

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 « manifestation 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. ●