantir la qualité des accompagnements au service du projet de soin individualisé. Les protocoles doivent prévenir les risques de rupture du secret médical liée à l'organisation des soins dans un environnement carcéral, où la simple mention d'une spécialité sur une liste de rendez-vous divulgue une information à caractère médical. Le lieu de l'exercice professionnel renforce la nécessité pour l'équipe de s'interroger régulièrement sur ses pratiques au regard des exigences de l'éthique professionnelle, et ce d'autant plus que certaines substances consommées ou pratiques de trafic sont illicites. La coordination doit impliquer, au besoin, les professionnels de l'extérieur qui assurent les relais de prise en charge et la continuité des soins.

Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, régulièrement actualisé, permet d'avoir des informations plus précises sur les modalités d'organisation de la prise en charge addictologique en milieu pénitentiaire [25]. Le recours à des outils de repérage ou d'évaluation standardisés participe à garantir une approche systématique et objective des situations.

Le changement de braquet en matière de lutte contre le tabac, afin d'obtenir la même mobilisation qu'à l'extérieur et d'agir contre l'aggravation des inégalités de santé, doit pouvoir s'appuyer sur les expériences menées et sur une détermination de tous les acteurs pour proposer des environnements favorables, renforcer les offres d'accompagnement au sevrage (pour les personnes



détenues comme pour les personnels) et être toujours respectueuse de la volonté de chacun des fumeurs. Les professionnels doivent s'interroger sur leur difficulté à dépasser leurs représentations des personnes détenues comme ayant de telles difficultés que ce ne serait pas le moment pour elles d'arrêter de fumer. Ils sous-estiment ainsi le souhait de certains de réduire ou d'arrêter leur consommation ou d'y substituer une activité exclusive de vapotage (possible à « cantiner » depuis août 2014), comme leur propre capacité à développer des approches motivationnelles et d'accompagnement des personnes concernées.

Les associations d'entraide ou d'autosupport peuvent également contribuer à l'accompagnement des personnes concernées. Leurs interventions, souvent réalisées en lien avec le service de probation et d'insertion, mériteraient d'être mieux articulées avec l'USMP.

La nécessité d'amplifier la réduction des risques et des dommages (RDRD) au sein de chaque établissement passe par une stratégie explicite de l'équipe soignante, y compris par le bon usage des médicaments (expérience autour de la réduction des benzodiazépines

dans certains établissements); elle passe aussi par la capacité des soignants à garantir la possibilité d'un dialogue avec chaque personne détenue, dans une approche non jugeante, sur la réalité des pratiques à risque et/ou du mésusage de médicaments. Ce dialogue doit nourrir la confiance réciproque. Il doit permettre d'aborder les conditions de continuité des soins à la sortie, de développer des actions de prévention des risques liés à une reprise de consommation. Les risques de réalcoolisation sont très élevés dans un contexte de grande accessibilité à l'alcool dès la sortie, et ceux d'overdoses aux opiacés justifient la remise d'un kit de naloxone à des fins de protection individuelle ou de l'entourage. Ces risques sont très largement sous-estimés, tant par les usagers que par les soignants, alors même que la surmortalité des sortants de prison, qui leur est en partie liée, est documentée. La promotion de la participation et de l'autonomie des personnes détenues peut bénéficier d'une approche développée en s'appuyant sur les principes de la promotion de la santé, avec notamment des actions d'éducation thérapeutique. ●

Les politiques et mesures mises en œuvre

Une stratégie interministérielle pour la santé des personnes placées sous main de justice, adoptée en 2017, vise à promouvoir la santé des personnes, à garantir leur accès aux soins et à réduire les inégalités sociales de santé.

La stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice

Pourquoi fallait-il une stratégie de santé publique spécifique pour une population d'environ 300 000 personnes (détenus, personnes suivies en milieu ouvert, notamment les mineurs accompagnés par la Direction de la protection judiciaire de la Jeunesse [PJJ]) dont les principaux problèmes de santé, qu'il s'agisse de la santé mentale, des addictions ou encore de la santé sexuelle font déjà l'objet de plans, programmes et stratégies de santé publique thématiques ? Pourquoi, en effet, ne pas se contenter de l'intégration, indispensable et effective, de cette population dans la cible plus large de tous les programmes nationaux de santé publique ? Parce que cela ne peut suffire.

Une approche spécifique nécessaire

De fait, de nombreux constats plaident pour la nécessité d'une approche spécifique complémentaire à l'approche générale.

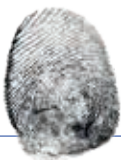
- Les personnes sous main de justice, notamment les personnes détenues, cumulent les inégalités sociales de santé. La fréquence élevée des pathologies mentales, des addictions, des infections chroniques (VIH et hépatites) dans cette population est connue, mais nous manquons de données actualisées de surveillance. Il nous faut mieux observer pour mieux agir :

d'une part améliorer la connaissance de la santé des personnes détenues à l'entrée et aussi en cours de détention, et d'autre part être en mesure d'évaluer l'impact de l'engagement des équipes et des importants investissements mis en place pour améliorer l'accès aux soins des personnes détenues depuis la loi de 1994.

- La détention rend compliquée l'organisation des soins : malgré l'idéal inscrit dans la loi d'un même accès aux soins et à la prévention que la population générale, la population des personnes détenues souffre, inévitablement, d'un accès plus complexe. En conséquence, il faut, en permanence, s'interroger sur les organisations et les moyens de dépasser les obstacles inhérents à la privation de liberté afin de préserver intégralement le droit à la santé des personnes détenues. En outre, certains soins, en lien avec des addictions ou des infractions à caractère sexuel, ont un rapport direct avec le motif de condamnation des personnes, qu'elles soient détenues ou suivies en milieu ouvert, et l'effectivité de ces soins ne peut être atteinte que par des organisations spécifiques à cette population.

- Au-delà de la détention, la question de la continuité des parcours de santé lors de la sortie est un défi

Jérôme Salomon
Directeur général de la santé, DGS
Christophe Michon
Chef de projet à la DGS pour la mise en œuvre de la stratégie interministérielle santé des personnes placées sous main de justice



commun avec celui de la réinsertion sociale, et les résultats sont encore insuffisants dans ce champ. Les personnes suivies en milieu ouvert, en particulier à l'issue d'une incarcération, doivent donc, elles aussi, faire l'objet d'une attention particulière des politiques publiques bien qu'elles accèdent aux soins dans le cadre du droit commun.

- L'accès à la prévention et à la promotion de la santé, que la Stratégie nationale de santé¹ porte comme la priorité majeure de la politique de santé, est un autre défi à relever, en particulier dans les maisons d'arrêt dans le contexte de surpopulation carcérale que nous connaissons en France. Alors comment poursuivre nos objectifs d'environnements favorables à la santé ? L'enfermement en cellule, la promiscuité, le manque d'activité, le stress, la violence ou encore le tabagisme passif sont autant de conséquences de la surpopulation. Ce sont surtout des facteurs qui nuisent à la santé des personnes détenues mais aussi à la qualité de vie au travail des professionnels exerçant en détention. Développer dans ce contexte des programmes de prévention et de promotion de la santé élaborés pour, par et avec les personnes détenues et les professionnels peut sembler irréaliste. De nombreuses expériences montrent au contraire qu'une approche fondée sur les principes de la promotion de la santé permet de rendre en partie aux personnes leur pouvoir d'agir sur leur environnement et sur leur santé. Nous devons agir en ce sens.

- Les logiques et les cultures différentes des professionnels du soin et de la surveillance imposent de travailler non seulement au renforcement des collaborations et des échanges, dans le respect des secrets professionnels, mais aussi sur les formations afin de développer une culture commune. L'enjeu est de surmonter les difficultés propres aux collaborations interdisciplinaires afin de permettre aux professionnels exerçant en détention de mieux se coordonner autour des personnes qui leur sont confiées.

Ce sont tous ces constats, partagés par les services des ministères de la Santé et de la Justice, et confirmés en 2015 par l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice², qui nous ont amenés à élaborer la nouvelle stratégie interministérielle pour la santé des personnes placées sous main de justice³.

Les axes et objectifs de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice

Cette stratégie pérenne définit des axes de travail regroupant un certain nombre d'objectifs. La traduction

de ces objectifs en un programme d'actions, nationales, régionales, locales, définira une première feuille de route : cette élaboration est en cours, coordonnée par une équipe projet interministérielle pilotée par la Direction générale de la santé, qui anime des groupes de travail composés de représentants des institutions, des professionnels et des associations, de la santé et de la justice.

Les objectifs de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice sont regroupés au sein de six axes, tous potentiellement transversaux aux thématiques sanitaires prioritaires.

- Axe 1 : mieux connaître l'état de santé et déterminer les besoins en matière de santé des personnes placées sous main de justice.

- Axe 2 : développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours. Les premières mesures de cet axe ont été intégrées dans le plan national de santé publique (PNSP « Priorité prévention ») annoncé par le Premier ministre le 26 mars 2018, illustrant ainsi la cohérence entre plan général et feuille de route ciblée sur une population particulièrement vulnérable. Ces mesures portent en particulier sur la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé dans tous les établissements pénitentiaires et sur le renforcement du programme « PJJ promotrice de la santé ».

- Axe 3 : poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages des personnes placées sous main de justice.

- Axe 4 : améliorer l'accès aux soins des personnes placées sous main de justice.

- Axe 5 : organiser la continuité de la prise en charge lors des sorties de détention et des levées de mesures de justice.

- Axe 6 : favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie de santé des personnes placées sous main de justice.

Les travaux d'élaboration des actions à entreprendre sont organisés par axe mais certains thèmes prioritaires sont pris en compte par des groupes thématiques dédiés (sur la prévention du suicide, la lutte contre le tabagisme, la réponse aux situations de handicap et de perte d'autonomie liée au vieillissement, les soins en rapport avec l'infraction commise).

Pour réduire les inégalités sociales de santé présentes dans la population des personnes placées sous main de justice, la politique publique doit à la fois utiliser les leviers destinés à l'ensemble de la population et entreprendre des actions spécifiques ciblées.

Cette stratégie interministérielle est en pleine cohérence avec la Stratégie nationale de santé et sa mise en œuvre repose sur de nombreux acteurs de la santé et de la justice : leurs collaborations sont primordiales, tant au niveau national ou régional qu'au niveau local, avec pour objectif commun l'amélioration de la santé des personnes placées sous main de justice. ●

1. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/>

2. Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article542>

3. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_ppsmj_2017.pdf

La prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice en Angleterre et en Irlande du Nord

La prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice en Angleterre et en Irlande a été profondément repensée en 2016 du fait de la publication de deux documents clés : la stratégie du National Health Service England (NHS E) 2016-2020 d'une part ; le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons du ministre de la Justice (*Lord Chancellor*) d'autre part. Ces réformes dressent un cadre nouveau dans lequel la continuité et la coordination des soins, l'individualisation de la prise en charge, l'objectif de réinsertion, la responsabilité directe des directeurs des prisons et l'objectif de qualité des soins sont mis en avant.

La stratégie du National Health Service England (NHS E) 2016-2020¹

Publiée le 18 octobre 2016, la stratégie définit les ambitions du NHS en vue d'améliorer la santé et les résultats du système de soins pour les détenus, tout en promouvant la cohésion sociale et la sécurité de la communauté. Sont concernés :

- les services de soin en prison et en centres de détention pour jeunes délinquants,
- les centres de rétention pour migrants,
- les centres d'accueil protégé pour enfants et jeunes adultes,
- Les services de liaison et d'orientation auprès de la police et des tribunaux²,
- les centres pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel,
- les services de santé publique.

Les constats

Défini en collaboration avec les services compétents de la santé et de la justice, les utilisateurs des services de santé, les médecins et les établissements de soins, le tiers secteur indépendant, les services de probation et l'agence exécutive Public Health England (PHE), le plan stratégique s'appuie sur une étude de 2013³, qui a mis à jour un certain nombre de constats.

1. Étude réalisée par la Revolving Doors Agency : Strategic direction for health services in the justice system : 2016-2020. Care not custody, care in custody, care after custody.

2. Les services de liaison et d'orientation, Liaison and Diversion Services, sont des services du NHS intervenant lors des arrestations pour identifier les personnes les plus vulnérables, notamment du fait de pathologies mentales, et les orienter vers des centres de soins, la prison ou la prise en charge en milieu ouvert.

3. Balancing Act : Addressing health inequalities among people in contact with the criminal justice system.

- Les personnes placées sous main de justice sont en majorité plus malades et ont moins accès aux programmes de prévention, en lien avec des conditions sociales difficiles, couplées avec un long passé dans le système de soins : il s'agit ainsi d'un groupe social particulièrement vulnérable.

- Les personnes placées sous main de justice sont aussi davantage concernées par les addictions. L'usage de drogues serait responsable de plus d'un tiers de la criminalité, alors que des traitements appropriés pourraient réduire cette criminalité de 50 %. 15 % des jeunes en détention ont au moins une addiction, et 37 % des récidivistes.

- Le système de soins tel qu'il est conçu n'est pas adapté à la prise en charge de personnes aux besoins multiples, et ce type de prise en charge n'est pas forcément attractif pour les professionnels.

- Une prise en charge plus adaptée, grâce à des partenariats, notamment pour la santé mentale et les addictions, sera bénéfique pour les individus eux-mêmes mais aussi pour leurs familles et leurs aidants ; en contribuant à réduire la criminalité et les récidives, elle sera bénéfique pour la société en général.

- Compte tenu de la brièveté de la durée moyenne des incarcérations et du taux élevé de récidives⁴, assurer la continuité de la prise en charge entre la détention et la sortie en ville est indispensable.

In fine, traiter convenablement cette population spécifique aura un impact significatif sur la santé, les conditions de vie et la réduction des inégalités. Au regard de ce constat, les ambitions affichées par le NHS E sont de :

- réduire l'écart entre les détenus et la population générale en termes de santé grâce à un soutien et à une coopération accrus de tous les services de soin et des services sociaux ;

- réduire le nombre de personnes incarcérées en raison de problèmes de santé non traités, en particulier la toxicomanie, et par ce moyen contribuer à la réduction de la délinquance ;

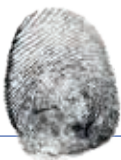
- assurer la continuité de la prise en charge après la sortie de détention de façon à réduire les récidives.

Ces ambitions se traduisent par l'affichage de sept priorités.

1. Améliorer la santé des plus vulnérables et réduire les inégalités de santé.

4. 46 % de récidives la première année après la sortie ; 74 % de peines inférieures à douze mois, soit six mois effectifs en prison ; pour les mineurs et les jeunes, les séjours effectifs dépassent à peine deux mois. 34 % des détenus reviennent en milieu ouvert.

Caroline Weill-Giès
Consultante en santé publique



2. Améliorer les interventions précoces grâce à des services de liaison et d'orientation efficaces.
3. Promouvoir des soins centrés sur la personne définis dans des plans de soins individualisés (*care plans*) afin de proposer des traitements et un soutien appropriés.
4. Écouter davantage les personnes concernées et encourager leur implication active dans la définition des besoins.
5. Encourager les soins de suite et mettre en œuvre des moyens de guérison.
6. Promouvoir la continuité des soins, à l'entrée en détention et à la sortie, par l'articulation des services de soins en détention, en milieu protégé et en ville.
7. Promouvoir une meilleure intégration des services grâce à des partenariats, des collaborations et une organisation des soins.

Les plans de soins individuels, notamment, doivent : être établis dans tous les lieux de soin ; prendre en compte les aspirations de la personne ; être conçus de façon à protéger les personnes à risque de judiciarisation, à éviter la stigmatisation, à protéger leur dignité, à identifier un médecin traitant. En outre, les *care plans* établis dans la communauté doivent être reconnus dans les lieux de détention de façon à éviter les ruptures de soin entre la ville et la détention.

Le NHS s'engage par ailleurs à développer un cadre de soins intégrés pour la santé mentale destiné aux enfants et aux jeunes en milieu fermé, ainsi qu'à rédiger un nouveau protocole de prise en charge de la santé mentale dans les lieux de détention et les lieux de sécurité. Cet engagement s'est traduit par la publication par le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) en mars 2017 du protocole NG66 *Mental health of adults in contact with the criminal justice*. Le NHS s'engage à améliorer également la prise en charge de la santé des usagers de drogues, notamment par l'évaluation des lieux de détention

La gouvernance de la stratégie est confiée, au-delà des instances compétentes pour chaque domaine, à un groupe de surveillance national santé-justice, qui rend compte au comité responsable du NHS. Par ailleurs, un comité de référence en charge de la supervision des services santé-justice⁵ a reçu pour mission de faire émerger des normes de qualité en lien avec les services régionaux et locaux.

Afin de garantir la mise en œuvre et la pérennité de la stratégie, quatre leviers sont déployés :

- la mise en place progressive d'un système d'information santé-justice intégré ;
- un programme-cadre global de mise en œuvre santé-justice⁶, centré sur les résultats ;
- l'amélioration du recueil d'information sur la santé des détenus⁷ ;

5. Health and Justice Clinical Reference Group.

6. NHS E. Framework for Patient and Public Participation in Health and Justice Commissioning. Février 2017.

7. Health and Justice Indicators of Performance (HJIPs).

- un programme-cadre national d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des services santé-justice, reconnaissant l'importance de la santé mentale, somatique et affective (*emotional*).

Le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons⁸

Mis en œuvre de façon progressive à partir d'avril 2017, le livre blanc sur la sécurité et la réforme des prisons s'appuie sur le constat selon lequel l'efficacité des services de santé en prison dépend de l'organisation de la prison en général et notamment de la présence de personnels adéquats. Le NHS et les directeurs des prisons doivent donc collaborer pour satisfaire les besoins de santé des détenus, en prenant en compte simultanément les services de santé et l'environnement interne de la prison (*whole prison approach*).

Cette nouvelle approche, promue par l'OMS, a impliqué l'agence Public Health England (PHE), le ministère de la Justice, le service de probation et le National Health Service England dans le développement d'un ensemble d'indicateurs (*metrics*) permettant de mesurer l'impact des changements. Les grands principes de la réforme sont les suivants.

- Davantage d'autonomie donnée aux directeurs (*governors*) des prisons.
- L'objectif de réinsertion des prisonniers est placé au centre du régime carcéral.
- Les directeurs des prisons se voient attribuer un rôle accru sur l'éducation, le travail, les liens familiaux, les programmes de réinsertion des délinquants⁹, la santé.
- Les directeurs des prisons disposent désormais d'une influence accrue sur l'offre de soins dans leur prison, afin d'endiguer la déconnection croissante entre les soins et la sécurité en prisons.
- La prison est considérée comme un lieu de vie et tous les aspects de la prison influant sur les déterminants de la santé au sens large (par exemple l'éducation, *life skills* ou compétences de vie) sont pris en compte ; les principes de santé publique sont au cœur de la réforme¹⁰. L'approche de la santé en prison concerne le personnel, les visiteurs, les familles et l'environnement social immédiat ; elle prend en compte l'ensemble de la trajectoire du délinquant, en lien avec les services de probation.
- Les prisons sont conçues comme partie intégrante des services de santé locaux, qui devraient avoir pour rôle d'assurer les besoins de santé des détenus après la sortie. Les directeurs de prison doivent en conséquence s'engager dans l'organisation des soins de santé de ville autour de la prison.
- La PHE, le NHS E, l'organisation gouvernementale HMPPS (Her Majesty's Prison Service) mettent en place

8. Ministre de la Justice (Lord Chancellor). White Paper on Security and Prison Reform. 3 novembre 2016.

9. Offender behaviour and resettlement programmes.

10. Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique, prévention.

un partenariat afin de proposer aux directeurs des prisons un référentiel des méthodes dont l'efficacité en prison a été démontrée.

Les moyens de la réforme

Afin de garantir que les services de santé en détention soient adaptés aux besoins de la population, leur conformité avec les spécifications nationales émises en particulier par le NICE est requise.

La PHE a également mis au point un tableau de bord (*toolkit*) des indicateurs de santé en prison permettant de mesurer les améliorations de l'offre de soin et les progrès de l'état de santé. Une équipe

permanente mixte justice-santé chargée d'analyser les données de santé et de les interpréter aux différents niveaux (local, régional, national) a été mise en place.

Enfin, à l'avenir, l'évaluation annuelle de la performance des directeurs de prison reposera sur les indicateurs de performance en cours d'élaboration au ministère de la Justice et dans les services de probation, qui incluront des indicateurs spécifiques destinés à mesurer les gains de santé des détenus ; la mesure de la performance en santé s'appuiera sur différentes sources de données, permettant des comparaisons entre les prisons et avec la population générale. ●

Les réformes de la prise en charge de la santé des détenus dans les lieux de détention en Belgique

Le principal problème sanitaire auquel doit faire face le système pénitentiaire belge est la surpopulation chronique, le stress et les maladies transmissibles que celle-ci provoque. En 2017, une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) fait le constat de la mauvaise santé des détenus dans les prisons belges, attestée notamment par une consommation de médicaments importante, en particulier de psychotropes, et par le nombre élevé de consultations par détenu : en moyenne 18 fois par an pour le médecin généraliste et 3 fois par an pour le psychiatre...

Selon le KCE, le système pénitentiaire « manque de ressources financières et humaines, de coordination, de continuité des soins, de communication, de formation et souffre de la fragmentation des compétences entre niveaux de pouvoir ». Les détenus ne bénéficient pas d'une consultation systématique à l'entrée en détention ni d'une couverture sociale pendant la détention, système qui conduit à une rupture complète dans la prise en charge à la sortie de prison¹.

En 2015, une étude de la CCAP² a établi que :

- les acteurs sociaux et médicaux étaient en nombre insuffisant sur le terrain par rapport au nombre des détenus en droit de les solliciter. Dans les centres pénitentiaires, ils ne disposent ni des informations ni des locaux dont ils auraient besoin pour remplir leur mission ;
- les services d'aide psychosociale destinés aux détenus sont insuffisants (un psychologue pour plus

de 700 détenus et des délais d'attente parfois supérieurs à douze mois) ;

- les services de promotion de la santé sont sous-dotés : 8,25 ETP (équivalents temps plein) d'acteurs de santé pour l'ensemble des 5 795 détenus des centres pénitentiaires de Wallonie ;
- la formation des détenus est défailante en prison : 75 % des détenus n'ont aucune qualification, mais il n'y a de places en formation générale que pour 16 % de la population carcérale, et en formation professionnelle pour seulement 6,8 % des détenus.

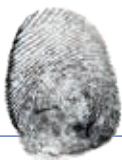
En raison de la disparité des services d'aide proposés dans chaque prison, il est impossible pour les détenus de bénéficier d'un suivi cohérent. À la suite d'un transfert, « un parcours initié là peut être interrompu du jour au lendemain, ce qui met à mal tous les efforts effectués par les acteurs professionnels et par les détenus eux-mêmes ». Ainsi, sur 17 prisons, 14 proposent un service de promotion santé et prévention ; 9 proposent des services d'aide aux toxicomanes ; 9 proposent des services d'aide aux alcooliques ; 4 proposent des services liés à la santé mentale. Le système souffre en général de l'absence d'un cadre cohérent d'objectifs et de coordination. De fait, à la suite de la sixième réforme de l'État (2012), diverses compétences en matière de soins de santé ont été transférées des autorités fédérales aux régions et aux communautés. Selon l'étude du KCE de 2017³, « de multiples intervenants sont désormais impliqués dans les soins pénitentiaires, avec une absence de communication et de coordination, et parfois des doubles emplois ».

Caroline Weill-Giès
Consultante en santé publique

1. Le système pénitentiaire paie en effet lui-même les soins de santé des détenus.

2. Concertation des associations actives en prison (CAAP), publication 2015.

3. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Rapport 2017.



Santé des personnes sous main de justice

Les interpellations de la Belgique par les instances internationales de protection des droits de l'homme ont été nombreuses ; elles ont concerné :

- la surpopulation et des problèmes d'infrastructure dans les prisons ;
- des conditions de vie inhumaines dans certains établissements ;
- une infrastructure inadaptée à la réinsertion des détenus ;
- un environnement de travail dangereux pour le personnel de surveillance et de soutien ;
- l'impossibilité de fait de mettre en place et de mener une politique en matière de différenciation des peines.

En particulier, la Cour européenne des droits de l'homme a plusieurs fois condamné la Belgique en raison de la présence de contrevenants relevant de la psychiatrie dans les prisons belges et du manque de soins adaptés. En effet, faute d'options de traitement en milieu ouvert, les contrevenants atteints de problèmes mentaux (dits « internés ») sont incarcérés en prison, où ils représentent 10 % de la population. Si la situation à cet égard s'est améliorée ces dernières années grâce à la mise en place d'équipes de soins

(psychologues, psychiatres, assistants sociaux et infirmiers psychiatriques), les conditions restent précaires. D'une manière générale, la Belgique, et en particulier la région néerlandophone du nord du pays, manque de services adaptés à cette population particulière.

Le Masterplan : une prise en charge spécifique pour les détenus atteints de pathologies mentales

En 2016, un accord de gouvernement a prévu que les « internés » (malades psychiatriques) doivent être accueillis dans des infrastructures spécifiquement conçues et qu'ils doivent recevoir des soins adaptés au cours de leur détention. Cette évolution s'est traduite par la rédaction d'un « Masterplan prisons et internement » signé conjointement par les ministres de la Santé publique, de la Justice et de la Sécurité intérieure, approuvé en novembre 2016 par le Conseil des ministres. Les objectifs généraux du Masterplan sont de :

- réduire la surpopulation dans les prisons ;
- rénover l'infrastructure pénitentiaire ;
- rendre celle-ci plus adaptée à la réinsertion des détenus, avec la création de maisons de transition ;

Promouvoir la santé en milieu pénitentiaire : l'expérience bretonne

Passer du soin à une approche globale et cohérente de la santé : cette ambition partagée se confronte aux difficultés que connaît le monde pénitentiaire, comme le montre l'initiative menée en Bretagne depuis plusieurs années.

Les équipes hospitalières intervenant dans les établissements pénitentiaires ont notamment pour rôle de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé. Elles rencontrent cependant souvent des difficultés à mener à bien cette mission : tel est le constat que la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) Bretagne avait effectué en 2009, après plusieurs rencontres avec les cadres de santé des UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires, devenues depuis unités sanitaires en milieu pénitentiaire, USMP).

Au début de l'année 2010, la Drass a sollicité le pôle régional de compétences en éducation et

promotion de la santé, collectif de structures régionales animé par l'Ireps (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, association qui, plus tard, regroupera les quatre comités départementaux et le comité régional d'éducation pour la santé). Il s'agissait de proposer aux cadres de santé et au personnel infirmier des UCSA une formation et un accompagnement pour la mise en place de projets de service intégrant la promotion de la santé. La démarche a débuté par un état des lieux auprès des équipes et des établissements, mené par l'Ireps, afin de préciser les besoins.

Les constats de la Drass et de l'Ireps se sont rejoints. Plusieurs freins limitaient le développement d'un projet d'ensemble de promotion de la santé : cloisonnement entre les différents services concernés par la santé des personnes détenues, difficulté à identifier un référent pour coor-

donner les actions, prépondérance d'une culture du soin sur celle d'une approche globale de la santé. D'autres facteurs s'y ajoutaient, de manière variable selon les établissements, comme le manque de personnel ou encore des locaux inadaptés.

En 2013, l'Ireps a proposé à l'agence régionale de santé (ARS qui a succédé à la Drass) un programme comportant trois volets :

- une formation sur la promotion de la santé en milieu pénitentiaire ;
- des temps d'échanges de pratiques interétablissements ;
- un soutien méthodologique à la mise en place de projets, intégrant un appui à la coordination entre services concernés.

Ce programme a été mis en œuvre auprès des sept établissements pénitentiaires de la région. Il a pu s'appuyer sur le guide *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*, publié en 2014

Valérie Lemonnier
Thierry Prestel
Ireps Bretagne
(Instance régionale
d'éducation et de
promotion de la
santé)

- offrir des alternatives à l'application des peines classiques ;
- réduire durablement la population carcérale en dessous de 10 000 personnes.

Pour tous les « internés » (malades psychiatriques) qui, à l'heure actuelle, séjournent en prison, une infrastructure adaptée doit être mise en place, au sein de laquelle ils bénéficieront des soins et d'un accompagnement conformes à la dignité humaine et personnalisés.

Il s'agit donc d'une approche globale, mettant en place la modernisation et l'extension de la capacité pénitentiaire existante par une politique de réinsertion, par une politique de sanctions différenciées et par la limitation de la surpopulation pour ceux qui restent en prison. Dans le principe, si chaque peine d'emprisonnement prononcée doit pouvoir être effectivement exécutée, dans le même temps, chaque interné (malade psychiatrique) doit pouvoir recevoir une place adaptée et sûre hors de prison.

Le Masterplan a prévu dans ce but la création de nouveaux établissements, la construction de nouvelles cellules et la rénovation de cellules vétustes, via une combinaison de moyens publics et privés, les rénova-

tions incombant aux seuls financements publics. 860 places supplémentaires sont particulièrement destinées aux contrevenants atteints de troubles mentaux ; des équipes mobiles sont prévues afin de faciliter la transition de ces personnes vers les infrastructures d'accueil, la réinsertion sociale et le circuit de soins classiques.

Les maisons de transition qui sont prévues à cet effet constituent un dispositif d'accompagnement à la sortie, pour un total de 100 places ; deux établissements accueillent des projets de petite échelle avec un niveau de sécurité moindre qu'en détention. Des détenus, sélectionnés sur la base d'une série de critères, pourront passer la dernière partie de leur peine dans une maison, où ils bénéficieront d'une assistance et d'un accompagnement intensifs visant à leur permettre de fonctionner à nouveau et mieux dans la société.

À terme, le Masterplan prévoit la mise en place d'un circuit de soins psychiatriques complet, permettant de présenter aux contrevenants psychiatriques un parcours de soins personnalisé dans lequel interviennent tous les acteurs, avec pour objectif final d'éviter toute incarcération des personnes atteintes de troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire. ●

par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [5, 32].

Quel bilan ?

La démarche a été soutenue par l'ARS et par la direction interrégionale des services pénitentiaires. Elle a connu un début dynamique avec une réelle implication des unités sanitaires et de leurs cadres de santé. Pourtant, au fil des années, elle a rencontré différentes difficultés. L'évaluation est en cours, mais on peut déjà dégager deux tendances : de manière générale, les équipes des unités sanitaires sont motivées à développer une approche globale de la santé ; les freins sont surtout d'ordre structurel.

La motivation se concrétise dans un travail concerté intégrant la mise en place de projets variés, fondés sur des besoins validés avec les personnes détenues. Par exemple, la médiation par l'animal, qui favorise la sortie de l'isolement et

l'expression, ou les actions destinées aux femmes et intégrant des soins du corps et du visage. La santé n'est plus seulement envisagée comme la prise en charge des troubles (le soin), ou l'adoption de « bons » comportements (l'éducation sanitaire). Elle est conçue de manière plus large, visant, sinon un bien-être auquel le milieu n'est pas favorable, du moins un « moins mal-être ».

Le frein majeur, et qui va croissant, est l'augmentation de la population incarcérée. Les moyens des unités sanitaires comme de l'administration pénitentiaire n'augmentent pas, voire se réduisent, dans un contexte de forte tension des budgets hospitaliers. L'état de santé des personnes détenues, majoritairement issues de catégories socioprofessionnelles défavorisées, demande souvent des soins et le temps des personnels soignants n'est pas indéfiniment extensible. L'intervention en milieu pénitentiaire n'est

pas toujours attractive et ceux qui s'y impliquent ont souvent, après quelques années, le souhait de changer de service. La rotation des personnels rend difficile la poursuite de projets qui doivent s'inscrire dans la durée. C'est aussi, à chaque fois, une perte de culture en promotion de la santé car celle-ci est encore peu intégrée à la formation et aux parcours des soignants.

La démarche de promotion de la santé menée en milieu pénitentiaire permet de développer une approche plus cohérente et plus large de la santé des personnes détenues. Elle conduit aussi à interroger leurs conditions de vie, les conditions de travail des professionnels de santé et pénitentiaires, les choix politiques et économiques qui les déterminent. ●

Remerciements à Olivier Le Guen (ARS Bretagne) et Valérie Pondaven (direction interrégionale des services pénitentiaires Grand Ouest)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.



Pratiques cliniques en milieu pénitentiaire, autonomisation et réinsertion

Emmanuel Luneau

Médecin, unité

« Prévention,

Éducation, Santé en

milieu pénitentiaire »,

CHU Lille

Olivier Vanderstukken

Docteur en

psychologie,

psychologue clinicien,

SMPR Annœullin,

CHU Lille

Caroline Delaplace

Direction

interrégionale des

services pénitentiaires

(DISP)

des Hauts-de-France

Qu'ils soient dénommés personnes – ou patients – placées sous main de justice (PPSMJ), ces individus relèvent de prises en charge sanitaire et pénitentiaire. Historiquement, santé et justice ont toujours entretenu des relations passionnées : hostiles ou complémentaires, déséquilibrées ou constructives, cela en fonction des époques, mais jamais totalement pacifiées. Ces relations ne font que traduire une interconnexion de fait, reposant sur une perception globale du sujet liant le soin (pour lui-même) et sa relation à l'autre (infraction et réhabilitation).

Les systèmes sanitaires et pénitentiaires évoluent selon des normes ou des concepts préalablement définis, en fonction du temps et des pays. C'est ainsi qu'encore aujourd'hui les acteurs, professionnels mais aussi patients ou personnes détenues, semblent adopter un modèle dans lequel les premiers « savent » tandis que les seconds « doivent faire ». Pour autant, les résultats sont décevants, qu'ils soient traduits en termes de « récurrence » ou de « non-observance », et amènent des questionnements.

Certains, appliquant ce modèle, expliquent ces échecs par un partenariat insuffisamment travaillé ou pensé. Ils mettent en avant la nécessité de renforcer les articulations et les échanges entre les deux partenaires, sans interroger la place des personnes placées sous main de justice. En ce sens, il s'agirait de mieux organiser mais aussi de partager davantage les informations.

D'autres s'interrogent sur le modèle en lui-même et proposent une approche différente. Il s'agit, non pas de placer la personne cible comme ignorante et exécutrice d'ordres, mais comme sachante et actrice dans son parcours de vie. Ces approches bouleversent de fait les habitudes, les positionnements, et cela au bénéfice des publics.

Justice et santé réfléchissent à intégrer ces deux axes dans leur mode de fonctionnement, et cela dans un objectif commun : la réinsertion des personnes placées sous main de justice (sur le plan de la santé et du social).

Une approche basée sur la participation de la personne détenue

L'administration pénitentiaire amène la personne détenue à participer à l'exécution de sa peine : le travail, la formation, l'éducation, le maintien des liens familiaux, l'accès à la culture et à la santé sont autant de moyens qui permettent de placer la personne au cœur de sa réinsertion. La réponse pénale est alors individualisée et redonne son sens et son efficacité à la peine. La loi pénitentiaire de 2009 réaffirme la nécessité d'une prise en charge sanitaire adaptée et de qualité, élargit

les conditions d'accès aux aménagements de peine et favorise ainsi la réinsertion. Dernièrement, le référentiel des pratiques opérationnelles en service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), publié en avril 2018, prône l'entretien motivationnel, issu du monde de la santé, et les échanges basés sur une relation collaborative entre le professionnel et la personne détenue, permettant de se tourner vers des buts concrets et réalistes afin de susciter en cette dernière une motivation au changement de comportement.

La participation du patient détenu est également mise en avant dans le cadre de la promotion de la santé, de l'éducation thérapeutique du patient et du « Good Lives Model » (GLM).

La définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permet de partir d'une base consensuelle : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité. » Cette définition induit une prise en charge plurielle et partenariale. Dans ce cadre, la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé à travers cinq axes (élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles, réorientation des services de santé). La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur de la santé, elle exige l'action coordonnée de tous les intéressés et conduit à un large partenariat. Elle est l'affaire de tous. La participation de la population est essentielle : les individus sont au centre de l'action et des processus de prise de décision. Elle permet de fédérer les acteurs autour d'un projet commun, en favorisant la transversalité et la concertation. Elle offre un excellent vecteur de réseau, permettant de mieux se connaître et de travailler ensemble. Elle permet aussi de replacer la personne placée sous main de justice au centre des questionnements, et ce, en lui laissant une place pour exprimer son avis et ses attentes. La promotion de la santé est reprise comme une modalité de prise en charge, tant par les référentiels de santé que de justice et par le guide méthodologique qui les unit.

Dans le cadre plus spécifique du soin, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise, selon l'OMS, à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (diabète, addiction,...), cela dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Elle fait partie intégrante de la démarche de soins, y compris en détention. Elle repose sur une démarche éducative construite en collaboration avec le patient, acteur de sa santé. La posture du soignant évolue alors

vers celle d'un accompagnant. Cette technique de soin est clairement décrite par la Haute Autorité de santé depuis 2007 et inscrite dans le guide méthodologique de décembre 2017.

Le « Good Lives Model » est, à l'origine, un modèle de réhabilitation et de prévention de la récidive issu des théories criminologiques anglo-saxonnes. Il vise l'amélioration de la qualité de vie et la diminution des troubles des personnes placées sous main de justice, en se focalisant sur l'atteinte de leurs besoins et sur leurs valeurs fondamentales. Les auteurs de ce modèle décrivent onze besoins fondamentaux (tels la santé, l'excellence dans le travail, la créativité, la spiritualité) que toute personne (délinquante ou non) tente d'atteindre par des moyens parfois inappropriés ou infractonnels. L'objectif est de fournir aux personnes placées sous main de justice les capacités individuelles et sociales nécessaires à la satisfaction de leurs besoins de manière acceptable du point de vue social. C'est un modèle humaniste (non stigmatisant) visant l'autonomisation des personnes placées sous main de justice, en travaillant avec elles ce qui leur semble prioritaire à leurs yeux. Ce modèle, aujourd'hui proposé aux auteurs de violence sexuelle, a démontré son efficacité dans l'engagement et la motivation aux soins.

Les actions mises en place dans les sites pénitentiaires lillois

L'objectif commun de départ, la réinsertion des personnes placées sous main de justice sur le plan sanitaire et social, a permis de construire un partenariat local innovant. Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille met en place en septembre 2010 une unité transversale « Prévention, Éducation, Santé » ayant pour mission de promouvoir et développer la promotion de la santé sur les deux sites pénitentiaires lillois. Elle propose aux acteurs de la santé et de la justice un projet visant à la fois le développement de la promotion de la santé et l'amélioration des relations entre les professionnels

pénitentiaires et sanitaires. Si les partenariats entre professionnels se sont consolidés, la place des personnes placées sous main de justice, enfin présents au sein des comités de pilotage « promotion de la santé », nécessite encore d'être développée. Les axes privilégiés sont : « risques et santé » (réduction des risques et des dommages), « santé sexuelle » (prévention primaire, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic), « alimentation et santé », « activité physique et santé », « santé mentale » (prévention du risque suicidaire), « cancers » (octobre rose). Les actions touchent chaque année plus de 700 personnes détenues. Ce travail collaboratif a pour répercussion majeure l'apaisement dans les relations institutionnelles et une volonté d'articulation et/ou de mutualisation des outils, notamment dans le cadre de la préparation à la sortie. Il a permis et facilite l'implication de partenaires hors les murs, ainsi qu'une réflexion régionale sur le développement de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Par ailleurs, des programmes en ETP sont autorisés par l'agence régionale de santé et portent sur l'hépatite C chronique et le diabète. Ils intéressent chaque année environ 50 personnes. Un programme consacré aux patients détenus bénéficiant d'une substitution par méthadone est en cours de validation. Ces programmes ont vocation à être diffusés sur d'autres établissements de la région.

Concernant le « Good Lives Model », des professionnels soignants ont bénéficié d'une formation à ce modèle et mettent en place des activités groupales et des prises en charge individuelles dans le cadre de l'hospitalisation de jour basée au centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.

Le développement de pratiques partenariales (entre institutions) constructives et respectueuses des identités et des missions de leurs professionnels, ainsi que collaboratives avec les personnes placées sous main de justice, ouvre une nouvelle voie pour les prises en charge et une réinsertion (individuelle et sociale) réfléchie de ces dernières. ●



Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs

Malgré la garantie par la loi d'un accès aux soins équivalent à celui des autres citoyens, les personnes incarcérées souffrent de l'insuffisance des moyens médicaux et pénitentiaires, de la culture de la sécurité à tout prix et de la crainte d'une partie du monde médical.

Adeline Hazan
Contrôleure générale des lieux de privation de liberté

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 indique dans son article 46 que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». Un tel droit fondamental revêt une place essentielle dans la prise en charge des personnes détenues, qui ont souvent une santé plus dégradée que celle de la population générale en raison de la précarité de leurs conditions de vie antérieures, de leur éloignement des services médicaux et de la prévalence des addictions. Et la prison, avec sa violence, sa promiscuité et les carences qu'elle implique, vient en outre aggraver les pathologies somatiques et mentales, qui, souvent, se cumulent.

Sur le fondement du principe d'égalité d'accès aux soins défini par la loi, le « système médical » qui prend en charge les personnes détenues fait l'objet d'une organisation entièrement confiée au service public hospitalier – et non plus à l'administration pénitentiaire depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale – et dans laquelle se complètent des procédures d'accès aux services de droit commun et des institutions spécialement destinées à la population pénale.

Une organisation en manque de moyens et insuffisamment adaptée

Dans chaque établissement pénitentiaire (environ 190), une unité sanitaire propose une médecine de proximité à la fois somatique et psychiatrique. Elle est parfois complétée par un service médico-psychologique régional, qui propose des soins psychiatriques

ambulatoires dans une enceinte pénitentiaire (il en existe 28).

Pour bénéficier des soins de spécialistes ou d'hospitalisations de courte durée en matière somatique, les personnes détenues peuvent être accueillies dans les autres services de l'hôpital auquel appartient l'unité sanitaire de leur prison. Ils sont alors « extraits » de la détention pour des soins ambulatoires ou une hospitalisation de moins de quarante-huit heures dans une « chambre sécurisée ». Pour de plus longs séjours, on a recours à l'une des huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Des expérimentations encore peu nombreuses de télémédecine complètent le dispositif.

Pour les soins de santé mentale, les personnes détenues dont l'état nécessite une prise en charge hospitalière peuvent être accueillis dans un établissement psychiatrique de proximité sous le régime de l'article L. 3214-3 du Code de la santé publique, ou dans l'une des neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Comme les UHSI, les UHSA sont implantées au sein de l'établissement hospitalier, dont elles constituent un service, et sécurisées par l'administration pénitentiaire.

Bien que cette organisation soit pensée pour couvrir l'ensemble des besoins, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), dans ses visites comme dans les courriers qu'il reçoit, ne cesse d'être le témoin des difficultés que rencontrent les personnes détenues pour obtenir les soins auxquels la loi leur garantit l'accès. Ces difficultés reposent sur quatre insuffisances principales : le manque des moyens nécessaires

pour la prise en charge au sein de la prison, les conditions d'accueil parfois dissuasives des personnes détenues dans le réseau hospitalier, les ruptures dans la continuité des soins, et l'absence de structures adaptées à la prise en charge des pathologies chroniques.

En détention, la présentation d'une personne à un médecin suppose que soit accomplie une série d'actes en apparence simples, qui vont de la prise de rendez-vous à l'acheminement d'une personne détenue de sa cellule à l'unité médicale. Chacun de ces actes peut, s'il vient à faire défaut, rendre la consultation impossible. Or les causes d'échec sont nombreuses.

En premier lieu, la surpopulation carcérale rend difficile la mobilisation de médecins et des surveillants pénitentiaires nécessaires pour la prise en charge des personnes. N'oublions pas en effet que c'est la capacité théorique des établissements pénitentiaires et non la population réellement hébergée qui détermine les moyens humains dont disposent tant l'administration pénitentiaire que les services hospitaliers pour exercer leurs missions.

Les difficultés que les établissements pénitentiaires surpeuplés rencontrent pour exécuter les mouvements de détenus peuvent être à l'origine de « rendez-vous manqués ». Les équipes médicales exerçant en prison dénoncent de manière récurrente les rendez-vous non honorés, mais si ce phénomène aux causes multiples demeure mal mesuré, une des raisons est à l'évidence le manque de moyens pénitentiaires.

La présence médicale elle-même est rare. En effet, les difficultés de démographie médicale que l'on observe partout sont accrues en prison en raison de la faible attractivité de ce mode d'exercice pour les médecins. Dès lors, s'il est toujours possible de mobiliser des praticiens hospitaliers contraints par leurs obligations de service public, il n'en est pas de même des praticiens libéraux, qui, déjà saturés par leur exercice normal, ne peuvent se permettre de venir dans des lieux où les mesures de sécurité multiplient à l'envi les contraintes et les temps d'attente. La difficulté d'accès à des spécialistes (dentistes ou ophtalmologistes notamment) ou des paramédicaux (kinésithérapeutes en particulier) est à l'origine de lourdes carences dans la prise en charge des personnes détenues, dont l'état de santé est souvent déjà précaire avant leur entrée en détention.

Les conditions d'accueil des personnes détenues dans le système hospitalier sont souvent dissuasives, menant une partie

d'entre elles à renoncer aux soins dont elles ont pourtant besoin.

Les mesures de sécurité mises en œuvre à l'hôpital ont un caractère contraignant et humiliant, parfois accentué par la nécessité de conduire une personne détenue menottée dans des locaux fréquentés par le public. Au cours des consultations et des soins, la présence des surveillants pénitentiaires est quasi systématique, parfois même à la demande de médecins peu habitués à rencontrer des détenus, ce qui porte une atteinte grave à la dignité des personnes et au secret médical. L'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, selon lequel « *tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire* », est le plus souvent méconnu.

Le séjour des personnes détenues en chambre sécurisée, même s'il est en principe limité à quarante-huit heures, peut être une épreuve difficile pour les personnes détenues en raison de l'absence de tout équipement, de toute distraction, de toute intimité, ainsi que de l'impossibilité de recevoir des visites ou de téléphoner, alors que le détenu y a droit en prison. Ce régime s'apparente à celui de l'isolement ou du quartier disciplinaire, aggravé par une surveillance policière constante.

Dans les UHSI et UHSA, où le mode de vie est en principe respectueux des droits conférés par le statut de détenu, la continuité de la prise en charge pénitentiaire est souvent rompue : les droits liés au maintien de relations familiales du patient détenu (visites et téléphone) ne sont que tardivement rétablis, son accès au travail en détention est perdu, et les actions entreprises pour la préparation de sa sortie sont interrompues.

Les nombreuses ruptures que suppose la vie carcérale, cloisonnée par nature, présentent autant d'obstacles à la continuité des soins. Chaque changement d'établissement donne lieu à une transmission souvent différée du dossier médical et oblige à reconstruire péniblement une prise en charge marquée par les difficultés que l'on a déjà mentionnées. La sortie d'UHSI ou d'UHSA marque le retour dans le monde carcéral peu propice au soin. Enfin, la sortie de prison n'est pas toujours accompagnée des rendez-vous médicaux et de l'accompagnement social qui seraient nécessaires pour assurer la continuité d'une prise en charge.

L'ensemble de ces raisons a conduit le CGLPL à publier le 16 juin 2015 un avis sur la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. Les mesures

préconisées pour mettre fin aux errements observés ne semblent cependant pas se mettre en place.

Enfin, la prison n'est pas un lieu de soin au long cours et n'est pas en mesure de prendre en charge des personnes détenues atteintes de pathologies chroniques, qu'il s'agisse de pathologies liées au vieillissement, de maladies chroniques ou d'affections mentales de longue durée. Dans ces situations, la loi prévoit la possibilité de prononcer une « suspension de peine pour raison médicale » mais celle-ci, en pratique, ne trouve guère à s'appliquer faute de places disponibles dans des structures médico-sociales, qui peuvent en outre se montrer réticentes à accueillir des sortants de prison.

Même avec un système censé couvrir la totalité des besoins, la prise en charge sanitaire des personnes détenues achoppe sur des difficultés concrètes : la culture de la sécurité à tout prix, la crainte irraisonnée du détenu dans une partie du monde médical, l'insuffisance des moyens médicaux et pénitentiaires interdisent aux personnes incarcérées de bénéficier concrètement de l'égal accès aux soins pourtant garanti par la loi. ●



tribunes

L'environnement social : l'exemple de l'association Genepi

**Avec près
de 900 bénévoles,
l'association Genepi milite
pour le décloisonnement
des institutions carcérales
par la circulation
des savoirs
et des témoignages
entre les personnes
enfermées, les bénévoles
et la société civile.
Témoignages...**

Pour en savoir plus sur le Genepi :
www.genepi.fr
ou sur les réseaux sociaux,
sous le nom Genepi France.

Association Genepi

« **E**n ce moment, faire une rétrospection dans l'estomac diabolique de ce dragon, enragé, me plonge dans un état abyssal » : extrait d'une lettre de S., détenu au centre pénitentiaire de Moulins-Yzeure, juin 2018.

Au mois de janvier 2018 est paru le numéro 70 de la revue du Genepi, *Le Passe-Murailles*. Nous y présentons un dossier intitulé « La prison, peine de mort... sociale ». Après la grève des surveillants et le discours brumeux et manichéen prôné par les médias dominants à ce sujet, nous souhaitons écrire sur les éléments qui constituent, en premier lieu, les conditions carcérales – soit la folie, la déshumanisation, le suicide, la mort en prison.

L'association Genepi, depuis plus de quarante ans, dénonce la prison comme « *corps malade* ». Avec Alain Brossat, nous pensons que « *la prison, substituée à la mise à mort, constitue un espace d'exercice indirect du droit de mort*¹ ». Ainsi, le Genepi sensibilise et informe les publics, dénonce les inerties politiques et médiatiques en ce qui concerne la prison, et lutte contre la répression et les formes d'enfermement. Également, l'association propose des ateliers en détention, prévus en concertation avec les personnes détenues, sous le signe de l'éducation populaire. Une motion du conseil d'administration du Genepi adoptée en 2016 précise que « *notre position est celle d'égaux*² ».

Cette intervention, cette entrée dans un lieu artificiel de mort, s'accompagne ainsi

d'une réflexion perpétuelle sur le sens que nous donnons à l'action en détention. Cette réflexion est notamment inscrite dans nos prises de position, votées en assemblée générale depuis 1981. Il est important de dire que :

- nous ne prétendons pas agir sur l'environnement social des personnes détenues ;
- nous ne prétendons pas transformer le corps malade qu'est la prison ;
- certaines personnes enfermées nous parlent cependant d'une « bouffée d'air frais ».

Le plus important, ce à quoi nous sommes particulièrement attachés, est l'expression individuelle et collective des personnes enfermées. Ainsi, l'objet social du « *déclouisonnement des institutions carcérales* » prend quelque peu sens. L'association doit être le relais de leurs paroles, témoignages, expériences (nous nommons d'ailleurs cela le devoir de témoignage).

Témoignages collectifs, tels que les communiqués récents des prisonniers de Seysses. Témoignages individuels, en ateliers, ou par correspondance épistolaire – parfois retranscrits dans *Le Passe-Murailles*. Ces derniers ont souvent un lien avec la santé physique et mentale de la personne détenue qui écrit. Ainsi, dans *Le Passe-Murailles* n° 72³, L. raconte : « *Pour ma part, je souffre au quotidien, je pleure beaucoup, et mes angoisses se transforment en rétention urinaire. Comme notre outil n'est plus notre cerveau mais notre corps, c'est lui qui parle, qui guide nos émotions et qui*

1. Brossat A. Pour en finir avec la prison. La Fabrique, 2001.

2. Motion du conseil d'administration de Genepi de 2016 : « Le scolaire, le socio-culturel et l'éducation populaire au Genepi : une gageure? ».

3. « Prisons de rêve, cauchemars en prison ». *Passe-Murailles*, mai-juin 2018. <https://www.genepi.fr/produit/72-prisons-de-reve-cauchemars-en-prison/>

Un bénévole témoin

Bien que les militants de Genepi soient habitués à relativiser l'impact de leurs interventions auprès des personnes détenues, les moments passés ensemble lors des ateliers socioculturels ont en réalité une importance certaine pour les participants.

En effet, lors de d'un atelier que j'ai mené dans un centre pénitentiaire, j'ai pu me rendre compte de l'importance croissante de notre présence. Le fait que nous soyons des bénévoles mais aussi des militants, avec une réflexion poussée sur l'univers carcéral, et que nous ne soyons pas assermentés, a permis une libération progressive de la parole des personnes détenues. Par notre écoute, et par l'absence de remise en cause de leur parole, nous sommes vite devenus des confidents privilégiés, comblant alors le manque d'attention des différents acteurs du monde carcéral : conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), surveillants, juges d'application des peines (JAP), psychologues, psychiatres, etc.

Nous avons été poussés, un peu malgré nous, dans ce rôle. Certains prisonniers nous ont confié avoir attendu près de neuf mois

un premier rendez-vous avec le psychologue. D'autres n'avaient le droit qu'à un seul rendez-vous par mois avec le psychiatre, pour en ressortir avec un sachet de 36 gélules à ingérer en une semaine – et sans avoir pu échanger sur leurs problèmes.

Les confidences portaient également sur les problèmes de santé rencontrés en prison, plus ou moins graves selon les cas : d'un problème de dos causé par la mauvaise literie à une hernie abdominale nécessitant une opération urgente. Dans ce dernier cas, le détenu a supplié en pleurs la gradée afin qu'elle l'autorise à se rendre à l'infirmerie. Cette dernière, impassible, lui a simplement ordonné de rentrer en cellule sous la menace, en cas d'inexécution, de l'envoyer au « cachot ». Ce n'est qu'une heure plus tard qu'on est venu le chercher pour qu'il voit un médecin, lequel a constaté la gravité de la situation et la nécessité de le transférer à l'hôpital.

Il existe également des récits encore plus effrayants, comme celui qui m'a été fait par une personne détenue ayant subi des violences physiques et sexuelles par des surveillants lors

d'une fouille. Face à la volonté du personnel d'étouffer la parole de la victime, les militants de Genepi ont alors un rôle important à jouer, celui d'écouter, de croire, de ne pas remettre en cause, puis de témoigner : cela existe, cela se passe.

Outre cette écoute, ce rôle de confidents et de conseillers, les militants de Genepi deviennent parfois de réels acteurs de la santé des personnes détenues. Non pas directement en apportant des soins ou une aide matérielle, mais justement à travers ce rôle d'écoute. Nous sommes alors ceux dont la parole, qui suit l'écoute, a de la valeur. Lorsque nous savons trouver les mots justes, nous pouvons par exemple aborder le sujet des addictions et tenter de trouver des alternatives aux substances prises par les personnes détenues. Ou alors, plus simplement, les moments d'activités que nous proposons, en changeant la routine et le quotidien, en montrant qu'ils ne sont pas stigmatisés et jugés, leur permettent de s'accrocher à une autre réalité que celle de l'intérieur de la prison. Notre action peut en ce cas devenir un réel soutien psychologique. ●

nous maintient debout. » Dans d'autres cas, les proches des personnes détenues trouvent aussi au Genepi le soutien de personnes compréhensives, alors que, jusque dans le cercle familial, le mot prison ne crée la plupart du temps que stigmates et stéréotypes.

Mais que peut l'écriture, la publication d'un témoignage et l'écoute face à l'immense machinerie de la prison, le lieu des « enterrés vivants⁴ » ? L., encore, écrit : « *Il est important pour nous de pouvoir se sentir considérées.* »

Le désir militant de l'association est parfois

teinté d'idéalisme : « *Nous souhaitons non pas pallier une absence mais bien créer une émulation politique, critique, revendicative, contestataire* », et les ateliers devraient être des « *espaces de questionnement* » et « *de création*⁵ ». Une théorie qui se heurte, le plus souvent, aux réalités carcérales et à la véritable expérience sensorielle et individuelle de la prison... À l'idéal répond le désir de quelques détenus de connaître deux heures d'un « ailleurs » en compagnie des bénévoles du Genepi. Pour ces derniers aussi, souvent, c'est l'impuissance qui prévaut face à des situations scandaleuses, choquantes, insup-

portables ; et l'on se dit : « *Évidemment, tout cela ne sert à rien...* »

La colère qui parfois anime les bénévoles-témoins fait grandir une volonté de diffusion de la réalité au plus grand nombre – c'est ce qui est proposé par le compte Instagram « Dis-leur pour nous », qui recense un certain nombre de phrases prononcées en atelier et qui une fois de plus ont un lien avec la santé des personnes enfermées : « *Des schizos, y'en a pas mal ici, des fois d'un coup ils pètent un câble et deviennent violents, alors ils les bourrent de médocs. Y'a pas de budget pour les faire hospitaliser.* » ●

4. Chamzo D. Colloque « La prison du XXI^e siècle : pourquoi, pour qui, comment ? ». 21 juin 2018. <https://www.dalloz-actualite.fr/flash/est-capable-d-inventer-un-autre-modele-que-prison#.WzNgJdUzaUl>

5. Motion du conseil d'administration de Genepi, op. cit.



Comprendre la condition carcérale pour penser la santé en prison

La prison n'est pas seulement une privation de liberté mais la condamnation à des conditions de vie difficiles et souvent indignes. En France, le taux de suicide y est au moins le double de celui des pays voisins.

Didier Fassin

Professeur à l'Institute for Advanced Study, Princeton, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, Paris

Didier Fassin est notamment l'auteur de *L'Ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale*, et de *Punir. Une passion contemporaine*, tous deux publiés au Seuil.

La prison avait été imaginée par ses concepteurs, à la fin du XVIII^e siècle – pensons à Cesare Beccaria et à John Howard – comme une peine à la fois plus douce et plus juste pour la sanction des crimes et délits. Plus douce, car elle évitait les châtiments physiques, les supplices et les exécutions. Plus juste, car elle permettait de proportionner la durée de l'incarcération en fonction de la gravité de l'infraction. L'histoire a montré que, quelle qu'ait été la bonne foi de ces philosophes et philanthropes, ce double argument fut dès le départ un leurre.

Premièrement, l'opposition entre l'univers punitif classique et le monde pénitentiaire moderne, c'est-à-dire entre la cruauté de l'échafaud et l'humanisation par la prison, négligeait le fait que, si spectaculaires qu'elles fussent, les mises à mort, parfois précédées de tortures, étaient devenues rares, car d'autres peines, tels les amendes et les bannissements, leur étaient presque toujours préférées. Ce que l'enfermement a en réalité permis, c'est l'extension illimitée du domaine du châtiment, au point d'en devenir aujourd'hui la référence absolue, au sein de la justice comme parmi le public. Et les conditions dans lesquelles il se réalise ont été, dès la période révolutionnaire, et tout au long du siècle suivant, dénoncées pour leur indignité.

Deuxièmement, la gradation de la peine a facilité, et non empêché, une tendance à son alourdissement pour des infractions de plus en plus minimales, donnant lieu, au cours des dernières décennies, à une inflation carcérale qui connaît peu d'exceptions dans le monde et qui s'avère sans corrélation avec l'évolution de la délinquance et de la criminalité. De

plus, cette sévérité est socialement ciblée, touchant essentiellement les classes populaires, en particulier les minorités ethnoraciales, mais épargnant les classes moyennes et supérieures, grâce à une sélection des infractions punissables – petits délits plutôt que crimes économiques.

Cette double logique conduit à ce que le régime punitif soit, à bien des égards, à la fois plus dur et plus injuste depuis l'invention de la prison, et ce malgré les multiples rapports en critiquant les déficiences, les réformes supposées les corriger et les améliorations ponctuelles apportées en matière de droit ou de confort. C'est ainsi qu'en France, où l'on annonce chaque année des effectifs toujours plus nombreux de personnes détenues, soit 70 800 au 1^{er} juillet 2018, et où la population carcérale se caractérise par une surreprésentation considérable des ouvriers, des chômeurs et des hommes ayant fait des études courtes, un chef de l'État peu suspect d'idées progressistes a pu qualifier la prison de « *honte de la République* ».

C'est à la lumière de cette grande illusion historique qu'il faut par conséquent analyser la question de la santé dans les établissements pénitentiaires. Je le ferai notamment sur la base d'une enquête ethnographique conduite dans une maison d'arrêt durant quatre années, de manière à pouvoir approfondir cette question au-delà des données statistiques, au demeurant rares sur le sujet. À la différence des établissements pour peine, réservés aux personnes dont l'emprisonnement est supérieur à deux ans, les maisons d'arrêt, où sont hébergés les deux tiers des prisonniers, regroupent des prévenus en attente de

leur procès et des condamnés à de courtes peines. Présumés innocents, pour les uns, et auteurs de petits délits, pour les autres, ils sont pourtant confrontés aux situations les plus éprouvantes.

D'une part, les maisons d'arrêt sont les seules institutions où l'encellulement individuel, inscrit dans la loi depuis 1875, n'est pas appliqué. La surpopulation y atteint 143 %, un taux qui sous-estime toutefois la gravité des situations. Ainsi, dans la maison d'arrêt que j'ai étudiée, en dix ans, l'excédent d'hommes détenus a presque triplé : tandis qu'au début de mon enquête, nombre de cellules étaient occupées par deux personnes, la cohabitation se fait désormais de plus en plus souvent à trois, avec deux lits superposés et un matelas au sol dans 9 mètres carrés. Un directeur d'établissement me disait que la première violence, en prison, c'est la surpopulation. C'est aussi une source fréquente de troubles physiques et mentaux.

D'autre part, les maisons d'arrêt n'offrent que peu d'activités aux personnes détenues, faute d'emplois et de stages disponibles, de places dans les cours dispensés, de structures sportives et de dispositifs culturels. Ainsi, moins d'un prisonnier sur cinq peut travailler, soit dans les services communs de la prison, soit dans les ateliers approvisionnés par de rares entreprises. Pour la majorité d'entre eux, et même pour la totalité de ceux condamnés à de courtes peines, la seule activité est, deux fois par jour pendant une heure, une sortie dans la cour de promenade, pour autant qu'ils ne décident pas de s'en priver par crainte des violences ou en quête d'un bref moment d'intimité. L'expérience carcérale consiste donc en cet enfermement vingt-deux ou vingt-trois heures par jour dans des cellules non seulement surpeuplées mais encore obscurcies par les caillebotis qui, pour des raisons de sécurité, doublent désormais les barreaux de fer. Progressivement intériorisé, le défaut de sens de la peine devient une source supplémentaire de souffrance.

Un taux de suicide révélateur du durcissement pénal conjugué à des conditions d'incarcération indignes

De cette épreuve et de ces effets sur les corps et les esprits, il est un indicateur tragiquement éclairant : le taux de suicide. La France est le pays d'Europe où ce taux est le plus élevé. Il est approximativement le double de celui observé au Royaume-Uni, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Suède, et le triple de celui enregistré en Autriche, en Espagne ou

en Grèce. Il a progressé de manière régulière au cours de la seconde moitié du xx^e siècle, avec une multiplication par 18 entre 1946 et 1990, année où l'on a compté 26 suicides pour 10 000 personnes détenues. S'il est vrai que le taux de suicide est dans la population générale française plus élevé que sur le reste du continent européen, ce facteur n'explique qu'en partie les chiffres constatés en prison, d'autant que la différence entre le taux en population générale et le taux au sein de la population carcérale n'a cessé de s'accroître pour atteindre un rapport d'un à sept. Ainsi, chaque semaine, deux personnes détenues se donnent la mort en moyenne, sans guère susciter d'émoi dans le public ni de questionnement par les responsables politiques de ce qui les explique. Car si les causes de ce phénomène sont complexes et difficiles à établir, on peut toutefois noter les circonstances dans lesquelles se produisent les suicides.

Temporellement, ils surviennent avec une fréquence plus élevée au début et à la fin de l'incarcération, une tendance qui s'est encore accentuée récemment. S'agissant des premières semaines du séjour en prison, la disproportion ressentie entre l'acte commis et la sanction pénale – une peine d'emprisonnement pour conduite après perte des points du permis, détention d'une petite quantité de cannabis ou bien outrage à agent dépositaire de l'autorité publique, pour citer quelques-unes des infractions dont la répression s'est accrue fortement depuis deux décennies – ainsi que les conséquences de l'incarcération sur la vie familiale, professionnelle et sociale, sont souvent déterminantes. S'agissant de la période avant la sortie, le geste suicidaire, en apparence paradoxal, trouve moins son explication dans l'angoisse de se retrouver à l'extérieur, comme on le croit, que dans l'annonce par le greffe de peines supplémentaires – pour des délits anciens retrouvés ou des sursis oubliés – conduisant à des actes de désespoir. Dans tous les cas, c'est bien le durcissement des politiques pénales qui rend compte de ces gestes auto-infligés.

Spatialement, les suicides sont particulièrement fréquents en cellule disciplinaire, le risque y étant au moins huit fois plus élevé qu'en cellule normale. Cette forme de punition dans la punition, ou de prison dans la prison, est de loin la réponse la plus souvent apportée aux fautes jugées en commission de discipline. Or, ce sont les personnes détenues les plus vulnérables qui sont le plus exposées à commettre ces fautes.

Par fragilité sociale, comme lorsqu'elles sont forcées d'accepter un téléphone portable de la part d'un prisonnier qui exerce son autorité sur les autres, ou par fragilité psychologique, qui les conduit à réagir aux provocations par des insultes ou des gestes violents. À l'angoisse de se retrouver à l'isolement au quartier disciplinaire s'ajoute alors le sentiment d'injustice du châtement, menant à l'acte funeste. Ici, c'est l'inhumanité des pratiques pénitentiaires qui est en cause.

Une circonstance singulière de survenue de ces suicides est révélatrice des difficultés d'accès aux soins. S'il est vrai qu'avec la loi du 18 janvier 1994, qui a transformé la médecine dite pénitentiaire sous autorité du ministère de la Justice en unités de consultations et de soins ambulatoires rattachées au ministère de la Santé, des améliorations significatives sont intervenues dans la prise en charge des malades, il n'en reste pas moins que, dans les faits, le fonctionnement des services médicaux obéit aux contraintes de l'institution pénitentiaire, causant des délais parfois importants dans le recours, y compris pour le simple soulagement de douleurs aiguës. Au moins deux des tentatives graves de suicide qui se sont produites dans la maison d'arrêt étudiée ont eu lieu dans ce contexte, dans un cas pour un volumineux abcès dentaire, dans l'autre pour une sciatique hyperalgique, tous deux laissés trop longtemps sans traitement : le premier prisonnier fut sauvé *in extremis* de l'incendie de son matelas ; le second fut découvert pendu par le surveillant venu le chercher pour sa consultation.

S'efforcer d'appréhender la question de la santé en prison nécessite donc de prendre en compte dans sa globalité la condition carcérale. Loin de n'être qu'une privation de liberté, comme le dit la loi, la peine d'emprisonnement est une privation de la plupart des éléments qui font la vie normale des individus en société : l'intimité, l'autonomie, la sécurité, l'affectivité, la sexualité, la confiance, la dignité. La réalité de cette condition carcérale, telle qu'elle vient d'être esquissée, supposerait que le public et les gouvernants révisent à la fois les politiques pénales qui conduisent à enfermer toujours plus et les pratiques pénitentiaires qui tendent vers toujours plus de rigueur. Or, on en est bien loin. À écouter les discours et lire les sondages, on ne peut que constater que le populisme des responsables et l'intolérance des citoyens vont dans le sens non seulement de punir plus mais aussi de punir plus durement. ●



Bibliographie générale

1. Amsellem-Mainguy Y., Coquard B., Vuattoux A. *Sexualité, amour et normes de genre. Enquête sur la jeunesse incarcérée et son encadrement*. Injep, 2017 [en ligne].
2. Bègue L. *Drogues, alcool et agression. L'Equation chimique et sociale de la violence*. Paris : Dunod, 2014.
3. Castel R. La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cah. Rech. Sociol.*, 1994, 22 : 11-27.
4. Chan Chee C., Moutengou E. *Suicide et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 61 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2017/Suicides-et-autres-deces-en-milieu-carceral-en-France-entre-2000-et-2010#>
5. Chemlal K., Echard-Beault P., Deutsch P. *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention*. Saint-Denis : Inpes, coll. « Santé en action », 2014 : 228 p.
6. Chiron E., Jauffret-Roustide M., Le Strat Y., Chemlal K., Valantin M.-A., Serre P, et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull. Epidémiol. Hebd.*, 2013, 35-36 : 445-50.
7. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet], 2018. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
8. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 12 décembre 2017 relatif aux modules de respect dans les établissements pénitentiaires. *Journal officiel*, 14 mars 2018. <http://www.cgpl.fr/2018/avis-relatif-aux-modules-de-respect-dans-les-etablissements-penitentiaires/>
9. Direction de l'administration pénitentiaire. *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice. 1980-2014*. Ministère de la Justice, 2014 : 73 p.
10. Désesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? *Population*, 2005, 1 (60) : 71-98.
11. Désesquelles A., Kensey A. The death toll of French former prisoners. *Eur J Epidemiol*, 2017, 32 (10) : 939-41.
12. Encrenaz G., Miras A., Conrand B., Galera C., Pujos S., Michel G., et al. Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2014, 22 (0) : 20-5.
13. Falissard B., Loze J.-Y., Gasquet I., Duburc A., de Beaurepaire C., Fagnani F., et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006, 6 (33) : 1-6.
14. Fazel S., Hayes A. J., Bartellas K., Clerici M., Trestman R. The mental health of prisoners : a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*, sept. 2016, 3 (9) : 871-81.
15. Fazel S., Ramesh T., Hawton K. Suicide in prisons : an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*, 2017, 4 : 946 - 52. doi : 10.1016/S2215-0366 (17) 30430-3.
16. Fovet T., Plancke L., Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. In : Dossier thématique : soins psychiatriques aux personnes détenues. *Santé mentale*, avril 2018, 227.
17. Godin-Blandeau E., Verdout C., Develay A.-E. *Etat des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2014 : 94 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenees-en-France-et-a-l-etranger>
18. Hagège M. *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilité de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C en Île-de-France*. Thèse de sociologie soutenue à l'École des hautes études en sciences sociales, 2016.
19. Haute Autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. HAS, Recommandations, juin 2007 : 8 p.
20. Kensey A., Duthé G., Hazard A. « Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque ». 2014, *Population*, 69(4).
21. Kensey A., Henneguella A., Monnery B. « Better at Home than in Prison? The Effects of Electronic Monitoring on Recidivism in France ». *The Journal of Law and Economics* 59, no. 3 (august 2016): 629-667.
22. Kensey A., de Bruyn F. « Durées de détention plus longues, personnes détenues en plus grand nombre (2007-2013) ». *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n°40, 2014.
23. Luchenski S. A., Fitzpatrick S., Hewett N., Aldridge R. W., Hayward A. C. Can deinstitutionalisation contribute to exclusion ? Authors'reply. *The Lancet*, 2 juin 2018, 391 (10136) : 2210-1.
24. Mary F.-L. Femmes, délinquances et contrôle pénal. Analyse socio-démographique des statistiques administratives françaises. Cesdip, *Questions pénales*, décembre 1996, IX.5.
25. Ministère de la Justice et ministère des Solidarités et de la Santé. *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Guide méthodo-*
26. Mouquet M.-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. *Etudes et Résultats*, 2005, 386 : 1-12.
27. Nacher M., Ayhan G., Arnal R., Basurko C., Huber F., Pastre A., et al. High prevalence rates for multiple psychiatric conditions among inmates at French Guiana's correctional facility : diagnostic and demographic factors associated with violent offending and previous incarceration. *BMC Psychiatry*, 2018, 18 (1) : 159.
28. OFDT. *Rapport national à l'OEDT. 2017*. OFDT, 2017. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2017/>
29. Observatoire régional de la santé et du social de Picardie. *Etat de santé des personnes entrant en établissement pénitentiaire en Picardie. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2014*. Amiens : OR2S, 2016 : 4 p. http://www.or2s.fr/images/Prison/2015_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2014_Picardie.pdf
30. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS, 1986.
31. Plancke L., Sy A., Fovet T., Carton F., Roelandt J.-L., Benradia I., et al. *La Santé mentale des personnes entrant en détention dans le Nord et le Pas-de-Calais*. Lille : F2RSM Psy, 2017 : 34 p. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18298.pdf>
32. « Prison : quelle place pour la promotion de la santé ? ». *La Santé en action*, Inpes, décembre 2014, numéro 430.
33. Senon J.-L., Jonas C., Voyer M., Gravier B., Millaud F. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013 : 504 p.
34. Thomas P. Prisons : l'enjeu majeur des soins psychiatriques. In : Dossier thématique : soins psychiatriques aux personnes détenues. *Santé mentale*, avril 2018, 227.
35. Van Gennep A. *Les Rites de passage*. Picard, 1969.
36. Ward T. Good Lives and rehabilitation of offenders : Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 2002, 7 : 513-528.
37. World Health Organization et International Association for Suicide Prevention (IASP). *Preventing Suicide in Jails and Prisons*. WHO, 2007.
38. World Health Organization. *Health in Prisons : A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*. WHO, 2007 : 198 p.
39. World Health Organization. *Preventing suicide : A Global Imperative*. WHO, 2014.