

**MEMOIRE**  
**MASTER 2 DROIT ET POLITIQUES DE SANTE**

*Année universitaire 2019/2020*

**Cécilia BENEZIT**

**L'ACCES AUX SOINS DES DETENUS ET LEUR  
REINSERTION**

**Sous la direction du professeur Johanne SAISON**

Université de Lille

## **REMERCIEMENTS**

---

Je tiens tout d'abord à remercier Mme SAISON, pour sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie également ma famille et mes proches, qui m'ont soutenue durant l'élaboration de mon mémoire. Merci pour votre patience et votre soutien.

De même, je remercie M. Frédéric GRIMOPONT, responsable de l'UHSI de Lille, pour l'entretien qu'il m'a accordé et la visite de l'UHSI.



# SOMMAIRE

---

***I. LE DROIT FONDAMENTAL DE L'ACCES AUX SOINS DES DETENUS : LIMITES ET PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES \_\_\_\_\_ 20***

*A. ETAT DES LIEUX : UN ACCES AUX SOINS EN PRISON AMPLEMENT PERFECTIBLE \_\_\_\_\_ 20*

*B. FOCUS SUR L'HOSPITALISATION PROPRE AUX DETENUS : LES UHSI ET UHSA \_\_\_\_\_ 49*

***II. LA NECESSAIRE REINSERTION DES DETENUS : DISPOSITIFS ET STRUCTURES D'AIDE ET DE SOUTIEN ET LEURS LIMITES \_\_\_\_\_ 90***

*A. LA REINSERTION DES DETENUS : GARANTIE DU SENS DE LA PEINE ET DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU FERME \_\_\_\_\_ 90*

*B. LES LIMITES DES DISPOSITIFS DE REINSERTION EN MILIEU FERME ET LES AIDES ESSENTIELLES DE L'ETAT ET DES ASSOCIATIONS \_\_\_\_\_ 113*

# TABLES DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATIONS</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>I. LE DROIT FONDAMENTAL DE L'ACCES AUX SOINS DES DETENUS : LIMITES ET PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES</b>	<b>20</b>
<b>A. ETAT DES LIEUX : UN ACCES AUX SOINS EN PRISON AMPLEMENT PERFECTIBLE</b>	<b>20</b>
1. Le cadre général de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire	20
2. Les conditions lacunaires de prise en charge carcérale comme obstacles à l'accès aux services de santé et de prévention	30
3. Le constat alarmant d'accès aux soins en prison : une aggravation des pathologies et une faiblesse des budgets pour la santé en prison	42
<b>B. FOCUS SUR L'HOSPITALISATION PROPRE AUX DETENUS : LES UHSI ET UHSA</b>	<b>49</b>
1. Les UHSI : l'hospitalisation somatique des détenus	49
2. La prise en charge psychiatrique des détenus : les UHSA, un maillon de la chaîne institutionnelle psychiatrique	64

**II. LA NECESSAIRE REINSERTION DES DETENUS : DISPOSITIFS ET STRUCTURES D'AIDE ET DE SOUTIEN ET LEURS LIMITES \_\_\_\_\_ 90**

**A. LA REINSERTION DES DETENUS : GARANTIE DU SENS DE LA PEINE ET DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU FERME \_\_\_\_\_ 90**

1. La réinsertion comme finalité et essence d'une peine, face à de nombreux obstacles \_\_\_\_\_ 90

2. Le travail en détention, l'enseignement et la formation professionnelle en prison : les leviers fondamentaux d'une réinsertion \_\_\_\_\_ 96

3. L'accompagnement à la réinsertion en prison : des dispositifs et structures d'aide personnalisée à la réinsertion \_\_\_\_\_ 107

4. Le SPIP : soutien intra et extra muros à la réinsertion du détenu \_\_\_\_\_ 110

**B. LES LIMITES DES DISPOSITIFS DE REINSERTION EN MILIEU FERME ET LES AIDES ESSENTIELLES DE L'ETAT ET DES ASSOCIATIONS \_\_\_\_\_ 113**

1. Une efficience limitée des dispositifs d'aide à la réinsertion en milieu fermé \_\_\_\_\_ 113

2. Les peines alternatives à la détention, vecteurs d'une meilleure réinsertion mais souffrant de divers freins : l'exemple du travail d'intérêt général (TIG) \_\_\_\_\_ 126

3. Les aides financières étatiques comme aide à la réinsertion et les diverses collaborations orientant le détenu vers un hébergement \_\_\_\_\_ 130

4. L'aide essentielle d'associations à la réinsertion des sortants de prison et le rôle crucial de la « transversalité » \_\_\_\_\_ 135

**CONCLUSION \_\_\_\_\_ 139**

**BIBLIOGRAPHIE \_\_\_\_\_ 141**

**ANNEXES \_\_\_\_\_ 150**





## ABREVIATIONS

---

ALF : Allocation de Logement Familiale

ALS : Allocation de Logement Sociale

ANLCI : Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Assistant de Service Social

ATA : Allocation Temporaire d'Attente

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CAPL : Comités d'Assistance et de Placement des Libérés

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CE : Conseil d'Etat

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIP : Conseiller d'Insertion et de Probation

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

Conv EDH : Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentale

CP : Code Pénal

CPAL : Comité de Probation et d'Aide aux Libérés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CSE : Comité Social et Economique  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
CSP : Code de la Santé Publique  
CSS : Code de la Sécurité Sociale  
DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire  
DISP : Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires  
DFSPIP : Directeur Fonctionnel des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DPS : Détenus Particulièrement Signalés  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
DUDH : Déclaration Universelle des Droits de l'Homme  
ENAP : École Nationale d'Administration Pénitentiaire  
ENM : Ecole Nationale de la Magistrature  
EPS : Education pour la Santé  
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale  
EPSNF : Etablissement Public de Santé National de Fresnes  
ETP : Equivalent Temps Plein  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
IGJ : Inspection Générale de la Justice  
InVS : Institut de Veille Sanitaire  
JAP : Juge de l'Application des Peines  
OIP : Observatoire International des Prisons  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PEP : Parcours d'Exécution de Peine  
PF : Parloir Familial  
PPAIP : Programme Personnalisé d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle  
PPR : groupes de Parole de Prévention de la Récidive  
PPSMJ : Personne placée sous main de justice  
PRI-RI : dispositif du Pré-Repérage de l'Illettrisme et du Repérage de l'Illettrisme

QPS : Quartier de Préparation à la Sortie

RIEP : Régie Industrielle des Etablissements Pénitentiaires

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAS : Structure d'Accompagnement vers la Sortie

SDPRE : Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'Etat

SIAE : Structures d'Insertion par l'Activité Economique

SIAO : Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation

SL : Soins Libres

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SSE : Services Sociaux Educatifs

TC : Tribunal des Conflits

TIG : Travail d'Intérêt Général

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UFRAMA : Union des Fédérations Régionales des Maisons d'Accueil des Familles et des Proches des Personnes Incarcérées

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

UMD : Unité pour Malades Difficiles

UVF : Unité de Vie Familiale

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



## INTRODUCTION

---

« Au niveau national, c'est un constat d'échec qui doit être fait sur la lutte contre la surpopulation carcérale en dépit des annonces, efforts et discours [...]. Depuis vingt ans l'inflation carcérale semble être en France une fatalité, à tel point que la prison n'est aujourd'hui plus en mesure de remplir l'objectif de réinsertion que la loi lui assigne. Et malgré une augmentation significative du budget consacré à la justice, la priorité reste la construction de nouvelles places de prisons, au détriment du milieu ouvert et des peines alternatives à l'incarcération [...]. Cette rétention s'effectue dans des conditions qui ne respectent pas les droits fondamentaux des personnes : du personnel en nombre insuffisant, des conditions matérielles d'accueil insatisfaisantes, des activités indigentes, des visites de famille difficiles et un accès aux soins très problématique. Cependant, les règles de la rétention ont été durcies sans que ses modalités aient été aménagées pour la rendre plus respectueuse des droits ». Tel est le constat du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), Adeline Hazan, dans son rapport annuel de 2018<sup>1</sup>.

Il s'agit néanmoins d'une réalité depuis longtemps décriée au sein des établissements pénitentiaires, c'est-à-dire des locaux destinés à accueillir des personnes condamnées par la justice ou bien en attente de jugement. C'est la raison pour laquelle ces centres sont hétérogènes en fonction des régimes s'y appliquant. En effet, la « prison » entendue *lato sensu* comprend, selon l'INSEE<sup>2</sup>, les maisons d'arrêt (pour les prévenus et condamnés dont la peine est égale à maximum un an) ; les centres de détention (accueillant les condamnés considérés comme ayant de bonnes perspectives de réinsertion) ; les maisons centrales (pour les détenus les plus sensibles et dangereux) ; les centres pénitentiaires (des structures mixtes disposant d'un quartier « maison d'arrêt » et/ou d'un quartier « maison centrale » et/ou un quartier centre de détention). Finalement, les centres de semi-liberté autonomes accueillent des condamnés bénéficiant de la semi-liberté, ce qui leur permet d'exercer une activité spécifique (travailler, suivre un enseignement ou une formation professionnelle, suivre un traitement médical). Dès lors que cette activité est terminée, ces condamnés rejoignent leur établissement pénitentiaire

---

<sup>1</sup> CGLPL, « Rapport d'activité 2018 », 27 mars 2019, p. 6-7.

<sup>2</sup> <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1870> [visité le 2 mai 2020].

d'origine. Il ne sera pas fait de distinction entre ces types d'établissements pénitentiaires dans ce mémoire, puisque la problématique d'accès aux soins et la réinsertion reste la même.

Par ailleurs, notons que le « détenu » est soit un prévenu, une personne accueillie en maison d'arrêt dans le cadre d'une détention provisoire et qui n'est pas encore jugée mais est poursuivie pour une infraction. Le détenu est également entendu comme un « condamné », c'est-à-dire une personne purgeant une peine en vertu d'une décision rendue par un juge<sup>3</sup>. Dans ce mémoire, le terme « détenu » sera utilisé puisque dans le cadre de l'accès aux soins, il n'est fait aucune distinction entre le prévenu et le condamné. Toutefois, pour ce qui est de la réinsertion, il sera bien évidemment fait référence à la personne purgeant une peine plus ou moins longue après son jugement. Notons que ne sera pas abordé dans le cadre du mémoire le cas des détenus mineurs, qui font l'objet de régimes bien précis et différents des détenus majeurs.

Le sujet de l'accès aux soins des détenus et leur réinsertion mérite d'être abordé surtout à l'heure actuelle où différents constats alarmants sont dressés par moult acteurs, à commencer par le CGLPL, sur une difficulté réelle pour les détenus de bénéficier de soins. « L'accès aux soins » est un droit fondamental, réaffirmé dans le bloc de constitutionnalité, à l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946. Il est également réaffirmé à l'article L. 1110-1 du Code de la Santé Publique (CSP) : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ».

D'un autre côté, la « réinsertion » des détenus est un terme large, puisqu'il s'agit d'une réinsertion sociale, professionnelle mais aussi familiale, après une période d'exclusion ou d'interruption, en l'occurrence durant l'emprisonnement. La réinsertion est un concept complexe, qui nécessite une préparation en amont, une aide et un accompagnement de plusieurs acteurs afin d'éviter que l'« ex-détenu » – ou le « sortant de prison » - ne se retrouve dans une situation de précarité voire de récidive (les deux notions étant entièrement liées). Le principal pilier abordé dans ce mémoire sera la réinsertion professionnelle, en raison de plusieurs dispositifs intéressants existant aujourd'hui au sein des prisons (enseignements, formations professionnelles...). Sera tout de même évoquée la nécessité du maintien des liens familiaux lors de la détention pour faciliter la réinsertion ultérieure.

---

<sup>3</sup> <https://www.droit.fr/definition/1020-detenu/> [visité le 2 mai 2020].

Ainsi, s'intéresser aux détenus par le prisme de leur accès aux soins et de leur réinsertion, des droits qui nécessitent d'être respectés mais qui ne le sont que de manière plus ou moins partielle, est le cœur de ce mémoire.

Nonobstant cela, le régime de prise en charge des détenus a bien évolué. L'histoire de la détention en France est marquée par des évolutions successives et de changements paradigmatiques. Dans un édit de 1656, Louis XIV crée l'hôpital général à Paris, dont le but premier est d'enfermer les mendiants, les vagabonds, les enfants ayant fugué mais aussi les femmes punies par leur mari. Plusieurs hôpitaux généraux verront le jour dans les grandes villes françaises, jusqu'à la Révolution de 1789 (à Caen, Lille, Douai, Bourges...). Il est intéressant de souligner que dès l'ordonnance criminelle de Saint-Germain-en-Laye du 26 août 1670, la santé des prisonniers est prise en compte à l'article 1<sup>er</sup> du Titre XIII « Des prisons » : « *Voulons que les prisons soient saines et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être incommodée* ». Les prisonniers sont enfermés de manière préventive, mais peu à peu se développe la justice inquisitoire et le profil du futur « prévenu »<sup>4</sup> tel que défini ci-dessus.

La période révolutionnaire, dès 1789, marque le début d'un grand nombre de réformes, à l'instar de la création du Ministère de la Justice le 21 novembre 1790 (avec la nomination d'un premier Ministre de la Justice, Garde des Sceaux de l'Etat<sup>5</sup>). Les prisons sont alors régies par une administration centralisée. En 1791, le premier Code pénal (CP) est institué, tout comme une nouvelle échelle des peines en son article 1<sup>er</sup> du Titre 1 « Des peines en général » : les fers consistent en des travaux forcés dans des ports, des travaux publics inachevés, des arsenaux de galères (navires de l'époque), pour le compte de l'Etat. La réclusion consiste à enfermer le condamné dans une maison de force (une forme de prison) afin qu'il y fournisse un travail dont on pourra tirer les fruits. La gêne est l'isolement, sans communication avec qui que ce soit et est principalement destinée aux personnes ayant commis des infractions politiques. Finalement, la détention consiste en un enfermement au sein d'une forteresse appartenant à l'Etat pour une durée variant entre cinq et trente ans<sup>6</sup>.

Par la suite, dans une circulaire du 27 juin 1807, une infirmerie sera instituée au sein de chaque prison. Toutefois, à défaut d'un tel dispositif, la circulaire du 18 juin 1822 précise que

---

<sup>4</sup><https://criminocorpus.org/fr/reperes/chronologies/peines-et-prisons-en-france-de-lancien-regime-la-restauration/> [visité le 2 mai 2020].

<sup>5</sup><http://www.justice.gouv.fr/histoire-et-patrimoine-10050/le-ministere-dans-lhistoire-10289/histoire-du-ministere-11905.html> [visité le 2 mai 2020].

<sup>6</sup><https://criminocorpus.org/fr/reperes/chronologies/peines-et-prisons-en-france-de-lancien-regime-la-restauration/> [visité le 2 mai 2020].

le détenu malade sera transféré dans un hospice sur ordre du maire après accord du juge d'instruction (s'il s'agit d'un prévenu), du président des assises (s'il est un accusé), du préfet (s'il s'agit d'un condamné). Ensuite, dans une circulaire du 25 janvier 1927, sont instaurées dans les maisons d'arrêt la régie et les concessions, le début du travail en prison.

C'est en 1945 que la Réforme Amor (du nom de Paul Amor, magistrat français et directeur de l'Administration Pénitentiaire d'après-guerre) marque un réel tournant : en effet, est réaffirmé le rôle de la prison, à savoir le « reclassement social » du condamné ainsi que son amendement. Sont également rappelées l'importance et la nécessité d'un service médical et médico-psychologique au sein des établissements pénitentiaires. Il s'agit donc d'une réforme empreinte d'une volonté de réinsérer le détenu, unique finalité de la peine.

C'est dans cette optique qu'ont été créés en 1946 les Comités d'Assistance et de Placement des Libérés (CAPL), ancêtres des Comité de Probation et d'Aide aux Libérés (CPAL), aujourd'hui fusionnés au sein des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), aidant les détenus à se réinsérer en préparant leur sortie dès leur incarcération. La réinsertion passe certes par le travail, mais également par l'enseignement, raison pour laquelle en 1964, l'Education Nationale détache des enseignants au sein des centres pénitentiaires français. La réinsertion s'entend aussi par des peines alternatives à l'incarcération, à l'instar du travail d'intérêt général (TIG), institué par la loi du 10 juin 1983<sup>7</sup>. Cependant, ces mesures, bien que prometteuses, à l'instar du TIG, ne sont aujourd'hui que trop peu utilisées par les magistrats.

Peu de temps après, une grande avancée est marquée avec la loi du 22 juin 1987 relative au service pénitentiaire<sup>8</sup>, affirmant en son article 1<sup>er</sup> que : « *Le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Il est organisé de manière à assurer l'individualisation des peines* ». Le paradigme de la réforme Amor est donc toujours prégnant en ce qui concerne la réinsertion des détenus.

Le volet médical sera abordé quant à lui par une réforme fondamentale avec la loi du 18 janvier 1994. En effet, son principal apport est la réorganisation complète et l'administration des soins en milieu carcéral. L'article 2 de la loi dispose que : « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins*

---

<sup>7</sup> Loi n° 83-466 portant abrogation ou révision de certaines dispositions de la loi n° 81-82 du 2 février 1981 et complétant certaines dispositions du code pénal et du code de procédure pénale.

<sup>8</sup> Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, NOR JUSX8700042L.

*dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires* ». Ainsi, la prise en charge des détenus au niveau médical incombe non plus à l'Administration pénitentiaire mais dorénavant au Ministère de la Santé. A compter de cette loi, plusieurs dispositifs sont instaurés *intra muros* pour la prise en charge somatique et psychiatrique des détenus. Par ailleurs, l'hospitalisation somatique des détenus est rendue possible depuis la création des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) avec un arrêté de 2000<sup>9</sup>. De même, la prise en charge psychiatrique de ce public spécifique est dorénavant faite dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), créées<sup>10</sup> par la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ), dite loi Perben I, du 9 septembre 2002.

De 1994 jusqu'à nos jours, l'organisation sanitaire et médicale visant les détenus s'est précisée, tout comme la mission de réinsertion incombant à l'Administration pénitentiaire.

Néanmoins, de nombreux constats alarmants sont établis depuis plusieurs années, à commencer par le CGLPL, ainsi que l'Observatoire International des Prisons (OIP), qu'il s'agisse des difficultés d'accès aux soins des détenus pour moult raisons (manque d'effectifs médicaux et pénitentiaires pour effectuer les extractions et escortes, difficultés d'hospitaliser certains détenus en UHSI et UHSA et pléthore de dysfonctionnements internes, à l'instar du non respect du secret médical, du manque de coordination entre les surveillants pénitentiaires et le personnel médical). Ce constat est également à corrélérer avec une surpopulation importante (aujourd'hui de 116% au 1<sup>er</sup> janvier 2020<sup>11</sup> dans les prisons françaises), une faiblesse des moyens accordés aux dispositifs *intra muros*. Or, cela est en totale contradiction avec le fait que la population détenue nécessite une prise en charge adaptée, du fait de la précarité inhérente à ce public particulier et privé de la liberté d'aller et venir.

De plus, les détenus souffrent généralement de pathologies somatiques et/ou psychologiques très diverses et plus ou moins graves à leur entrée en détention. Leur état s'empire généralement durant ce séjour au regard du faible accès aux soins et leur absence de traitement notamment en matière d'addictions et de toxicomanie. Les contraintes sécuritaires nuisent fortement à ce que des soins adaptés soient prodigués ou programmés au sein des UHSI

---

<sup>9</sup> Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, NOR MESH0022669A, JORF no 201.

<sup>10</sup> Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, NOR JUSX0200117L.

<sup>11</sup> <https://oip.org/decrypter/thematiques/surpopulation-carcerales/> [visité le 3 mai 2020].

et UHSA (faiblesse des effectifs pénitentiaires, surveillants débordés ne pouvant effectuer l'extraction du détenu...). De même, les moyens de contrainte utilisés sur les détenus au nom de la sécurité peuvent découler sur des refus de soins des détenus ; ceux-ci peuvent aussi refuser une hospitalisation, puisqu'en prison la priorité n'est guère la santé, mais avant tout « cantiner » (c'est-à-dire acheter des objets, du matériel, de la nourriture au sein de la prison, souvent à des prix élevés, afin d'« améliorer » leurs conditions de vie), pouvoir fumer... Par ailleurs, la pertinence de l'hospitalisation des détenus a été remise en cause dans la mesure où la prison est un milieu intrinsèquement pathogène, entraînant une réelle désocialisation à terme mais aussi des comportements pour s'adapter et « survivre ». Ainsi, que ce soit au niveau somatique ou psychiatrique, l'état des détenus ne sera jamais guéri grâce à une hospitalisation, qui ne fait qu'atténuer les douleurs, les crises, avant le retour dans le centre pénitentiaire d'origine.

Dans la même optique, la réinsertion des détenus, mission de l'Administration pénitentiaire, est reléguée au second plan face aux contraintes sécuritaires, alors même que divers leviers existent pour réinsérer un détenu, notamment au niveau de la réinsertion professionnelle. Plusieurs dispositifs aident en pratique les détenus à préparer leur retour dans la société, à l'instar des SPIP précités, ou encore diverses associations qui interviennent *intra muros* afin de soutenir le détenu, l'aider, lui transmettre un savoir (lire, écrire, rédiger un *curriculum vitae*...). Ces aides sont vitales, surtout en raison de l'illettrisme très présent au sein de la population carcérale. De même, diverses formations ainsi que plusieurs enseignements sont dispensés en prison.

Toutefois, beaucoup d'écueils sont à constater, à commencer par le nombre insuffisant de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) au vu de la surpopulation pénale. Ils ne peuvent donc accompagner correctement les détenus jusqu'à leur sortie. De même, le travail en détention n'est guère valorisable et n'est plus obligatoire depuis 1987. Ainsi, les tâches proposées aux détenus sont souvent répétitives, mécaniques et ne permettent pas d'acquérir des compétences valorisables à l'extérieur pour un futur emploi. De même, les offres de travail en prison se font rares, du fait de contraintes sécuritaires lourdes, dissuadant les entreprises de s'investir en prison. Notons que les détenus sont une main-d'œuvre malléable et amplement sous-payée : ce faible revenu s'explique par le déni de droit qui leur est fait au regard de l'absence de contrat de travail en faveur d'un « acte d'engagement », établi unilatéralement par l'Administration pénitentiaire et précisant les modalités de l'activité, les horaires, la rémunération...

Subséquentement, à la sortie de prison, une réinsertion mal préparée peut être désastreuse au regard de l'absence d'hébergement ou de logement, l'absence de revenu, de travail, de lien à l'extérieur pour être aidé... Ainsi, le risque principal d'une sortie de prison trop peu anticipée est la « sortie sèche », c'est-à-dire une sortie sans aucun accompagnement, ce qui accroît fortement le risque de récidive. En effet, un sortant de prison précarisé et démuné voit son risque de récidive largement accru.

Afin d'éviter de tels *scenarii*, les SPIP sont en collaboration avec des associations et des centres d'hébergement à l'instar des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) pour assurer a minima le logement, premier pilier d'une réinsertion. Des aides financières sont également accessibles aux sortants de prison, les aidant par exemple à payer un loyer, quelques meubles... De même, les SPIP sont en relation avec les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO), présents au niveau départemental et gérant le parc de logements à fonction sociale aux fins d'héberger une personne en situation précaire, ce qui est le cas des sortants de prison.

Au vu de ce constat global, le système carcéral français souffre de multiples freins structurels, à commencer par la surpopulation, avec une densité carcérale de 117,7 % en 2020 en raison du nombre de détenus en France s'élevant à 72 000 environ pour à peu près 61 000 places au 1<sup>er</sup> janvier 2020<sup>12</sup>. Notons également le fait que l'accès aux soins et la réinsertion, pourtant vitaux, sont relégués au second plan. Cela n'est pas le cas dans d'autres pays, à l'instar des pays de l'Europe du Nord. En Norvège par exemple, la prison est avant tout orientée vers la réhabilitation de la personne : sa réinsertion est, dès le premier jour en prison, prise en compte et préparée. Le principe fondamental en Norvège est qu'hormis la liberté d'aller et venir, la vie carcérale ne doit pas être différente de celle extérieure. Ainsi, les détenus continuent de bénéficier de l'Etat providence. L'isolement n'est réservé qu'aux détenus ayant commis les crimes les plus graves (génocides...). Les détenus ne doivent pas rester inactifs durant la journée, *a contrario* de la plupart des pays, dont la France : ils doivent choisir entre le travail, des formations, des enseignements<sup>13</sup>. La Norvège a également recours aux thérapies comportementales et cognitives afin que le thérapeute et le détenu comprennent les éléments ayant concouru au passage à l'acte. A l'aune de ce bilan, il est pertinent de qualifier les prisons

---

<sup>12</sup> <https://oip.org/decrypter/thematiques/surpopulation-carcerale/> [visité le 3 mai 2020].

<sup>13</sup> <https://www.prison-insider.com/fichepays/prisons-norvege2019> [visité le 3 mai 2020].

norvégiennes de « prisons modèles », pays où le nombre de personnes incarcérées (3 200 en 2019<sup>14</sup>) est extrêmement faible au regard de la population Norvégienne (5 367 580 en 2020<sup>15</sup>).

*Ainsi, quels sont l'effectivité et les écueils de l'accès aux soins des détenus en France depuis la loi de 1994 et les dispositifs mis en place pour leur réinsertion ainsi que leurs limites ?*

L'accès aux soins des détenus est un droit fondamental, ayant impulsé la création de structures de prise en charge spécifiques. Toutefois, ce droit fondamental connaît aujourd'hui de nombreuses limites (I). Par ailleurs, la réinsertion des détenus est essentielle pour garantir le sens de la peine. Bien que connaissant aussi plusieurs limites, de nombreux acteurs interviennent pour aider les sortants de prison à se réinsérer (II).

---

<sup>14</sup> <https://www.prison-insider.com/fichepays/prisons-norvege2019> [visité le 3 mai 2020].

<sup>15</sup> <https://www.populationdata.net/pays/norvege/> [visité le 3 mai 2020].

# I. LE DROIT FONDAMENTAL DE L'ACCES AUX SOINS DES DETENUS : LIMITES ET PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

L'accès aux soins des détenus se découle en deux temps : la première phase concerne la prise en charge *intra muros*, au sein de la prison via la présence de structures spécifiques. Néanmoins, l'accès aux soins dans ce cadre est amplement perfectible car souffrant de plusieurs écueils (A).

La seconde phase de la prise en charge se fait *extra muros*, au sein d'établissement spécialisées, soit en soins somatiques (les UHSI), soit en soins psychiatriques (les UHSA). Chaque a ses spécificités et ses difficultés, voire écueils de prise en charge optimale des détenus (B).

## A. ETAT DES LIEUX : UN ACCES AUX SOINS EN PRISON AMPLEMENT PERFECTIBLE

Il convient tout d'abord d'exposer le contexte et le cadre général de l'accès aux soins en prison (1). Résulte de cet état de lieux le constat d'une prise en charge médicale des détenus amplement perfectible (2). Découle également une aggravation de l'état de santé de ces personnes, qui n'est guère améliorée au vu de la faiblesse des moyens accordés aux établissements pénitentiaires, *a fortiori* pour la santé en prison (3).

### 1. Le cadre général de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire

a) *La loi du 18 janvier 1994 : une refonte du système de soins en prison et le principe d'équivalence*

Selon le docteur Olivier Obrecht : « *la réforme des soins en milieu pénitentiaire, dont l'aboutissement est constitué par la loi du 18 janvier 1994, est le fruit d'une longue maturation, parallèle à la prise de conscience progressive de la société face aux conditions carcérales* »<sup>16</sup>.

En effet, la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale<sup>17</sup> résulte d'un long processus de réflexion traitant de la santé des détenus, un réel « enjeu

---

<sup>16</sup> O. Obrecht, « Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », *La documentation française*, « Actualité et dossier en santé publique », septembre 2003, no 44, p. 44.

<sup>17</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1), NOR SPSX9300136L.

*de santé publique qui relèverait de l'ensemble de la société »*<sup>18</sup>. Son but premier est la promotion d'une conception préventive de l'action sanitaire et non plus curative ; cela incorpore une philosophie davantage tournée vers « *la libération et la réinsertion du prisonnier* »<sup>19</sup>.

Ainsi, l'article 2 de cette loi refonde entièrement l'organisation et l'administration des soins en milieu carcéral. Cet article vise à opérer un transfert fondamental de la prise en charge des soins des détenus (qui incombait jusqu'alors à l'administration pénitentiaire) au Ministère de la Santé. Ledit article dispose que : « *le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires* ». Cet article complète par ailleurs l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique (CSP).

En conséquence, chaque établissement pénitentiaire doit établir un protocole avec un établissement public hospitalier. Est ainsi créée, à l'intérieur même de la prison, une Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), ancienne Unité de Consultation et de Soins ambulatoires (UCSA).

Néanmoins, la loi de 1994 dépasse la simple réorganisation des soins. En effet, l'article 3 de la loi de 1994, modifiant l'article L. 381-30 du Code de la Sécurité Sociale (CSS), précise que : « *les détenus sont affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération* ». Ledit article du CSS dispose ainsi, en son premier alinéa : « *les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou* ». Toutefois, l'alinéa 3 nuance : les personnes écrouées mentionnées au premier alinéa peuvent se voir demander une « *participation* » si elles disposent « *de ressources suffisantes* ». Subséquemment, chaque nouvelle personne entrant en prison est automatiquement immatriculée à la Sécurité Sociale, chose dont elle était exclue jusqu'alors. De plus, les détenus sont dispensés du ticket modérateur, mais pas leurs ayants-droit. Par ailleurs, les détenus peuvent bénéficier de la complémentaire santé solidaire (l'ex couverture maladie universelle complémentaire, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019) afin de prendre en charge les dépenses qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie, à l'instar des prothèses dentaires ou encore des frais

---

<sup>18</sup> Dossier spécial de *La Revue française des affaires sociales*, no 1, janvier-mars, 51e année, 1997.

<sup>19</sup> E. Farges, « *Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994* », *Raisons politiques*, 2007, no 25, pages 101 à 125.

d'optique. Selon les ressources du détenu, cette complémentaire peut être gratuite ou son financement partiellement pris en charge.

En conséquence, la loi de 1994 fixe le principe d'équivalence, c'est-à-dire que les personnes sous main de justice et incarcérées ont le droit de bénéficier d'un accès aux soins équivalent à celui dont dispose quiconque n'est pas incarcéré. Ainsi et en théorie, les détenus se voient accorder la qualité et la continuité des soins.

Par ailleurs, une loi ultérieure également pilier de l'organisation pénitentiaire dispose 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* » (article 46 de la loi pénitentiaire de 2009).

*b) Les différentes prises en charge en milieu pénitentiaire : focus sur les USMP et les SMPR*

La prise en charge des détenus nécessitant des soins dépend de leur nature ou bien encore de leur durée.

Les détenus bénéficient de soins quotidiens et ambulatoires via les USMP (v. ci-dessous).

En cas d'urgence ou bien si les besoins en soins ne sont que sur une courte durée, le détenu sera pris en charge par l'établissement public de santé de rattachement grâce à une hospitalisation dans des chambres spécifiques et sécurisées.

Une hospitalisation de jour est possible au sein du service médico-psychologique régional (SMPR) - v. ci-dessous.

Un détenu peut être hospitalisé au sein d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), présente dans un centre hospitalier universitaire régional si l'hospitalisation est prévue pour plus de 48 heures (v. I. B).

De plus, une hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) est également possible, avec ou sans le consentement du détenu nécessitant des soins psychiatriques (v. I. B).

### (I) Les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)

En pratique, les détenus ont droit à des soins prodigués par des professionnels de santé exerçant en hôpital (dentistes, infirmiers – assurant les soins de premiers recours en leur fournissant notamment des médicaments et les orientant vers un médecin -, psychologues, médecins principalement). Ces professionnels interviennent dans les USMP : des soins devant être prodigués à l'extérieur le sont au sein de la prison. Ainsi, plusieurs soins somatiques sont assurés : consultation de médecine générale et soins dentaires ; actes de soins infirmiers ; dépistages et repérages des pathologies des nouveaux arrivants ; délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux.

Les détenus doivent faire une demande écrite à l'USMP afin d'obtenir une consultation. Cette demande doit être remise à l'infirmier pendant la distribution des médicaments ou bien à un surveillant. A noter qu'un agent pénitentiaire ou toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu peut faire une telle démarche auprès de l'USMP (famille, visiteurs...).

L'importance de l'USMP (en termes de nombre de médecins intervenant ainsi que le nombre d'heures de présence) dépend de la taille de l'établissement pénitentiaire lui-même. L'USMP est dirigée par un médecin coordonnateur, « *placé sous l'autorité d'un chef de service de l'hôpital. Les soins qui ne peuvent être administrés au sein de l'USMP doivent l'être au sein de l'hôpital de proximité* »<sup>20</sup>. Soulignons que chaque personne entrant en prison bénéficie d'une visite chez le médecin de l'USMP, afin d'évaluer l'état global de la personne et prendre connaissance de potentielles pathologies ou problèmes rendant nécessaire un suivi spécifique (maladie contagieuse, diabète, alcoolisme...). En effet, il est prévu aux articles R. 6112-19 du CSP et R. 57-8-1 du Code de procédure pénale (CPP) que les personnes privées de liberté jusqu'incarcérées bénéficient d'un examen médical lors de leur entrée en prison : il s'agit d'un « *examen médical systématique pour les personnes détenues venant de l'état de liberté* ». Toutefois, il existe des différences selon les établissements pénitentiaires puisque selon une enquête Prévacar de 2010, seulement 93% de ces examens étaient effectués et uniquement 50% des établissements proposaient de renouveler la visite pour dépister notamment des infections virales chroniques transmissibles (virus de l'immunodéficience humaine – VIH -, virus de l'hépatite C, et B) durant de l'incarcération<sup>21</sup>. Cet examen médical d'entrée constitue une

---

<sup>20</sup> [http://prison.eu.org/IMG/pdf/la\\_sante\\_en\\_prison.pdf](http://prison.eu.org/IMG/pdf/la_sante_en_prison.pdf) [visité le 8 mars 2020]

<sup>21</sup> Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, « *Stratégie santé de personnes placées sous mains de justice* », avril 2017, p. 16.

obligation légale, figurant à l'article 51 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : « *il est proposé à la personne détenue, lors de son incarcération, un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac [...]* ». De plus, il est important de souligner que l'article 53 dispose qu'« *une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération* ».

Dans la même optique, l'article 44 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de Notre Système de Santé (MNSS) modifie l'article 51 de la loi de 2009 précitée : « *Au début de son incarcération, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac* ».

Par ailleurs, les USMP gèrent la mise en place de la continuité des soins à la sortie de prison et coordonnent les actions d'éducation pour la santé (EPS) tournées vers les détenus. Cette démarche vise à améliorer la qualité de vie des détenus grâce à ces actions, notamment de prévention et de sensibilisation, dont le but est de faire changer, même marginalement, les philosophies et les comportements des détenus vis-à-vis de leur santé (manger plus équilibré, avoir une meilleure hygiène bucco-dentaire...).

Toutefois, la prison reste un lieu où les exigences spécifiques et particulières de sécurité sont souvent peu compatibles avec ces démarches. Par exemple, un médecin hospitalier, engagé dans une action d'EPS, témoignait : « *A un moment on voulait parler des problèmes de dos, mais ils ont des lits tout cassés. Est-ce qu'on peut aller faire une école du dos s'ils dorment dans des lits tout cassés* » (propos d'un médecin généraliste intervenant à l'USMP de la maison d'arrêt de St Paul-St Joseph depuis 1995, 2 février 2003)<sup>22</sup>.

## (2) Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR)

Créées par le décret n°86-602 du 14 mars 1986, les SMPR sont au nombre de 26 sur le territoire ; il s'agit de la continuité des Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), créés en 1967, dont la mission est d'aider thérapeutiquement les détenus ayant besoin d'aide psychologique. Ils sont implantés au sein même des centres pénitentiaires – *a contrario*, les centres dépourvus d'un SMPR font partie du secteur que celui-ci couvre.

En vertu de l'article D. 372 du CSP : « *Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent [...] aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les*

---

<sup>22</sup> E. Farges, « *Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994* », Raisons politiques, 2007, no 25, p. 101 à 125.

*établissements pénitentiaires relevant de chacun de ces secteurs, sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile [...]. Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est rattaché à un établissement dispensant des soins aux personnes détenues [...] ».*

Ainsi, les SMPR sont composés de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et de travailleurs sociaux. Ils ont pour mission la prévention, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques dont peuvent souffrir les détenus. Chaque nouvel arrivant bénéficie d'une consultation systématique avec le SMPR afin de détecter un éventuel besoin et les sujets à risques.

Les SMPR coordonnent également les dispositifs de soins psychiatriques dans les différents centres pénitentiaires de son secteur. Ils mettent en œuvre des traitements spécifiques pour les troubles psychiatriques en cas de besoin, luttent contre les dépendances et les addictions comme l'alcoolisme ou encore la toxicomanie. De plus, les SMPR ont un rôle clef en ce qui concerne la continuité des soins et des traitements vis-à-vis de détenus dans le cadre d'un transfert.

*c) L'articulation spécifique entre les surveillants de prison et les personnels médicaux*

La loi pilier de 1994 a donné au surveillant un rôle pivot dans l'articulation entre le détenu, sa prise en charge et le personnel médical. En effet, les surveillants sont entièrement intégrés à la prise en charge médicale des détenus au regard des exigences particulières de sécurité leur incombant. Ainsi, les surveillants sont astreints au secret médical. Comme précisé précédemment, un surveillant peut demander à l'USMP ou au SMPR qu'un détenu soit examiné : le rôle du personnel pénitentiaire en prison est donc axé sur la protection de la santé des prisonniers. Enfin, il a un rôle crucial en ce qui concerne les escortes vers l'extérieur (UHSA, UHSI, hôpital de proximité).

d) *Les problèmes intrinsèques au milieu pénitentiaire : la population et surpopulation carcérales et le manque d'effectifs pour l'accès aux soins*

(1) Les caractéristiques de la population carcérale

Dans son rapport de 2014<sup>23</sup>, l'Institut de veille sanitaire (InVS) déclare que : « *les personnes incarcérées présentent des caractéristiques sociodémographiques particulières : elles sont majoritairement issues des populations défavorisées et cumulent de nombreuses difficultés sanitaires et sociales avant même leur incarcération (faible accès aux soins, comportements à risque, addictions, troubles mentaux...) [...] et plus de 60 % des personnes incarcérées n'avaient pas d'activité professionnelle avant leur entrée en prison* ». De même, l'Institut rajoute que : « *ses difficultés sont souvent majorées du fait de conditions de détention parfois précaires et du caractère potentiellement pathogène de l'environnement carcéral (confinement, manque d'hygiène, surpopulation, sédentarité), ce qui intensifie les problèmes de santé relevés auprès de cette population* ». Il est ainsi mis en évidence une conjugaison entre une population déjà précaire et souvent mal en point arrivant en prison et le milieu carcéral, potentiellement pathogène et pouvant aggraver ces problèmes de santé. Ainsi, selon Olivier Obrecht : « *La prison est devenu un lieu de prise en charge médicale de ceux que la société peine de plus en plus à intégrer, véritable observatoire de la précarité* »<sup>24</sup>. L'annexe 1 représente bien cet état de fait.

L'InVS souligne, outre un « *état de santé dégradé à l'entrée en détention en raison d'un faible accès aux soins (problèmes de couverture sociale), d'un moindre recours aux soins [...], d'une prévalence importante des comportements à risque en amont de l'incarcération (addictions, usage de drogues par voie intraveineuse, partenaires sexuels multiples...)* », que les détenus souffrent souvent « *d'un état psychologique souvent fragilisé* »<sup>25</sup>.

Par ailleurs, l'InVS soulignait en 2014 que 78% des détenus étaient des fumeurs ; 30,9% des consommateurs abusifs d'alcool et 10% dépendants de drogues<sup>26</sup>. De même, l'InVS met en avance la « *surreprésentation [...] du VIH* » en France en 2011, puisque 2% des détenus en étaient atteints<sup>27</sup>, alors qu'ils n'étaient de 0,6% en 2008. Selon une enquête du Bulletin

<sup>23</sup> InVS, « *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger* », 2014, p.3.

<sup>24</sup> O. Obrecht, « *Des progrès pour la santé en prison* », Revue Projet, no 269, septembre 2002, p. 112.

<sup>25</sup> InVS, A-E. Develay, C. Verdout and al., « *Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations* », 2015, p.3.

<sup>26</sup> InVS, 2014, op.cit. p.30.

<sup>27</sup> InVS, 2014, op.cit. p. 32.

épidémiologique hebdomadaire de 2017 : « Chez les personnes détenues, la prévalence de l'infection chronique par le VHC est estimée en France à 2,5%, soit environ 1 500 détenus. Cette prévalence, cinq fois supérieure à celle de la population générale, s'explique principalement par l'usage de drogues par voie veineuse »<sup>28</sup>.

De plus, l'Institut pointe le problème de plus en plus fréquent du vieillissement de la population carcérale du fait de l'allongement des peines. « Ce phénomène entraîne probablement un nombre croissant de pathologies chroniques à traiter et à suivre au sein du milieu pénitentiaire phénomène entraîne probablement un nombre croissant de pathologies chroniques à traiter et à suivre au sein du milieu pénitentiaire ». En effet, en 2018, 15,9% des détenus en France avaient entre 40 et 50 ; 8% entre 50 et 60 ans et enfin, 3,8 % avaient plus de 60 ans<sup>29</sup>. Rappelons que pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique signifie : « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années ou plusieurs décennies ». Il peut s'agir par exemple de maladies cardio-vasculaires, respiratoires, métaboliques et cancéreuses.

Par ailleurs, le cas particulier des prisonniers atteints de déficiences est prégnant en France et est un sujet encore méconnu. En 2005, 67,8% des détenus étaient atteints d'au moins une déficience, soit deux fois la prévalence de la population générale. Ce taux s'élevait à 44,7% pour les détenus atteints de déficiences intellectuelles<sup>30</sup>.

Par ailleurs, dans la Stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ) d'avril 2017<sup>31</sup>, il est bien spécifié que les personnes détenues « cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé, préexistant généralement à leur entrée en détention, et/ou déclenchés ou majorés par l'incarcération elle-même ». Par conséquent, le milieu pénitentiaire devrait être capable de prendre en charge cette « surreprésentation de certaines pathologies, notamment mentales et infectieuses [qui] tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention ». Les conséquences d'addictions le plus courantes (drogues, tabac, alcool), sont principalement « la souffrance psychique et les

---

<sup>28</sup> Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), « Hépatites B et C en populations spécifiques », no 14-15, 20 juin 2017, p.252.

<sup>29</sup> Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire, « Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire », 2018.

<sup>30</sup> InVS, op.cit, p.65-66.

<sup>31</sup> Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, « Stratégie santé de personnes placées sous mains de justice », avril 2017, p. 5.

*actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco-dentaires, infectieuses, chroniques, y sont plus fréquents qu'en population générale ».*

Au vu des nombreux problèmes de santé dont sont atteints la majorité des détenus, il est nécessaire que le milieu pénitentiaire s'adapte à cet état de fait. Un accès aux soins est plus que nécessaire, mais de manière générale, la surpopulation carcérale et le manque d'effectifs médicaux et pénitentiaires peuvent être un des principaux freins à ce droit fondamental de l'accès aux soins.

(2) La surpopulation carcérale et le manque d'effectifs pénitentiaires et médicaux comme obstacles à la délivrance des soins

Dans son rapport annuel de 2015<sup>32</sup>, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) pointe du doigt la question épineuse de la surpopulation en prison, qui était en 2015 de 35% en maison d'arrêt et jusqu'à 100% en Ile-de-France et Outre-Mer. Ce chiffre a cru entre 2015 et novembre 2019, où la moyenne de la densité carcérale atteint 138% en moyenne, avec des établissements où cette surpopulation n'est plus vivable. En effet, elle est très forte dans les établissements de Vesoul (252%), La Roche sur Yon (220,5%), Carcassonne (214,1%), Nîmes (210,5%), Limoges (203,6%), Béthune (201,7%) et Perpignan (201,5%)<sup>33</sup>. Cela a notamment pour conséquence un « *accès difficile au travail et aux activités, insuffisance de l'accès aux soins [...]* ». En effet, le droit à l'encellulement individuel, reconnu à l'article 1<sup>er</sup> de la loi Bérenger du 5 juin 1875 en France, n'est que très rarement respecté.

De plus, le CGLPL, dans un rapport de 2018<sup>34</sup>, aborde largement le fait que la surpopulation carcérale impacte très lourdement l'accès aux soins. Il constate tout d'abord que la surpopulation aboutit à un accroissement considérable de demandes d'accès aux soins, sans que les effectifs médicaux augmentent. « *L'effectif du personnel sanitaire est calculé en fonction de l'effectif théorique de l'établissement et non du nombre réel de détenus hébergés. A titre d'exemple, à la maison d'arrêt de Strasbourg, les effectifs médicaux sont calculés sur la base de 445 personnes détenues, alors qu'en présence effective on en dénombrait 758 en mars 2015 et 616 en juin 2017* ».

---

<sup>32</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *Rapport d'activité 2015* », 27 janvier 2016, p.1.

<sup>33</sup> A. Dulin, Comité économique et social, « *La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et de toutes* », novembre 2019, p.16.

<sup>34</sup> CGLPL, « *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale* », 2018, p. 13.

Ainsi, de nombreux postes sont toujours vacants. « *Pourtant budgétés, 22% des postes de spécialistes ne sont pas pourvus, comme 15,5% des postes de psychiatres.* [En mai 2016] *Vingt-et-une unités sanitaires fonctionnent avec moins de la moitié des effectifs de dentistes prévus relève un rapport de l'inspection générale des affaires sociales. On compte en moyenne moins de 3,5 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres et 5 ETP de psychologues pour 1 000 détenus ; mais aussi moins de 2 ETP de dentistes et moins d'un ETP de spécialistes pour le même nombre* » selon l'Observatoire International des Prisons (OIP)<sup>35</sup>.

De plus, la surpopulation dans les locaux adaptés aboutit à des problèmes sanitaires souvent médiatisés : présence de rats, de punaises de lit... ce qui accroît encore davantage les demandes de soins des détenus. Le CGLPL souligne également que cette surpopulation entraîne des tensions entre prisonniers, privés de leur espace vital, d'où des violences et traumatismes physiques, augmentant également la demande de soins.

De plus, rappelons que les détenus font une demande d'accès aux soins (USMP) par écrit mais ces demandes transitent bien souvent d'abord par les surveillants avant d'arriver entre les mains des personnels médicaux de l'USMP. Or, les surveillants sont généralement débordés du fait de leur effectif insuffisant, raison pour laquelle il arrive que des demandes n'arrivent pas à l'USMP. Une telle rigidité dans la procédure incite donc à un réel renoncement aux soins en prison. De même, le CGLPL souligne que dans certains établissements, dès lors qu'un détenu n'est pas prêt dès lors que la porte de sa cellule s'ouvre pour aller à la consultation médicale, celle-ci est annulée. Parfois, les surveillants oublient d'aller chercher le détenu pour l'emmener à sa consultation.

La surpopulation multiplie considérablement les besoins d'extraction pour des consultations externes (ne pouvant pas être réalisées au sein de la prison à l'USMP). Or, il est souvent très compliqué d'organiser ces extractions puisqu'elles mobilisent pendant plusieurs heures le personnel pénitentiaire, déjà en sous-effectif. En conséquence, beaucoup de rendez-vous sont annulés au dernier moment par manque de surveillants ou en raison de difficultés d'agencement des emplois du temps. S'ajoutent à cela des établissements où ces extractions sont très réglementées, rendant encore plus difficile leur organisation. « *Dans certains établissements, les extractions médicales ne peuvent avoir lieu après une heure imposée par l'administration, alors même que cet horaire ne correspond pas nécessairement aux disponibilités des spécialistes à l'hôpital. Dans d'autres [...] les difficultés pour obtenir une consultation à*

---

<sup>35</sup> <https://oip.org/decrypter/thematiques/acces-aux-soins/> [visité le 6 janvier 2020].

*l'extérieur s'expliquent par le fait que les extractions sont limitées à deux par jour »<sup>36</sup>. Une urgence peut ainsi désorganiser entièrement l'emploi du temps pour les extractions. Les consultations annulées du fait de l'urgence seront très souvent difficilement reprogrammées. De plus, l'extraction nécessite des escortes spécifiques de surveillants ainsi que des véhicules adaptés à ces situations. Certains établissements limitent le nombre d'extractions par jour, rendant encore plus compliqué l'accès aux soins et allongeant également le temps d'attente<sup>37</sup>.*

Le CGLPL aborde également le cas particulier des soins psychiatriques, puisque le délai d'attente est relativement long (jusqu'à deux mois pour la maison d'arrêt de Fresnes).

## **2. Les conditions lacunaires de prise en charge carcérale comme obstacles à l'accès aux services de santé et de prévention**

Outre les différents problèmes largement connus intrinsèques à la prison rendant compliqué l'accès aux soins, il convient de mettre en lumière d'autres difficultés très souvent rencontrées.

### *a) Le personnel pénitentiaire, partie prenante de l'accès aux soins*

#### *(1) Le manque de formation du personnel pénitentiaire vis-à-vis de la prise en charge médicale des détenus : focus sur les pathologies mentales affectant les détenus*

Le personnel pénitentiaire n'a pas comme première vocation à s'occuper médicalement parlant des détenus. Il n'en reste pas moins que certaines pathologies, notamment mentales, nécessiteraient davantage de formation du personnel pénitentiaire pour une meilleure prise en charge. Rappelons tout d'abord que les pathologies mentales ont, pendant longtemps, été ignorées, de surcroît lorsque les personnes atteintes sont des détenus. A titre d'exemple, l'étude épidémiologique générale effectuée au sein des prisons françaises sur la santé mentale des détenus la plus récente remonte à 2007<sup>38</sup>. Or, il s'agit là d'un enjeu majeur dans la mesure où chaque personne privée de liberté est en souffrance psychique ; de plus, un détenu déjà atteint par une pathologie mentale verra ses troubles augmenter lors de sa détention. Ainsi, on

---

<sup>36</sup> CGLPL, op.cit. p.14.

<sup>37</sup> CGLPL, op.cit. p.14.

<sup>38</sup> CGLPL, « Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux », novembre 2019.

dénombrerait 20% des détenus souffrant de maladies psychiatriques en prison ; environ 12 000 personnes souffrant de maladies mentales graves, dont 4 000 de schizophrénie<sup>39</sup>.

Le CGLPL, dans son avis de novembre 2019<sup>40</sup>, souligne que le « *personnel pénitentiaire n'est pas formé pour appréhender et gérer la maladie mentale* ». En effet, que le détenu soit déjà atteint d'une pathologie mentale avant son entrée en prison ou bien qu'il en développe une au cours de son incarcération, « *la maladie mentale affectant la personne détenue introduit une complexité dans sa relation avec le personnel pénitentiaire, que sa formation, axée sur la sécurité, ne prépare pas à la gestion de la maladie mentale* ». C'est la raison pour laquelle le CGLPL avance qu'il est nécessaire d'instaurer une formation spécifique des surveillants pénitentiaires vis-à-vis de la « *détection* » et de « *la gestion des troubles mentaux de la population pénale* ».

Plus généralement, ce constat rejoint celui préalablement dressé par le CGLPL en 2015<sup>41</sup> : « *Il est urgent qu'une formation obligatoire et effective de tous les personnels de santé intervenant, à l'hôpital, auprès de personnes détenues soit mise en place concernant les règles éthiques, le secret médical et le droit des patients détenus* ».

De même, le statut d'un détenu psychiatrique est délicat puisqu'il existe une « *confusion persistante entre l'enfermement pour raisons d'ordre public et pour motif psychiatrique. Les conséquences en sont une quasi impuissance des équipes à l'intérieur des murs et une réticence forte des équipes extérieures à accueillir des détenus* »<sup>42</sup>.

(2) Les limites du droit au secret médical des détenus : le partage inévitable du secret professionnel entre le personnel médical et pénitentiaire

Le secret professionnel est « *institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (art. R. 4127-4 du CSP). Il s'agit là d'une obligation fondamentale dont la violation est réprimée à l'article 226-13 du Code Pénal : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit*

---

<sup>39</sup> Comité Consultatif National d'Ethique, Avis no 94, « *La santé et la médecine en prison* », 26 octobre 2006, p.38.

<sup>40</sup> CGLPL, op.cit.

<sup>41</sup> CGLPL, op cit, 27 janvier 2016, p.26.

<sup>42</sup> O. Obrecht, « *Des progrès pour la santé en prison* », Revue Projet, no 269, septembre 2002, p. 115.

*par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».*

L'article R 4127-10 du CSP rappelle que les personnes détenues ne peuvent en aucun cas être discriminées : *« Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire [...] ».*

Bien qu'il existe légalement des dérogations à ce secret médical (déclarations de naissance et de décès, signalisation des cas de maltraitance au procureur de la République avec l'accord de la victime, sauf si la victime est mineure), la pratique en milieu pénitentiaire constitue en soi une exception inévitable. Le CGLPL déplore que : *« La violation du secret médical est quasi systématique. Arguant de motifs de sécurité, le personnel de surveillance est constamment présent au côté des personnes détenues, il assiste aux consultations et aux examens médicaux, aux explications des médecins et, dans de rares cas, à des interventions chirurgicales, quand bien même la personne serait endormie »*<sup>43</sup>. De même, l'article L. 6141-5 du CSP, issu de l'article 8 de la loi no 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, dispose, aux alinéas trois et quatre, que : *« Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires ».* Ces établissements sont, selon le premier alinéa dudit article, des : *« établissements publics de santé [pouvant] être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté ».*

Par ailleurs en pratique, le personnel pénitentiaire est régulièrement amené à connaître des éléments qui sont normalement couverts par le secret médical. En effet, le personnel médical peut informer le personnel pénitentiaire – après que le patient est informé de cette

---

<sup>43</sup> CGLPL, op.cit, 27 janvier 2016 , p.25.

communication – des adaptations nécessaires à sa prise en charge : « *aménagements spécifiques, transitoires ou non, rendus nécessaires en raison de l'état de santé de la personne détenue* »<sup>44</sup>. De plus, cette même instruction rappelle que les détenus sont entièrement dépendants vis-à-vis du personnel pénitentiaire, ce qui légitime sa connaissance et son traitement d'informations se rapportant à leur santé.

Ce partage doit bien entendu s'exercer dans le respect du droit au secret médical. En effet, l'article 45 de la loi du 24 novembre 2009 dispose que : « *l'Administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation dans le respect du troisième et du quatrième alinéa de l'article L. 6141-5 du Code de la santé publique* [précités] ».

Si le personnel pénitentiaire a, en pratique, connaissance d'informations couvertes par le secret médical, il est néanmoins soumis à un devoir de stricte discrétion. Il se doit de ne rien divulguer des informations dont il a connaissance quant à l'état de santé des détenus. Par ailleurs, l'article R. 4127-72 du CSP dispose que : « *Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment* ».

Rappelons également que les surveillants pénitentiaires sont sollicités par leur hiérarchie pour leur communiquer des informations sur les détenus. Cette tension au cœur même du métier de surveillant pénitentiaire est plus évidente encore lorsqu'un détenu bénéficie d'une extraction en vue d'une consultation à l'extérieur. En effet, les surveillants en charge de sa garde « *ont les plus grandes réticences à quitter des yeux le détenu même pendant les consultations médicales* »<sup>45</sup>. Il s'agit là de la confrontation flagrante entre le respect du secret médical et le devoir de sécurité incombant audit surveillant. Le cas du détenu hospitalisé est également parlant puisque les surveillants et policiers le gardent jour et nuit – ils sont donc au courant de allers et venues des personnels médicaux ainsi que des soins dispensés.

---

<sup>44</sup> Instruction interministérielle N° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, p.55.

<sup>45</sup> O. Obrecht, « *Des progrès pour la santé en prison* », Revue Projet, no 269, septembre 2002, p. 116.

b) *Le milieu carcéral : des contraintes sécuritaires lourdes et des locaux insuffisants*

(1) La prison, un lieu de contradictions, notamment pour l'accès aux soins

La prison est un réel lieu de contradictions. Comme expliqué précédemment, la population accueillie et bien souvent dans un état de santé détérioré par rapport à la population générale. Les détenus ont donc grandement besoin de soins, d'un véritable suivi – notamment psychologique – mais les conditions de prise en charge de ce public spécifique en prison rendent difficile voire impossible un accès aux soins suffisant. A ce titre, notons que la prison est avant tout fondée sur le sens de la peine, la responsabilité de ses actes et l'incarcération de détenus souffrant de pathologies mentales. Par ailleurs, au vu de la surpopulation en prison, les locaux sont insuffisants et inadaptés ; à cela s'ajoute des contraintes budgétaires fortes. De plus, rappelons qu'en prison beaucoup de tabous règnent, notamment sur la sexualité, les mesures à prendre en cas d'agression sexuelle, la consommation de drogues et les violences qui y sont inhérentes. Ces tabous ne se lèvent généralement pas même durant l'entretien avec un médecin de l'USMP.

Eric Farges a mis en évidence cette contradiction intrinsèque à la prison en matière de soins. En effet, avant de parler de « soins », il convient d'avoir une hygiène de vie et corporelle adéquate, ce qui est tout à fait impossible en prison. « *Comment inciter les détenus à rester vigilants par rapport à leur hygiène alors même que de nombreux établissements pénitentiaires sont incapables d'assurer les trois douches par semaine réglementaires ? Quel peut être le rôle d'une diététicienne quand les repas sont souvent de mauvaise qualité et servis froids ?* »<sup>46</sup>. Le CGLPL, dans ses rapports annuels, souligne très régulièrement le manque d'hygiène au sein des prisons. L'accès aux soins semble n'être que la continuité de conditions de prise en charge en milieu carcéral très souvent décriées comme bafouant les droits de l'Homme. Ainsi, l'accès aux soins ne doit pas être entendu séparément d'une bonne hygiène de vie. Or, seuls de très rares établissements proposent des activités aux détenus et les promenades ne sont souvent que très courtes. Divers témoignages rapportés par l'OIP rapportent que l'on mange mal en milieu carcéral et qu'il est très coûteux d'acheter des légumes ou des fruits.

---

<sup>46</sup> E. Farges, « *Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994* », Raisons politiques, janvier 2007, no 25, pages 108 et 109.

Il faut toutefois nuancer, puisque même si la prison est un environnement délétère pour prendre soin de sa santé et bénéficier d'un accès aux soins équivalent à celui possible à l'extérieur, « *la prison a été l'instrument du recours aux soins [et] peut redonner un cadre à un moment donné et des opportunités par rapport à la santé [...] Donc ça c'est une dimension positive, les dimensions négatives c'est que la prison peut être extrêmement destructrice* » (entretien rapporté par Eric Farges avec un médecin généraliste intervenant à l'UCSA de la maison d'arrêt de St Paul-St Joseph depuis 1995 le 2 février 2003).

(2) Des conditions matérielles de prise en charge carcérale et des locaux inadaptés

Travaillant dans des établissements carcéraux surpeuplés, il peut arriver que les surveillants ne puissent pas assurer la venue du détenu au rendez-vous médical prévu à l'unité sanitaire. Notons aussi que dans certains cas, les relations entre les détenus et les surveillants peuvent être tendues si ces derniers ont « *le sentiment que l'accès aux soins des personnes détenues est meilleur que le leur, en particulier dans les déserts médicaux* »<sup>47</sup>.

Le CGLPL, dans son rapport de 2018<sup>48</sup>, souligne que les locaux actuels ne peuvent contenir un flux de détenus aussi important que celui actuel au vu de la surpopulation. Dans plusieurs établissements pénitentiaires, les salles de consultation sont : « *souvent exigües [et] en nombre insuffisant pour des professionnels qui doivent souvent « jongler » entre elles, avec un planning hebdomadaire de l'utilisation des locaux* ». De ce fait, des consultations peuvent être réalisées dans des conditions qui ne sont pas appropriées : « *consultations médicales parfois réalisées dans la salle de radiologie, le temps de kinésithérapie réduit du fait de l'utilisation de la salle de kinésithérapie par les infirmières [...] voire la prise en charge réalisée dans un couloir pour une perfusion* ». De plus, les locaux sont bien souvent trop exigus pour permettre des consultations et/ou entretiens (psychologiques par exemple) simultanés, ce qui allonge encore une fois la liste d'attente.

Le CGLPL souligne que, lorsque les locaux ne manquent pas, ils sont parfois si exigus que le matériel médical et paramédical ne peut y être totalement contenu. Par ailleurs, le CGLPL met en évidence l'exiguïté des salles d'attente, ce qui complique encore davantage

---

<sup>47</sup> Sénat, A. Lefèvre, « *rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues* », no 682, juillet 2017, p. 68.

<sup>48</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale Approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de liberté* », 2018, p.14

l'organisation et la dispensation des soins, avec un délai d'attente toujours rallongé entre les consultations. En effet, il est nécessaire de respecter les conditions de sécurité et l'interdiction de communication entre détenus. Selon les établissements, ces salles d'attente peuvent être soit totalement vides entre les consultations, soit surpeuplées en fonction de la jugulation du flux de détenus attendant des soins. A cela s'ajoute aussi une organisation délicate afin que les personnes détenues hommes et femmes ne se croisent pas, ce qui rallonge les délais d'attente et complexifie leur prise en charge.

(3) Le recours parfois abusif aux moyens de contention pour une extraction ou consultation médicale comme cause de refus de soins des détenus

Les conditions d'extraction en milieu carcéral sont rigides et de multiples dysfonctionnements existent, ce qui peut aboutir à des renoncements aux soins. En pratique, les détenus ne sont pas toujours informés de la date ou encore des diverses conditions matérielles de leur extraction<sup>49</sup>. Le CGLPL, dans son rapport de 2015, rajoute que : « *dans la plupart des cas, même les modalités de visite des avocats ne sont pas prévues. La famille n'est nullement informée de l'hospitalisation d'une personne détenue par l'administration pénitentiaire à l'exception de quelques rares cas* »<sup>50</sup>.

Le CGLPL souligne également que : « *L'usage des menottes est systématique ; des circuits dédiés ne sont pas toujours prévus de sorte que les personnes détenues sont exposées, entravées, à la vue d'autres patients ou de visiteurs. Les personnes détenues soient entravées ou menottées dans leur chambre, parfois même pendant les soins* »<sup>51</sup>. C'est la raison pour laquelle le CGLPL recommande régulièrement, dans ses rapports annuels, de faire un usage des menottes et d'entraves proportionnées et non pas systématiques, ce qui est, encore aujourd'hui, le cas dans la plupart des établissements carcéraux. En effet, l'article R. 434-17 du Code de la sécurité intérieure dispose que : « *Toute personne appréhendée est placée sous la protection des policiers ou des gendarmes et préservée de toute forme de violence et de tout traitement inhumain ou dégradant. [...] Le policier ou le gendarme ayant la garde d'une personne appréhendée est attentif à son état physique et psychologique et prend toutes les mesures possibles pour préserver la vie, la santé et la dignité de cette personne. L'utilisation du port*

---

<sup>49</sup> Contrôleur général des lieux de privation de liberté, op. cit, 27 janvier 2016, p.25.

<sup>50</sup> Op.cit.

<sup>51</sup> Op.cit.

*des menottes ou des entraves n'est justifiée que lorsque la personne appréhendée est considérée soit comme dangereuse pour autrui ou pour elle-même, soit comme susceptible de tenter de s'enfuir* ». Cette règle est également reprise à l'article 803 du CPP.

Ainsi, le port de menottes et d'entraves durant une consultation médicale ou une hospitalisation n'est possible que si le détenu est dangereux pour autrui ou pour lui-même, ou bien encore s'il existe un risque de fuite, ce qui peut être relativement large et peut aboutir à des dérives, à l'instar d'une systématisation du port d'entraves. De plus, l'article D. 294 du CPP dispose que : « *Des précautions doivent être prises en vue d'éviter les évasions et tous autres incidents lors des transfèrements et extractions de détenus [...] Ils peuvent être soumis, sous la responsabilité du chef d'escorte, au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves [...]. Au cas où un détenu serait considéré comme dangereux ou devrait être surveillé particulièrement, le chef de l'établissement donne tous les renseignements et avis nécessaires au chef de l'escorte* ».

En réalité, l'utilisation d'entraves et notamment de menottes a été renforcée par la circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale<sup>52</sup>. Cette circulaire décrit trois niveaux de surveillance lors d'une consultation médicale.

Le premier niveau correspond à une consultation pouvant s'effectuer hors la présence du personnel pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte. Le deuxième niveau signifie que la consultation doit se dérouler sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire sans moyen de contrainte. Le troisième niveau correspond à une consultation devant se dérouler sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyen de contrainte.

Le chef d'établissement décide, après une appréciation individualisée du détenu, quel niveau de sécurité est adapté sur la base d'une liste d'éléments fournis par la circulaire de 2004 : le régime de détention, l'importance du reliquat de peine, l'existence d'incidents disciplinaires récents et leur degré de gravité, la présence d'antécédents révélant une personnalité dangereuse notamment. De plus : « *le service médical est consulté et l'état de santé du détenu est toujours pris en compte pour ne pas lui occasionner des douleurs supplémentaires* »<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Circulaire AP 2004-07 CAB du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale, Bulletin officiel du ministère de la justice n° 2004/96 p. 286-302.

<sup>53</sup> Réponse du Ministère de la justice à la question écrite n° 17554, JO Sénat, 4 mai 2006, à consulter sur le site suivant : <https://www.senat.fr/questions/base/2005/qSEQ050517554.html>

Or, le Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE) souligne en réalité qu’aucun niveau « *ne correspond à une absence de menottage et de présence d’un surveillant au cours de la consultation. Dès le « niveau de surveillance I », le plus faible, le menottage fait partie des possibilités. Il en résulte désormais une application quasi-systématique du menottage pendant la consultation ou l’examen médical* »<sup>54</sup>. En conséquence, une telle entrave peut aboutir à un « *refus de soins légitime* » et compréhensible selon le CCNE.

Le Défenseur des droits quant à lui souhaite une réforme de ces trois niveaux de surveillance, qui devrait « *conduire à une baisse du niveau général de sécurité et de surveillance* »<sup>55</sup>. Dans cette même décision, il déclare également : « *Si cette focalisation sur la dangerosité pénitentiaire peut se concevoir concernant le trajet, avant le recueil d’un avis médical, elle est plus difficilement compréhensible concernant la période d’hospitalisation dans son ensemble, comme lors de la délivrance des soins et des consultations médicales* »<sup>56</sup>. Il précise aussi qu’il serait judicieux de prendre en compte l’avis médical dans la définition des contraintes de sécurité applicables lors des soins, d’autant plus que selon le CCNE, dans son avis no 94, les évasions lors d’une extraction ne représentaient qu’une proportion de moins d’1/13 000<sup>57</sup>.

La France a souvent été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l’Homme (CEDH), notamment dans l’arrêt *Mouisel c. France* en 2002<sup>58</sup>. Dans cette affaire, le requérant, condamné à quinze ans d’emprisonnement, est atteint de cancer (une leucémie), ce qui nécessite sa prise en charge en chimiothérapie dispensée en hôpital de jour. Toutefois, il est en justice puisqu’il dénonce, lors de ses extractions médicales et de ses séances de chimiothérapie, son enchaînement alors qu’il ne cherchait pas à s’évader. De plus, il dénonce la présence des forces de l’ordre lors de ses soins ; c’est par ailleurs cette présence qui l’a poussé à refuser des soins.

La CEDH, dans son considérant 40, rappelle que l’article 3 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l’Homme et des Libertés Fondamentales (Conv EDH) : « *impose en tout cas à l’Etat de protéger l’intégrité physique des personnes privées de liberté notamment par l’administration des soins médicaux requis* ». En l’espèce, la Cour souligne que : « *l’état de santé du requérant, le fait qu’il s’agit d’une hospitalisation, l’inconfort du*

---

<sup>54</sup> Comité Consultatif National d’Ethique, Avis no 94, « *La santé et la médecine en prison* », 26 octobre 2006, p.27.

<sup>55</sup> Défenseur des droits, décision MDS-2014-107, 9 janvier 2015, p.19.

<sup>56</sup> Défenseur des droits, op.cit. p.18.

<sup>57</sup> CCNE, op.cit.

<sup>58</sup> CEDH, *Mouisel c. France*, 14 novembre 2002, requête no 67263/01.

déroulement d'une séance de chimiothérapie et la faiblesse physique de l'intéressé pour penser que le port des menottes était disproportionné au regard des nécessités de la sécurité. S'agissant de l'état de dangerosité du requérant, et nonobstant son passé judiciaire, elle note l'absence d'antécédents et de références faisant sérieusement craindre un risque important de fuite ou de violence » (considérant 47). En cela, la CEDH retient une violation de l'article 3 de la Conv EDH.

La CEDH a de nouveau condamné la France dans l'arrêt Duval c. France le 26 mai 2011<sup>59</sup>. En effet, la Cour souligne également dans cette espèce que le dispositif d'entraves lors de l'extraction du détenu et ses consultations médicales, ainsi que la surveillance constante de l'escorte lors de ces actes médicaux, n'était pas « *strictement nécessaire aux exigences de sécurité* » (considérant 52). Cela a pu provoquer chez le requérant « *un sentiment d'arbitraire, d'infériorité et d'angoisse caractérisant un degré d'humiliation dépassant celui que comporte inévitablement les examens médicaux des détenus* » (considérant 52).

En ce sens également, le CCNE, dans son avis précité, souligne qu'il s'agit là d'une humiliation et d'un traitement inhumain et dégradant qui ne fait que « *mettre en péril la relation de confiance entre le médecin et le malade, élément essentiel de l'acte médical, et peuvent porter atteinte à la qualité de l'examen médical et des soins* »<sup>60</sup>. Par ailleurs, le CCNE rappelle qu'une relation de confiance entre le détenu devant bénéficier de soins et le professionnel de santé ne peut être créée du fait des moyens de contraintes utilisés.

Dans cette même optique, rappelons que la France est partie à la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, adopté le 26 novembre 1987 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 1989 et aujourd'hui ratifiée par tous les Etats membres du Conseil de l'Europe. Cette convention institue notamment le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) composé d'experts indépendants et qui, se basant sur l'article 3 de la Conv EDH condamnant la torture, les peines ou traitements inhumains ou dégradants, peuvent effectuer à tout moment des visites de lieux où des personnes sont détenues par l'autorité publique (prison, postes de police, hôpitaux psychiatriques...). C'est à ce titre que lors de son rapport de 2017 après sa dernière visite en France, le CPT a commenté comme suit : « *Le recours aux entraves lors d'extractions médicales demeure très répandu tout comme la présence fréquente du*

---

<sup>59</sup> CEDH, Duval c. France, 26 mai 2011, requête no 19868/08.

<sup>60</sup> CCNE, Avis no 94, « *La santé et la médecine en prison* », 26 octobre 2006, p.27.

*personnel d'escorte lors des examens ou interventions médicaux, parfois malgré le refus du personnel de santé. Ces mesures apparaissent déconnectées de la dangerosité réelle du détenu ou de son risque de fuite »<sup>61</sup>.*

Ce systématisme dans l'utilisation des moyens de contraintes est régulièrement dénoncé, notamment parce qu'il s'agit « *incontestablement une humiliation et un traitement inhumain et dégradant, mettent en péril la relation de confiance entre le médecin et le malade, élément essentiel de l'acte médical, et peuvent porter atteinte à la qualité de l'examen médical et des soins* »<sup>62</sup>. Le CCNE dénonce d'ailleurs une « *application quasi-systématique du menottage pendant la consultation ou l'examen médical* », qu'il s'agisse d'un examen gynécologique ou obstétrical, chirurgical, médical par exemple.

#### (4) Focus sur l'accès entravé aux soins gynécologiques en prison

Ne pouvant aborder tous les soins en prison dans ce mémoire, nous nous focaliserons sur l'accès aux soins gynécologiques, tout à fait illustratifs des diverses problématiques en la matière dans le milieu carcéral.

En principe, le suivi d'une grossesse incombe au médecin de l'USMP, à un gynécologue obstétricien ou encore à une sage-femme. Or, à l'heure actuelle, « *moins de la moitié des unités sanitaires carcérales offrent une consultation gynécologique sur site aux femmes détenues* »<sup>63</sup>. Même lorsque de telles consultations sont possibles en prison, les permanences de gynécologues ne sont pas toujours optimales : en effet, elles peuvent être hebdomadaires (dans le meilleur des cas), mais le plus souvent, elles sont mensuelles. De telles disparités de consultations gynécologiques découlent de problèmes conséquents de recrutement. En effet, les établissements proposant ces consultations se trouvent généralement à proximité d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU), *a contrario* des établissements se situant dans les zones dites de désert médical ou bien dans des zones éloignées des centres urbains<sup>64</sup>. Subséquemment, dans les prisons ne proposant pas de consultation gynécologique, la visite médicale d'entrée sera la seule occasion pour une femme détenue d'évoquer le sujet (tabou en prison) de la sexualité. En effet, dans ces établissements dépourvus de gynécologue, une consultation en la matière nécessite l'extraction de la femme détenue, ce qui complique la prise en charge et rallonge le

---

<sup>61</sup> Comité européen pour la prévention de la torture (CPT), rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France, du 15 au 27 novembre 2015, p. 45.

<sup>62</sup> CCNE, op.cit.

<sup>63</sup> <https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance/> [visité le 14 mars 2020]

<sup>64</sup> Observatoire International des Prisons (OIP), op.cit.

délai d'attente pour l'accès aux soins. Effectivement, les délais d'attente sont souvent très longs ; l'OIP avance que ces délais sont entre un et six mois au regard des témoignages reçus. Bien évidemment, une telle attente est tout d'abord anxiogène et ne fait qu'aggraver la situation de la détenue puisqu'elle n'est pas prise à temps. De même, les temps de consultation sont réduits du fait de la demande importante des détenues. Cela a pour conséquence le survol de questions des détenues qui mériteraient pourtant une plus grande attention de la part du professionnel. De plus, l'impossibilité de choisir son gynécologue en prison aboutit parfois à des relations dégradées entre le soignant et la femme détenue. Un témoignage recueilli par l'OIP est parlant : « *C'était mon premier frottis, le gynécologue était un boucher. Ça a été une violence traumatique, j'ai attendu plus de dix ans avant d'en revoir un dehors. Pour moi c'était toujours comme ça : forcément ça faisait mal et c'était humiliant* »<sup>65</sup>. Puisqu'il n'est pas possible de choisir son gynécologue en prison, il est important de souligner que le refus du frottis « *n'est pas négligeable lorsque le médecin est un homme* »<sup>66</sup>.

Ainsi, les dépistages (qu'ils soient du sein ou encore du col de l'utérus) ne peuvent être assurés effectivement du fait de l'insuffisance voire l'inexistence du suivi gynécologique. Dans ce registre, Sidaction<sup>67</sup> alertait que : « *Si le dépistage du VIH est proposé au début de la détention, l'offre n'est pas réitérée au cours de l'incarcération [...]. Dans un contexte où le VIH est particulièrement tabou parmi les détenus, et le personnel de surveillance peu sensibilisé à cette question, l'entrée en prison peut amener certaines personnes vivant avec le VIH à interrompre la prise de leur traitement* ». De plus, selon une enquête du BEH de 2017<sup>68</sup>, la proposition du test VIH et des hépatites est quasiment systématique puisque 93% des unités sanitaires en prison le pratique. Cependant, le renouvellement de ce test durant la détention est insuffisant (52%).

Par ailleurs, les détenues dénoncent bien souvent la présence non désirée de surveillantes durant les examens gynécologiques, les mammographies, les interruptions volontaires de grossesse, des accouchements ou encore les fouilles internes<sup>69</sup>.

De même, le CGLPL a constaté à plusieurs reprises le menottages de détenues lors d'examens gynécologiques. C'est la raison pour laquelle, dans son avis de 2015<sup>70</sup>, il demande

---

<sup>65</sup> <https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance/>

<sup>66</sup> Instruction interministérielle, 2017, op. cit. p.271.

<sup>67</sup> Sidaction, « *Promotion de la santé, VIH et prison* », septembre 2019, édito.

<sup>68</sup> BEH, op.cit.

<sup>69</sup> OIP, op.cit.

<sup>70</sup> CGLPL, op.cit, 27 janvier 2016, p.68.

l'application de l'article 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : « *Tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues* ».

### **3. Le constat alarmant d'accès aux soins en prison : une aggravation des pathologies et une faiblesse des budgets pour la santé en prison**

a) *De nombreuses carences en soins aggravant les pathologies des détenus et le faible recours à la suspension de peine pour raison médicale*

(1) Une aggravation des pathologies due à de multiples carences en prison, environnement intrinsèquement pathogène

Selon un rapport de Médecins du Monde<sup>71</sup> : « *La prison génère de l'anxiété et favorise de nombreuses carences qui impactent la santé physique et psychique des détenus. Les personnes détenues rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux services de santé et de prévention* ».

La prison « *rend malade* »<sup>72</sup> puisqu'en raison de son organisation et de l'environnement ambiant, elle favorise l'anxiété et de nombreuses carences, qu'il s'agisse de liens familiaux, affectifs, du sommeil, de la qualité visuelle... Tous ces acteurs atteignent la santé psychique et physique des détenus et « *crée des troubles dépressifs et une exposition chronique au stress et à la violence* »<sup>73</sup>. L'InVS, dans son rapport de 2015, avance que : « *les conditions de vie en détention (surpopulation, promiscuité, sédentarité, hygiène réduite...) sont peu propices au maintien de la santé des personnes détenues et peuvent provoquer, réactiver ou aggraver certains problèmes de santé* »<sup>74</sup>. Dans cette optique, le CGLPL, dans son avis de 2019<sup>75</sup>, souligne que des pathologies plus au moins lourdes ne sont qu'aggravées du fait de l'enfermement, l'isolement. Cela accroît davantage encore le risque de suicide, dans une

---

<sup>71</sup> Médecins du Monde, Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, « *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du Monde en France* », 2017, p. 78.

<sup>72</sup> Médecins du Monde, op.cit.

<sup>73</sup> Médecins du Monde, op.cit.

<sup>74</sup> InVS, 2015, op.cit. p.3.

<sup>75</sup> GLPL, « *Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux* », 22 novembre 2019, disponible sur le site suivant :

<https://www.cgplp.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenu-es-atteintes-de-troubles-mentaux/>

population déjà fortement touchée par un taux de suicide important. En effet, les détenus se suicident six fois plus qu'en population à l'extérieure<sup>76</sup>.

Le CGLPL, dans son avis de 2019, souligne ainsi qu'au vu des difficultés d'accès aux soins en milieu carcéral comme expliqué plus haut, les conditions de détention « *privent la sanction pénale de son sens* ». Par ailleurs, la CGLPL met en évidence trois facteurs principaux qui expliquent l'aggravation des pathologies en prison, environnement intrinsèquement délétère. Il s'agit de « *la méconnaissance des pathologies affectant la population pénale, l'insuffisance des moyens institutionnels de leur prise en charge et la banalisation d'atteintes quotidiennes aux droits fondamentaux, parfois de faible gravité, mais récurrentes* »<sup>77</sup>.

Le CGLPL met également en avant que les carences dans l'identification des pathologies mentales peuvent aboutir à ce que d'anciens détenus, une fois libérés, réitèrent des actes susceptibles d'être jugés et d'entraîner une nouvelle peine d'emprisonnement. Ainsi, un réel cercle vicieux s'installe et dans lequel le très critiquable accès aux soins en prison est mis en exergue.

Médecins du Monde, dans son rapport de 2017<sup>78</sup>, souligne qu'il convient de « *travailler avec les détenus sur les déterminants sociaux de santé* ». Dans un contexte aussi pathogène que la prison, il est nécessaire de mobiliser, outre le personnel soignant, le personnel pénitentiaire et les détenus afin de « *pouvoir [par exemple], maintenir des pratiques de réduction des risques* » comme cela est possible est extérieur. Or, il s'agit là d'un principe de prévention, ce qui est pour l'instant étranger à la prison, où les soins ne sont que curatifs.

(2) Un trop faible recours à la suspension de peine pour raison de santé

En vertu de l'article 720-1-1 al. 1er du Code de procédure pénale : « *Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention [...]* ». Cette disposition a été créée

---

<sup>76</sup> <https://oip.org/decrypter/thematiques/deces-en-detention-et-suicides/>

<sup>77</sup> CGLPL, avis du 22 novembre 2019, op.cit

<sup>78</sup> Médecins du Monde, op.cit.

par la loi du 4 mars 2002<sup>79</sup>. Depuis sa mise en place en 2002 et au 31 décembre 2013, 1 110 mesures ont été accordées sur un total de 1 449 demandes, soit un taux moyen d'accord de 76,6 %<sup>80</sup>.

De son côté, le CGLPL, au vu de ses nombreuses visites en prison notamment, souligne que la suspension de peine pour raisons médicales est très rarement accordée. Dans son avis de 2016, il met en évidence que de telles suspensions de peine sont trop peu accordées du fait notamment du faible nombre de repérages effectués en prison (manque d'expertises, personnel pénitentiaire mal formé – v. ci-dessus). *« Le CGLPL a également rencontré des personnes détenues dont l'âge ou l'état de santé paraissaient difficilement compatibles avec le maintien en détention. Il peut s'agir de personnes détenues très âgées, qui, de plus en plus souvent, connaissent leur première incarcération, ou de personnes moins âgées dont l'état de santé s'est prématurément dégradé. Certaines d'entre elles ne quittent jamais leur cellule, parfois même pas leur lit. Cependant, les moyens de prendre en charge leur handicap en détention sont très insuffisants. Quelquefois, leur détention ne se prolonge qu'en raison de l'absence de formule d'hébergement alternative. La présence de ces personnes en détention pèse sur la surpopulation et l'insuffisance de la prise en charge dont elles font l'objet ne peut qu'accélérer la détérioration de leur état de santé ».*

Le CGLPL insiste principalement sur les troubles mentaux dont souffrent une grande partie des détenus. En effet, quelle que soit l'affection dont est atteint le prisonnier et *a fortiori* une pathologie mentale, l'absence de prise en charge ou un traitement inadapté ne feront bien évidemment qu'aggraver cette affection. A ce titre, Cyrille Canetti, psychiatre au SMPR de l'établissement pénitentiaire de Fleury-Mérogis, déclarait en septembre 2003 : *« Tous les intervenants en milieu pénitentiaire s'accordent à dire que la population des malades mentaux incarcérés augmente au cours des années et que ces pathologies lourdes et ingérables sont de plus en plus représentées, mettant en grande difficulté les agents de l'administration pénitentiaire [...] D'une part la prison génère de la folie, d'autre part la société enferme ses fous ».*

Subséquemment, le CGLPL, fort des constatations de la mauvaise prise en charge de la santé des détenus par l'administration pénitentiaire, avance que : *« La prise en charge des personnes détenues durablement atteintes de troubles mentaux ne doit pas être l'affaire de*

---

<sup>79</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>80</sup> Sénat, A. Lefèvre, « rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues », no 682, juillet 2017, p.51.

[cette même administration]. *Elle doit donc donner lieu à une suspension de peine pour raison médicale et se poursuivre en milieu hospitalier ordinaire, y compris, si c'est nécessaire, en unité pour malades difficiles* »<sup>81</sup>.

Globalement, la mesure de suspension de peine pour raison médicale n'est que peu prononcée du fait de la difficulté à pouvoir trouver un établissement en aval (EHPAD, association) qui accepte d'accueillir le détenu libéré<sup>82</sup>. Soulignons, pour finir, que : « *La libération anticipée, grâce à une suspension ou un aménagement de peine, constitue bien une réponse adaptée permettant d'envisager une fin de vie décente pour une personne incarcérée dont le pronostic vital se trouve engagé. Au-delà des aspects juridiques, la mise en œuvre concrète de ces dispositifs nécessite une approche volontariste, exigeante et humaniste de l'ensemble des acteurs concernés. Il s'agit donc d'une question de droit mais aussi une question de valeurs et de société dépassant le seul domaine pénitentiaire* »<sup>83</sup>. L'annexe 2 traite de ce domaine de suspension de peine pour raison médicale.

*b) Une prise en charge des dépenses de santé des détenus : la télémédecine comme solution à l'offre de soin inadaptée en prison*

(1) Le circuit du financement de la santé en prison face au constat de l'insuffisance de l'offre de soins

L'affiliation des détenus au régime général via la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle se situe l'établissement pénitentiaire permet de garantir la continuité de la couverture sociale aux personnes détenues et limiter le reste à charge du fait de l'interdiction des dépassements d'honoraires.

Ainsi, il existe une relation tripartite pour garantir un accès aux soins des détenus : il s'agit d'une convention entre la caisse d'assurance maladie, l'établissement pénitentiaire et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et les établissements de santé de rattachement.

Au 31 décembre 2015, 31 conventions avaient été signées entre les établissements pénitentiaires et caisses d'assurance maladie<sup>84</sup>. Il s'agit d'établir la procédure d'affiliation des détenus via une fiche navette entre la prison et la CPAM afin que celle-ci soit avisée de la

---

<sup>81</sup> CGLPL, avis du 22 novembre 2019, op.cit.

<sup>82</sup> Sénat, op.cit, 2017, p.50.

<sup>83</sup> L. Ridel, C. Touraut, « *Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge* », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n° 41, septembre 2016, p.7.

<sup>84</sup> Sénat, op.cit, p.59.

situation administrative du détenu. La CPAM, en retour, effectue les affiliations nécessaires et communique ensuite aux établissements pénitentiaires les attestations de droits des détenus. L'article 46 de la loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 dispose que dès lors, l'Assurance Maladie avance à l'établissement de santé tous les frais de santé des détenus, que les parts soient obligatoires ou complémentaires. Le Ministère de la Justice recevra, par la suite, la facture globale de la part complémentaire<sup>85</sup>. Toutefois, l'Etat a une dette d'environ 88 millions d'euros à l'Assurance Maladie<sup>86</sup> à la suite de la réforme législative du financement des soins en prison de 2015.

La CPAM doit être informée de plusieurs cas importants : le transfert dans un établissement pénitentiaire ne dépendant pas du ressort de ladite caisse ou encore l'hospitalisation dans un établissement de santé d'un autre département pour plus de 40 jours ouvrés, ce qui, dans ces cas, entraîne un changement d'affiliation. La CPAM doit aussi être informée de la libération du détenu, puisque ses frais de santé seront pris en charge par l'organisme duquel il dépendait avant son incarcération<sup>87</sup>.

*« La dépense de santé d'une personne écrouée s'élève donc à environ 5 000 euros par an. À titre de comparaison, pour un bénéficiaire de la CMU-C, cette dépense annuelle s'élève à 4 000 euros – et à 2 475 euros pour les affiliés au régime général »*<sup>88</sup>. Cette différence conséquente ne découle pas, comme on a pu le voir précédemment, d'une surconsommation de soins. En effet, cet écart s'explique par une prise en charge spécifique pour les personnes détenues : les unités sanitaires (USMP et SMPR), les chambres sécurisées dans les hôpitaux notamment. A noter notamment que les établissements de santé bénéficient de dotations spécifiques de la part de l'Assurance Maladie propre à la prise en charge des détenus, qui est une mission d'intérêt général. Ainsi, il s'agit d'une enveloppe MIG (mission d'intérêt général) pour les soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)<sup>89</sup>.

Néanmoins, le constat est relativement négatif, puisque la sous-budgétisation des dépenses de santé représente moins de 30 millions d'euros<sup>90</sup>, du fait notamment de l'augmentation de la population pénale et l'inadéquation des soins pour répondre aux besoins des détenus. En

---

<sup>85</sup> Sénat, op.cit, p.34.

<sup>86</sup> Sénat, op.cit, p.35.

<sup>87</sup> Sénat, op.cit, p.59.

<sup>88</sup> Sénat, op.cit, p.65.

<sup>89</sup> Sénat, op.cit, p.40.

<sup>90</sup> Sénat, op.cit, p.70.

conséquence, en 2016, le coût global de la prise en charge sanitaire des détenus est de 360 millions d'euros<sup>91</sup>, contre 343 millions d'euros en 2012.

En effet, à une échelle globale, l'offre de soins pour les détenus n'est que représentative des mêmes difficultés que l'offre proposée à la population extérieure. Tout d'abord, l'évolution importante de la démographie carcérale (surpopulation et vieillissement de la population de détenus) ainsi que le manque d'attraction de professionnels de santé en prison, notamment lorsque les établissements pénitentiaires se situent dans des « déserts médicaux ».

(2) La télémédecine comme solution à une offre de soins insuffisante pour la population pénale

Dans ce même rapport, le Sénat avance qu'une solution serait efficace pour pallier les carences en offre de soins dans le milieu carcéral : la télémédecine (recommandation n°12). Définie à l'article 78 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), et codifiée à l'article L. 6316-1 du CSP, il s'agit d'une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication [...] Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ».

La télémédecine en milieu carcéral permet ainsi de limiter les extractions vers un établissement de santé et favorise l'accès aux soins des détenus. Elle est perçue comme un outil permettant de prévenir tout risque d'évasion durant l'extraction. De plus, elle permet d'économiser financièrement mais aussi du temps puisqu'un « transfèrement » coûte cher. Soulignons aussi que les détenus : « *apprécient le confort d'un système qui ne les oblige pas à se déplacer entravés, avec le risque de croiser des gens qu'ils connaissent* », selon le Dr Alexandre Sedkaoui, médecin du centre hospitalier de Châteauroux<sup>92</sup>.

Comme pour la population générale, certaines spécialités souffrent d'une sous-représentation dans certains territoires, à l'instar de la région Centre ou la Corse par exemple. Notons que les difficultés de recrutement de personnel soignant en milieu carcéral découlent aussi des conditions de travail, du fait de « *la crainte des agressions ou encore de l'exiguïté de*

---

<sup>91</sup> Sénat, op.cit, p.64.

<sup>92</sup> E-Santé Centre-Val de Loire, « *La télémédecine en centre pénitentiaire, de multiples avantages* », juillet 2018.

*certaines unités sanitaires* »<sup>93</sup>. L'insuffisance de la valorisation de leur discipline au sein du corps médical est également à souligner, puisqu'elle n'est que peu, voire pas évoquée lors du cursus universitaire. De même, les personnels soignants en milieu carcéral : « *peuvent ressentir un manque d'intérêt de la part des centres hospitaliers de rattachement pour l'exercice en milieu carcéral, alors même que l'unité sanitaire crée de l'activité* »<sup>94</sup>.

En 2011, aux fins de déployer la télémédecine, plusieurs chantiers dits « prioritaires » avaient été définis, notamment la santé des personnes détenues. L'article 46 de la LFSS pour 2014 avait prévu plusieurs expérimentations propres au déploiement de la télémédecine dans diverses régions pilotes. Ce programme était désigné sous l'acronyme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé). Par la suite, l'article 91 de la LFSS pour 2017 prolonge d'un an ces expérimentations et élargit leur champ d'action entre autres aux personnes placées sous main de justice dans les unités sanitaires.

Même si peu de projets sont à mentionner aujourd'hui, l'Etablissement pénitentiaire de Fresnes a mis en place la télédermatologie dans le cadre d'un projet pilote de l'ARS Ile-de-France « soins aux personnes détenues ». D'autres modalités de prise en charge sont aujourd'hui envisagées, à l'instar de la téléanesthésie, présentes dans certaines unités sanitaires franciliennes<sup>95</sup>. Pour citer un autre exemple, au Centre Hospitalier Régional d'Orléans sont aussi concernés par la télémédecine l'endocrinologie et l'hépatogastro-entérologie et bientôt la cardiologie<sup>96</sup>. Au Centre hospitalier de Châteaudun, la neurologie sera également bientôt possible par télémédecine.

---

<sup>93</sup> Sénat, op.cit, p.54.

<sup>94</sup> Sénat, op.cit, p.54.

<sup>95</sup> Sénat, op.cit, p.56.

<sup>96</sup> E-Santé Centre-Val de Loire, op.cit.

## B. FOCUS SUR L'HOSPITALISATION PROPRE AUX DETENUS : LES UHSI ET UHSA

La première hospitalisation propre aux détenus créée en France concerne la prise en charge somatique de ces derniers dans les Unités hospitalières sécurisées interrégionales, ou UHSI (1). La seconde prise en charge mise en place a été celle psychiatrique, dans les unités hospitalières spécialement aménagées, ou UHSA (2).

### 1. **Les UHSI : l'hospitalisation somatique des détenus**

#### a) *L'institution et le cadre juridique des UHSI*

##### (1) La création et le recours à l'UHSI

##### (a) *L'organisation administrative d'une hospitalisation d'un détenu et les différents types d'hospitalisation*

Avant d'aborder les UHSI, éclairons le point de l'hospitalisation d'un détenu (v. annexe 3). L'hôpital de rattachement d'un centre pénitentiaire rédige avec le directeur de ce dernier ainsi que les forces de l'ordre, un protocole de collaboration. Le but est de déterminer « *en fonction notamment de la topographie des lieux, les mesures à prendre permettant d'accueillir les personnes détenues dans des conditions de sécurité optimales. Le contenu de ces protocoles est fixé par arrêté ministériel* »<sup>97</sup>. Ainsi, lorsque l'USMP de l'établissement pénitentiaire ne peut prendre en charge un détenu, l'hôpital signataire doit accepter d'administrer en son sein ledit détenu (pour une consultation, un examen spécifique ou encore une hospitalisation).

Toutefois, il existe plusieurs types d'hospitalisation en rapport avec une affection somatique (non psychiatrique) qui nécessiteront, ou non, le recours à une UHSI.

Tout d'abord, il existe les hospitalisations d'urgence. Dans ce cas, le détenu est accueilli par l'hôpital signataire dudit protocole. L'hospitalisation après une admission en urgence est généralement faite en UHSI au vu de l'offre de soins souvent diversifiée, mais uniquement si des chambres sont disponibles.

---

<sup>97</sup> CIRAP/ENAP, « *UHSI de Toulouse - Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles* », H. Bazex et al., décembre 2009, p. 24.

Les hospitalisations programmées de très courte durée (inférieure à 48 heures) se font également dans l'hôpital signataire du protocole. Notons que : « *la responsabilité médicale de la prise en charge de la personne détenue incombe au praticien de l'unité d'hospitalisation dans laquelle est hospitalisée la personne détenue* »<sup>98</sup>. Par ailleurs, soulignons que dans ce cas, le détenu est hospitalisé dans une chambre sécurisée en vertu de la note du 17 mai 2001 du ministère de l'Intérieur.

Pour les hospitalisations d'au moins 48 heures, le détenu est transféré au sein de l'UHSI du ressort de son établissement pénitentiaire.

### **(b) *Le contexte et le paradigme de la création des UHSI***

Comme cela a été expliqué, la loi du 18 janvier 1994 a considérablement amélioré la qualité de soins destinés aux détenus. Toutefois, c'est depuis cette réforme qu'une augmentation importante des hospitalisations a été mise en évidence du fait de la création des UCSA (aujourd'hui les USMP), améliorant la prise en charge somatique des détenus. Subséquemment, se sont posées les questions essentielles de sécurité lors des extractions médicales et les risques d'évasion<sup>99</sup>. Par exemple, les extractions vers l'hôpital de rattachement ont augmenté de 25% entre 1997 et 2000<sup>100</sup>. En effet, avant les UHSI, les hospitalisations des détenus dans les hôpitaux de rattachement avaient été durement critiquées puisque les contraintes sécuritaires étaient lacunaires.

C'est ce questionnement et ces inquiétudes qui ont abouti à l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) destinées à l'accueil des personnes incarcérées. Sont ainsi créées huit UHSI (182 lits au total) dans le CHU de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes, Toulouse ainsi que le groupe hospitalier La Pitié Salpêtrière (en complément avec l'établissement public de santé national de Fresnes – EPSNF). Notons que l'UHSI de Paris assure la mission nationale de soins de suite et de réadaptation<sup>101</sup>. Ces UHSI ont été implantées dans huit inter-régions découlant du nouveau schéma régional introduit par la réforme de 1994. Les UHSI ont ouvert selon le calendrier comme suit :

---

<sup>98</sup> CIRAP/ENAP, op.cit. p.29.

<sup>99</sup> CIRAP/ENAP, H. Bazex et al., « *UHSI de Toulouse - Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles* », décembre 2009, p.5.

<sup>100</sup> IGAS, « *L'organisation des soins aux détenus* », op.cit, p.15.

<sup>101</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.25.

Bordeaux mai 2006 (16 lits)	Marseille décembre 2006 (45 lits)
Lille décembre 2004 (21 lits)	Nancy février 2004 (17 lits)
Lyon février 2005 (23 lits)	Pôle Parisien décembre 2008 (25 lits)
Toulouse décembre 2006 (16 lits)	Rennes fin 2012 (prévision) (19 lits)

Source : <http://www.senat.fr/rap/a12-154-12/a12-154-128.html> [visité le 6 février 2020].

L'article 5 de l'arrêté du 24 août 2000 répartit les missions entre l'administration pénitentiaire et les forces de l'ordre (police, gendarmerie) afin de garantir une véritable collaboration entre divers acteurs. L'administration pénitentiaire « assure la garde des détenus au sein de ces unités [UHSI] » et concoure aussi à la sécurité du personnels soignants et des biens au sein de la structure. « Les forces de police ou de gendarmerie [assurent] la sécurité extérieure de l'unité et le contrôle de l'accès » de l'UHSI. Pour ce qui est de « l'escorte aller et retour de l'établissement pénitentiaire à l'établissement de santé et celle des détenus à l'intérieur de l'établissement de santé lorsqu'ils doivent accéder à un autre service », il ne s'agit plus de la police ou de la gendarmerie, mais de l'administration pénitentiaire, depuis une réunion interministérielle en date du 13 novembre 2006. Le protocole détaillé ci-dessus vient fixer le principe d'un effectif de police ou de gendarmerie en fonction des besoins du moment pour les escortes.

Par ailleurs, les UHSI sont aménagées de manière à répondre aux contraintes spécifiques de sécurité : accès unique contrôlé par les forces de police ou la gendarmerie, vitrage des fenêtres pare-balles, barreaux aux fenêtres également traitées anti-effraction, serrures de sûreté pour les portes, surveillance vidéo pour l'extérieure et à l'intérieur... De plus, une liaison radio est constante entre le poste de contrôle central et le commissariat.

Pour ce qui est de l'implantation de l'UHSI, celle-ci doit se situer à proximité avec le plateau technique ainsi que les services actifs de l'hôpital<sup>102</sup>.

Les UHSI sont composées d'une unité de soin classique où les détenus sont hébergés et « de réalisation des soins, dont toutes les circulations internes sont sous contrôle du personnel pénitentiaire »<sup>103</sup>. Hormis ces chambres, les UHSI sont dotées de matériels spécifiques que l'on

<sup>102</sup> Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, NOR MESH0022669A, JORF no 201, annexe 1 « Implantation générale de l'unité ».

<sup>103</sup> Arrêté du 24 août 2000, op.cit, annexe 2 « Fonctionnalité générale ».

ne retrouve pas en USMP (pour la gastro-entérologie...). Ainsi, l'UHSI de Lille est composée, à son unique étage, de chambres, simples ou doubles, réparties en différentes ailes selon les soins reçus par les détenus, et les différentes salles de soins et d'examen.

**(c) *Le séjour en UHSI : les critères de l'urgence et du temps d'hospitalisation***

Les UHSI sont des structures hospitalières implantées au sein d'un CHU ; elles sont sous l'autorité d'un médecin hospitalier et disposent de diverses compétences médico-chirurgicales (diabétologie, cancérologie, ophtalmologie, gastro-entérologie...). Les soins prodigués sont en pré et post opératoire.

De manière générale, le public accueilli sont des détenus (majeurs ou mineurs de plus de 13 ans) atteints de pathologies somatiques (non psychiatriques) pour des séjours (la plupart du temps programmés) d'au moins 48 heures et dépendant du ressort de l'UHSI. Par exemple, un détenu à la prison de Loos-Sequedin dépendra de l'UHSI de Lille. Ainsi, en principe, l'hôpital de proximité sera compétent pour les autres cas.

L'UHSI accueille également les détenus à la suite d'une hospitalisation d'urgence comme expliqué précédemment, mais aussi des détenus devant être hospitalisés sur une très courte durée (maximum 48 heures) en cas d'urgence notamment.

**(d) *Taux d'occupation et durée de séjour en UHSI***

Les UHSI n'ont jamais un taux d'occupation à 100%, en raison des refus d'hospitalisation notamment. « *Par exemple, en 2016, 22 % des hospitalisations ont été annulées et 9 % ont été reportées à l'UHSI de Paris. Au total, 31 % des hospitalisations prévues n'ont pas été réalisées*<sup>104</sup> ». Certaines UHSI ont un taux d'occupation plus élevé que d'autres, à l'instar de Bordeaux ou encore Paris (v. annexe 4).

---

<sup>104</sup> Sénat, juillet 2017, op.cit, p.24.

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour (DMS) en USHI est de sept jours, comme en témoigne le tableau ci-dessous relatif à l'UHSI de Bordeaux. Ce chiffre est corroboré par M Frédéric Grimopont, responsable de l'UHSI de Lille<sup>105</sup>.

Années	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Séjours en jours	369	399	407	419	462	478	482	435
DMS <sup>7</sup> en jours	12,25	10,78	10,52	9,17	9,37	9,29	8,9	7,3
OM <sup>8</sup>	77 %	73 %	73 %	66 %	75 %	77 %	75 %	83 %

Source : CGLPL, « *Rapport de visite : USHI de Bordeaux, deuxième visite* », 2015, p.22.

(2) Le fonctionnement des UHSI : l'accès aux soins des détenus au sein de la structure

*(a) La préparation du détenu à son hospitalisation programmée au sein de l'UHSI et l'hospitalisation d'urgence*

L'admission en UHSI peut être en urgence ou bien programmée.

Dans le cadre d'une hospitalisation programmée, la procédure d'admission en UHSI débute avec une demande d'hospitalisation faite par le médecin de l'USMP de l'établissement pénitentiaire de rattachement ou encore par les hôpitaux de proximité. Une fiche « A » (appelée « demande d'hospitalisation en UHSI ») est transmise au secrétariat de l'UHSI par télécopie indiquant l'identité du détenu, la signature du demandeur, le motif de la demande, des principaux antécédents et les dates d'hospitalisation à éviter et celles souhaitées<sup>106</sup>. Après examen de la demande d'hospitalisation, le médecin de l'UHSI vérifie si le séjour ne peut pas s'effectuer au sein de l'hôpital de proximité. Si ce n'est pas le cas, il répondra par la fiche « B », via laquelle il pourra accepter l'hospitalisation, la mettre en attente (par exemple, en raison d'un manque de matériel médical nécessaire mais en cours de livraison), ou bien la refuser (le détenu est atteint d'un trouble psychiatrique pur, nécessite des soins non prodigués par l'UHSI...) <sup>107</sup>.

<sup>105</sup> Entretien avec M. Frédéric Grimopont, responsable de l'UHSI de Lille et spécialisé en oncologie, le 7 février 2020.

<sup>106</sup> CGLPL, « *Rapport de visite : UHSI de Toulouse* », 2011, p.9.

<sup>107</sup> CGLPL, « *Rapport de visite : UHSI Pitié-Salpêtrière* », 2014, p.37.

Le responsable médical prépare aussi le déroulement du séjour (prise de rendez-vous pour des examens, de consultations, d'opérations...) et avec pour but premier de regrouper les examens et consultations nécessaires sur une même semaine<sup>108</sup> afin de ne pas prolonger plus que nécessaire la durée d'hospitalisation. Cette tâche est délicate, notamment au regard du nombre d'escortes possibles par l'administration pénitentiaire. A titre d'exemple, seulement « *seules deux escortes simultanées sont réalisables durant la semaine* »<sup>109</sup>.

Par la suite, le détenu est informé par l'administration pénitentiaire qu'il sera hospitalisé, mais aucune autre donnée ne lui est délivrée, afin d'éviter tout risque d'évasion. Le détenu est généralement prévenu la veille pour le lendemain et sa famille sera avertie dès l'arrivée à destination dudit détenu. De manière générale, le détenu se voit conférer un formulaire de consentement à l'hospitalisation, lui confirmant son admission à l'UHSI et expliquant les règles applicables durant son séjour<sup>110</sup>. Dans la même optique, l'UHSI de Bordeaux a préparé une plaquette d'information intitulée « *Votre hospitalisation à l'UHSI* », remise par le personnel soignant de l'établissement pénitentiaire. Cette plaquette informe le détenu sur le service dans lequel il sera accueilli, les conditions de leur séjour dans des chambres constamment fermées sauf lorsque le personnel soignant doit intervenir. La plaquette informe aussi sur les modalités d'entretien du linge, la présence d'une douche, de toilettes... Il est aussi précisé que les détenus peuvent effectuer des achats, adresser et recevoir du courrier, de la même manière qu'au sein de leur établissement d'origine<sup>111</sup>. Cependant, le CGLPL, dans ledit rapport sur l'UHSI de Bordeaux, souligne que certains détenus n'ont pas reçu cette plaquette de la part du personnel soignant.

Pour ce qui est de l'hospitalisation en urgence, « *le service d'accueil des urgences (SAU) reçoit les patients des établissements pénitentiaires nécessitant une prise en charge médicale urgente* »<sup>112</sup>.

A noter que l'UHSI ne dispose pas de services très spécialisés et de pointe à l'instar de la réanimation, d'un service de grands brûlés ou encore de neurochirurgie.

Lorsque le détenu arrive à l'UHSI, un entretien est organisé afin de dépister de potentiels troubles du comportement et un possible risque suicidaire. Plusieurs éléments entrent en ligne

---

<sup>108</sup> CGLPL, op.cit, p.10.

<sup>109</sup> CGLPL, « *Rapport de visite : UHSI de Bordeaux, deuxième visite* », 2015, p. 23.

<sup>110</sup> CGLPL, Rapport UHSI La Pitié Salpêtrière, op.cit. 2014, p.14.

<sup>111</sup> CGLPL, UHSI de Bordeaux, op.cit. 2015, p.24.

<sup>112</sup> CGLPL, op.cit, p.23.

de compte : s'il s'agit de la première incarcération du détenu, vécu psychologique plus ou moins lourd, difficultés lors de son incarcération... L'équipe pénitentiaire explique au détenu ce qui a été, globalement, explicité préalablement à son consentement. Ainsi, le détenu se voit expliquer qu'il ne pourra pas sortir de sa chambre durant son séjour et que sa sortie dépendra de la décision du responsable médical de l'UHSI<sup>113</sup>.

**(b) L'organisation sanitaire interne de l'UHSI**

Des médecins de plusieurs spécialités exercent au sein de l'UHSI. Selon M. Frédéric Grimopont<sup>114</sup>, responsable de l'UHSI de Lille et spécialisé en cancérologie, les UHSI proposent des soins diversifiés qui répondent aux besoins. L'UHSI de Lille est spécialisée en oncologie puisque beaucoup de détenus ont un état de santé très dégradé et sont parfois atteints de cancer, ayant dégénéré ou s'étant révélé en prison. Ainsi, l'oncologie représente près de 40% des prises en charge au sein de l'UHSI. Ces structures accueillent des détenus durant environ une semaine puisqu'ils arrivent très souvent avec des pathologies lourdes, résultant de la précarité des conditions de vie en prison, des cumuls de facteurs de risques à l'instar de moult addictions.

Pour ce qui est de l'organisation interne de l'UHSI, cela reste propre à chaque structure. A titre d'exemple, l'UHSI de Bordeaux fait en sorte que : « *la majorité des consultations médicales et des soins se déroulent le matin avant la pause méridienne ; l'ensemble du personnel de santé, y compris les psychologues et les kinésithérapeutes, s'organise en conséquence* »<sup>115</sup>. Chaque UHSI dispose d'outils médicaux plus ou moins spécifiques. L'UHSI de Bordeaux dispose par exemple d'un échographe et d'une salle de radiologie. De même, chaque UHSI choisit son organisation médicale et les soins qu'elle offre. A ce titre, l'UHSI de Lille se spécialise dans la diabétologie, l'éducation thérapeutique du patient<sup>116</sup>. L'accès des patients-détenus à des outils médicaux spécifiques et des consultations spécialisées est même « *supérieur à celui de la population lambda* »<sup>117</sup>.

Dans sa décision d'octobre 2007<sup>118</sup>, le Conseil d'Etat rappelle que : « *conformément à l'article L. 1110-4 du code la santé publique, le détenu a, comme tout malade, droit au secret médical et à la confidentialité de son entretien avec son médecin* ». Il ajoute également que :

---

<sup>113</sup> CGLPL, UHSI de la Pitié Salpêtrière, op.cit, 2014, p.40.

<sup>114</sup> Entretien avec M. Grimopont, *idem*.

<sup>115</sup> CGLPL, op.cit. p.31.

<sup>116</sup> Entretien avec M. Grimopont, *idem*.

<sup>117</sup> Entretien avec M. Grimopont, *idem*.

<sup>118</sup> CE, 10<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> sous-sections réunies, 15/10/2007, 281131, Inédit au recueil Lebon.

« *La circulaire litigieuse* [du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale] *prévoit, sans ménager d'exceptions à cette règle, que quel que soit le niveau de surveillance retenu, le chef d'escorte devra veiller à ce que les mesures de sécurité mises en œuvre n'entravent pas la confidentialité de l'entretien médical* ». Il est important de rappeler ce point car la confidentialité est la base d'une relation de confiance entre le soignant et le patient-détenu. En effet, la dimension relationnelle « *constitue un préalable à la relation thérapeutique en permettant l'échange de confiance nécessaire à l'évocation des problèmes de santé et à leur gestion* »<sup>119</sup>. Pour le CGLPL, la confidentialité est respectée à partir du moment où « *le personnel de surveillance reste positionné dans le couloir, à une certaine distance des chambres [ainsi] la confidentialité des soins est respectée* »<sup>120</sup>. A l'UHSI de Bordeaux par exemple, le personnel pénitentiaire ne regarde pas lorsque des soins sont effectués sur les parties intimes des patients-détenus. Le fenestron (vitre à hauteur du regard pour surveiller l'intérieur d'une pièce) est fermé. Cependant, le CGLPL souligne que le personnel pénitentiaire fait preuve de proportionnalité puisque lorsque les « *patients détenus [présentent] un comportement dangereux* », les surveillants conservent une « *juste distance et ne portait aucun regard sur les soins dispensés* »<sup>121</sup>.

**(c) *L'UHSI, fondée sur une étroite collaboration entre le soin et la sécurité, les soignants et l'administration pénitentiaire***

Au sein de l'UHSI, le personnel pénitentiaire a pour mission de surveiller les détenus et d'éviter que ne surviennent des agressions ainsi que des actes d'autodestruction. Toutefois, l'UHSI est un lieu spécifique où se côtoient le soin et la sécurité et où la frontière n'est pas toujours évidente. Ainsi, le personnel pénitentiaire détient les clefs de chambre des patients-détenus, mais « *une fois la chambre ouverte, elle devient le territoire des soignants qui prennent parfois l'initiative de la refermer et de baisser le rideau afin de respecter la confidentialité et l'intimité de la consultation. Dès lors, la surveillance ne peut plus s'effectuer de manière permanente et les personnels pénitentiaires redoutent un délai trop important d'intervention en cas d'agression d'un détenu sur le personnel soignant* »<sup>122</sup>.

---

<sup>119</sup> CIRAP/ENAP, op.cit. p.48-49.

<sup>120</sup> CGLPL, UHSI de Bordeaux, 2015, op.cit, p.31.

<sup>121</sup> CGLPL, UHSI de Bordeaux, op.cit.

<sup>122</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.59.

L'organisation de l'UHSI nécessite une véritable coordination entre les personnels pénitentiaires et soignants et chacun doit comprendre les enjeux propres à chaque profession au sein de l'UHSI. Les soignants peuvent parfois se sentir « *frustrés* », d'autant plus qu'ils « *n'évoquent que très rarement les risques potentiels liés aux soins des personnes détenues et qu'ils s'identifient aux détenus dans le vécu des règles de sécurité (nombre d'extraction limité par semaine, nombre de portes ouvertes simultanément limité...)* »<sup>123</sup>.

C'est la raison pour laquelle, afin de garantir une coopération optimale entre les personnels de l'UHSI, sont mises en place des formations spécifiques. En effet, avant leur affectation à l'UHSI, est organisée, par l'administration interrégionale des services pénitentiaires une formation de trois semaines durant lesquelles les agents pénitentiaires effectuent plusieurs journées d'observation au sein d'un établissement de santé et les soignants visitent des établissements pénitentiaires. « *L'objectif de ces sessions de formation était de favoriser la cohésion d'équipe par une meilleure connaissance et compréhension de la pratique de l'autre corps de métier. Les personnels soignants ont été à ce titre sensibilisés aux différentes règles de sécurité qui régissent le fonctionnement des établissements pénitentiaires et de la prise en charge des détenus* »<sup>124</sup>.

#### **(d) Le retour à l'établissement pénitentiaire d'origine**

Le responsable médical de l'UHSI décide de la sortie du détenu. Le personnel pénitentiaire n'informe que peu de temps avant la sortie prévue le détenu (une ou deux heures avant) dans un contexte sécuritaire exigeant. L'établissement pénitentiaire d'origine est informé de cette décision deux jours avant la date de retour prévue. L'infirmière de liaison de l'UHSI effectue un compte rendu à l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire afin de le tenir au courant de l'évolution de l'état de santé du détenu ainsi que du déroulement du séjour au sein de l'UHSI. De cette manière, l'infirmière de liaison s'assure que l'unité sanitaire de la prison d'origine dispose bien du traitement prescrit. *A contrario*, le patient détenu bénéficie d'une dotation pour assurer la continuité de son traitement et de sa prise en charge<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.51-52.

<sup>124</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.31.

<sup>125</sup> CGLPL, Rapport de visite de l'UHSI Bordeaux, op.cit, p.44.

b) *Les dysfonctionnements principaux à l’UHSI : des lacunes dans la collaboration des personnels pénitentiaires et médicaux ainsi que le détenu*

(1) Le manque de préparation des détenus et le refus de soins

Tel que l’a souligné M. Grimopont<sup>126</sup>, le refus de soins est un des principaux problèmes auxquels font face les UHSI. En effet, la santé n’est pas la priorité des détenus ; ils privilégient avant tout le fait de pouvoir fumer, manger... Ce qui signifie qu’il existe un problème de « *vase clos* » selon les termes de M. Grimopont. Effectivement, en cas de refus de soins, l’état de santé des détenus se dégrade et ils risquent d’arriver ultérieurement à l’UHSI dans un état dégradé.

Ce refus résulte de plusieurs éléments selon M. Grimopont. Tout d’abord et comme expliqué précédemment, les détenus ne sont informés que la veille pour le lendemain de leur extraction. Beaucoup n’ont pas le temps de préparer leur paquetage pour aller se faire hospitaliser et refusent donc cette extraction. Dans d’autres cas, les détenus refusent d’aller dans une UHSI où il est interdit de fumer (l’UHSI de Lille est la seule autorisant les patients-détenus à fumer). Selon M. Grimopont, beaucoup de détenus avancent des arguments qui ne sont pas pertinents (à l’instar d’être malade, afin de ne pas se faire hospitaliser). Ainsi à Lille, le refus de soins est de 15% à 20% ; en conséquence, sur 950 hospitalisations prévues, 150 sont refusées, donc uniquement 800 séjours sont effectivement réalisés.

La principale conséquence du refus de soins est donc l’absence de rentabilité des lits programmés pour le détenu – raison pour laquelle aucune UHSI n’a un taux d’occupation à 100% ; la plupart sont autour de 75%. A Lille, en 2019, le taux d’occupation était de 74,5% selon M. Grimopont. Cela pose un sérieux problème en sachant que les UHSI sont financées par la tarification à l’activité (T2A). Or, selon M. Grimopont, il est impossible de diriger une UHSI comme une entreprise et encore moins de faire du « *surbooking* » (surréservation) puisqu’inversement, s’il n’y a pas de refus de soins, le nombre de lits au sein de l’UHSI ne sera plus suffisant.

Pour pallier cela, l’UHSI de Toulouse a mis en place une procédure d’information cadrée du patient par l’USMP afin que le médecin de l’établissement l’informe de la nécessité de

---

<sup>126</sup> Entretien avec M. Grimopont, *idem*.

l'hospitaliser<sup>127</sup>. Le but est de bien faire comprendre au futur patient-détenu que son état de santé nécessite une hospitalisation. De même, quinze jours avant ladite hospitalisation, le détenu est de nouveau convoqué par le médecin de l'établissement « *qui s'assure de sa compréhension des informations médicales le concernant, de son accord pour l'hospitalisation et de sa disponibilité. Cette pré visite permet aussi d'éviter des discussions ultérieures à l'arrivée du détenu à l'UHSI et d'annuler l'hospitalisation dans des délais raisonnables* »<sup>128</sup>. Finalement, juste avant que le détenu ne parte pour l'UHSI, le médecin s'entretient une dernière fois avec le détenu, aux côtés du personnel pénitentiaire de l'escorte ainsi que l'infirmière de l'USMP. Cet entretien permet au détenu de confirmer ultimement son accord pour l'hospitalisation et le mettre au courant des règles de l'UHSI.

A titre d'exemple à l'UHSI de Bordeaux :

449 entrées en 2013		407 entrées en 2014	
Nombre de refus	Nombre de reports	Nombre de refus	Nombre de reports
49	36	51	61

Source : CGLPL, « *Rapport de visite : USHI de Bordeaux, deuxième visite* », 2015, p.22.

Le nombre de refus d'hospitalisation est sensiblement resté le même entre 2013 et 2014. Notons tout de même un nombre d'entrées moindre en 2014 et un nombre de refus supérieur à celui de 2013. Cela prouve que le phénomène n'est pas rare et est même une des principales préoccupations dans le cadre de la gestion des UHSI. Pour ce qui est des reports, cela est *a priori* dû, selon les propos recueillis, à une réduction du nombre de lits d'hospitalisation et aux annulations d'intervention des médecins spécialistes<sup>129</sup>.

Pour l'UHSI de La Pitié Salpêtrière, le CGLPL déplore que pour 2012 et 2013 : « *un tiers des hospitalisations programmées ont été annulées. 49 % de ces annulations sont liées au refus des personnes détenues d'être hospitalisées à l'UHSI* »<sup>130</sup>. Outre les conditions d'hospitalisation, ces refus sont aussi dus, selon le personnel médical, à un : « *manque de coordination entre les unités sanitaires, le service pénitentiaire d'insertion et de probation et*

<sup>127</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.39.

<sup>128</sup> CIRAP/ENAP, op.cit. p.39.

<sup>129</sup> CGLPL, USHI de Bordeaux, op.cit, p.22.

<sup>130</sup> CGLPL, UHSI La Pitié, op.cit, p.15.

*l'administration pénitentiaire* ». Le jour du contrôle, les contrôleurs ont souligné qu'un détenu avait justement refusé son hospitalisation arguant que les règles applicables au sein de l'UHSI – notamment l'interdiction de fumer et l'absence d'une cour de promenade - ne lui avaient pas été expliquées au préalable par l'unité sanitaire de son établissement<sup>131</sup>. Même si, comme cela a été expliqué ci-dessus, certains établissements pénitentiaires mettent en place des dispositifs visant à rendre la transition avec l'UHSI plus aisée, d'autres établissements négligent totalement cette phase pourtant essentielle.

(2) Les difficultés de coopération entre personnel soignant et personnel pénitentiaire, affectant la prise en charge sanitaire des détenus

Tel qu'évoqué précédemment, les personnels de l'UHSI peuvent parfois ne pas saisir dans leur entièreté les enjeux des autres professions.

Comme cela a été précédemment expliqué, au sein de l'UHSI se côtoient des contraintes sécuritaires prégnantes (nombre limité d'extractions par jour, ouverture de porte contrôlée par le personnel pénitentiaire...) et les exigences de soins, nécessaires pour répondre aux besoins des patients-détenus. Il est également compliqué de faire coïncider les disponibilités de chirurgiens de l'hôpital pour une consultation ou intervention avec les escortes possibles pour ce faire.

Par ailleurs, se pose la question des détenus particulièrement signalés (DPS). Ceux-ci sont inscrits sur un répertoire existant depuis 1967, regroupant les détenus pour des infractions particulières ou encore susceptibles de grandes violences, ou finalement, ayant déjà participé ou réalisé une tentative d'évasion<sup>132</sup>. Il est donc nécessaire de soumettre ces détenus à des contraintes sécuritaires et de surveillance renforcées. Cela signifie que lorsqu'un DPS est admis au sein d'une UHSI, l'hospitalisation est alourdie du fait d'un renforcement des conditions de surveillance (surveillants pénitentiaires supplémentaires, surveillance accrue des soins...). Au vu de cela : « *l'équipe soignante perçoit [cette surveillance accrue] comme une situation qui génère des contraintes supplémentaires susceptibles d'entraver la qualité et la déontologie des soins qui pourront être réalisés auprès de ce détenu* »<sup>133</sup>.

---

<sup>131</sup> CGLPL, UHSI La Pitié, op.cit, p.15.

<sup>132</sup> <https://oip.org/communique/reveils-nocturnes-des-detenus-particulierement-signalés/> [visité le 28 mars 2020]

<sup>133</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.37.

Ainsi, il existe souvent au sein des UHSI des « tensions entre les deux hiérarchies, médicale et pénitentiaire ». En effet : « Les besoins que les personnels pénitentiaires avaient l'habitude de gérer en détention sont déplacés sur les besoins de santé auxquels les personnels soignants répondent désormais [...] Le respect du patient est désormais privilégié au dépend d'une vigilance continue à maintenir à l'égard du détenu »<sup>134</sup>. En effet, tel que cela a été souligné précédemment, le côté relationnel pour les soignants vis-à-vis de leurs patients est primordial. Toutefois en UHSI, l'articulation soins/sécurité rend cet aspect relationnel largement subsidiaire, ce qui frustre nombre de soignants et attise les potentiels conflits avec les surveillants. Cet état de fait vient parfois nuire la qualité des soins<sup>135</sup>. L'appellation même du détenu fait l'objet de débats : tantôt « patient-détenu » ou « détenu-patient », selon, respectivement, les soignants et les surveillants pénitentiaires.

Rappelons que l'UHSI est implantée au sein d'un hôpital public ; en théorie, cela renforce « l'idéologie soignante dans son fonctionnement » mais cela n'est peut-être pas un « contrepoids nécessaire [entendu comme suffisant] aux exigences sécuritaires pénitentiaires »<sup>136</sup>. Par ailleurs, les soignants déplorent la prise en charge uniquement somatique des détenus ; en effet, ceux-ci ne sont pas encouragés, en pratique, à faire part de leur vécu psychologique. Subséquemment, les soignants vont souvent prendre l'initiative « dans un contexte qui ne le permet pas toujours, une relation de soin ouverte à l'expression et à la prise en compte des signes anxieux ou dépressifs. Nous connaissons la complexité du profil sanitaire des détenus et l'incidence néfaste que peuvent avoir sur la santé somatique des troubles psychiques dont une expression larvée entrave l'adhésion de tout patient aux traitements proposés »<sup>137</sup>.

De même et malgré la formation spécifique des soignants à l'UHSI expliquée précédemment, le personnel médical refuse parfois de soigner un patient-détenu entravé et/ou sous la présence d'un personnel pénitentiaire<sup>138</sup>. Les soignants sont d'autant plus frustrés du fait qu'ils n'apportent pas le soutien psychologique nécessaire aux détenus vivant la réactivation d'un « choc carcéral »<sup>139</sup>. En effet, enfermés dans leur chambre durant toute la durée du séjour, privés de leurs affaires personnelles, l'absence de cantine, les détenus se sentent régulièrement « rappelés, plus que jamais à l'UHSI, à un statut de personne dangereuse qu'ils expliquent

---

<sup>134</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.62-63.

<sup>135</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.63-64.

<sup>136</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.65.

<sup>137</sup> CIRAP/ENAP, op.cit, p.69.

<sup>138</sup> CIRAP/ENAP, op.cit., p.61.

<sup>139</sup> CIRAP/ENAP, op.cit., p.43.

*ressentir beaucoup moins en détention classique* »<sup>140</sup>. L'un des détenus à l'UHSI de Toulouse témoigne : « *On a l'impression d'être au mitard, aucune possibilité de sortir, c'est l'enfermement total* »<sup>141</sup>.

(3) Le secret médical et la confidentialité des soins en UHSI : une frontière délicate à trouver pour une délivrance de soins optimale pour les détenus

Dans pratiquement tous les rapports du CGLPL et selon M. Grimopont, le secret médical en UHSI n'existe pas. En effet, les personnels pénitentiaires surveillant les portes des chambres de détenus savent reconnaître, à force des passages des soignants, le traitement que reçoit ledit détenu (notamment s'il est diabétique, selon l'exemple de M. Grimopont).

Dans plusieurs UHSI, le CGLPL a relevé la présence des surveillants dans les salles d'examen. A Bordeaux cependant, un compromis a été trouvé, puisque lesdits surveillants se tiennent en retrait dans la pièce par rapport aux médecins et au patient-détenu<sup>142</sup>. A La Pitié, la porte de chambre reste entrebâillée pour la sécurité des soignants, mais un essuie main y est inséré pour plus d'intimité et le respect du secret médical<sup>143</sup>.

En réalité, il ressort des divers rapports du CGLPL que le personnel médical est souvent rassuré par la présence pénitentiaire, mais à condition que des compromis soient trouvés pour le respect du secret médical. Cela n'est pas chose aisée, puisque l'on s'aperçoit aisément, au vu des rapports, que la frontière entre le personnel soignant et pénitentiaire est plus que fragile. En conséquence, c'est à chaque UHSI de s'adapter et de trouver des solutions *in concreto* où chacun y trouve son compte.

Ainsi, notons une réelle volonté de faire respecter ce secret médical dans certaines UHSI, du fait notamment de l'absence du nom des détenus sur leur porte, le fait que la cuisine de l'UHSI ne connaisse pas leur identité... De plus, durant les extractions médicales, une enveloppe cachetée détient les informations médicales propres à un détenu et elle ne comporte que les deux premières lettres de son patronyme<sup>144</sup>. De manière générale, la famille ne se voit communiquer que des informations où le détenu a consenti à leur révélation.

---

<sup>140</sup> CIRAP/ENAP, op.cit., p.48.

<sup>141</sup> CIRAP/ENAP, op.cit., p.43.

<sup>142</sup> CGLPL, UHSI de Bordeaux, op.cit, p. 34.

<sup>143</sup> CGLPL, UHSI La Pitié-Salpêtrière, op.cit, p. 17.

<sup>144</sup> CGLPL, UHSI de Bordeaux, op.cit, p.33.

#### (4) La question de la suspension de peine pour raison médicale

Le juge de l'application des peines (JAP) se déplace annuellement au sein de l'UHSI. A Bordeaux par exemple, le JAP « *a indiqué travailler en confiance avec les médecins de l'UHSI : dès lors qu'est produit un certificat médical engageant le pronostic vital à court terme, il est rarement demandé d'expertise complémentaire pour prononcer une suspension de peine pour raison médicale* »<sup>145</sup>.

Comme cela a été expliqué plus tôt, le principal défi en matière de suspension de peine pour raison médicale est la difficulté à trouver un hébergement en aval au regard du profil particulier des ex-détenus. Le point qu'il est intéressant de souligner ici est que : « *la plupart des demandes de suspension de peine sont effectuées en urgence. Il semblerait que les patients détenus en bénéficiant, arrivent à l'UHSI dans un état de santé déjà très dégradé et décèdent rapidement après que la mesure soit prise* ». A titre d'exemple, à l'UHSI de la Pitié Salpêtrière en 2013, onze demandes de suspension de peine avaient été faites ; six ont été accordées par le JAP. Néanmoins, quatre de ces patients-détenus sont décédés en moins d'un mois après la décision. Pour ce qui est des autres demandeurs, deux sont décédés avant que la décision soit rendue<sup>146</sup>.

« *La question se pose de savoir si ces personnes auraient pu être signalées en amont, notamment par les médecins de l'unité sanitaire de l'établissement d'origine. Par ailleurs, certains médecins seraient « plus frileux que d'autres » à effectuer des demandes de suspension de peine* »<sup>147</sup>. En vertu de l'article 720-1-1 du CCP : « *en cas d'urgence, la suspension peut être ordonnée au vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant* ». Ainsi, la suspension de peine en urgence n'est pas celle « classique », c'est-à-dire qu'il n'y a pas besoin d'expertise en l'espèce puisque le pronostic vital de la personne est engagé. En outre, les suspensions de peine en urgence à l'UHSI ne sont que les conséquences d'une mauvaise prise en charge médicale des détenus.

---

<sup>145</sup> CGLPL, UHSI de Bordeaux, op.cit. p.42.

<sup>146</sup> CGLPL, UHSI La Pitié Salpêtrière, op.cit, p.26.

<sup>147</sup> CGLPL, UHSI La Pitié Salpêtrière, op.cit, p.27.

## 2. La prise en charge psychiatrique des détenus : les UHSA, un maillon de la chaîne institutionnelle psychiatrique

a) *Le contexte initial de la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques*

### (1) Une prédominance des troubles psychiatriques dans la population carcérale

Comme cela a été précisé précédemment, la population carcérale est davantage atteinte par des troubles mentaux, mais a également davantage de difficulté à exprimer un besoin d'aide. La santé mentale est un élément non négligeable puisque qu'elle « *affecterait la santé somatique des détenus et plus généralement le rapport qu'ils entretiennent avec leur état de santé* »<sup>148</sup>.

Selon une étude de 2002<sup>149</sup>, les nouveaux arrivants dans les établissements pénitentiaires disposant d'un service médico-psychologique régional – SMPR - (v. ci-dessous), 55% sont atteints de troubles psychiatriques. L'étude détaille : « *chez les hommes, les troubles anxieux sont fortement représentés (55% des entrants présentant au moins un trouble psychiatrique), suivis par les troubles addictifs (54% ont des tendances addictives et/ou une consommation d'alcool), puis par des troubles psychosomatiques (42% présentent des troubles du sommeil et/ou de l'alimentation). 42% des détenus présentent des troubles de conduite (impulsivité, tendance au passage à l'acte, colère, conduite antisociale, excitation psychomotrice...).* Chez les femmes qui entrent en détention, la répartition des troubles est différente : elles présentent plus de troubles que les hommes (59% vs 54%) et chez elles, les troubles anxiodépressifs sont majoritaires (67%). La prévalence des troubles psychiatriques augmenterait avec la durée de la condamnation ». L'étude précise plus loin qu'« *un entrant sur cinq a déjà été suivi par le secteur de psychiatrie* »<sup>150</sup>.

---

<sup>148</sup> CIRAP/ENAP, « *UHSA de Toulouse - Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles* », H. Bazex et al., décembre 2009, p.16.

<sup>149</sup> DREES, M. Coldefy, « *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux* », no 181, 1er juillet 2002, p.3.

<sup>150</sup> DREES, op.cit, p.4.

De manière plus actuelle, selon une enquête épidémiologique de 2004<sup>151</sup>, 3,8% des personnes détenus sont atteintes de schizophrénie (quatre fois plus qu'en population générale) ; 17,9% sont dans un état dépressif majeur (également quatre fois plus qu'en population générale) ; finalement, 12% souffrent d'anxiété généralisée.

Ce constat est toujours prégnant et ne fait que s'accroître, à l'instar du rapport de 2018 de l'IGAS. En effet, il est mis en avant que les détenus pris en charge en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) – v. ci-dessous – présentent une sur-morbidité somatique et psychique au regard de la population générale<sup>152</sup>. Il est rappelé que les détenus souffrant de troubles psychiatriques ont un réel retentissement sur leur propre santé somatique. En effet : « *la surmortalité somatique est encore accentuée chez les détenus porteurs de troubles psychiatriques* »<sup>153</sup>. Par ailleurs, « *environ la moitié des personnes détenues ont déjà des antécédents de troubles psychiatriques* »<sup>154</sup>. Le tableau clinique dressé par l'IGAS met en avant que les diagnostics sont fortement « *genré[s]* », puisque les hommes sont beaucoup plus nombreux à être admis (90%)<sup>155</sup>. Par ailleurs, les hommes sont « *deux fois plus souvent affectés de troubles psychotiques, tandis que les femmes présentent principalement des troubles de la personnalité (24% vs 17% chez les hommes)* »<sup>156</sup>.

**Tableau 6 : Profils cliniques ensemble des entrants en 2017**

F2 Schizophrénie, troubles schizo-typiques et troubles délirants	38%
F6 Troubles de la personnalité	21%
F3 Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité...)	16%
F4 Troubles névrotiques	13%
F1 Troubles mentaux et du comportement liés à des substances psychoactives	5%
AUTRES	8%

Source : IGAS, IGJ, Annexes, « *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche* », décembre 2018, p.26.

La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques est très compliquée et délicate, puisqu'il s'agit d'offrir des soins concernant les maladies et troubles mentaux, mais

<sup>151</sup> CEMKA-EVAL, A. Duburcq et al., « *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral - Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire)* », décembre 2004, p.22.

<sup>152</sup> IGAS, IGJ, V. Delbos, A. Danel, S. Durand-Mouysset, J. Emmanuelli, F. Schechter, « *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche* », décembre 2018, p.4.

<sup>153</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.26.

<sup>154</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.14.

<sup>155</sup> IGAS, IGJ, Annexes, « *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche* », décembre 2018, p.26.

<sup>156</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.31.

également des soins propres aux problèmes somatiques. En effet, les détenus sont avant tout issus d'un centre pénitentiaire où les conditions de vie et d'hygiène sont décriées, comme cela a été décrit précédemment (carences, addictions...).

(2) La nécessité d'une prise en charge adaptée des détenus souffrant de troubles psychiatriques : les incitations européennes et internationales

(a) ***Les dispositions internationales en matière de traitement psychiatrique de détenus***

Au niveau international existent les « règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus », adoptées en 1957 et révisées puis de nouveau adoptées le 17 décembre 2015 par l'Assemblée Générale des Nations Unies, sous l'appellation « règles Mandela ». Il s'agit d'un hommage visant à « honorer l'héritage de l'ancien président de l'Afrique du Sud, M. Nelson Rolihlahla Mandela, qui a passé 27 ans en prison dans le cadre de sa lutte pour les droits humains dans le monde, l'égalité, la démocratie et la promotion d'une culture de la paix »<sup>157</sup>. Ces règles insistent sur la nécessité des soins psychiatriques en prison, en complémentarité des soins somatiques. Ainsi, la règle 25-2, précise que le service médical de chaque prison « doit être doté d'un personnel interdisciplinaire comprenant un nombre suffisant de personnes qualifiées agissant en pleine indépendance clinique, et disposer de compétences suffisantes en psychologie et en psychiatrie [...] ». Dans la même optique, la règle 78-1 explique que : « le personnel pénitentiaire doit, dans toute la mesure possible, comprendre un nombre suffisant de spécialistes tels que psychiatres, psychologues, assistants sociaux, enseignants et instructeurs techniques ». La règle 110 voit plus loin encore : « il est souhaitable que des dispositions soient prises, en accord avec les organismes compétents, pour assurer si nécessaire la poursuite du traitement psychiatrique après la libération, ainsi qu'une assistance postpénitentiaire sociopsychiatrique ».

De son côté, le bureau régional pour l'Europe de l'OMS rappelle que les détenus ont droit au même niveau de soins que la population générale (principe d'équivalence). Ainsi, il est rappelé qu'il « devrait être possible de prodiguer des soins basiques, tant psychologiques, via l'accompagnement par un psychologue, une infirmière ou un pair, et des médicaments psychotropes durant et après la prison pour stabiliser les problèmes d'addictions »<sup>158</sup>. Dans le

---

<sup>157</sup><https://idpc.net/fr/publications/2016/01/regles-minimales-pour-le-traitement-des-detenus-regles-nelson-mandela> [visité le 3 avril 2020]

<sup>158</sup> OMS, Bureau régional de l'Europe, S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen, « Prison and Health », p.91.

même registre, il précise aussi « *que pour les cas particuliers et limités de détenus souffrant de troubles psychiatriques sévères, il serait judicieux de disposer d'une « structure de crise » à l'intérieur ou à l'extérieur de la prison [...]. Des équipes spécialisées devraient être recrutées en conséquence au sein de la structure* »<sup>159</sup>. Plus loin, il souligne que le personnel pénitentiaire n'est pas toujours au courant des besoins spéciaux dont peuvent avoir besoin certains détenus, notamment au niveau psychiatrique. Il est, selon le Bureau régional, nécessaire que les systèmes judiciaires soient plus alertes des besoins de traitements psychiatriques pour les détenus afin que leur pathologie ne s'aggrave pas en prison<sup>160</sup>.

**(b) Les dispositions européennes en matière de traitement psychiatrique des détenus**

Le CPT du Conseil de l'Europe, suite à sa visite période en France en 2015, axe sur la nécessité d'une prise en charge psychiatrique des détenus. « *Le CPT recommande aux autorités françaises d'améliorer la prise en charge psychiatrique des détenus en renforçant les équipes psychiatriques et l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires à la lumière des remarques précédentes. Les détenus atteints de troubles sévères devraient être pris en charge au sein de structures hospitalières* »<sup>161</sup>.

Le CPT n'a pas été le seul à inciter la France à améliorer les soins psychiatriques pour les détenus. En effet, la CEDH a régulièrement l'occasion de se prononcer sur les conditions de vie des détenus à l'aune de l'article 3 de la Conv EDH, condamnant la torture et les traitements inhumains ou dégradants.

Subséquemment, dans son célèbre arrêt *Sławomir Musiał c. Pologne* du 20 janvier 2009, la CEDH explique quelles sont les conditions de détention nécessaires afin de ne pas violer l'article 3. Ainsi, la Cour souligne qu'afin d'« *apprécier la compatibilité ou non des conditions de détention en question avec les exigences de l'article 3, il faut, dans le cas des malades mentaux, tenir compte de leur vulnérabilité et de leur incapacité, dans certains cas, à se plaindre de manière cohérente ou à se plaindre tout court des effets d'un traitement donné sur leur personne. La Cour rappelle que, pour statuer sur l'aptitude ou non d'une personne à la détention au vu de son état, trois éléments particuliers doivent être pris en considération : a) son état de santé, b) le caractère adéquat ou non des soins et traitements médicaux dispensés*

---

<sup>159</sup> OMS, op.cit, p.91.

<sup>160</sup> OMS, op.cit, p.152.

<sup>161</sup> CPT, Rapport de 2015, op.cit, p.42.

en détention, et c) l'opportunité de son maintien en détention compte tenu de son état de santé »<sup>162</sup>.

Plus spécifiquement pour la France, la CEDH a souligné dans son arrêt *Cocaign* de 2011, souligne que : « *le maintien actuel en détention du requérant était accompagné d'une prise en charge médicale appropriée [hospitalisation d'office sur demande du directeur du centre pénitentiaire de Rouen], de telle sorte qu'il ne constituait pas une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention* »<sup>163</sup>.

Il s'agit là d'une jurisprudence constante de la part de la Cour, puisque dans son célèbre arrêt *Rivière c. France*, elle déclare que l'article 3 de la Conv EDH : « *impose à l'Etat l'obligation positive de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis [...] La Cour considère que l'état d'un prisonnier dont il est avéré qu'il souffrait de graves problèmes mentaux et présentait des risques suicidaires, même si jusqu'à présent ceux-ci ne se sont pas réalisés, appelle des mesures particulièrement adaptées en vue d'assurer la compatibilité de cet état avec les exigences d'un traitement humain, quelle que soit la gravité des faits à raison desquels il a été condamné* »<sup>164</sup>.

Ainsi, les instances internationales et européennes œuvrent pour une meilleure prise en charge des détenus tant au niveau somatique que psychiatrique – volet qui tend à être mis de côté, tant par les juges que le personnel pénitentiaire.

---

<sup>162</sup> CEDH, *Sławomir Musiał c. Pologne*, requête no 28300/06, §87 et 88.

<sup>163</sup> CEDH, *Cocaign c. France*, 3 novembre 2011, requête no 32010/07.

<sup>164</sup> CEDH, *Rivière c. France*, 11 juillet 2006, requête no 33834/03 § 74 et 75.

(3) Les prises en charge psychiatriques inadaptées antérieures aux UHSA

Avant que les UHSA ne soient créées, les détenus souffrant de troubles psychiatriques et dont l'état était jugé incompatible avec la détention étaient nécessairement hospitalisés de manière contrainte au sein d'une unité spécifique d'un Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). Le fondement législatif était l'article D. 398 al. 1 et 2 du code de procédure pénale : « *Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique* ».

Or, ce type d'hospitalisation « *n'emportait pas de procédure formalisée et uniformisée ni aucun dispositif technique ou matériel permettant de garantir au patient-détenu le bénéfice des droits dont il jouissait en détention* »<sup>165</sup>. En effet, le principal écueil de cette hospitalisation était le fait que ces patients étaient toujours considérés comme dangereux ou bien cherchant à s'évader. Ainsi, ils étaient toujours confinés en chambre d'isolement ou alors dirigés dans les unités pour malades difficiles (UMD), qui ne correspondent pas cliniquement aux besoins de ces patients, prenant même le risque d'aggraver leurs troubles mentaux<sup>166</sup>. Ainsi, contrairement aux UHSA que nous détaillerons plus tard, ce type d'hospitalisation privait le patient-détenu de toute liberté d'aller et venir, d'avoir des visites, d'avoir accès au téléphone... Ce type d'organisation existait notamment du fait des difficultés d'extraction des détenus vers les hôpitaux pour une consultation, ou encore une hospitalisation en raison des escortes, toujours délicates et compliquées à organiser (personnel pénitentiaire et véhicules spécifiques à mobiliser).

---

<sup>165</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.41.

<sup>166</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

b) *Des adaptations institutionnelles : les UHSA, s'inscrivant dans une offre de soins psychiatrique*

(1) Le paradigme de la création des UHSA, leur fonctionnement et leur limite : le retour en établissement pénitentiaire

(a) ***Le paradigme de la création des UHSA***

L'article 48 de la loi d'orientation et de programmation pour la justice (LOPJ), dite loi Perben I, du 9 septembre 2002, crée les UHSA. Cette loi inscrit dans la CSP que : « *L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée* » (art. L 3214-1 du CSP). La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (dite loi MNSS), précise davantage le dispositif puisque l'alinéa 2 du même article dispose que : « *Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3 [...] Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée* ».

L'institution des UHSA correspond au paradigme de la fin des années 90, à savoir l'évolution de la psychiatrie. Ces structures sont une réponse à la réticence du personnel hospitalier et des psychiatres, qui craignaient d'accueillir des patients détenus souffrant de troubles psychiatriques au sein de leur établissement de santé mentale ou de santé de droit commun<sup>167</sup>. La création des UHSA a permis une réelle amélioration des soins psychiatriques prodigués aux détenus avec les conditions hospitalières nécessités. « *On peut faire des hospitalisations complètes de qualité. Ce n'était pas le cas avant* »<sup>168</sup> selon Anne-Hélène Moncany, à l'UHSA de Toulouse. Les UHSA s'inscrivent dans la droite lignée de la notion de « *défense sociale* », existant depuis la seconde guerre mondiale en France. Cette notion fait référence à : « *plusieurs courants théoriques qui partagent l'idée que les avancées de la lutte contre le crime reposent sur une meilleure prévention de celui-ci, mais également sur un meilleur traitement des criminels* »<sup>169</sup>. Le dogme romain de cette notion peut être résumé ainsi :

---

<sup>167</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.13.

<sup>168</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

<sup>169</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.51.

« *Furiosus satis ipso furore punitur* », soit « il est assez puni par sa folie ». Ainsi, la défense sociale axe notamment sur l'irresponsabilité pénale lorsque l'auteur d'un crime ou délit souffre de troubles mentaux ne lui permettant pas d'appréhender dans leur entièrèment tous ses actes.

### **(b) Le fonctionnement des UHSA**

Notons que l'UHSA n'accueille pas des personnes jugées dangereuses dont le comportement perturberait entièrèment les établissements pénitentiaires, mais uniquement les détenus malades, des deux sexes, majeurs ou mineurs, nécessitant des soins hospitaliers afin que leur état se stabilise<sup>170</sup>. Concrètement, les UHSA sont adossées aux établissements psychiatriques et dont la sécurité extérieure est assurée par l'administration pénitentiaire, dépendant du ministère de la justice. « *C'est un hôpital avec une coque, une ceinture pénitentiaire, mais une fois les portes de la zone de soin poussées, on est à l'hôpital* » selon Thomas Fovet, psychiatre à l'UHSA de Seclin<sup>171</sup>. Cependant, les surveillants pénitentiaires n'ont plus accès aux locaux internes hospitaliers placés sous l'autorité des médecins de l'UHSA.

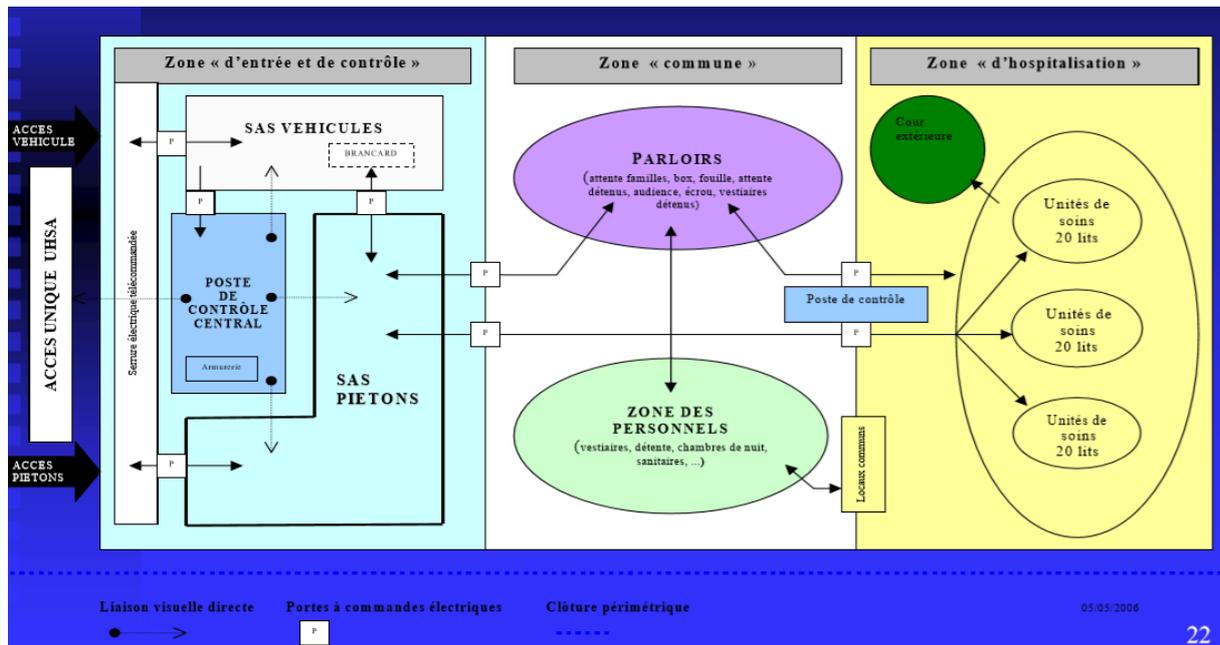
Il existe pour l'instant neuf UHSA, dont la liste est dressée par l'arrêté du 20 juillet 2010, avec leur établissement de santé de rattachement et leur compétence : Bron (Rhône), Toulouse, Nancy, Villejuif, Fleury-les-Aubrais (Loiret), Rennes, Seclin, Marseille, Cadillac (Gironde). Chacune est spécifique architecturalement parlant (de plain-pied, sur plusieurs étages...) pour au total 440 places.

Les UHSA sont organisées selon trois zones : la zone d'entrée et de contrôle des véhicules et des personnes ; la zone commune avec les parloirs, les vestiaires ; la zone d'hospitalisation, avec deux voire trois unités de vingt lits chacune.

---

<sup>170</sup> Sénat, L. Cohen, C. Giudicelli, B. Micouveau, « *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées* », no 612, juillet 2017, p.8.

<sup>171</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].



Source : ENM, Unités d'hospitalisation spécialement aménagées, 19 septembre 2007, diapositives no 22.

Ces structures fonctionnent avec les établissements pénitentiaires avec lesquels elles passent une convention locale de fonctionnement. Les UHSA accueillent les personnes détenues souffrant de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement. Il convient de souligner qu'en attente d'une place au sein d'une UHSA, la personne détenue peut, temporairement, être prise en charge au sein d'un service médico-psychologique régional ou bien encore un établissement de santé habilité<sup>172</sup>. En effet, l'article L. 6111-1-2 du CSP dispose que : « *Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins : [...] 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier [...]* ».

L'objectif des UHSA est d'assurer une prise en charge des détenus équivalente à celle garantie pour la population générale. L'UHSA est nécessairement axée sur la prévention des évasions et la sécurisation des personnes et des biens<sup>173</sup>. Les détenus qui y sont hospitalisés sont en situation de crise, puisque le traitement dont ils ont pu bénéficier au SMPR de leur établissement carcéral n'a pas suffi. En conséquence, les patients-détenus arrivant à l'UHSA nécessitent d'abord un traitement médicamenteux conséquent : il s'agit de la première phase. La deuxième phase correspond à la stabilisation de l'état du détenu. Finalement, la troisième

<sup>172</sup> ENM, Unités d'hospitalisation spécialement aménagées, 19 septembre 2007, diapositive no 13.

<sup>173</sup> ENM, diaporama, op.cit, diapositive no 19.

phase correspond à la stabilisation de l'état de santé du patient-détenu, qui lui permettra sa réintégration au sein de son établissement<sup>174</sup>.

En ce sens, l'hospitalisation en UHSA est intéressante puisque plusieurs pratiquent le « séquençement ». Cela signifie que le patient-détenu passe de zone en zone en fonction de l'amélioration de son état de santé, jusqu'à ce qu'il soit apte à rejoindre son établissement d'origine.

Plus généralement, le taux d'occupation des UHSA, souvent élevé, témoigne des besoins en accompagnement et traitement des pathologies mentales des détenus. La durée moyenne des séjours est de 45 jours environ pour des pathologies sévères (schizophrénie, troubles bipolaires, dépression...)<sup>175</sup>. L'annexe 5 porte précisément sur les taux d'occupation en UHSA.

Par ailleurs, selon une enquête menée en 2017<sup>176</sup>, 85% des patients-détenus se sont montrés favorables à la poursuite des soins en détention et 77,6% après la détention. L'étude conclut ainsi que « *compte tenu des liens entre satisfaction des patients et observance, ces structures pourraient présenter un intérêt majeur dans le parcours de soins des personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques* ».

***(c) Une difficulté d'amélioration de l'état mental des détenus au sein des UHSA : le retour tant redouté en prison, milieu pathogène***

L'UHSA souffre cependant d'écueils, puisque même si « *cette structure n'est pas faite pour que des gens dont l'état est durablement incompatible avec la détention y fassent leur peine* » selon le docteur Giravalli, responsable de l'UHSA de Marseille, il existe, dans chaque structure de ce type, des cas faisant exception. En effet, plusieurs patients-détenus vont bénéficier d'une durée d'hospitalisation hors normes, puisque l'UHSA peut être officieusement un asile pour les détenus qui auraient dû être déclarés irresponsables ou bénéficier d'une remise en liberté pour raison psychiatrique<sup>177</sup>.

---

<sup>174</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.28.

<sup>175</sup> Sénat, rapport de 2018, op.cit. p.13.

<sup>176</sup> D. De Labrouhe et al., « *Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : enquête de satisfaction auprès des patients* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, août 2017.

<sup>177</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

De manière corrélative, plusieurs soignants des UHSA témoignent qu'il est très compliqué de soigner une personne dont on sait qu'elle retournera *in fine* en prison, milieu intrinsèquement pathogène, pour probablement y décompenser, ce qui entraînera de nouvelles hospitalisations en UHSA.

(2) Les différentes modalités d'entrée et de sortie en UHSA

Les conditions d'admission en UHSA sont définies par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Ainsi, il existe deux modalités d'entrée en UHSA : tout d'abord, l'admission volontaire lorsque le détenu est consentant pour son hospitalisation, et une admission contrainte via un arrêté préfectoral à la demande du représentant de l'Etat. Le préfet territorialement compétent est celui dont l'établissement pénitentiaire du détenu se situe dans le ressort de la préfecture, ou bien le préfet du lieu de destination de l'hospitalisation. Il s'agit de soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE).

En effet, en vertu de l'article L. 3214-3 du CSP, en son 1<sup>er</sup> alinéa : « *Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de l'article L. 3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil* ».

Précisons que la demande initiale d'hospitalisation en UHSA provient du médecin généraliste ou psychiatre de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire d'origine du détenu concerné. Le praticien demandeur doit remplir la première partie du document médico-administratif préalable à l'admission à l'UHSA, expliquant s'il s'agit de soins libres (SL), ou de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE). Le praticien précise le caractère d'urgence éventuelle de l'hospitalisation attendue. Il donne également les coordonnées de l'unité sanitaire (USMP/SMPR) de l'établissement pénitentiaire. La seconde

partie dudit document est à remplir par le psychiatre de l'UHSA, qui accepte ou refuse l'hospitalisation. Y est également fixée la date de l'hospitalisation<sup>178</sup>.

Si le patient a consenti à son hospitalisation (SL), il pourra être admis à l'UHSA plus au moins rapidement, selon la disponibilité des véhicules de transport et dès que la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) aura délivré l'ordre de transfèrement<sup>179</sup>.

Par ailleurs, si l'hospitalisation dure plus de treize jours, le juge des libertés et de la détention examine la décision préfectorale. Ainsi, lorsqu'un détenu est en état de crise, il conviendra d'avoir recours à un arrêté préfectoral de SPDRE, en application de l'article D. 398 du CPP précité.

Notons que la plupart des hospitalisations en UHSA se font volontairement de la part du détenu, qui consent donc aux soins. Par ailleurs, bien souvent, même lorsqu'un détenu est en état de crise et admis sans son consentement, il consent par la suite dès qu'il est adéquatement pris en charge par le personnel médical de l'UHSA<sup>180</sup>.

Dans tous les cas, en vertu de l'article L. 3211-3 du CSP, en son deuxième alinéa : « *Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état* ». Ainsi, le détenu participe directement ou indirectement à sa prise en charge sanitaire, en faisant valoir ses observations personnelles.

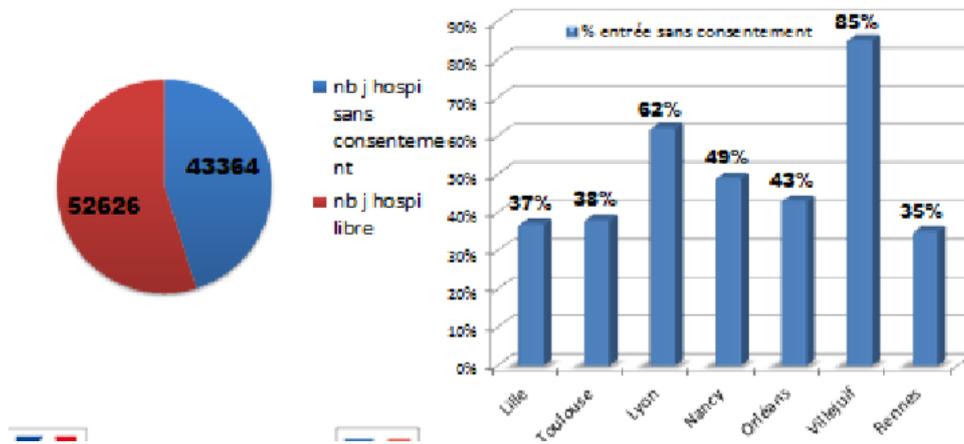
---

<sup>178</sup> CGLPL, « *Rapport de visite : UHSA de Seclin (Nord)* », 2014, p.21.

<sup>179</sup> CGLPL, « *Rapport de visite : UHSA de Lyon, deuxième visite* », 2016, p.31.

<sup>180</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.14.

## Hospitalisations libres et hospitalisations sur décision du représentant de l'état en UHSA en 2014 En nombre de journées



Source : Sénat, L. Cohen, C. Giudicelli, B. Micouleau, « *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées* », no 612, juillet 2017, p.49.

Le psychiatre responsable de l'unité de l'UHSA où se trouve le patient détermine la fin du séjour du détenu. Si celui-ci avait été admis en SPDRE, le psychiatre en demande la main levée. Le médecin informe, dans tous les cas, le patient-détenu, sans le tenir au courant de la date de son extraction pour des mesures de sécurité mais aussi par crainte de décompensation lors de l'annonce de la décision<sup>181</sup>.

Les annexes 6 et 7 nous éclairent sur les différents motifs de sortie et les diverses destinations de sortie des patient-détenus à l'UHSA. La première sortie, et la plus logique, à plus de 83%, est l'établissement pénitentiaire d'origine.

<sup>181</sup> CGLPL, rapport de visite de l'UHSA de Seclin, op.cit, p.69-70.

(3) Le rôle du personnel soignant et pénitentiaire : une délimitation parfois floue et une coordination souvent perfectible

(a) *Les rôles des personnels soignants et pénitentiaire*

De manière générale, la répartition des rôles au sein des UHSA est claire. L'administration pénitentiaire s'occupe des entrées et sorties de détenus, de leurs transferts, des parloirs, du téléphone. Plus généralement, le personnel pénitentiaire s'occupe de la sécurité périmétrique, préviennent l'introduction de tout objet provenant de l'extérieur, ainsi que toute évasion potentielle.

Les surveillants pénitentiaires ne peuvent, en principe, pénétrer dans la zone de soin qu'en cas d'urgence et sur accord de l'équipe médicale<sup>182</sup> lorsque la sécurité des biens et des personnes est compromise, afin d'éviter toute forme d'auto et/ou d'hétéro-agression, mais aussi pour la fouille des chambres et des locaux. Ainsi, les interactions entre les équipes médicales et pénitentiaires sont réduites au strict minimum puisque l'UHSA est un lieu de soins avant tout.

En effet, le rôle des soignants est aussi large et essentiel qu'en hôpital « classique », si ce n'est plus au vu des exigences de sécurité intrinsèques à l'UHSA. Ils délivrent les soins aux patients-détenus, ils s'occupent de la gestion des unités de soins, ce qui inclut la sécurité intérieure et gèrent également le signalement de la disparition d'un patient ou de matériel.

(b) *Une délimitation des rôles parfois floue : le risque d'une réponse davantage tournée vers la contrainte que le soin*

Les soignants peuvent parfois faire appel aux surveillants pénitentiaires non pas en cas d'urgence comme cela est légalement autorisé, mais pour prêter main forte dans des situations courantes en psychiatrie qui devraient être gérées sans lesdits surveillants<sup>183</sup>. Or, selon les termes du CGLPL : « *Le soin doit s'imposer sur la sécurité* »<sup>184</sup>. En effet, l'écueil que l'on peut parfois rencontrer en UHSA est une référence injustifiée de l'équipe médicale au dossier pénitentiaire du patient. Le témoignage suivant nous éclaire sur ce point : « *J'ai vu des soignants se référer à des notes émanant du chef de détention, demandant par exemple que tel*

---

<sup>182</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

<sup>183</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

<sup>184</sup> CGLPL, rapport sur l'UHSA de Seclin, op.cit, p.74.

ou tel patient, dont on craignait qu'il puisse s'évader, soit confiné en chambre après 19 h. Pour eux, la note du chef de détention avait valeur de prescription médicale. On voyait un glissement : c'était pratiquement le chef de détention qui devenait leur autorité », selon Roch-Étienne Noto, ancien cadre à l'UHSA de Villejuif<sup>185</sup>. Ainsi, les glissements tels que décrits ci-dessus existent dans la mesure où certains soignants, pleinement conscients que leurs patients sont avant tout des détenus, peuvent avoir une réponse davantage disciplinaire que thérapeutique.

**(c) Une carence relevée en UHSA : la coordination entre les soignants et les surveillants pénitentiaires souvent perfectibles et nuisant à la bonne prise en charge du patient-détenu**

De manière générale, il est souligné qu'une meilleure coordination entre les soignants et les surveillants pénitentiaires serait la bienvenue. En ce sens, la circulaire du 18 mars 2011<sup>186</sup> instaure des espaces de concertation entre les directions médicales des unités sanitaires et les équipes pénitentiaires de proximité, ainsi qu'entre les directions des établissements de rattachement.

Néanmoins, ce dispositif n'est pas toujours bien assimilé dans certaines UHSA (Rennes, Toulouse, Villejuif, Orléans)<sup>187</sup>. Dans son rapport, l'IGAS rappelle que : « *la concertation des acteurs pénitentiaires et du soin constitue ainsi un principe essentiel permettant de fluidifier les échanges et renforcer la pertinence de la prise en charge des patients détenus* »<sup>188</sup>. L'IGAS avance que chaque acteur doit mettre en place les instances nécessaires à cette coordination afin d'aboutir à une « *collaboration solide et utile et d'accepter comme limite intangible la préservation du secret médical* ».

---

<sup>185</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

<sup>186</sup> Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), NOR ETSH1107932C.

<sup>187</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.47.

<sup>188</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.48.

(4) L'existence de structures complémentaires aux UHSA pour garantir une offre de soins psychiatrique la plus adaptée possible

*(a) L'existence de trois niveaux de prise en charge psychiatrique des détenus et focus sur les services médicaux psychologiques régionaux (SMPR)*

De manière historique, la prise en charge des soins psychiatriques et somatiques des détenus relève de trois niveaux. En effet, il existe une logique en entonnoir (v. annexe 8), afin d'adapter au mieux et de façon graduée la prise en charge du détenu selon son état de santé.

Le premier niveau, propre à la santé physique et mentale, concerne les USMP, que nous avons détaillées précédemment (v. I. A), pour les soins en ambulatoire au sein de l'établissement pénitentiaire.

Le deuxième niveau concerne spécifiquement la santé mentale : il s'agit des services médicaux psychologiques régionaux (les SMPR), qui sont aujourd'hui au nombre de 26 en France. Créés en 1986, les SMPR sont la traduction d'une meilleure prise en charge de la santé mentale des détenus. 24 de ces SMPR disposent de lits au sein même des établissements carcéraux. Les SMPR ont un fonctionnement analogue à celui d'un secteur de psychiatrie pour la population générale mais dont le territoire est l'établissement pénitentiaire. Chaque SMPR est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier avec une équipe pluridisciplinaire rattachée au centre hospitalier de rattachement dudit SMPR<sup>189</sup>. Ces structures proposent aussi bien des consultations classiques que des hospitalisations de jour – il s'agit là de la traduction même du transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au ministère de la santé, dans le paradigme de la loi de 1994<sup>190</sup>.

Ces deux premiers niveaux – USMP et SMPR – ont comme point commun le consentement du détenu. Notons cependant que la prise en charge au sein des USMP et SMPR est hétérogène et dépend de chaque établissement. « *Certains USMP ne disposent que d'une consultation psychiatrique sporadique et irrégulière quand d'autres sont en mesure d'accueillir des patients en hospitalisation de jour. De même, quelques SMPR ne permettent pas ou peu*

---

<sup>189</sup> ENM, Unités d'hospitalisation spécialement aménagées, 19 septembre 2007, diapositives no 4.

<sup>190</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.15.

*d'hospitalisation de jour faute de moyens (lits, ressources médicales) alors que d'autres peuvent admettre un nombre important de patients pour des durées parfois importantes »<sup>191</sup>.*

Les USMP et les SMPR forment aujourd'hui les « unités sanitaires ». A ce titre, la circulaire précitée du 18 mars 2011 précise que « *les SMPR et UHSA doivent travailler de façon coordonnée* »<sup>192</sup>.

Les UHSA constituent le troisième niveau, garantissant une hospitalisation complète (v. ci-dessus), ainsi que les UMD, où les détenus peuvent également être affectés (v. ci-dessous). De même, les détenus peuvent être adressés à un EPSM en vertu de l'article D. 398 du CPP précité, uniquement dans les cas d'hospitalisations d'office. L'orientation vers un EPSM ou l'UHSA se fait à partir de l'USMP de l'établissement carcéral<sup>193</sup>.

Ainsi, l'annexe 9 permet de comprendre, à plus grande échelle, la répartition des services médicaux pour les détenus.

***(b) La création d'unités spécifiques pour compléter le dispositif des UHSA : focus sur l'unité Robert Badinter***

L'EPSM de Saint Etienne du Rouvray (Seine-Maritime), établissement de rattachement du SMPR de l'établissement pénitentiaire de Rouen, dispose d'une unité « Robert Badinter », depuis 2012. Cette unité permet de pallier les difficultés rencontrées par les établissements pénitentiaires de pouvoir envoyer des détenus au sein des UHSA de Lille et de Rennes, toutes les deux à plus de deux voire trois heures de route.

Cette unité est considérée comme une future préparation d'extraction vers une UHSA. Ainsi, cette unité répond aux besoins du patient-détenu (urgences, prise en charge avant ou après une hospitalisation). De ce fait, l'unité ne vise pas à stabiliser son état, puisque la durée moyenne de séjour est de douze jours : au-delà, le patient-détenu est orienté vers une UHSA<sup>194</sup>.

L'unité Badinter est souvent représentée comme une « *préfiguration d'UHSA* » et a « *permis d'améliorer considérablement les conditions de soins des patients* »<sup>195</sup>. Elle permet entre autres de soulager les établissements sanitaires de proximité qui recevaient les détenus en

---

<sup>191</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.64.

<sup>192</sup> Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA, op.cit, p.2.

<sup>193</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.70.

<sup>194</sup> Igas, IGJ, op.cit, p.64.

<sup>195</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.64.

vertu de l'article D. 398 du CPP puisque les UHSA de Rennes et Lille sont éloignées. Il existe plusieurs unités de ce type, plus ou moins abouties (Montesson – Yvelines -, Roanne – Loire-, Evreux - Eure...).

(c) *Les unités pour malades difficiles (UMD)*

Les UMD, créés par un arrêté du 14 octobre 1986, sont des : « *services psychiatriques spécialisés, admettent uniquement des personnes qui « présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique »* (art. L. 3222-3 du CSP).

Implantés au sein d'un centre hospitalier spécialisé, il existe actuellement dix UMD en France : Villejuif (Val-de-Marne), Montfavet (Provences-Alpes-Côté-d'Azur), Sarreguemines (Moselle), Cadillac-sur-Garonne (Gironde), Plouguenével (Côtes d'Armor), Monestier-Merlines (Corrèze), Bron (Auvergne Rhône-Alpes), Albi (Tarn), Châlons-en-champagne, Sotteville-lès-Rouen. Un arrêté du 14 octobre 1986 a précisé le règlement intérieur type de l'UMD.

Les UMD prennent en charge un public trop instable pour la prison et trop dangereux pour le secteur psychiatrique classique. Ces structures accueillent des patients en SPDRE. Ainsi, les UMD accueillent des patients déclarés pénalement irresponsables en vertu de l'article 122-1 du code pénal et ne pouvant plus rester en service psychiatrique classique en raison de troubles importants de leur comportement. Enfin, les UMD prennent également en charge les détenus condamnés en vertu de l'article D. 398 du CPP qui, au regard de leurs troubles comportementaux et mentaux conséquents, ne peuvent être correctement pris en charge au sein des SMPR.

La durée de séjour au sein d'une UMD est d'environ six mois, mais parfois des patients peuvent y rester plusieurs décennies, voire toute leur vie. La décision de sortie est prise par la commission du suivi médical qui prononce soit la poursuite des soins sans consentement dans l'établissement d'origine ou dans un autre, ou bien encore la levée de la mesure de soins sans consentement<sup>196</sup>.

---

<sup>196</sup> <https://www.gh-paulguiraud.fr/secteurs/unite-pour-malades-difficiles-umd-henri-colin> [visité le 6 avril 2020].

c) *Les écueils dans la prise en charge sanitaire des détenus en UHSA*

(1) Un inégal accès des détenus aux UHSA et la remise en question de la pertinence de l'hospitalisation de certains détenus

(a) *Une inégalité d'accès aux soins des détenus en fonction de leur établissement d'origine*

Les UHSA ne sont qu'au nombre de neuf en France, ce qui explique que l'offre ne répond pas aux besoins. Par exemple, on compte 60 places au sein de l'UHSA Paul Guiraud d'Ile-de-France pour 13 000 détenus<sup>197</sup>. De plus, les UHSA sont parfois géographiquement éloignées d'un établissement pénitentiaire dont un détenu aurait pourtant besoin d'être hospitalisé au sein de la structure (v. création de l'unité Robert Badinter pour remédier à ce problème).

Ainsi, lorsque l'UHSA est trop éloignée, l'établissement pénitentiaire envoie ses détenus à l'hôpital de proximité<sup>198</sup>. Ce constat est renforcé par le fait que l'administration n'accorde que très peu de moyens aux équipes d'escorte pour les UHSA. Ces structures répondent donc parfois difficilement aux urgences, lorsqu'une admission n'était pas prévue. « *Dans le cas où cela implique un changement de département, la lourdeur des procédures administratives ne fait que ralentir encore un peu plus les délais de prise en charge, si bien qu'il faut compter de 48 heures à quinze jours entre la date de la demande et l'hospitalisation – certains praticiens évoquent mêmes des délais supérieurs à un mois* »<sup>199</sup>.

Malgré les UHSA, le nombre de consultations pour les détenus organisées au sein des hôpitaux spécialisés en psychiatrie reste très élevé : « *ce qui indique que les UHSA ne suffisent pas à répondre aux besoins [...] Le manque de places entraîne des difficultés dans l'organisation des soins* »<sup>200</sup>.

Outre le manque de places, les ressources humaines dépendent de chaque UHSA. En effet, toutes les UHSA ne sont pas adossées à des centres hospitaliers régionaux, facilitant la présence de certains professionnels médicaux au sein desdites UHSA. Ainsi : « *les moyens en médecins psychiatres varient du simple au triple, les ratios les plus importants étant majoritairement*

---

<sup>197</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.16.

<sup>198</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

<sup>199</sup> <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020].

<sup>200</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.16.

*observés dans les structures disposant de 60 places et implantées dans les grandes métropoles. La ressource en internes en médecine est aussi très inégale (d'aucun à Rennes jusqu'à cinq à Lille [...]) De même, les équipes soignantes (cadre de santé, psychologues, infirmiers, aides-soignants) sont plus étoffées dans les UHSA de grande capacité. Une minorité d'UHSA a pu compléter ses équipes de soignantes de courts temps dédiées à l'activité (ré)-éducatif (kinésithérapeute, diététicien...) »<sup>201</sup>.*

Notons également qu'au vu de la demande importante dont elles font l'objet, les UHSA peuvent sélectionner leurs futurs patients (soit les cas très lourds, soit les urgences par exemple). Ainsi : « *la moindre proportion de psychoses dans certaines UHSA peut signifier leur moindre repérage et/ou leur orientation vers des structures de droit commun avec, aux dires d'experts, une possible perte de chance en termes de qualité de prise en charge* »<sup>202</sup>.

En conséquence, certains médecins exerçant en établissement pénitentiaire dénoncent le fait que les délais d'attente d'admission en UHSA ne permettent pas toujours de faire hospitaliser un patient-détenu lors de crises de décompensation. Ainsi, ils sont orientés en EPSM en vertu du fameux article D. 398 du CPP. A titre d'exemple, au centre pénitentiaire d'Angoulême, on compte une douzaine d'hospitalisations annuelles en vertu de l'article D. 398 du CPP, contre une seule admission à l'UHSA de Cadillac (Gironde)<sup>203</sup>. Bien évidemment, les soignants d'EPSM et des hôpitaux de proximité accueillant des détenus en vertu de l'article D. 398 du CPP sont souvent réticents à cette hospitalisation. Un recours presque systématique à l'isolement est pratiqué au sein de ces structures.

---

<sup>201</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.30.

<sup>202</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.31.

<sup>203</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.60.

**(b) La remise en question de la pertinence d'une hospitalisation au sein de l'UHSA**

Soulignons que les UHSA font l'objet d'un débat quant à leur essence même. En effet, lors de leur création et à l'aune de la déclaration du Président de la République, en évoquant un « hôpital-prison » : « certains ont pu craindre que ces unités serviraient à cautionner l'enfermement des personnes malades dans une optique de protection de la société peu compatible avec le respect des droits individuels »<sup>204</sup>.

En effet, se pose la question de l'adaptation des moyens aux fins : les UHSA sont tentées de garder en leur sein les patients atteints de troubles mentaux totalement inadaptés à la vie en prison où la violence est permanente et en toile de fond<sup>205</sup>.

Par ailleurs, plusieurs remarques sont faites au sujet des magistrats. En effet, Annie David, sénatrice lors du rapport rendu au Sénat en juillet 2017, a déclaré que : « ce n'est pas parce qu'on a des problèmes psychiatriques qu'on est forcément dangereux. Or j'ai le sentiment que les magistrats ne sont pas suffisamment formés pour faire la part des choses entre l'internement en hôpital psychiatrie et l'internement dans les UHSA »<sup>206</sup>. Ainsi, plusieurs rapports et équipes d'UHSA soulignent que les magistrats ont tendance à prévoir une incarcération en UHSA afin de s'assurer que le patient-détenu sera soigné, ce qui n'est pas aussi simple, surtout lorsque les détenus ont des maladies mentales chroniques<sup>207</sup>.

C'est ainsi que l'IGAS souligne que la notion même d'irresponsabilité pénale est mal appréhendée, alors qu'elle devrait être le fondement même en matière de condamnation d'un détenu atteint de troubles mentaux. A titre d'illustration, un procureur a indiqué à la mission menée par l'IGAS et l'IGJ : « Je ne cherche pas à savoir si une personne en garde à vue a des troubles mentaux ou pas, je judiciaire et après on voit »<sup>208</sup>.

Un écueil majeur des UHSA et la faible présence des SPIP en leur sein et le manque d'investissement du juge d'application des peines dans ces unités. Subséquemment, cela entrave l'inscription du « parcours de soins comme un élément déterminant du parcours d'exécution de la peine privative de liberté »<sup>209</sup>. Il est vrai qu'une prise en charge adaptée du

---

<sup>204</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.15.

<sup>205</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.16.

<sup>206</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.29.

<sup>207</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.16.

<sup>208</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.66.

<sup>209</sup> Sénat, rapport de 2017, op.cit, p.69.

détenu souffrant de troubles psychiatriques est vitale pour que le sens même de l'exécution de la peine soit respecté et au minimum intégré par ledit détenu.

Finalement, la qualité même de la prise en charge des détenus en UHSA pose question au vu du taux important de ré-hospitalisation (v. annexe 10). Ces taux peuvent traduire une prise en charge insuffisante ou bien inadaptée, ce qui remettrait alors en question la mission même des UHSA<sup>210</sup>.

Finalement : « *ni l'offre ni les pratiques de soins en UHSA ne semblent à la hauteur des enjeux d'une population qui cumule les fragilités médicales, mais aussi sociales et qui a vocation à sortir du milieu carcéral* »<sup>211</sup>.

(2) *La délicate question du secret médical et partagé au sein de l'UHSA : une confusion possible entre les missions de soins et de sécurité*

La notion de secret médical a déjà été abordée dans le développement des UHSA (v. I.B).

Le secret médical est le fondement même d'une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé. Cet état de fait est d'autant plus protecteur pour les personnes en situation de vulnérabilité, ce qui est le cas des personnes détenues, et *a fortiori*, souffrant de troubles psychiatriques.

L'écueil principal en UHSA à ce niveau-ci concerne le partage d'informations concernant les patients-détenus et soumises en secret médical. En effet, les surveillants pénitentiaires décrivent souvent le manque de communication d'informations permettant de : « *sécuriser l'exercice de leurs missions. Ils mettent notamment en avant l'idée selon laquelle une connaissance non partagée de certaines conséquences de troubles somato-psychiatriques pourrait parfois conduire à leur mise en danger ou à celle des codétenus* »<sup>212</sup>.

En effet, le personnel soignant reste très réticent à l'idée de partager des informations soumises au secret médical. Les soignants craignent effectivement de devenir un « *auxiliaire de la peine* », crainte renforcée par le fait qu'en UHSA, les missions propres aux soins et à la contrainte (du fait d'exigences de sécurité) sont facilement entremêlées et confuses<sup>213</sup>.

---

<sup>210</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.54.

<sup>211</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.34.

<sup>212</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.49.

<sup>213</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.49.

Ainsi, un point d'entente est nécessaire entre les personnels pénitentiaires et médicaux : une collaboration efficiente est nécessairement fondée sur la transmission d'informations utiles tout en respectant le secret médical. Il serait donc judicieux que les personnels pénitentiaires assurant les escortes en UHSA soient formés aux rudiments de la psychiatrie<sup>214</sup>.

(3) *Les difficultés de coordination des structures de soins psychiatriques pour les détenus : les recommandations de l'IGAS pour une prise en charge médicale optimale*

Selon le rapport de l'IGAS : « *faute de définition précise de leur positionnement au sein de l'offre de soins psychiatriques, les UHSA peinent à contribuer à la construction d'un parcours de soins cohérent pour le patient-détenu* »<sup>215</sup>. Les UHSA ont initialement été instituées pour limiter fortement l'hospitalisation de détenus souffrant de troubles psychiatriques en EPSM (selon les dispositions de l'article D. 398 du CPP), mais également pour être un réel recours pour les SMPR. Or, en 2005, au moins 8 000 détenus pouvaient être hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux ; aujourd'hui, seuls deux tiers d'entre eux peuvent être accueillis en UHSA. Les autres détenus seront toujours accueillis en EPSM selon l'article D. 398 du CPP et le nombre de patients-détenus hospitalisés n'a pas diminué mais cru avec l'institution des UHSA<sup>216</sup>. Celles-ci sont totalement insuffisantes face à la demande. L'IGAS résume ainsi : « *les taux d'hospitalisation de personnes détenues en UHSA ne sont que deux fois plus importants que ceux de la population admise en EPSM, alors que les besoins sont de 5 à 6 fois plus élevés, notamment en regard du taux de pathologies psychotiques* »<sup>217</sup>. Par ailleurs, beaucoup de détenus retournant en prison voient leurs troubles réapparaître, entraînant une nouvelle hospitalisation, créant un cycle pathogène pour la santé du détenu<sup>218</sup>.

Subséquentement, il convient de repenser les UHSA, tout en renforçant les capacités d'hospitalisation au sein des SMPR et non des EPSM, puisqu'accueillir des détenus n'est pas leur mission première.

Les SMPR doivent aussi être repensés : ils reçoivent, par année 1 500 à 2 000 détenus orientés par les USMP et n'adressent que 5% desdits détenus vers les UHSA. Bien qu'en apparence ils exercent effectivement la fonction de filtre propre au rang 2 (répartition des soins

---

<sup>214</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.50.

<sup>215</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.55.

<sup>216</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.5.

<sup>217</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.27.

<sup>218</sup> CPT, rapport de 2015, op.cit, p.42.

en 3 niveaux comme expliqué précédemment), soulignons que 80% des détenus adressés en UHSA le sont par le niveau 1 (les USMP). Cela s'explique par le fait que les SMPR ne sont pas une étape obligatoire puisque les soins qu'ils prodiguent doivent être nécessairement consentis. De même, peu de détenus sont réorientés en SMPR après une hospitalisation (environ 6 %) <sup>219</sup>.

Au regard de ces éléments, nous pouvons constater que le fonctionnement et l'utilité des UHSA ne sont pas optimaux en raison d'une mauvaise fluidité et coordination avec les autres structures de soins pour détenus.

L'IGAS recommande tout d'abord d'améliorer la prise en charge au premier niveau, en amont de l'hospitalisation en UHSA, pour limiter la demande d'hospitalisation au sein de ces structures. Les hospitalisations de jour en SMPR doivent aussi être renforcées, mais cela passe avant tout par un accroissement de leurs moyens (puisque tous les SMPR n'ont pas de lits) afin de pouvoir concrètement répondre à la demande <sup>220</sup>.

Pour ce qui est de la sélection plus ou moins officieuse des détenus en UHSA, l'IGAS recommande que ces structures soient certifiées par la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de vérifier les critères d'admission au sein de la structure (les UHSA figurent dans le programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 » de la HAS) <sup>221</sup>.

Finalement, l'IGAS préconise, tout comme pour la psychiatrie « classique », de s'appuyer sur la « sectorisation » et non sur une logique de territoire administratif (propre aux ARS et DISP). Cette nouvelle cartographie permettra de mieux articuler les UHSA avec les autres structures de prise en charge psychiatrique <sup>222</sup>.

---

<sup>219</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.61.

<sup>220</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.73.

<sup>221</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.75.

<sup>222</sup> IGAS, IGJ, op.cit, p.6.

L'accès aux soins des détenus est un sujet crucial, d'autant plus que de nombreuses critiques peuvent être faites à ce sujet. Néanmoins, il ne s'agit pas du seul domaine carcéral où le régime s'appliquant aux détenus est perfectible. En effet, la réinsertion garantit le sens de la peine et en est la continuité. Ainsi, la prison ne doit pas rendre malade le détenu, mais au contraire l'accompagner à sa réinsertion future. Or, cela n'est absolument pas le cas aujourd'hui, raison pour laquelle la seconde partie de ce mémoire sera dédiée à la réinsertion des ex-détenus.

*« La prison ajoute à sa fonction de réparation une fonction de réinsertion ; le travail devient alors autant un moyen de participer à la vie sociale en correction des dommages causés qu'un moyen de reconstruire l'individu en lui redonnant confiance en ses capacités plutôt qu'en l'enfermant dans la mésestime de soi.*

*La réinsertion professionnelle des détenus nécessite un engagement collectif de tous les acteurs : l'administration pénitentiaire, les entreprises, les élus, les associations autour d'une croyance commune en la capacité des hommes à changer et en la capacité du travail à être une valeur constructive pour l'individu et un élément moteur du lien social.*

*La peine doit avoir une fonction pédagogique. Si l'exécution de la peine n'est que souffrance, elle réparera peut-être les préjudices financiers mais ne réparera pas les faiblesses, les fragilités ou le passé.*

*La meilleure protection de la société est de fabriquer des citoyens en semant le respect plutôt que des ennemis en semant la haine. Ceci ne doit pourtant pas occulter l'exigence nécessaire du respect de la loi et de la sanction.*

*Apaiser les peurs de la société par la souffrance de la punition est une erreur.*

*Reconstruire des citoyens c'est une marque de confiance en l'homme, le briser est une marque de défiance », selon Jean Paul Delevoye, lors des Colloques organisés par l'Institut Montaigne en 2011<sup>223</sup>.*

Ainsi, il est essentiel d'aborder la notion même de réinsertion du détenu, sans laquelle la peine en tant que telle n'a guère de sens. La réinsertion n'est que peu évoquée de manière

---

<sup>223</sup> Institut Montaigne, « Sortir de prison, entrer dans l'emploi », 3 et 11 mai 2011, p.3.

générale, *a contrario* des conditions de vie en prison par exemple. Or, il s'agit d'un enjeu essentiel, dans la mesure où plus de 85 000 personnes sortent de prison annuellement<sup>224</sup>.

Aborder la réinsertion permet de rappeler qu'il s'agit également d'une des principales missions de l'Administration pénitentiaire. Or, celle-ci se concentre bien plus sur les exigences de sécurité au sein des établissements pénitentiaires, monopolisant ainsi une large partie des moyens de fonctionnement, au détriment de la réinsertion. Le problème est en soi structurel, dans la mesure où la prison est un lieu de la « désinsertion », de « l'empêchement » afin que le détenu s'amende. Il est donc paradoxal qu'une même administration se voit confier la mission de réinsertion<sup>225</sup>. En effet, sont délaissés les piliers propres à la réinsertion : manque de moyens humains (travailleurs sociaux, psychologues, enseignants...), de moyens matériels (ateliers, travaux rémunérés à leur juste prix) et manque de suivi (sanitaire, lien avec la famille...)<sup>226</sup>.

---

<sup>224</sup> Institut Montaigne, *op.cit.*, p.7.

<sup>225</sup> Comité économique et social, avis, « *La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et de toutes* », novembre 2019, p. 70.

<sup>226</sup> Comité Consultatif National d'Ethique, Avis no 94, « *La santé et la médecine en prison* », 26 octobre 2006, p. 37.

## II. LA NECESSAIRE REINSERTION DES DETENUS : DISPOSITIFS, STRUCTURES D'AIDE ET DE SOUTIEN ET LEURS LIMITES

La réinsertion d'un détenu passe par le travail, le logement et les liens sociaux (familiaux, cercle familial, associations...). La vision adoptée dans ce mémoire sera principalement axée sur le travail et le logement, deux piliers conséquents de la réinsertion. Une seule partie sera dédiée à la réinsertion des détenus passant par le maintien des liens familiaux.

Ainsi, nous étudierons l'utilité et la nécessité de la réinsertion comme garantie du sens de la peine, et pour ce faire, les différents dispositifs existant au sein de la prison visant à cette réinsertion (A). Nous aborderons également les limites de ces dispositifs, nécessitant l'aide de l'Etat et de divers acteurs, à commencer par les associations. Ces intervenants agissent en amont et en aval de la sortie de prison et sont la passerelle entre le milieu clos de la prison, et le monde extérieur (B).

### A. LA REINSERTION DES DETENUS : GARANTIE DU SENS DE LA PEINE ET DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU FERME

La réinsertion est la garantie du sens de la peine du détenu (1) et passe principalement par le travail en détention, l'enseignement ainsi que la formation professionnelle (2). D'autres dispositifs et structures personnalisent la préparation à la réinsertion (3) et le SPIP est une réelle passerelle entre l'*intra* et l'*extra muros* (4).

#### **1. La réinsertion comme finalité et essence d'une peine, face à de nombreux obstacles**

a) *L'historique de la notion de réinsertion : une vision relativement neuve du but de la peine et la reconnaissance de la citoyenneté du détenu*

Selon Bertrand Cassaigne, la réinsertion consiste en : « *la recherche fondamentale d'un itinéraire possible : reconstruire les liens brisés avec la famille, donner un temps, par le travail ou une formation qui prépare une issue hors des impasses d'hier, permettre par un dialogue avec des visiteurs, des médiateurs, un aumônier, une réconciliation avec soi et la société,*

*soutenir quelque peu une responsabilité vis-à-vis de soi et des autres, penser des manières d'application de sa peine »<sup>227</sup>.*

La réinsertion promet au détenu un avenir et permet de tirer profit de la période d'incarcération. Le détenu voit sa citoyenneté reconnue à partir du moment où, dès son incarcération, sa sortie est déjà préfigurée<sup>228</sup>. En ce sens : « *la période de détention devait être non seulement celle de la punition, mais aussi celle de la reconstruction* »<sup>229</sup>.

Or, il est vrai que la société actuelle ne considère pas la réinsertion des détenus comme une priorité. En effet, elle est davantage mue par la peur elle-même : « *Accroître la sévérité à l'égard des délinquants et des déviants, augmenter les peines, les allonger, les rendre toujours plus dures et humiliantes dans l'espoir qu'elles soient dissuasives [...] En quête de sécurité, notre société oublie que la peine de prison se définit seulement par une privation de la liberté d'aller et venir. Elle ne réalise pas que cette sanction n'a de sens que si l'on offre à celui qui la subit la possibilité d'évoluer, de se transformer afin de pouvoir ensuite se réintégrer et vivre en citoyen* »<sup>230</sup>. La société perçoit la prison, non pas comme un lieu de préparation à la réinsertion mais comme un endroit de durcissement et de préparation à la récidive, dans une optique mue par la vengeance de la victime et la peur.

Cette vision découle de l'Antiquité (et s'est perpétrée jusqu'aux Temps Modernes – commencent avec la fin du Moyen-Age et s'achevant avec la Révolution Française), où la réinsertion n'est guère envisagée dans la cadre de l'exécution d'une peine de prison<sup>231</sup>. En effet, le but de la prison à cette époque était que le détenu s'acquitte de ses dettes, mais sans aucun suivi psychologique et somatique. C'est à partir de la révolution française que cette perception bien ancrée changea, notamment avec l'adage des créateurs de prisons modernes (contemporaines) dès 1791 : « *Réhabiliter autant que punir* ».

Le paradigme même de la prison continua d'évoluer jusqu'à la réforme dite « Amor » (du nom de Paul Amor, premier directeur de l'Administration pénitentiaire française). Cette réforme débuta après la seconde guerre mondiale et avait comme *leitmotiv* que l'incarcération a : « *pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné* »<sup>232</sup>. Ainsi, l'amendement

---

<sup>227</sup> B. Cassaigne, Revue projet, printemps 2002.

<sup>228</sup> CCNE, avis no 94, op.cit, p.37.

<sup>229</sup> CESE, Rapport 2006, op.cit, p.58.

<sup>230</sup> CCNE, avis no 94, op.cit, p.39.

<sup>231</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>232</sup> [http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.touraut\\_c&part=231290](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.touraut_c&part=231290) [visité le 13 avril 2020].

du détenu est le cœur du système pénitentiaire, afin d'amener à un reclassement social. En effet : « *l'action délinquante et criminelle ne prive nullement l'individu de sa nature d'homme, inclus ici, sa dignité et son droit fondamental de réintégrer la société. L'État protège la société du crime certes, mais il protège aussi le détenu du châtime* »<sup>233</sup>. Un régime « progressif » est mis en place au sein de chaque prison pour le détenu, qui voit appliquer un traitement adapté à son degré d'amendement et son comportement. Ce régime s'applique aux détenus purgeant de longues peines et fonctionne par étapes, avec une progression du milieu fermé vers le milieu ouvert. En conséquence, le détenu passe d'une phase d'isolement, à une période où il effectue des activités avec d'autres condamnés, jusqu'à ce que lui soit accordée la semi-liberté.

Cette conception s'est poursuivie avec la loi précitée du 18 janvier 1994 qui promeut la « *libération et la réinsertion du détenu* »<sup>234</sup>. Comme expliqué précédemment, il existe des actions d'EPS au sein des établissements pénitentiaires afin que les comportements des détenus changent, même marginalement, dans le but premier de faciliter leur réinsertion. Il s'agit là d'un réel volet éducatif approché sous l'angle des problèmes de santé des détenus, permettant d'aborder plus facilement leur réinsertion<sup>235</sup>.

Les réformes menées jusqu'à nos jours ont, en théorie seulement, développé les notions d'amendement du détenu et son reclassement. « *Les réformes sont alors destinées à rendre au détenu une citoyenneté qui lui est encore refusée* »<sup>236</sup>. A titre d'illustration, le parcours d'exécution de peine (PEP), généralisé à tous les établissements pénitentiaires par une circulaire de 2000<sup>237</sup> (après avoir été expérimenté au sein de centres pénitentiaires pilotes), a pour but premier de donner du sens à la peine du condamné en l'impliquant davantage dans son évolution au cours de sa détention. Ainsi, l'article D. 88 du CPP dispose ainsi : « *Le parcours d'exécution de la peine décrit notamment, pour chaque personne détenue condamnée, l'ensemble des actions qu'il est envisagé de mettre en œuvre au cours de sa détention afin de favoriser sa réinsertion. Il couvre l'ensemble de la période de détention, y compris la préparation à la sortie. Il est défini et, le cas échéant, actualisé, à partir des éléments recueillis lors de la période d'observation puis, tout au long de la détention, auprès de l'ensemble des services appelés à connaître de la situation de la personne détenue intéressée, ainsi que des souhaits exprimés par*

---

<sup>233</sup> H. Hedhili-Azéma, « *La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945* », Criminocorpus, septembre 2019, p.1.

<sup>234</sup> E. Farges, op.cit, p.108.

<sup>235</sup> E. Farges, op.cit, p.109.

<sup>236</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>237</sup> Circulaire JUSE0040058C du 21 juillet 2000 relative à la généralisation du projet d'exécution de peine aux établissements pour peine.

*elle. Ces éléments sont consignés par écrit. Il fait l'objet d'un réexamen à la demande de la personne détenue ou au moins une fois par an ».*

Toujours dans la lignée de Paul Amor, l'article 130-1 du CP dispose que : *« Afin d'assurer la protection de la société, de prévenir la commission de nouvelles infractions et de restaurer l'équilibre social, dans le respect des intérêts de la victime, la peine a pour fonctions : 1° De sanctionner l'auteur de l'infraction ; 2° De favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion »*. La notion d'amendement occupe donc aujourd'hui une place essentielle – en théorie – dans l'exécution de la peine.

Dans cette même optique, les recommandations sur les règles pénitentiaires européennes (RPE) du Comité des ministres du Conseil de l'Europe, adoptées le 11 janvier 2006, sont un standard axé sur la préparation à la sortie et à la réinsertion des détenus. Voici quelques règles parlantes à ce sujet :

*« 107. 1. Les détenus condamnés doivent être aidés, au moment opportun et avant leur libération, par des procédures et des programmes spécialement conçus pour leur permettre de faire la transition entre la vie carcérale et une vie respectueuse du droit interne au sein de la collectivité.*

*107. 2. Concernant plus spécialement les détenus condamnés à des peines de plus longue durée, des mesures doivent être prises pour leur assurer un retour progressif à la vie en milieu libre.*

*107. 3. Ce but peut être atteint grâce à un programme de préparation à la libération, ou à une libération conditionnelle sous contrôle, assortie d'une assistance sociale efficace.*

*107. 4. Les autorités pénitentiaires doivent travailler en étroite coopération avec les services sociaux et les organismes qui accompagnent et aident les détenus libérés à retrouver une place dans la société, en particulier en renouant avec la vie familiale et en trouvant un travail.*

*107. 5. Les représentants de ces services ou organismes sociaux doivent pouvoir se rendre dans la prison autant que nécessaire et s'entretenir avec les détenus afin de les aider à préparer leur libération et à planifier leur assistance postpénale ».*

b) *La réinsertion, une mission incombant à l'Administration pénitentiaire mais reléguée au second plan et souffrant d'une réticence de la Société*

La réinsertion du détenu passe par les peines alternatives, le travail, les activités culturelles, sociales, professionnelles avec des partenaires de l'établissement pénitentiaire (associations, collectivités territoriales, établissements culturels, l'Education Nationale qui détache du personnel dans plusieurs prisons) selon Philippe Pottier, adjoint au sous-directeur des personnes placées sous main de justice au sein de l'administration pénitentiaire. Cette réinsertion est donc plurielle et largement réaffirmée dans le CPP, au sein de son Chapitre X : *Des actions de préparation à la réinsertion des personnes détenues*. Ainsi, l'article D. 478 du CPP dispose que : « *Le service public pénitentiaire doit permettre à la personne détenue de préparer sa sortie dans les meilleures conditions, que ce soit en fin de peine ou dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine* ».

De même, en ses alinéas 2 et 3, l'article 707 du CPP dispose que : « *Le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions. Ce régime est adapté au fur et à mesure de l'exécution de la peine, en fonction de l'évolution de la personnalité et de la situation matérielle, familiale et sociale de la personne condamnée, qui font l'objet d'évaluations régulières* ».

Il est notable que le régime progressif de la réforme Amor est encore présent dans les textes (même si en pratique, beaucoup d'obstacles existent à la réinsertion). En effet, dès 2006, le CESE soulignait que cet objectif de réinsertion était loin d'être atteint, puisque les fins de peine n'étaient pas assez préparées, les conditions d'insertion indignes, avec un réel manque d'accompagnement social...<sup>238</sup>. Le CESE, dans ce même avis, formulait ainsi : « *Bien qu'inscrit désormais dans la loi, l'objectif d'insertion ou de réinsertion sociale et professionnelle des personnes détenues reste encore très insuffisamment pris en compte et les résultats sont peu probants. Notre Assemblée considère cependant qu'il s'agit d'un enjeu majeur, tant au regard de la lutte contre la récidive qu'au regard de ce que doit être une République moderne qui inscrit la fraternité et le respect de la dignité de l'homme comme des valeurs cardinales. Bien des raisons y font encore obstacle, on l'a vu, à commencer peut-être par l'ambiguïté et le flou*

---

<sup>238</sup> CESE, avis, « *Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France* », 2006.

*qui entourent le sens qu'il convient de donner à la peine d'emprisonnement. De sorte qu'il peut encore ne pas paraître choquant dans notre pays d'assortir la peine d'enfermement, privative de liberté, de la privation de la plupart sinon de tous les droits, et d'y ajouter l'humiliation et la souffrance au quotidien. Il ne peut y avoir de réinsertion sociale et professionnelle pour les personnes détenues, sans action sur les conditions générales de détention, sans un encadrement suffisant et de qualité, sans accès à l'éducation et à la formation, sans accès au travail et au droit qui s'y rattache, sans une véritable préparation à la sortie et à des dispositifs d'accompagnement post-carcéral pour celles des personnes qui en ont besoin [...]. Dans notre pays, il doit être possible de se rassembler sur un projet pénal moderne et transparent, humaniste qui, sans méconnaître la nécessaire sanction envers les auteurs de délits et de crimes, ni le besoin pour la société de se protéger – et peut-être même au nom de cette exigence –, doit se tourner résolument vers l'amendement et la réhabilitation et se donner les moyens, notamment humains et financiers, d'y parvenir »<sup>239</sup>. Le CESE a rappelé, encore récemment, qu'un accompagnement global du détenu avant et après sa sortie de prison est essentiel pour l'aider à s'insérer correctement et lutter contre la récidive<sup>240</sup>.*

Or, il est actuellement très compliqué de réinsérer correctement un détenu. En effet, la société renvoie souvent aux ex-détenus en voie de réinsertion cette image de « criminel ». Il est essentiel que chaque ex-détenu ou détenu en voie de réinsertion ait la volonté de créer une nouvelle vie dès sa sortie de prison, à condition qu'il y soit encouragé et non rejeté. La prison a comme sens premier de couper du monde le condamné afin qu'il s'amende de son ancienne vie afin de pouvoir repartir dans une nouvelle<sup>241</sup>.

Les difficultés s'accroissent davantage encore pour les détenus dans la mesure où beaucoup d'entre eux, avant d'être détenus, n'ont jamais été intégrés dans la société (tant au niveau du travail, que socialement). En ce sens, l'encellulement et le fait d'avoir été coupé du monde ne font qu'aggraver cet état de fait. Rappelons aussi qu'une grande partie des détenus souffre de troubles psychiatriques. « *Résultat, la prison fonctionne pour beaucoup comme un désintégrateur : on en sort encore plus mal préparé à la vie sociale, professionnelle, familiale qu'on y est entré ! Et 63 % des justiciables qui quittent la prison sans accompagnement*

---

<sup>239</sup> CESE, avis 2006, op.cit. p.45.

<sup>240</sup> CESE, avis novembre 2019, op.cit, p. 14-15.

<sup>241</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

*récidivent dans les cinq ans* », selon Sophie Lasserre, responsable du programme Prisons à la Fondation de France<sup>242</sup>.

## **2. Le travail en détention, l'enseignement et la formation professionnelle en prison : les leviers fondamentaux d'une réinsertion**

### *a) Le travail en détention, gage de réinsertion professionnelle*

En vertu des deux premiers alinéas de l'article 717-3 du CPP : « *Les activités de travail et de formation professionnelle ou générale sont prises en compte pour l'appréciation des gages de réinsertion et de bonne conduite des condamnés. Au sein des établissements pénitentiaires, toutes dispositions sont prises pour assurer une activité professionnelle, une formation professionnelle ou générale aux personnes incarcérées qui en font la demande* ».

La loi du 22 juin 1987<sup>243</sup> réaffirme le travail en détention comme gage de réinsertion et modifie par son article 5 l'article 720 du CPP qui dispose ainsi : « *Les activités de travail et de formation professionnelle sont prises en compte pour l'appréciation des gages de réinsertion et de bonne conduite des condamnés. Au sein des établissements pénitentiaires, toutes dispositions sont prises pour assurer une activité professionnelle aux personnes incarcérées qui le souhaitent. Les relations de travail des personnes incarcérées ne font pas l'objet d'un contrat de travail. Les règles relatives à la répartition des produits du travail des détenus sont fixées par décret* ».

Ce principe est réaffirmé par la loi du 24 novembre 2009 précitant modifiant, par son article 32, l'article 717-3 du CPP : « *Les activités de travail et de formation professionnelle ou générale sont prises en compte pour l'appréciation des gages de réinsertion et de bonne conduite des condamnés. Au sein des établissements pénitentiaires, toutes dispositions sont prises pour assurer une activité professionnelle, une formation professionnelle ou générale aux personnes incarcérées qui en font la demande. Les relations de travail des personnes incarcérées ne font pas l'objet d'un contrat de travail. Il peut être dérogé à cette règle pour les activités exercées à l'extérieur des établissements pénitentiaires. [...] La rémunération du travail des personnes détenues ne peut être inférieure à un taux horaire fixé par décret et indexé*

---

<sup>242</sup> <https://www.fondationdefrance.org/fr/apres-la-prison-retrouver-sa-place-dans-la-societe> [visité le 29 février 2020].

<sup>243</sup> Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, NOR JUSX8700042L.

*sur le salaire minimum de croissance défini à l'article L. 3231-2 du code du travail. Ce taux peut varier en fonction du régime sous lequel les personnes détenues sont employées ».*

Selon l'OIP, en 2018, l'on dénombrait 19 284 personnes ayant un emploi lors de leur détention sur plus de 70 000 détenus en France. Dû à une faiblesse de l'offre de travail, le taux de détenus bénéficiant d'un emploi durant la détention est passé de 46,2% en 2000 à 28% en 2018. Malgré cette raréfaction de l'offre du travail en prison, l'emploi est une des principales voies pour la réinsertion des détenus et leur permet également de bénéficier d'un revenu afin qu'ils puissent acheter des produits de première nécessité, louer une télévision ou un réfrigérateur... Outre le côté économique de l'emploi, le travail permet également au détenu de s'occuper, de sortir régulièrement de sa cellule mais aussi d'espérer bénéficier d'une réduction de peine pour bonne conduite<sup>244</sup>.

Ainsi, les détenus souhaitant travailler sont « classés » (c'est-à-dire qu'ils peuvent accéder à l'emploi) par une décision du directeur de l'établissement pénitentiaire et peuvent ensuite être employés par l'administration pénitentiaire. L'article D. 433-1 du CPP fixe le cadre général en la matière : « [...] *le travail est effectué dans les établissements pénitentiaires sous le régime du service général, de la concession de main-d'œuvre pénale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les établissements pénitentiaires et le service de l'emploi pénitentiaire. Les conditions de rémunération et d'emploi des personnes détenues qui travaillent sous le régime de la concession sont fixées par convention conclue entre l'administration pénitentiaire et l'entreprise concessionnaire, en référence aux conditions d'emploi à l'extérieur, en tenant compte des spécificités de la production en milieu carcéral et dans le respect du taux horaire minimal fixé à l'article D. 432-1* ».

En conséquence, les détenus peuvent tout d'abord travailler au service général (article D. 433-3 du CPP), qui fait référence au fonctionnement même de la prison : cuisine, blanchisserie, nettoyage, plomberie, distribution des repas... Les détenus sont alors appelés des « *auxiliaires d'étage* »<sup>245</sup>.

Ils peuvent également travailler en production. Appelés « opérateurs », les détenus peuvent alors travailler en atelier pour la régie industrielle des établissements pénitentiaires (RIEP). Celle-ci est gérée par l'Agence du travail d'intérêt général et de l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice. Créée le 10 décembre 2018, cette

---

<sup>244</sup> OIP, « *Le travail en prison, en France, en 2020* », 2020, p.1.

<sup>245</sup> OIP, « *Le travail en prison, en France, en 2020* », op.cit, p.2.

agence est un service rattaché à la fois au ministère de la Justice et à l'Administration pénitentiaire (ayant remplacé le service de l'emploi pénitentiaire) et promeut l'insertion par le travail au sein des établissements pénitentiaires. C'est ainsi que les ateliers où peuvent travailler les détenus sont implantés au sein dudit établissement carcéral et produisent des biens et services pour le secteur privé en sous-traitance (mécanique, meubles, imprimerie, informatique...), mais également des équipements pour les collectivités publiques<sup>246</sup>.

Toujours dans le cadre du travail en production, les détenus peuvent aussi travailler dans un atelier pour des entreprises privées, « *cessionnaires de l'administration pénitentiaire ou titulaires des marchés de fonctionnement des établissements à gestion déléguée* »<sup>247</sup> (article D. 433-2 du CPP). Ils exécutent ainsi des tâches de pliage, d'assemblage, de montage, de conditionnement, sans réelle valeur ajoutée.

A noter que depuis 2016, des structures d'insertion par l'activité économique (SIAE) sont présentes en prison afin d'aider les détenus, personnes éloignées du marché du travail.

*b) Le travail en prison et l'absence de contrat de travail : un régime dérogatoire propre aux détenus*

(1) L'acte d'engagement, un « contrat de travail » très précaire

En vertu de l'alinéa de l'article 717-3 du CPP précité, les détenus ne bénéficient d'aucun contrat de travail. A la place de ce dernier est prévu un acte d'engagement défini par la loi pénitentiaire de novembre 2009, devant être « *signé par le chef d'établissement et la personne détenue* » (article 33 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009). Non assimilable à un contrat de travail, l'acte d'engagement est établi unilatéralement par l'Administration pénitentiaire. Il vient fixer le cadre général du travail qui sera effectué par le détenu : rémunération, description du poste de travail, horaires de travail, risques liés au poste entre autres.

Or, il convient de souligner qu'il ne s'agit en aucun cas d'un document protecteur pour les détenus puisqu'ils sont privés de congés payés, d'indemnité en cas de chômage technique, d'arrêt maladie ou encore d'accident du travail. Ils ne peuvent également pas jouir de droits syndicaux, participer à un comité social et économique (CSE) – devant représenter les salariés

---

<sup>246</sup> <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-prison-spip-la-mission-de-reinsertion-des-detenus> [visité le 14 janvier 2020].

<sup>247</sup> <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-prison-spip-la-mission-de-reinsertion-des-detenus> [visité le 14 janvier 2020].

vis-à-vis de l'employeur -, ni prétendre au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) par exemple<sup>248</sup>. D'ailleurs, l'OIP dénonce une rédaction souvent floue de ces actes d'engagement, n'assurant aucune réelle protection juridique des détenus.

**EN FRANCE, LES DÉTENUS SONT PRIVÉS DE LEURS DROITS FONDAMENTAUX**

**LE DROIT DU TRAVAIL, LUI AUSSI, RESTE À LA PORTE DES PRISONS**

- ✗ **PAS DE CONTRAT**  
Les détenus sont soumis à un régime dérogatoire au droit du travail.
- ✗ **PAS DE PROTECTION SOCIALE**  
Les détenus n'ont pas d'assurance-chômage, pas d'indemnités en cas de chômage technique, d'arrêt-maladie ou d'accident du travail.
- ✗ **PAS DE CONGÉS PAYÉS**  
Le temps de travail en prison doit s'adapter à l'offre, pouvant aller de quelques heures par semaine à du travail 7j/7.
- ✗ **PAS DE DROITS SYNDICAUX**  
Les détenus n'ont pas de moyen de contester leurs conditions de travail et n'ont aucun droit de regard sur l'emploi proposé.
- ✗ **PAS DE MÉDECINE DU TRAVAIL**  
Les détenus travaillent parfois en cellule, dans des conditions déplorables, sans réel contrôle de l'inspection du travail.



**SEUL 1 DÉTENU SUR 4**  
a accès à un travail rémunéré.

---



**RETRAITES**  
Pour chaque année travaillée, un actif à l'extérieur valide **4** trimestres contre **1 à 3** pour un détenu.

---

**SALAIRES**



**10,15€**  
SMIC horaire brut au 1/01/2020 en France

Rémunération brute réglementaire en prison :  
entre **2,03€** et **4,57€** par heure travaillée (soit 20 à 45 % du SMIC horaire).

**EN THÉORIE...** Car la norme, dans les ateliers de production demeure la **RÉMUNÉRATION À LA PIÈCE**.

Source : OIP, « *Le travail en prison, en France, en 2020* », 2020.

(2) Une faible rémunération, subséquente de la position particulière du détenu travaillant

L'article 32 de la loi précitée du 24 novembre 2009 a établi des taux de rémunération des détenus indexés sur le SMIC en fonction du type d'emploi occupé. En conséquence, l'article D. 432-1 du CPP dispose ainsi :

« [...] *La rémunération du travail effectué au sein des établissements pénitentiaires par les personnes détenues ne peut être inférieure au taux horaire suivant :*

*45 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour les activités de production ;*

<sup>248</sup> OIP, « *Le travail en prison, en France, en 2020* », op.cit, p.2.

*33 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour le service général, classe I ;*

*25 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour le service général, classe II ;*

*20 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour le service général, classe III.*

*[...] La rémunération des activités proposées dans le cadre de l'insertion par l'activité économique ne peut être inférieure à un taux horaire de 45 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance ».*

Selon l'OIP, les détenus travaillant pour le compte d'entreprises privées sont rémunérés à 45% du SMIC (4,56 euros en 2020). Pour les détenus travaillant au service général, il convient de tenir compte du degré de technicité des tâches et de la classification du poste. « *En classe III, la plus basse, le taux est à 20 % du SMIC (2,03 euros) ; en classe II, 25 % (2,53 euros), en classe I, 33 % (3,35 euros) »*<sup>249</sup>.

Or, l'OIP dénonce que la cadence est bien souvent difficile à tenir et que la rémunération qui y est associée est donc amoindrie et même bien inférieure au minimum garanti<sup>250</sup>. Toutefois, le Conseil Constitutionnel, dans une décision du 15 septembre 2015<sup>251</sup>, a déclaré que l'article 33 de la loi pénitentiaire de 2009 précitée est conforme à la Constitution. En effet, en son considérant no 11, les Sages de la rue Montpensier déclarent qu' : « *il est loisible au législateur de modifier les dispositions relatives au travail des personnes incarcérées afin de renforcer la protection de leurs droits ; que, toutefois, en subordonnant à un acte d'engagement signé par le chef d'établissement et la personne détenue la participation de cette dernière aux activités professionnelles organisées dans les établissements pénitentiaires et en renvoyant à cet acte d'engagement le soin d'énoncer les droits et obligations professionnels du détenu, dans des conditions qui respectent les dispositions de l'article 22 de la loi du 24 novembre 2009 et sous le contrôle du juge administratif, les dispositions contestées ne privent pas de garanties légales les droits et libertés énoncés par les cinquième à huitième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 dont sont susceptibles de bénéficier les détenus dans les limites inhérentes à la détention »*. Il s'agit d'une jurisprudence constante car déjà en 2013, le Conseil Constitutionnel<sup>252</sup> déclarait que l'article 717-3 du CPP n'était pas contraire au Préambule de la Constitution de 1946.

---

<sup>249</sup> OIP, 2020, op.cit, p.3.

<sup>250</sup> OIP, 2020, op.cit, p.3.

<sup>251</sup> Cons. Const. 15 septembre 2015, QPC, no 2015-485.

<sup>252</sup> Cons. Const., 14 juin 2013, M. T et A, QPC, no 2013-320/321.

Par ailleurs, le Tribunal des Conflits (TC), dans une décision du 14 octobre 2013<sup>253</sup>, éclaircit la position du détenu travaillant en prison. « [...] *Que, eu égard tant à la nature particulière de la relation de travail, qui se rattache à l'accomplissement de la mission de service public de l'administration pénitentiaire, qu'à ses modalités de mise en œuvre, soumises au régime pénitentiaire du détenu et aux nécessités du bon fonctionnement de l'établissement qui influent sur les conditions d'emploi et de rémunération, le détenu ainsi employé se trouve, à l'égard de la société concessionnaire, même de droit privé, dans une relation de droit public [...] ».* Ainsi, selon le TC, le détenu travaillant en prison est dans une relation de droit public et reste usager du service public pénitentiaire.

*c) L'enseignement, la formation et l'apprentissage professionnels en prison, vecteurs d'une réinsertion facilitée*

Il existe plusieurs facteurs de réinsertion des détenus : l'enseignement et la formation professionnelle, les activités culturelles et sportives. Nous aborderons uniquement dans ce mémoire l'enseignement et la formation professionnelle, directement en lien avec une réinsertion future, sans pour autant nier l'importance de la culture et du sport dans cette dynamique de réinsertion.

*(1) L'enseignement des détenus au sein des prisons et l'exemple de l'illettrisme*

Dans la stricte lignée de l'article 26.1 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) : « *Toute personne a droit à l'éducation* », l'enseignement est essentiel en prison au regard du faible taux de qualification des détenus car 76% ont, au 1<sup>er</sup> octobre 2019, un niveau inférieur ou égal au certificat d'aptitude professionnelle, le CAP<sup>254</sup>. En 2017, 43,9% des détenus étaient sans diplôme<sup>255</sup>. De plus, le taux d'illettrisme reste très élevé en prison : 23,3% des détenus sont illettrés en 2018<sup>256</sup>.

En conséquence, l'enseignement en prison est vital pour la réinsertion des détenus. C'est à ce titre que fut signée pour la première fois en 1995, par les ministères de la Justice et de

---

<sup>253</sup> TC, 14 octobre 2013, no C3918, publié au recueil Lebon.

<sup>254</sup> CESE, novembre 2019, op.cit, p. 116.

<sup>255</sup> Ministère de la Justice, DAP, « *Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire, année 2017-2018* », 2019, p. 12.

<sup>256</sup> Ministère de la Justice, DAP, op.cit, p. 5.

l'Education Nationale, une convention visant à instituer l'enseignement en prison<sup>257</sup>. Ces conventions ont été renouvelées par la suite, comme ce fut le cas le 15 octobre 2019 : Nicole Belloubet, ministre de la Justice, et Jean-Michel Blanquer, ministre de l'Education Nationale, ont signé la 23<sup>ème</sup> convention en la matière. C'est à cette occasion que la ministre de la Justice a déclaré que : « *le travail de l'Éducation nationale et de ses enseignants est un travail essentiel. [Ces derniers sont] sans cesse sur le terrain où on mesure leur importance pour la réinsertion des personnes sous main de Justice* ». Grâce à de telles conventions, des personnels de l'Education Nationale exercent en prison. « *Cet enseignement s'adresse en priorité aux plus jeunes (mineurs et jeunes adultes) et aux adultes sans qualification, ni diplôme, notamment les illettrés et les non francophones* »<sup>258</sup>. L'enseignement en prison s'inscrit également dans le cadre formel de la loi du 24 novembre 2009 précitée : « *Toute personne condamnée est tenue d'exercer au moins l'une des activités qui lui est proposée par le chef d'établissement et le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation dès lors qu'elle a pour finalité la réinsertion de l'intéressé et est adaptée à son âge, à ses capacités, à son handicap et à sa personnalité* » (art.27).

« *Sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité des établissements et à titre dérogatoire, des activités peuvent être organisées de façon mixte* » (art. 28).

« *Sous réserve du maintien du bon ordre et de la sécurité de l'établissement, les personnes détenues sont consultées par l'administration pénitentiaire sur les activités qui leur sont proposées* » (art. 29).

De même, l'article D. 436 du CPP dispose que : « *L'enseignement primaire est assuré dans tous les établissements pénitentiaires. Les condamnés qui ne savent pas lire, écrire ou calculer couramment doivent bénéficier de cet enseignement. Les autres détenus peuvent y être admis sur leur demande. Des cours spéciaux sont organisés pour les illettrés ainsi que pour ceux qui ne parlent ni n'écrivent la langue française* ».

En 2017-2018, 505,5 en équivalent temps plein (ETP) enseignants titulaires du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>nd</sup> degré ont enseigné dans les prisons<sup>259</sup> pour près de 22% de détenus ayant suivi une scolarité et bénéficié d'environ 6 heures hebdomadaires de scolarisation.

---

<sup>257</sup> <http://www.justice.gouv.fr/la-garde-des-sceaux-10016/une-nouvelle-convention-entre-la-justice-et-leducation-nationale-32704.html> [visité le 15 avril 2020].

<sup>258</sup> Ministère de la justice, DAP, op.cit, p.5.

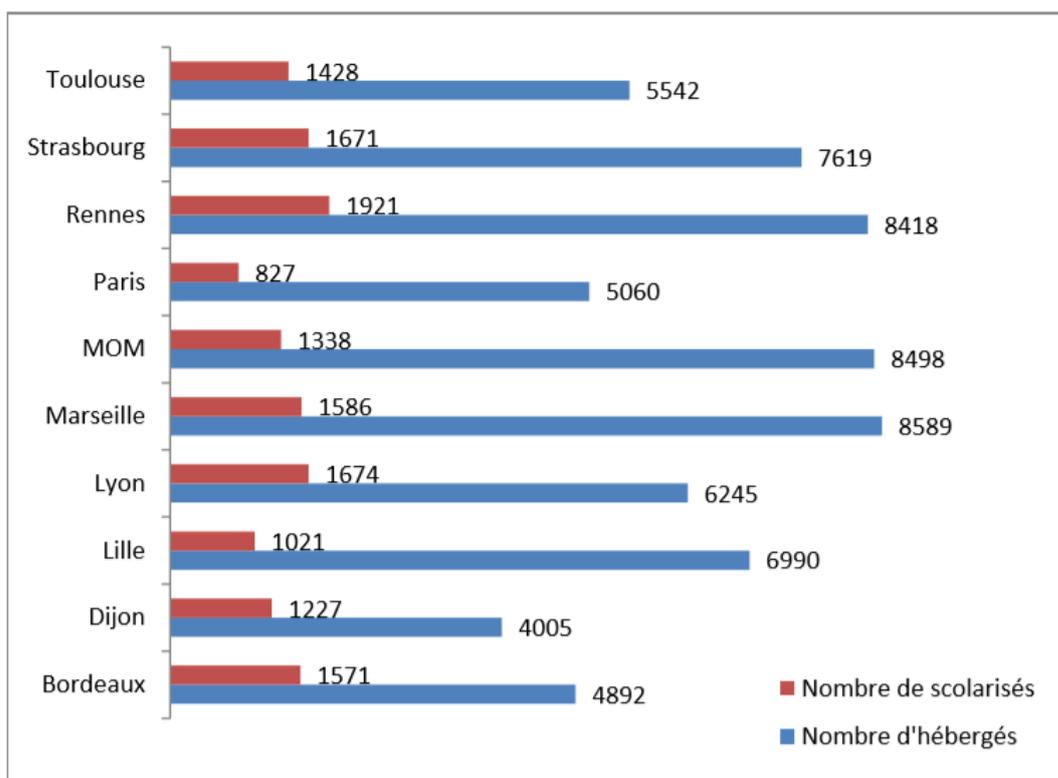
<sup>259</sup> Ministère de la justice, DAP, op.cit, p. 14.

<b>Indicateurs du tableau de bord national</b> <i>Scolarisation et format de formation pour l'ensemble de la population pénale</i>	
Taux général de scolarisation	21,7 % (24,2 % en 2017 - hors UPR de Paris et Strasbourg)
Nombre d'heures hebdomadaire moyen de scolarisation, pour les personnes scolarisées	5,59 heures (5,59 h en 2017)

Source : Ministère de la Justice, DAP, « *Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire, année 2017-2018* », 2019, p.24.

En conséquence, 25% des détenus en 2018 ont pu suivre une scolarité<sup>260</sup>.

### Public hébergé et public scolarisé en novembre 2017



Source : Enquête hebdomadaire – Novembre 2017

Grâce à l'enseignement, sur l'année 2016-2017, 3 377 personnes détenues ont été diplômées de l'Éducation nationale, avec un taux de réussite de 76,5% : certificat de formation générale (CFG), diplôme national du brevet (DNB), CAP ou brevet d'étude professionnelle

<sup>260</sup> <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-prison-spip-la-mission-de-reinsertion-des-detenus> [visité le 14 janvier 2020].

(BEP), baccalauréat, diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU) et ceux de l'enseignement supérieur<sup>261</sup>. Notons également que l'enseignement est bien sûr primordial pour les détenus non francophones. A ce titre, 2 770 détenus ont participé à des diplômes attestant d'un certain niveau linguistique : Diplôme Initial de Langue Française (DILF) et Diplôme Elémentaire de Langue Française (DELFF). Le taux de réussite a été, toujours sur l'année 2016-2017, de 91,8 %<sup>262</sup>.

Toutefois, la scolarisation concerne surtout les formations de base : alphabétisation, illettrisme, remise à niveau dans différentes matières, français... Ce fut le cas de plus de 55% des détenus scolarisés durant plus de 20 heures<sup>263</sup>. Par ailleurs, l'administration pénitentiaire lutte contre l'illettrisme, premier frein à l'insertion et la réinsertion, aux côtés de l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI). A ce titre, sont mis en place des dispositifs de pré-repérage effectués par les personnels pénitentiaires et des dispositifs de repérage effectués par les enseignants intervenant en prison pour identifier systématiquement les détenus illettrés<sup>264</sup> (dispositif PRI-RI). Selon une enquête PRI-RI de 2016, près d'un quart des détenus : « *a des besoins importants dans la maîtrise des savoirs de base, notamment dans les bases en français* »<sup>265</sup>.

**Scolarisation du public prioritaire en 2017-2018**  
(Nombre de personnes détenues prises en charge plus de 20 heures)

DISP	Français Langue Etrangère	Alphabétisation	Remise à niveau Préparation au CFG	Total du public prioritaire
<b>Bordeaux</b>	626	414	736	1 776
<b>Dijon</b>	360	198	720	1 278
<b>Lille</b>	563	505	1 686	2 754
<b>Lyon</b>	653	225	1 029	1 907
<b>Marseille</b>	551	317	659	1 527
<b>MOM</b>	141	365	533	1 039
<b>Paris</b>	1 348	467	871	2 686
<b>Rennes</b>	714	525	1 593	2 832
<b>Strasbourg</b>	577	485	1 015	2 077
<b>Toulouse</b>	562	447	1 194	2 203
<b>Niveau national</b>	<b>6 095</b>	<b>3 948</b>	<b>10 036</b>	<b>20 079</b>
<b>% sur le total de personnes scolarisées au-delà de 20 h</b>	<b>17,6 %</b>	<b>11,4 %</b>	<b>29 %</b>	<b>58 %</b>

Source : Enquête annuelle 2017-2018

L'annexe 11 aborde plus en détail le niveau de français des détenus.

<sup>261</sup> Ministère de la Justice, DAP, 2018, « *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire* », 2018.

<sup>262</sup> Ministère de la Justice, DAP, 2018, op.cit.

<sup>263</sup> Ministère de la Justice, DAP, 2018, op.cit.

<sup>264</sup> Ministère de la Justice, DAP, 2019, op.cit, p.33.

<sup>265</sup> Ministère de la Justice, DAP, 2019, op.cit, p.34-35.

Notons par ailleurs que l'enseignement en prison est également possible à distance, par exemple avec l'association de professeurs bénévoles Auxilia. Ainsi, en 2017, 89,5% des enseignements prodigués par les bénévoles de ladite association ont été à destination des détenus<sup>266</sup>. L'enseignement à distance est aussi possible par le Centre national d'enseignement à distance (Cned), établissement dépendant du ministère de l'Education Nationale.

Dans la lignée de l'enseignement, les prisons doivent permettre aux détenus de bénéficier et d'accéder à une médiathèque en vertu de protocoles signés entre le ministère de la Justice et celui de la Culture<sup>267</sup>.

Soulignons toutefois qu'il convient de nuancer ces chiffres puisque les détenus ne peuvent accéder aux bourses, réel frein à leur volonté de commencer ou reprendre des études<sup>268</sup>. En effet, la plupart des détenus préféreront travailler pour gagner un peu d'argent et pouvoir louer la télévision, acheter certains produits et cantiner, plutôt que d'étudier.

(2) L'accès à la formation et l'apprentissage professionnels des détenus au sein des prisons

Les détenus ont le droit de poursuivre des formations professionnelles mises en place par les conseils régionaux. A ce titre, chaque établissement pénitentiaire établit avec le conseil régional dont il dépend des plans de formations, qui sont ainsi différents selon chaque établissement – certaines régions vont développer rapidement des offres de formation, *a contrario* d'autres régions. En effet, la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et la démocratie sociale a réorganisé la formation professionnelle en prison et l'a confiée aux régions, en vertu de son article 21, II, 2°.

Afin de pouvoir suivre une formation, le détenu doit préparer sa demande avec le SPIP, et plus précisément son Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP). La demande est ainsi introduite devant le directeur de l'établissement pénitentiaire, qui « classera » ou non le détenu, c'est-à-dire, tout comme pour l'enseignement, qui lui autorisera ou non le commencement de la formation professionnelle. Par ailleurs, à l'instar de l'enseignement, des formations professionnelles à distance sont possibles par le Cned. De même, certaines associations sont très présentes dans les prisons, comme c'est le cas pour l'AFPA (Association

---

<sup>266</sup> <https://www.asso-auxilia.fr/EAD/9-notre-mission> [visité le 15 avril 2019].

<sup>267</sup> <https://www.enssib.fr/le-dictionnaire/bibliotheques-de-prison> [visité le 15 avril 2020].

<sup>268</sup> <https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020].

Nationale Formation Professionnelle Adultes) et les GRETA (Groupement d'ETablissements, destinés à l'enseignement), qui sont des associations promouvant la formation professionnelle des adultes

Notons également qu'un détenu a le droit de suivre une formation professionnelle spécifique en extérieur. Dans ce cas, la personne détenue bénéficiera d'une mesure de placement à l'extérieur ou de semi-liberté, selon la décision qu'aura pris le JAP du tribunal judiciaire du lieu de l'établissement pénitentiaire<sup>269</sup> et en vertu de l'article 132-26 du CPP. L'avantage de telles mesures est d'éviter les « sorties sèches », c'est-à-dire sans préparation et dont découlent souvent des récidives. Bien souvent, le semi-libre est autorisé à sortir la journée et à rentrer le soir dans son établissement, qui sera dorénavant un centre de semi-liberté dont le public accueilli est uniquement des détenus bénéficiant de la semi-liberté. Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, plus de 15% des personnes détenus ont suivi une formation professionnelle alors que 44% d'entre eux n'avaient pas de diplôme à compter de leur entrée en détention<sup>270</sup>.

Par ailleurs, il existe le Programme Personnalisé d'Accompagnement à l'Insertion Professionnelle (PPAIP), dont l'objectif est généralement d'aider un détenu sortant dans peu de temps à préparer son projet professionnel afin qu'il soit réaliste et accessible. Après en avoir fait la demande à son CPIP et avoir été accepté, le détenu rencontrera des professionnels du secteur qui l'intéresse et établira, de manière suivie, un plan d'action pour que le projet professionnel aboutisse. Le but est donc soit de clarifier le projet professionnel, soit de l'élaborer entièrement. Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 4 367 026 euros ont été destinés au PPAIP et plus de 5 000 détenus ont bénéficié dudit dispositif<sup>271</sup>.

Dans un registre proche, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les détenus peuvent suivre une formation en apprentissage : il s'agit là d'un dispositif expérimental mis en place à l'article 12 de la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel<sup>272</sup>. Ledit article dispose ainsi : « *A partir du 1er janvier 2020, pour une durée de trois ans, les actions de formation par apprentissage mentionnées à l'article L. 6313-6 du code du travail peuvent être mises en œuvre à titre expérimental dans des établissements pénitentiaires. Cette expérimentation vise à permettre à des détenus âgés au plus de vingt-neuf ans révolus d'obtenir une qualification*

---

<sup>269</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14152> [visité le 16 avril 2020].

<sup>270</sup> <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-prison-spip-la-mission-de-reinsertion-des-detenus> [visité le 14 janvier 2020].

<sup>271</sup> Ministère de la Justice, DAP, 2018, op.cit, p.9.

<sup>272</sup> Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (1), NOR MTRX1808061L, JORF n°0205 du 6 septembre 2018.

*professionnelle sanctionnée par un diplôme ou un titre à finalité professionnelle [...]. Au plus tard trois mois avant son terme, le Gouvernement présente au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation ».*

Tout comme pour le travail d'un détenu, il est nécessaire que le directeur de l'établissement pénitentiaire élabore un acte d'engagement en apprentissage, précisant les dates d'exécution de l'apprentissage, la finalité professionnelle visée, les modalités d'exécution, l'identité du tuteur<sup>273</sup>. Les enseignements d'apprentissage seront dispensés dans un Centre de formation d'apprentis (CFA), pouvant être à l'intérieur ou non des prisons.

### **3. L'accompagnement à la réinsertion en prison : des dispositifs et structures d'aide personnalisée à la réinsertion**

*a) La préparation à la réinsertion facilitée par certaines structures visant à éviter la « sortie sèche » : les quartiers de préparation à la sortie et les structures d'accompagnement vers la sortie*

Un détenu arrivant en prison doit pouvoir être accompagné et aidé quant à son objectif de réinsertion en fonction de sa personnalité, ses compétences et ses qualifications.

A ce titre existent les Quartiers de préparation à la sortie (QPS), adossés aux centres pénitentiaires mais en dehors de leur enceinte. Les QPS accueillent des détenus en fin de peine ou ceux condamnés à une courte peine dans le but de préparer leur sortie et leur réinsertion, via leur rencontre avec des professionnels de Pôle Emploi, de l'Education Nationale, de plusieurs associations participant à leur réinsertion<sup>274</sup>. Ces QPS concernent un grand nombre de détenus puisque près de 40% d'entre eux n'ont plus qu'un an à purger<sup>275</sup>. Le but est également de désengorger au maximum les prisons. Selon Jean-Jacques Urvoas, ancien garde des Sceaux dans un rapport au Parlement sur l'encellulement individuel le 20 septembre 2016 : *« Les QPS permettent de systématiser l'orientation vers des quartiers spécialisés des personnes condamnées à des courtes peines et de réunir les conditions favorables au prononcé, par les magistrats, de décisions d'aménagements de peine privilégiant la préparation à la sortie. Ils permettent enfin de créer les conditions d'un accompagnement renforcé à la préparation de la sortie et de favoriser l'accès aux droits sociaux et la préparation d'un projet d'insertion ».*

---

<sup>273</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14152> [visité le 16 avril 2020].

<sup>274</sup> CESE, 2019, op.cit, p.38.

<sup>275</sup> <https://www.labeledaire.fr/2017/12/12/preparation-sortie-innovation/> [visité le 18 avril 2020].

A côté des QPS existent aussi des Structure d'accompagnement vers la sortie (SAS), créées par la loi de programmation et de réforme de la justice<sup>276</sup>. Tout comme les QPS, les SAS accueillent des détenus condamnés à de longues peines ayant encore au maximum un an à purger, ou moins. D'ici 2022, les SAS, au nombre de 23, accueilleront 2 000 détenus volontaires (aujourd'hui, seule la SAS de Marseille est en fonction), pour atteindre 15 000 en 2027<sup>277</sup>. A la différence des QPS, les SAS sont en agglomération et visent à sensibiliser le détenu et le préparer à sa réinsertion. Pour ce faire, les SAS sensibilisent les détenus vis-à-vis de certaines consommations (substances illicites, alcool, tabac...). Notons aussi que les SAS mettent en relation le détenu avec des contacts à l'extérieur, notamment des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des professionnels de santé afin d'éviter toute rupture de continuité des soins. Les SAS fonctionnent donc sur la base d'une réelle coordination avec les CSAPA et autres acteurs à l'extérieur de la prison. A titre d'exemple, la SAS de la prison des Baumettes à Marseille a mis en place un régime de détention dit « *régime de confiance* » où les détenus détiennent la clef de leur cellule et où celle-ci est ouverte en fonction de certains horaires. De plus, la SAS sensibilise les futurs ex-détenus à la gestion des émotions, à des actions citoyennes (environnement, nettoyage des plages...), des approches culturelles (théâtre...) et sportives. « *C'est en somme une véritable plateforme individualisée qui est mise en place, entièrement axée sur la recherche active de la réinsertion* »<sup>278</sup>. Le CESE, dans ce même avis, préconise de généraliser ces SAS voire QPS puisqu'ils permettent d'être une « pré-sortie » aux détenus.

*b) Le partenariat de l'administration pénitentiaire avec Pôle Emploi : une aide efficace pour l'aide à la réinsertion*

L'Administration pénitentiaire est liée à Pôle Emploi via une convention cadre triennale afin de faciliter et accélérer l'accès à l'emploi du futur ex-détenu. La première convention en la matière date de 1993. Avec l'aide de leur CPIP, les détenus peuvent déjà s'inscrire sur la liste des demandeurs d'emploi, avant leur sortie de prison<sup>279</sup> et ce, depuis la convention triennale signée en 2013. Cette mesure est efficace puisqu'elle est fondée sur la collaboration entre le SPIP et Pôle Emploi et permet au détenu de commencer à préparer son dossier avant sa sortie

---

<sup>276</sup> Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1) NOR JUST1806695L, JORF n°0071 du 24 mars 2019.

<sup>277</sup> Communiqué de presse de la ville du Havre sur le projet de structure d'accompagnement à la Sortie, le mardi 9 avril 2019.

<sup>278</sup> CESE, 2019, op. cit. p. 38-39.

<sup>279</sup> <https://oip.org/analyse/sinscrire-a-pole-emploi-avant-la-sortie-de-prison/> [visité le 19 avril 2020].

(préparer une demande de RSA, demander un stage...). Ainsi, en 2012, « 5 924 sur 18 917 personnes détenues suivies par des conseillers pôle emploi justice, ont obtenu une solution d'insertion professionnelle dès leur sortie. En moyenne, on compte 95 insertions professionnelles pour un conseiller Pôle emploi justice qui intervient en détention à temps plein »<sup>280</sup>. Cette mesure est rendue possible par l'intervention de conseillers de Pôle Emploi directement auprès des personnes détenues.

Néanmoins, les détenus doivent être volontaires pour s'inscrire sur la liste de demandeurs d'emploi avant leur sortie et doivent avoir au maximum six mois à purger<sup>281</sup>. Toute démarche effectuée par le détenu pour sa réinsertion sera mentionnée dans son dossier, ce qui peut faciliter son insertion à l'extérieur.

Le partenariat avec Pôle Emploi porte ses fruits, puisque près de 10 000 détenus s'inscrivent sur les listes des demandeurs d'emploi chaque année par les conseillers de Pôle Emploi<sup>282</sup>. Ce dispositif est d'autant plus efficace pour la réinsertion des détenus qu'il leur permet, après inscription sur ladite liste de demandeurs d'emploi, d'avoir accès aux offres de droit commun de Pôle Emploi quant à l'accompagnement mais aussi aux actions de formation existant à l'extérieur – uniquement si le détenu bénéficie d'un aménagement de peine et/ou une permission de sortie du JAP<sup>283</sup>. Ils pourront bénéficier des prestations dispensées par Pôle Emploi avant leur sortie : évaluation des compétences, aide à l'orientation professionnelle, mise en relation avec diverses entreprises<sup>284</sup>...

Le seul écueil existant quant à ce dispositif et le nombre encore trop faible de conseillers Pôle Emploi intervenant en milieu pénitentiaire. A titre d'exemple, en 2012, seuls 62,5 postes ETP intervenaient sur l'ensemble des 190 établissements pénitentiaire français et ont suivi à peine 19 000 personnes, alors qu'environ 88 000 détenus ont été libérés<sup>285</sup>.

---

<sup>280</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/signature-dune-convention-cadre-avec-le-pole-emploi-25752.html> [visité le 19 avril 2020].

<sup>281</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 58.

<sup>282</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 58.

<sup>283</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 58.

<sup>284</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/signature-dune-convention-cadre-avec-le-pole-emploi-25752.html> [visité le 19 avril 2020].

<sup>285</sup> <https://oip.org/analyse/sinscrire-a-pole-emploi-avant-la-sortie-de-prison/> [visité le 19 avril 2020].

#### 4. Le SPIP : soutien *intra* et *extra muros* à la réinsertion du détenu

##### a) *La création et la composition des SPIP*

Le décret du 13 avril 1999 crée les services pénitentiaires d'insertion et de probation, les SPIP, qui sont la fusion des travailleurs sociaux des services sociaux éducatifs (SSE) des établissements pénitentiaires et des Comités de Probation et d'Aide aux Libérés (CPAL)<sup>286</sup>. Les SPIP induisent une « *plus grande implication des collectivités locales et des services déconcentrés de l'Etat qui ont en charge la réalisation des politiques d'action sociale* »<sup>287</sup>.

Les SPIP participent à la relation triangulaire entre le JAP et l'Administration pénitentiaire afin de promouvoir la réinsertion des détenus. Ils interviennent en milieu ouvert et fermé, mais dans le cadre de ce mémoire, seul le milieu fermé sera abordé.

Les SPIP disposent d'un siège départemental et d'antennes dans les établissements pénitentiaires et parfois certaines juridictions. Le personnel des SPIP sont les Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP), formés à l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP). En effet, les SPIP sont des services déconcentrés au niveau départemental de l'Administration pénitentiaire.

Le service départemental du SPIP est dirigé par le Directeur fonctionnel des services pénitentiaires d'insertion et de probation (DFSPIP), lui-même sous l'autorité du directeur interrégional des services pénitentiaires. Le niveau départemental est logique dans la mesure où le département est le chef de file en matière d'aide et d'action sociales.

Les SPIP comprennent également des assistants de service social (ASS) surtout dans le cadre du milieu fermé, des psychologues et des personnels administratifs<sup>288</sup>. Aujourd'hui, l'on dénombre 103 SPIP sur l'ensemble du territoire ; certains SPIP peuvent également couvrir deux départements.

---

<sup>286</sup> <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44913.html> [visité le 20 avril 2020].

<sup>287</sup> <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44913.html> [visité le 20 avril 2020].

<sup>288</sup> [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rp\\_5-2\\_role\\_spip.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rp_5-2_role_spip.pdf) [visité le 16 février 2020].

b) *Les missions du SPIP : la probation et la réinsertion des détenus*

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 précitée précise ainsi, en son article 2 que : « *le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions pénales. Il contribue à l'insertion ou à la réinsertion des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire, à la prévention de la récidive et à la sécurité publique dans le respect des intérêts de la société, des droits des victimes et des droits des personnes détenues* ». Le SPIP s'inscrit totalement dans cette démarche, c'est-à-dire accompagner des détenus dans leur exécution de peine et préparer leur réinsertion.

Le SPIP voit plus précisément ses missions définies à l'article D. 573 du CPP : « *Le service pénitentiaire d'insertion et de probation, avec la participation, le cas échéant, des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et de tous organismes publics ou privés, favorise l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des détenus et personnes qui lui sont confiées par les autorités judiciaires. Il s'assure en particulier pour les personnes libérées de la continuité des actions d'insertion [...]* ». En effet, le SPIP aide le détenu à se préparer à sortir de prison et le soutient dans l'élaboration de son réseau de partenaires (associations, logement, soin, formation, travail...) <sup>289</sup>.

Plus précisément encore, l'article D. 574 du CPP, en ses alinéas 1 et 2, dispose clairement que le SPIP : « *Concourt, sur saisine des autorités judiciaires, à la préparation des décisions de justice à caractère pénal ; il peut être chargé de l'exécution des enquêtes et des mesures préalables au jugement. A cet effet, il effectue les vérifications sur la situation matérielle, familiale et sociale des personnes faisant l'objet d'enquêtes ou de poursuites judiciaires afin de permettre une meilleure individualisation des mesures ou peines et de favoriser l'insertion des intéressés. Il assure le suivi et le contrôle des personnes placées sous contrôle judiciaire. Il effectue les investigations qui lui sont demandées préalablement à l'exécution des peines privatives de liberté [...]* ». En effet, le SPIP intervient largement en milieu fermé afin d'individualiser la prise en charge des détenus. Il aide également à ce que le détenu comprenne sa peine. Suivant de près le détenu, le SPIP propose des aménagements de peine au JAP si besoin <sup>290</sup>.

---

<sup>289</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html> [visité le 16 février 2020].

<sup>290</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html> [visité le 16 février 2020].

En vertu de l’alinéa 3 dudit article, le SPIP partage réellement leurs compétences avec le directeur de l’établissement pénitentiaire, afin que puissent correctement et efficacement mises en place certaines mesures (suivi individuel des détenus, développement de certaines activités telle la lecture...) <sup>291</sup>. Le but premier de cette collaboration est de parvenir à articuler des projets répondant aux besoins des personnes détenus en matière de formation professionnelle, d’accès à l’enseignement, à diverses activités, qu’elles soient culturelles ou encore sportives <sup>292</sup>. Le SPIP peut ainsi organiser des activités en prison (ateliers, loisirs, aide à la pratique artistique...) <sup>293</sup>. Rappelons en effet que la culture et le sport participent entièrement d’une préparation à la réinsertion. Dans cette même optique, le maintien des liens familiaux est essentiel à la réinsertion, raison pour laquelle le SPIP aide à ce maintien. Les CPIP animent aussi les groupes de parole de prévention de la récidive (PPR). En conséquence, le SPIP a la mission de contrôler le respect des détenus de leur peine restrictive ou privative de liberté lorsque c’est le cas (travaux d’intérêt général – TIG -, placement sous surveillance électronique, semi-liberté...) <sup>294</sup>.

Par ailleurs, les SPIP doivent intervenir au plus tôt après le prononcé de la décision du juge, c’est-à-dire l’incarcération afin d’analyser et de cerner directement les problématiques de chaque détenu via un entretien « d’accueil », collectif ou non <sup>295</sup>.

Le CCNE, dans son avis n° 94, souligne qu’il est fondamental d’inciter et de soutenir le détenu à la création de son projet de vie : « *seule perspective capable de donner sens à un futur, et fondamentalement nécessaire à la vie psychique et relationnelle en insistant sur les actions de formation professionnelle* » <sup>296</sup>.

---

<sup>291</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>292</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>293</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html> [visité le 16 février 2020].

<sup>294</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html> [visité le 16 février 2020].

<sup>295</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>296</sup> CCNE, avis no 94, op.cit, p.43.

## B. LES LIMITES DES DISPOSITIFS DE REINSERTION EN MILIEU FERME ET LES AIDES ESSENTIELLES DE L'ETAT ET DES ASSOCIATIONS

Les dispositifs d'aide à la réinsertion en milieu fermé sont largement freinés par divers obstacles (1). Néanmoins, il existe des peines alternatives à la détention qui permettent d'aider à la réinsertion et nous axerons sur le travail d'intérêt général (2). De plus, l'Etat est un acteur essentiel de la réinsertion via des aides financières qu'il octroie aux ex-détenus ; de même, diverses collaborations existent pour aider les sortants de prison à trouver un hébergement (3). Par ailleurs, les associations sont absolument vitales pour les personnes sortant de détention grâce aux divers leviers d'aide qu'elles proposent (4).

### **1. Une efficacité limitée des dispositifs d'aide à la réinsertion en milieu fermé**

Le principe de réinsertion, de nos jours, n'est pas respecté au vu des écueils auxquels sont confrontés les dispositifs d'aide.

a) *La question du travail en prison : la rareté d'offres de travail et une « zone de non droit » en matière de droit du travail*

(1) La faiblesse des offres de travail, de la rémunération des prisonniers et des tâches dépourvues de sens pour ces derniers

Bien que les détenus le souhaitant peuvent travailler en prison, il n'y a que très peu d'offres, souvent en raison d'une réticence ancrée et d'un scepticisme quant à offrir du travail à des prisonniers. Le CGLPL, en 2015, soulignait que cette faiblesse d'offres de travail est souvent un « *sujet d'inquiétude* »<sup>297</sup>. La rareté des offres s'explique par les contraintes de sécurité importantes auxquelles les entreprises ne souhaitent pas toujours s'accommoder. Par exemple, l'entreprise ne peut récupérer sa production qu'après un certain délai permettant à l'administration pénitentiaire de vérifier qu'aucun détenu ne s'échappe avec les produits<sup>298</sup>. De plus, la conception architecturale des prisons ne facilite guère l'implantation et l'organisation du travail par une entreprise<sup>299</sup>. C'est ce que résumait le Ministère de la Justice : « *La part de la population pénale bénéficiant d'une activité professionnelle a chuté depuis 20 ans et les*

---

<sup>297</sup> CGLPL, rapport 2015, op.cit, p. 17.

<sup>298</sup> CESE, 2019, op. cit, p. 55.

<sup>299</sup> CESE, 2019, op. cit, p. 55.

*causes en sont multiples : baisse de l'offre, amplification des difficultés économiques après 2008, transfert de la formation professionnelle aux régions en 2014, baisse de l'employabilité de la population pénale, inadaptation du cadre juridique de la relation employeur/détenu »<sup>300</sup>. Ainsi, en 2018, seulement 28,18% des détenus en France ont travaillé<sup>301</sup>, soit moins d'un détenu sur trois, ce qui est relativement faible.*

Outre cela, les tâches qui sont demandées de faire aux prisonniers sont répétitives, sans aucune valorisation (leurs tâches sont largement automatisées à l'extérieur puisqu'il s'agit surtout d'opérations manufacturières et industrielles)<sup>302</sup>. Elles ne leur permettent d'acquérir aucune compétence qui leur serait valorisable pour un futur emploi et ne facilitent aucunement leur insertion<sup>303</sup>. C'est à ce titre que le CESE prône la valorisation et la proposition de tâches qui, à la fois auraient réellement un sens pour le détenu, mais aussi leur permettrait d'avoir des perspectives d'emploi concrètes. A ce titre, le Sénat en 2002, dénonçait déjà cela : « *le pragmatisme de l'administration pénitentiaire correspond à un bricolage permanent, qui amène à faire du travail pénitentiaire un "non-travail" : celui-ci est une occupation parmi d'autres, sans aucun des attributs que revêt le travail »<sup>304</sup>.*

De manière corrélative, en 2017, la rémunération horaire moyenne pour les détenus travaillant au service général était de 2,23 euros ; de 4,17 pour ceux étant dans un atelier de concession ; de 5,26 euros pour les détenus travaillant à la RIEP<sup>305</sup>. Or, la faiblesse de la rémunération ne permet pas aux détenus de « cantiner », c'est-à-dire acheter des produits afin d'améliorer leurs conditions de vie (denrées, produits d'hygiène...). Le problème est que les prix pratiqués sont disparates selon les établissements et bien souvent très élevés. Ainsi, malgré le travail fourni, les détenus ne pourront guère parvenir à cantiner autant qu'ils le souhaitent.

Au vu de ce constat, nous pouvons en conclure que le travail et *a fortiori* la réinsertion des détenus n'est guère une priorité pour l'Administration pénitentiaire, qui se focalise nettement plus sur les exigences de sécurité. Le système de classement et déclassé est « opaque » et les décisions du directeur d'établissement ne sont que rarement fondées sur le respect des objectifs de réinsertion et de formation – il n'existe pas d'obligation de

---

<sup>300</sup> Ministère de la Justice, Réponse à la question écrite n° 07250 de M. Rachel Mazuir, JO Sénat du 03/01/2019.

<sup>301</sup> Ministère de la justice, chiffres clefs de 2018, op.cit.

<sup>302</sup> CESE, 2019, op.cit, p.56.

<sup>303</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 56.

<sup>304</sup> Sénat, Rapport d'information no 330 du Sénateur Paul Loridant « *Les prisons : le travail à la peine* », juin 2002.

<sup>305</sup> Ministère de la justice, chiffres clefs de 2018, op.cit.

motivation<sup>306</sup>. « *Travailler en détention demeure encore trop souvent considéré comme un privilège* »<sup>307</sup>.

(2) L'éviction des détenus du droit du travail et les écueils constatés pour la formation professionnelle des détenus

Comme cela a été expliqué, les détenus sont exclus de l'application du droit du travail. De manière plus explicite encore : « *le statut juridique des travailleurs détenus relève d'un déni de droit. Non seulement, faute de contrat de travail, le code du travail ne trouve pas à s'appliquer en prison mais encore la relation de travail est régie par quelques dispositions éparses, pour l'essentiel de rang infra législatif* »<sup>308</sup>.

Dans un arrêté du 14 décembre 2007<sup>309</sup>, le Conseil d'Etat déclare que : « *les refus opposés à une demande d'emploi ainsi que des décisions de classement, sous réserve que ne soient pas en cause des libertés et des droits fondamentaux des détenus [ne sont pas] un acte administratif susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir* ». De ce fait, les détenus sont dans une position d'arbitraire puisque comme cela a été mentionné, le « classement » et « déclassement » reste un système opaque et arbitraire. La position du Conseil d'Etat peut s'entendre du fait qu'il n'est plus obligatoire de fournir du travail aux prisonniers depuis la loi du 22 juin 1987<sup>310</sup>.

Du fait de l'éviction des prisonniers du droit du travail et *a fortiori* d'un contrat de travail, il leur est dénié le droit au repos hebdomadaire et les jours fériés lorsqu'ils travaillent au service général (cuisine...). Notons que la population pénale est malléable puisqu'en cas de flux tendu, il est possible de la mobiliser fortement, tout comme arrêter subitement de lui soumettre du travail lorsqu'il n'y a plus de demande et ce, sans indemnité<sup>311</sup>. Par ailleurs, les détenus travaillant en prison sont d'office affiliés à l'assurance vieillesse ; néanmoins ils sont désavantagés au regard dudit système, fondé sur la rémunération perçue – très faible en prison. « *Les détenus ne peuvent valider au mieux que trois trimestres au titre d'une année de travail, alors qu'à temps égal une personne gagnant le SMIC en valide quatre* »<sup>312</sup>.

---

<sup>306</sup> Commission Consultative Nationale des Droits de l'Homme, « *La question pénitentiaire dans les Outre-Mer* », 18 mai 2017, p. 26.

<sup>307</sup> CESE, 2019, op.cit, p.56.

<sup>308</sup> CNCDH op.cit, p. 26.

<sup>309</sup> CE, Planchenault, 14 décembre 2007, no 290420, Publié au recueil Lebon.

<sup>310</sup> Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, NOR JUSX8700042L.

<sup>311</sup> OIP, 2020, op.cit, p.4.

<sup>312</sup> OIP, 2020, op.cit, p.4.

Ce constat est désapprouvé par plus d'un acteur, à commencer par le Président de la République, le 6 mars 2018, qui déclarait à l'ENAP qu'il souhaite que : « *le droit du travail [...] puisse s'appliquer aux détenus et, à tout le moins, que le lien qui unit l'administration pénitentiaire et le détenu travaillant [...] soit un lien contractuel avec des garanties qui s'y attachent, et non plus un acte unilatéral avec la négation de tous les droits* »<sup>313</sup>.

Le CGLPL regrette également cette situation d'éviction des prisonniers du droit du travail et : « *souhaite que la loi indique clairement le rôle du travail en détention en termes de préparation à l'insertion ou à la réinsertion, définisse des règles plus étendues en matière de relations du travail, notamment de rupture de ces relations et de rémunération et fixe le cadre général des règles de sécurité et de protection du travailleur en prison* »<sup>314</sup>.

Du côté de la formation professionnelle, plusieurs écueils sont également à souligner. Rappelons qu'avec la loi du 5 mars 2014<sup>315</sup> a été mise en place une régionalisation des actions de formation professionnelle des détenus (la décentralisation fut effective à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015). A la place de favoriser le travail dans les prisons avec des industries et entreprises locales, une baisse non négligeable dans certaines régions des offres d'emploi en prison a été remarquée<sup>316</sup>. Le système actuel souffre d'une hétérogénéisation de la gestion des offres de travail en milieu carcéral. « *Les régions n'avancent pas au même rythme et les choix, en ce qui concerne le nombre de formations proposées, leur nature (préqualifiantes ou professionnelles), le niveau de ce financement et son mode d'utilisation (la région Ile de France par exemple est passée en 2016 d'un système d'attribution de subventions à une passation de marchés publics) sont très différents* »<sup>317</sup>. Il serait donc intéressant d'harmoniser la gestion des régions quant à la formation professionnelle et éviter des investissements régionaux disparates. Par exemple, en 2018 : « *la région Ile-de-France a financé une formation pour 5,01 % des personnes détenues, l'Outre-mer pour 4,21 % et la région Auvergne-Rhône-Alpes pour 8,41 % (contre, par exemple, 24,6% en Occitanie, 24,20% dans les Hauts de France)* »<sup>318</sup>.

De plus, certaines formations sont interrompues, sans explication. La formation n'est guère la norme, alors qu'elle aurait dû le devenir. Par exemple, en 2017-2018, seuls 15% des détenus

---

<sup>313</sup> <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-prison-spip-la-mission-de-reinsertion-des-detenus> [visité le 21 avril 2020].

<sup>314</sup> CGLPL, 2015, op.cit, p. 17.

<sup>315</sup> Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale (1), NOR ETSX1400015L.

<sup>316</sup> CESE, 2019, op.cit, p.54.

<sup>317</sup> CESE, 2019, op.cit, p.54.

<sup>318</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 54.

ont suivi une formation (environ 12 000 sur près de 80 000 détenus en milieu fermé)<sup>319</sup>. La situation en Outre-Mer est alarmante, puisqu'en Guyane et Guadeloupe notamment, aucune formation n'a été financée par le Conseil régional et ce, depuis 2016<sup>320</sup>. Au centre de la détention du Port à la Réunion, ce n'est qu'à partir de 2017 que 50 détenus ont pu suivre une formation après deux ans de blocages pour leur financement<sup>321</sup>.

b) *La faiblesse des moyens des SPIP et des effectifs des CPIP : un risque accru de « sorties sèches »*

Les différents choix du ministère de la Justice quant à l'agrandissement et la construction de prisons ont un réel « effet d'éviction sur les autres dépenses »<sup>322</sup>, à commencer par accroître les effectifs des SPIP. A titre d'illustration, 1 300 postes ont été prévus pour 2019 au sein de l'Administration pénitentiaire. Or, uniquement 400 concernent les SPIP, contre 524 postes de surveillants pénitentiaires, 70 emplois dans les équipes locales de sécurité pénitentiaire et 39 pour renforcer le service de renseignement de l'Administration pénitentiaire<sup>323</sup>. Ces postes *a priori* supplémentaires, ne font qu'accompagner l'augmentation du nombre de détenus, corrélativement à la construction de nouveaux établissements pénitentiaires. Or, le nombre de postes créés pour les CPIP n'a pas permis jusqu'à présent de pallier les carences constatées de la faiblesse du nombre de ces agents au vu de la quantité de détenus suivis<sup>324</sup>.

C'est ainsi qu'à l'aune de l'augmentation de la population carcérale, des tensions au sein des SPIP au vu du nombre insuffisant de CPIP se font ressentir. En effet, on décompte seulement 3 000 CPIP sur le territoire français<sup>325</sup> (soit environ 1 CPIP pour 80 à 120 détenus ce qui rend impossible tout suivi personnalisé, pourtant essentiel à une réinsertion réussie). La prise en charge des détenus pour leur réinsertion n'est donc guère optimale et risque d'accroître considérablement le nombre de « sorties sèches » (sortie définitive d'un détenu mais sans aucune garantie de bénéficier et d'obtenir un toit et un travail)<sup>326</sup>. Ainsi, les détenus sortants ne sont guère préparés à cette libération et se retrouvent souvent livrés à eux-mêmes. « *Trop*

---

<sup>319</sup> Ministère de la justice, chiffres clefs de 2018, op.cit.

<sup>320</sup> CNCDH, 2017, op.cit, p. 35.

<sup>321</sup> CNCDH, 2017, op.cit, p.36.

<sup>322</sup> M. Jouannot, « *Prendre au sérieux la réinsertion* », Revue du MAUSS, no 40, 2012, p. 220.

<sup>323</sup> CESE, 2019, op.cit, p.75.

<sup>324</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>325</sup> <https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020].

<sup>326</sup> M. Jouannot, op.cit, p.218.

souvent, au moment de la levée d'écrou, les sortants de prison se retrouvent dehors avec la liste des hébergements, quelques tickets de métro et de restaurant »<sup>327</sup>. Seule une minorité des SPIP établissent des coopérations sérieuses et fortes avec divers établissements post incarcération (CSAPA, Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - CHRS...).

Notons que l'insuffisance des CPIP est couplée à celle des surveillants pénitentiaires. Or, par exemple, une extraction programmée pour que le détenu aille à son rendez-vous avec le CPIP peut ne pas avoir lieu du fait d'un manque de surveillants (ceux-ci peuvent être trop occupés par exemple). Ce constat met donc en avant la méconnaissance de droits fondamentaux, puisque la réinsertion du détenu est compromise car mal préparée<sup>328</sup>. En effet, sans coordination efficace entre les SPIP, le JAP et les structures associatives d'accueil, aucune sortie ne peut être appréhendée sereinement<sup>329</sup>.

Par ailleurs, comme cela a été explicité dans les missions des SPIP, ces derniers ont la double mission de réinsertion et de probation. Or, selon Jean-Baptiste Selleret, un ancien éducateur spécialisé auprès des usagers de substances illicites à la maison d'arrêt de Nanterre dans les Hauts-de-Seine, la mission de probation des SPIP tend à prendre le pas sur celle de réinsertion. Il souligne également le faible effectif des CPIP (sept entre 2004 et 2008) pour 2 000 détenus<sup>330</sup>. Cette question de la prévalence de la mission de probation sur celle de réinsertion s'avère inquiétante. Ces deux missions étaient initialement d'importance égale mais la question récurrente de la prévention de la récidive amène les CPIP à se consacrer davantage sur la « *dangerosité* » de chaque détenu<sup>331</sup>.

---

<sup>327</sup> Interview de Marie Cretenot de l'OIP, sur le lien suivant : <https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020].

<sup>328</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 74.

<sup>329</sup> CESE, 2019, op.cit, p.75.

<sup>330</sup> <https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020].

<sup>331</sup> M. Jouannot, op.cit, p. 219.

c) *Une aggravation de l'exclusion après la sortie et un taux de récidive important : le résultat d'une inadaptation de la préparation à la réinsertion*

(1) Une aggravation de l'exclusion des sortants de prison : une incarcération désocialisante, corrélée à la vision de la population française d'une prison punitive

Selon le CCNE : « *Quand la mission de réinsertion est défailante, la sortie de prison devient un facteur de vulnérabilité. Le fait de se retrouver dehors sans repère, sans formation, sans accompagnement médical et social est source d'exclusion, de désinsertion et de récidive* »<sup>332</sup>. La réinsertion doit s'établir en lien avec l'intérieur et l'extérieur de la prison (famille, associations d'accueil, les institutions de réinsertion, les travailleurs sociaux...). Une préparation insuffisante à la réinsertion peut aboutir à des cas d'exclusion graves. Par exemple, ce qui est arrivé à cette ancienne détenue est particulièrement parlant en matière de réinsertion mal préparée : « *Le 1 février 2003, une jeune femme cubaine enceinte de quatre mois et demi a attendu toute la nuit sous la neige, couchée sur un banc à côté du local d'accueil des familles devant la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis dans l'Essonne. Elle avait été libérée en fin de soirée après quatorze jours d'incarcération. Aucune disposition n'avait été prise pour son hébergement. Selon la procédure en vigueur dans cette prison pour les libérations survenant après 22 heures, elle avait bénéficié gratuitement du trajet en taxi jusqu'à la porte d'Orléans. Paniquée de se retrouver à la rue alors qu'il neige, qu'elle ne parle pas un mot de français et que son passeport ne lui a pas été rendu, elle avait réussi à convaincre le chauffeur du taxi de la ramener à Fleury-Mérogis [dans l'Essonne, dans Ile-de-France], pensant pouvoir réintégrer la prison pour y passer la nuit. Devant le refus opposé par les surveillants, la jeune femme a donc dormi dehors sur un banc* »<sup>333</sup>.

Ajoutons également que 60% des détenus sont libérés sans aucun emploi ; 25% disposent de moins de quinze euros à leur libération : cette situation de précarité aggravée aboutit à la récurrence de la récidive<sup>334</sup>. Par ailleurs, les ex-détenus sont stigmatisés et voient leurs perspectives de réinsertion réduites puisque leur casier judiciaire retrace leur passé infractionnel. A seul titre d'exemple, ils ne peuvent exercer au sein de la fonction publique.

---

<sup>332</sup> CCNE, avis no 94, op.cit, p. 37.

<sup>333</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>334</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

L'OIP estime que l'Administration pénitentiaire ne met pas tout en œuvre pour aider au mieux les détenus à se réinsérer ; cela pourrait déjà passer par faire en sorte que le travail proposé aux détenus soit valorisable à l'extérieur et qu'ils puissent en tirer des compétences et une expérience. En effet, aujourd'hui, le travail proposé ne sert aucunement de passerelle vers l'extérieur et ne permet l'acquisition d'aucune compétence<sup>335</sup>. Par ailleurs, les détenus travaillant ne peuvent pas participer aux stages de groupe organisés par les conseillers Pôle Emploi au sein de l'établissement ni bénéficier d'un aménagement d'horaires<sup>336</sup>.

Or, comme cela a été expliqué, l'Administration pénitentiaire ne se fixe pas comme mission prioritaire la réinsertion des détenus. C'est ainsi qu'un détenu raconte : « *Ce n'est un secret pour personne, la prison ne remplit pas son rôle de réinsertion des détenus. A quoi peut servir une peine si elle entraîne la récidive ? Je ne crois pas qu'elle puisse être utile en retirant la personne condamnée de la société. Nous ne lui sommes d'aucune utilité. En prison, nous ne le sommes que pour des entreprises qui nous exploitent et nous détournent du travail par des salaires misérables. On ne nous laisse rien faire pour la société, à part lui coûter de l'argent. Contrairement à ce que pense la plupart des gens, il y a beaucoup de talents au sein de la population pénale, des talents inexploités. Alors qu'ils pourraient être employés, par des associations par exemple, de manière à rendre service, à être utiles à la société et reconnus par elle, au lieu d'être enfermés dans une sorte de décharge de mauvais éléments. Je suis depuis sept ans en prison. Je vais bientôt sortir et j'ai peur de toutes ces responsabilités de la vie en dehors que je n'ai plus depuis des années. Le rapport avec les autres n'est pas le même dans cette microsociété qu'est la prison, avec ses propres lois : celle de la détention, celles entre détenus. Peur du regard des autres et de ma réaction face à cela. Peur de ne pas pouvoir assurer un vrai travail. J'ai beaucoup de choses à réapprendre. Ce qu'il y a de grave avec la prison, c'est qu'on s'adapte à elle avec le temps. Les prisons devraient ressembler à l'extérieur et permettre de payer sa dette en étant utile* »<sup>337</sup>.

Ce constat est corrélatif de la vision des Français qui, pour 50% (contre 18% en 2000) sont d'avis que les détenus sont trop bien traités. 40% uniquement sont favorables à une augmentation du budget pour les établissements pénitentiaires (contre 68% en 2000). 45% seulement pensent que la prison doit également préparer à la réinsertion des détenus (contre

---

<sup>335</sup><https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020].

<sup>336</sup><https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020].

<sup>337</sup><http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

72% en 2000)<sup>338</sup>. De ce fait, le CESE se joint à la Fondation Jean Jaurès (ayant enquêté sur la peine en prison<sup>339</sup>) quant au constat suivant : « *le soutien de l'opinion à une forme de statu quo s'enracine moins dans l'ignorance des réalités carcérales que dans une conception très sévère et punitive du rôle de la prison* »<sup>340</sup>.

De ce fait, pour chaque détenu, la prison est intrinsèquement désocialisante, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

## EFFETS DÉSOCIALISANTS



Source : Comité économique, social et environnemental (CESE), avis, « *La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et de toutes* », novembre 2019, p. 119.

### (2) Un taux de récidive important dû à une impréparation à la sortie de prison

En 2017, 61% des hommes incarcérés à une peine d'emprisonnement ferme récidivent dans les cinq ans suivant leur sortie<sup>341</sup>. En avril 2014, 32% des ex-détenus ont été condamnés dans l'année suivant leur libération et 60% ont été de nouveau condamnés dans les cinq ans<sup>342</sup>. Ce constat est aggravé lorsqu'il s'agit de jeunes ex-détenus (moins de 26 ans), qui ont un risque accru de récidiver<sup>343</sup> (v. annexe 12).

De tels taux se comprennent à l'aune du manque de préparation à la sortie, puisque 80% des détenus sont libérés en « sortie sèche », c'est-à-dire sans aucun accompagnement et sont livrés

<sup>338</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 15.

<sup>339</sup> Fondation Jean Jaurès, Journée d'Étude « *Prison et Peine : droit, sujet, politique* », 25 janvier 2019.

<sup>340</sup> CESE, 2019, op.cit, p.15.

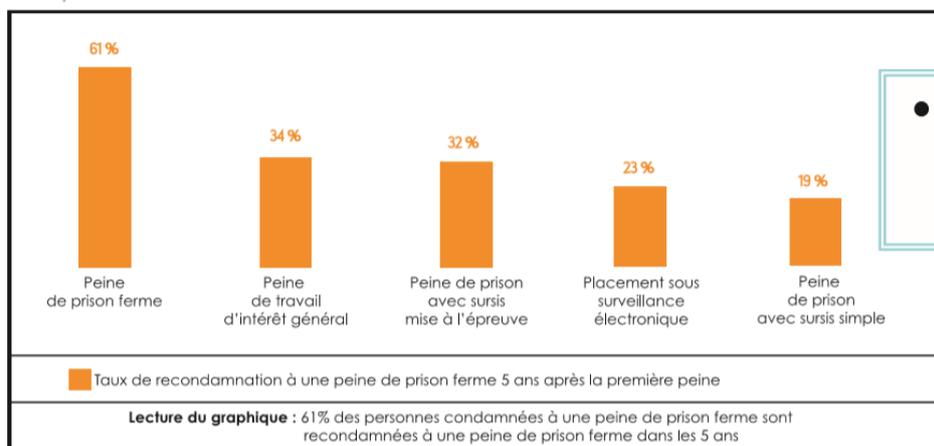
<sup>341</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 21.

<sup>342</sup> Ministère de la Justice, Infostat Justice no 127, avril 2014, p.1.

<sup>343</sup> <https://www.institutmontaigne.org/initiatives/sortir-de-prison-integrer-lentreprise> [visité le 18 février 2020].

à eux-mêmes<sup>344</sup>. Ainsi, le taux de récidive d'un ex-détenu libéré en « sortie sèche » est de 63%, contre 34% après un travail d'intérêt général (TIG)<sup>345</sup>.

#### LA RÉCIDIVE EN FONCTION DES DIFFÉRENTES PEINES



● La récidive - entendue comme le taux de recondamnation - est toujours moindre après des sanctions non carcérales

Source : La Récidive des premiers placés sous surveillance électronique, Cahiers d'études pénitentiaire et criminologique n°33, mars 2010 ; Sanctions alternatives à l'emprisonnement et "récidive", DAP, 2006

Dans la même logique, une hausse de la récidive pour les personnes ayant purgé de courtes peines a augmenté de 22% entre 2013 et 2017, contre 14% pour des personnes ayant été condamnées à de longues peines sur la même période. Subséquemment, une hausse du recours à la peine de prison ne fait guère diminuer la récidive, du fait de divers dysfonctionnements (sorties sèches, environnement pathogène en prison, accompagnement et aide insuffisants pendant la peine et après la sortie...)<sup>346</sup>.

La hausse du recours à l'emprisonnement ne fait pas diminuer la récidive puisque les personnes ayant purgé des peines ont été immergées dans un environnement intrinsèquement pathogène. Selon une étude publiée en 2013 dans la Revue « *Nature* » par l'Université de Berkeley<sup>347</sup>, le recours à l'emprisonnement n'est guère dissuasif de la commission d'une infraction voire d'une récidive. En effet, lorsqu'une personne intègre le milieu carcéral, les risques de désocialisation, de subir ou de commettre des violences sont amplement accrus et il sera difficile de sortir de ce cercle vicieux. Cela se traduit par le concept de « *suradaptation paradoxale* », soit « *plus on est exclu, plus on est adapté à l'exclusion* »<sup>348</sup>. *A contrario*, plus un détenu est adapté à la prison, moins il sera adapté au monde extérieur. Par ailleurs, notons que certains détenus ne seront pas « réinsérés » mais « insérés », dans la mesure où une grande

<sup>344</sup> CESE, 2019, op.cit, p.37.

<sup>345</sup> CESE, 2019, op.cit, p.21.

<sup>346</sup> CESE, 2019, op.cit, p.21.

<sup>347</sup> Le Monde, « Une étude scientifique remet en cause l'intérêt de la prison dans la prévention des violences », 13 mai 2019.

<sup>348</sup> Institut Montaigne, colloque 3 et 11 mai 2011, op.cit, p. 19.

partie des personnes détenues aujourd'hui n'étaient pas insérées avant d'être incarcérées (diverses carences, addictions, chômage, problèmes psychosociaux...) <sup>349</sup>.

(3) Le maintien des liens familiaux, pierre angulaire de la réinsertion : le manque d'unités de visite familiale (UVF) et de parloirs familiaux (PF)

La prison ne doit pas couper tout lien avec l'extérieur, *a fortiori* la famille, qui est un point d'accroche vital avec l'environnement en dehors de l'établissement carcéral. La famille est également le lien privilégié par l'ex-détenu à sa sortie pour se réinsérer.

C'est à ce titre qu'existent les unités de vie familiale (UVF). Il s'agit d'appartements situés au sein de l'établissement carcéral mais en dehors de la zone de détention. Ainsi, le détenu peut avoir la visite de ses proches, en toute intimité et en dehors de la surveillance des agents pénitentiaires pour une durée entre 6 heures et 72 heures (art. 36 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009) – à ne pas confondre avec le parloir (ou salon) familial (PF), qui permet au détenu de recevoir ses proches pendant maximum 6 heures sur une journée ; tout comme les UVF, les PF permettent au détenu et à ses proches de ne pas être sous la surveillance continue des agents pénitentiaires (art. R. 57-8-13 du CPP). Les PF et UVF ont été consacrés par l'article 36 de la loi de 2009 précitée et nécessitent, pour leur accès, un permis de visite.

Rappelons que la notion de « proches » est entendu *lato sensu* : il peut s'agir de la famille proche ou éloignée (ascendants, descendants, conjoint pacsé, concubin...), mais également du cercle amical <sup>350</sup>.

L'écueil est que ce système, notamment celui des UVF, *a contrario* des pays frontaliers et du Canada où il connaît un franc succès, ne se développe que difficilement en France. « *La raison en est l'incompréhension et le désaveu d'une société qui ne parvient pas à supporter l'idée que l'on puisse reconforter une personne vouée à la souffrance et à toutes les formes de privation* » <sup>351</sup>. A titre d'exemple, au 23 juillet 2019, 170 UVF étaient instituées dans 52 établissements pénitentiaires, et 124 parloirs familiaux dans 33 de ces établissements

---

<sup>349</sup> <http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020].

<sup>350</sup> Note du 4 décembre 2014 relative aux modalités d'accès et de fonctionnement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux, NOR JUSK1440060N.

<sup>351</sup> CCNE, avis no 94, op.cit, p. 40.

pénitentiaires sur 185 établissements ce qui est faible et rompt l'égalité de traitement des détenus entre eux.

Le CGLPL regrette notamment que les établissements pénitentiaires ne soient pas systématiquement dotés d'une UVF mais aussi que celles-ci sont trop sous-utilisées du fait de procédures administratives pour leur occupation par le détenu et ses proches<sup>352</sup>.



<sup>352</sup> CGLPL, rapport 2015, op.cit, p. 157.

Nous pouvons constater, à l'aune de cette carte, que certains territoires sont totalement dénués d'UVF ou de PF, à l'instar de l'Est de la Bourgogne Franche-Comté ou encore l'Ouest de la Bretagne.

d) *La surpopulation, frein majeur à la préparation pour la réinsertion et facteur de désocialisation*

Tout d'abord, la surpopulation est un réel obstacle à la réinsertion en ce sens qu'elle empêche la bonne prise en charge individuelle des détenus par les intervenants (notamment les CPIP) – dont le nombre reste quasiment le même pour des raisons budgétaires alors que la population carcérale croît considérablement<sup>353</sup>. En conséquence, les délais de traitement des demandes sont considérablement rallongés, *a contrario* des entretiens avec les détenus qui sont raccourcis afin de pouvoir recevoir chaque demandeur en entretien. La régularité et l'individualisation du suivi desdits détenus seront donc impactées par cette surpopulation<sup>354</sup>.

De plus, le CGLPL souligne que la surpopulation a un impact en cascade, puisqu'elle impacte jusqu'aux liens familiaux, étant donné les difficultés d'accès aux parloirs ou encore à une UVF ou un PF. La surpopulation accroît davantage encore les difficultés de visite des personnes extérieures<sup>355</sup>. Elle renforce aussi l'exclusion et la désocialisation des détenus. Le rapport Urvoas de 2016 résumait ainsi : « *Au sein des établissements surpeuplés, les conflits sont violents, requièrent plus de temps pour tenter de les désamorcer et les procédures disciplinaires se révèlent plus nombreuses. Ce contexte pèse très directement sur le projet et la capacité de réinsertion de la personne détenue, sur ses facultés de réadaptation sociale après des conditions porteuses d'une réelle désocialisation. Ainsi, la surpopulation carcérale entrave grandement l'objectif de réinsertion. De fait, la prévention de la récidive ne peut que pâtir de cette situation* »<sup>356</sup>.

Cette surpopulation est également la conséquence d'une frilosité des magistrats à prononcer des aménagements de peine. Cela est souvent dû à des manques d'adaptation des structures, des manques de places, l'insuffisance actuelle des quartiers de semi-liberté et l'insuffisance des postes de TIG. Ainsi : « *le développement des alternatives à l'incarcération et des*

---

<sup>353</sup> CGLPL, rapport de 2018, op.cit, p. 27.

<sup>354</sup> CGLPL, rapport de 2018, op.cit, p. 27.

<sup>355</sup> CGLPL, rapport de 2018, op.cit, p. 22.

<sup>356</sup> J-J. Urvoas, « *Rapport sur l'encellulement individuel - En finir avec la surpopulation carcérale* », 20 septembre 2016, p. 8.

*aménagements de peine ne pourra se faire sans la mise en adéquation des moyens humains et matériels avec l'objectif recherché »<sup>357</sup>.*

## **2. Les peines alternatives à la détention, vecteurs d'une meilleure réinsertion mais souffrant de divers freins : l'exemple du travail d'intérêt général (TIG)**

Notons que les peines alternatives à la détention (TIG et le suivi socio-judiciaire) sont différentes des aménagements peine (placement sous surveillance électronique, les permissions de sortie, le placement à l'extérieur, libération conditionnelle) qui ne seront pas abordés dans ce sujet de mémoire. Le TIG offre une vraie optique et facilitation de réinsertion mais est sous-exploité en ce que la société civile est également impliquée.

### *a) La pertinence et l'utilité des peines alternatives à la détention*

Le bénéfice premier des alternatives à la détention est l'accompagnement des personnes détenues, ce qui permet de diminuer le nombre de récidives puisque ces alternatives évitent les « sorties sèches ». Il s'agit de mesures en milieu ouvert (c'est-à-dire en dehors des murs de la prison). Ces mesures alternatives à la détention peuvent être pré-sentencielles, c'est-à-dire prononcées par le magistrat avant que la personne soit condamnée à une peine par la juridiction de jugement lors de l'audience, ou bien encore post sentencielles, donc elles interviennent après le jugement d'incarcération<sup>358</sup>. C'est à ce titre que l'article 132-57 du CP dispose que « *pour un délit de droit commun* » entraînant une « *peine d'emprisonnement ferme de six mois au plus* », le JAP peut décider que le condamné accomplisse : « *pour une durée de vingt à deux cent quatre-vingts heures, un travail d'intérêt général non rémunéré au profit soit d'une personne morale de droit public, soit d'une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public ou d'une association habilitées à mettre en œuvre des travaux d'intérêt général* ».

---

<sup>357</sup> CGLPL, rapport de 2018, op.cit, p. 46.

<sup>358</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 28.

b) *L'exemple du TIG et de l'Agence du TIG : une facilitation de l'insertion professionnelle ultérieure*

Le TIG est un travail qui n'est pas rémunéré et qui peut être prononcé à l'égard de toute personne condamnée à partir de 16 ans et qui donne son accord et pour le compte d'une collectivité, d'un établissement public ou encore d'une personne morale de droit privé mais chargée d'une mission de service public. Il peut être prononcé par le JAP pour des délits punis d'une durée d'emprisonnement inférieure à six mois et certaines contraventions de cinquième classe, comme peine principale ou bien complémentaire voire parfois au sein d'un sursis probatoire (la personne ne purge pas de peine d'emprisonnement mais en échange, exécute un TIG). Il est prononcé par le tribunal correctionnel, de police ou pour enfants<sup>359</sup>. La durée du TIG dépendra de la gravité de l'infraction commise : 20 à 120 heures s'il s'agit d'une contravention et de 20 à 400 heures si l'acte infractionnel était un délit<sup>360</sup>.

L'intérêt du TIG est de diminuer la récidive grâce à la réinsertion socio-professionnelle<sup>361</sup>. Le TIG est donc réellement efficace et a fait ses preuves : c'est dans ce cadre qu'a été créée en 2018 l'Agence du TIG et de l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice<sup>362</sup>. Son but premier est de développer le TIG, la formation professionnelle, le travail et l'insertion professionnelle et par l'activité économique des personnes placées sous main de justice. Cette création découle de deux réalités : le TIG n'est que peu prononcé au regard du nombre de personnes placées sous main de justice et pouvant en bénéficier. « *Cette situation s'explique en particulier par un manque de structures susceptibles d'accueillir des personnes en exécution de TIG dans certains territoires* »<sup>363</sup>. D'un autre côté, comme cela a été précédemment expliqué, l'offre d'emploi en milieu carcéral n'a fait que diminuer jusqu'à aujourd'hui (passant de 46,2% en 2000 à moins de 28% de nos jours)<sup>364</sup>. Au regard de ce constat, l'agence va inciter au développement du TIG et le travail des personnes placées sous main de justice, via la mobilisation de divers acteurs (publics, associations, entreprises

---

<sup>359</sup> Ministère de la Justice, « *Agence du travail d'intérêt général et de l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice* », novembre 2018, p. 7.

<sup>360</sup> Ministère de la Justice, novembre 2018, op.cit, p. 7.

<sup>361</sup> CESE, 2019, op. cit, p. 33.

<sup>362</sup> Décret n° 2018-1098 du 7 décembre 2018 portant création d'un service à compétence nationale dénommé « Agence du travail d'intérêt général et de l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice », NOR JUSK1831104D, JORF n°0285 du 9 décembre 2018, art. 1.

<sup>363</sup> Ministère de la justice, novembre 2018, op.cit, p. 2.

<sup>364</sup> Ministère de la justice, novembre 2018, op.cit, p. 2.

privées...)<sup>365</sup>. L'agence travaillera sous la forme d'un partenariat avec ses partenaires et positionnera ses délégués œuvrant pour le TIG auprès de ces partenaires, des structures d'accueil et des détenus – à ce titre, des délégués de l'agence sont présents au sein même des SPIP<sup>366</sup>. L'agence a aussi pour mission de développer et d'approfondir les partenariats établis par le ministère de la Justice en 2016 avec plusieurs accords nationaux destinés à lutter contre la récidive et œuvrer pour la prévention et la sortie de la délinquance. Les partenariats visés sont des viviers potentiels d'un grand nombre d'emplois pour les détenus, à savoir la SNCF, ENEDIS ou encore l'Union des Transports Publics et Ferroviaires (UTP)<sup>367</sup>.

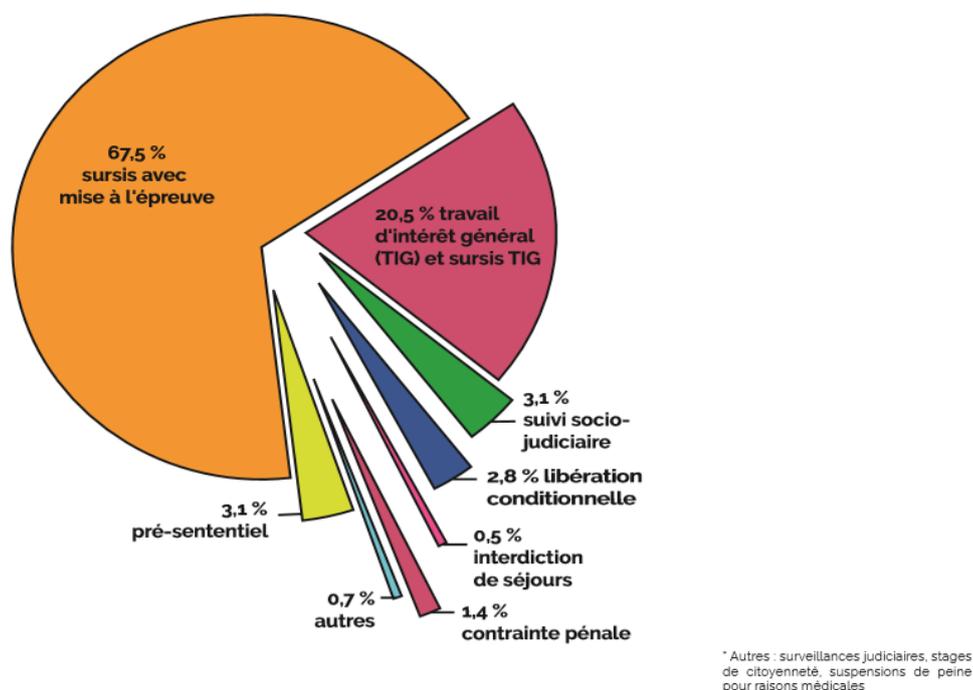
c) *Les écueils et freins à la décision de TIG par le juge*

Trop peu de peines alternatives à la détention sont prononcées aujourd'hui. En effet, entre le 30 juin 2018 et le 30 juillet 2019, le nombre de TIG a baissé de 0,9 %<sup>368</sup>.

**183 895** mesures sont suivies par les SPIP en milieu ouvert.

Répartition des mesures suivies en milieu ouvert

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018



Source : Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), « *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire* », 2018.

<sup>365</sup> Ministère de la justice, novembre 2018, op.cit, p. 2.

<sup>366</sup> Ministère de la justice, novembre 2018, op.cit, p. 3.

<sup>367</sup> Ministère de la justice, novembre 2018, op.cit, p. 4.

<sup>368</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 126.

Ainsi, les décisions des JAP ne sont que peu orientées vers le TIG ; cela s'explique notamment parce que les juges n'y sont pas assez formés et sensibilisés lors de leur formation à l'Ecole Nationale de la Magistrature<sup>369</sup>. Le CESE, dans son avis de 2019, évoque même : « un niveau d'acculturation insuffisant des professionnels et professionnelles de justice »<sup>370</sup>. Par ailleurs, plusieurs juges sont réticents à prononcer une mesure de TIG par crainte qu'elle ne soit pas exécutée car 23% des peines de TIG ne sont pas suivies<sup>371</sup>.

Le CESE souligne, dans la même optique, que les mesures de TIG sont peu prononcées du fait d'un réel manque de moyens pour les peines alternatives à la détention (mais aussi aux aménagements de peine). En effet, le CESE, dans son rapport de 2019, constate un manque de structures accueillant les personnes condamnées à un TIG<sup>372</sup>.

Outre cela, tout comme pour les offres de travail en détention, les employeurs potentiels sont encore trop réticents et frileux à l'idée d'accueillir des personnes placées sous main de justice pour un TIG, de peur d'entacher leur réputation ou de nuire à leur image. Cela traduit une mauvaise connaissance des TIG dans la mesure où les personnes concernées par ces mesures n'auront jamais commis des crimes de sang mais des infractions dont la gravité est limitée<sup>373</sup>.

Notons que les peines alternatives à la détention et les aménagements de peine permettent également d'éviter la désocialisation vécue en prison mais aussi favoriser la réinsertion des détenus.

Ce mémoire ne peut porter sur toutes ces mesures, mais l'annexe 13 permet de comprendre l'ampleur de leur sous-exploitation et ce, à tort.

---

<sup>369</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 29.

<sup>370</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 29.

<sup>371</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 126.

<sup>372</sup> CESE, 2019, op.cit, p.126.

<sup>373</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 33.

### **3. Les aides financières étatiques comme aide à la réinsertion et les diverses collaborations orientant le détenu vers un hébergement**

#### *a) L'aide étatique au travers d'aides financières*

Il est très compliqué pour un détenu de parvenir à se réinsérer après une incarcération, surtout quand sa réinsertion a été peu préparée. Ainsi, des aides financières sont essentielles pour l'aider à lutter contre sa précarité.

#### *(1) Le Revenu de Solidarité Active (RSA)*

Ainsi, l'Etat soutient les ex-détenus via plusieurs aides financières, à commencer par le revenu de solidarité active (RSA), qui complète les revenus jugés faibles d'une personne afin de lui garantir un revenu minimal. Ce RSA est alloué à chaque ex-détenu qui le percevait préalablement à son entrée en prison (et qui le percevait encore jusqu'à 60 jours après son entrée en détention, art. R. 262-45 al. 1er du Code de l'Action Sociale et des Familles, CASF) ; il sera de nouveau accordé à l'ex-détenu dans le mois de sa libération<sup>374</sup> (article R. 262-45 al. 3 du CASF). Notons que pour un détenu qui ne bénéficiait pas du RSA préalablement devra s'inscrire auprès de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) qui déterminera s'il peut le toucher.

#### *(2) L'allocation temporaire d'attente (ATA)*

Bien qu'il soit impossible aujourd'hui de déposer une demande d'allocation temporaire d'attente (ATA) en vertu du décret n° 2015-1364 du 28 octobre 2015 (mais a cessé d'être octroyée à partir du 1er septembre 2017), le bénéficiaire de cette allocation pourra tout de même continuer à la percevoir.

L'ATA est perçue par un ex-détenu ayant purgé une peine de prison supérieure ou égale à deux mois mais ne pouvant toucher le RSA ou encore d'autres minimas sociaux. Soulignons que l'ATA peut aussi être perçue par des ex-détenus ayant bénéficié d'aménagement de peine.

Cette allocation fait le lien entre la sortie de prison et la réinsertion de la personne. Néanmoins, l'ATA ne peut être perçue au-delà de la durée réglementaire, soit douze mois non

---

<sup>374</sup><http://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/accident-de-vie-precarite/problemes-d-emploi/les-aides-de-la-caf-en-cas-d-incarceration> [visité le 29 février 2020].

renouvelables. L'allocation est réévaluée annuellement par décret : ainsi, au 1er avril 2019, le montant de l'ATA était de 11,79 euros par jour<sup>375</sup>.

Pour percevoir l'ATA, il convient d'être inscrit au Pôle Emploi puisqu'il s'agit d'une aide versée par celui-ci. Ainsi, outre être inscrit sur la liste de demandeurs d'emploi, l'octroi de l'ATA dépend aussi de conditions de ressources.

b) *Aider à bénéficier d'un logement : l'aide de structures spécifiques et la collaboration entre l'Etat et divers acteurs*

(1) L'aide de structures spécialisées fournissant un hébergement temporaire aux sortants de prison

L'accès à un logement des sortants de prison (ayant purgé leur peine ou bien bénéficiant d'un aménagement de peine ou d'une peine alternative à la prison) est une condition *sine qua non* de leur réinsertion dans la société. La situation des sortants de prison est souvent très préoccupante, puisqu'entre 2015 et 2017, 16% des personnes libérées n'avaient qu'une solution précaire en matière d'hébergement et de logement et 6% n'en avaient aucune (et donc étaient généralement à la rue)<sup>376</sup>. La question de l'hébergement et *a fortiori* du logement est vitale puisqu'il s'agit de la première étape de la réinsertion du détenu et de ses démarches individuelles et administratives pour bénéficier de soins et trouver un travail. « *Le passage par des structures d'accueil peut être nécessaire pour retrouver de l'autonomie après l'exécution de la peine* »<sup>377</sup>.

Les principales structures d'hébergement des ex-détenus à leur sortie de prison sont les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), qui fournissent un toit au détenu après leur sortie. Les CHRS peuvent accueillir tout type de public, ou bien être spécialisés dans un public en particulier, à l'instar d'ex-détenus.

Une autre structure hébergeant les personnes sortant de prison est le Centre de Soins, d'Accompagnement, et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ATRE (pour Accueil Temporaire pour la REinsertion) à Lille. Le but de cette structure est d'accueillir d'anciens détenus, de les aider à mettre en œuvre le projet d'insertion qu'ils avaient préparé en prison mais également de les aider dans leur projet de soins du fait de leur addiction. L'ATRE est donc

---

<sup>375</sup><https://www.pole-emploi.fr/candidat/mes-droits-aux-aides-et-allocation/aides-financieres-et-autres-allo/autres-allocation/lallocation-temporaire-dattente.html> [visité le 11 février 2020].

<sup>376</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 66.

<sup>377</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 66.

une réelle passerelle entre la prison et l'extérieur, en leur fournissant un accompagnement sur-mesure : mise à jour des droits sociaux, continuité des soins, orienter les ex-détenus vers des structures adaptées pour les soutenir dans leur projet<sup>378</sup>.

(2) L'aide à la recherche d'un logement : la collaboration entre les SPIP et le SIAO et les aides soutenant les personnes sortant de prison

Il existe une collaboration essentielle pour les personnes sortant de prison entre les SPIP et le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO). Celui-ci a été institué à la suite de la stratégie nationale de la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées (2009-2012). Le SIAO n'est pas une structure d'accueil mais aide à l'orientation des personnes sans-abri ou en détresse (ce qui peut être le cas des ex-détenus) vers un logement et, si besoin est, avec un accompagnement social<sup>379</sup>. Le SIAO a donc une vision toujours réactualisée du parc de logements de transition (logement avec une visée uniquement temporaire). Il s'agit donc d'un acteur incontournable de l'accès au logement et disposant d'un large réseau et de nombreuse collaboration (acteurs locaux en matière d'hébergement et de logement, collectivités territoriales...) et notamment les SPIP.

Ainsi, l'article L. 345-2-7 du CASF dispose que : « *Lorsqu'elles bénéficient d'un financement de l'Etat, les personnes morales assurant un hébergement [...] et les organismes bénéficiant de l'aide pour loger à titre temporaire des personnes défavorisées et les associations agréées [...]: 1° Mettent à disposition du service intégré d'accueil et d'orientation leurs places d'hébergement et l'informent de toutes les places vacantes ou susceptibles de l'être ; 2° Mettent en œuvre les propositions d'orientation du service intégré d'accueil et d'orientation [...] et, le cas échéant, motivent le refus d'une admission. Les personnes morales assurant un hébergement peuvent admettre, en urgence, les personnes en situation de détresse médicale, psychique ou sociale sous réserve d'en informer le service intégré d'accueil et d'orientation* ».

Dans la même optique, l'article L. 345-2-8 du CASF dispose ainsi que : « *Lorsqu'ils bénéficient d'un financement de l'Etat, les organismes qui exercent des activités d'intermédiation et de gestion locative sociale [...] les logements-foyers mentionnés à [...] et les résidences hôtelières à vocation sociale [...] accueillant les personnes ou familles mentionnées au premier alinéa de l'article L. 345-2-4 du présent code : 1° Informent le service*

---

<sup>378</sup> <http://www.atre-csapalille.fr/> [visité le 27 avril 2020].

<sup>379</sup> <https://www.union-habitat.org/sites/default/files/articles/documents/2018-03/fiche%20technique%20SIAO%202010.pdf> [visité le 27 avril 2020].

*intégré d'accueil et d'orientation des logements vacants ou susceptibles de l'être ; 2° Examinent les propositions d'orientation du service intégré d'accueil et d'orientation et les mettent en œuvre selon les procédures qui leur sont propres ».*

Plus spécifiquement quant aux SPIP, la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové, dite loi ALUR, du 24 mars 2014<sup>380</sup>, en son article 30, dispose clairement que le SIAO peut passer des conventions avec les SPIP. Le but est donc d'aider à la fluidité de traitement des demandes de logement des personnes sortant de prison. Ainsi, les SPIP doivent adresser les demandes d'hébergement ou de logement adapté aux SIAO.

De plus, la collaboration entre les SPIP et le SIAO a été davantage approfondie dans la circulaire du 13 mai 2016<sup>381</sup> et apporte notamment le concept de coordination interdépartementale : le but est que la demande d'hébergement et de logement des sortants de prison ne pèse pas seulement sur les départements où sont implantés les établissements pénitentiaires – *a fortiori* ceux pouvant accueillir un grand nombre de détenus.

Notons aussi que la question des sortants de prison a été récemment réétudiée avec le « *plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans abris* » (2018-2022). En effet, son axe 13 « *Prévenir les ruptures résidentielles des personnes sortants d'institutions ou victimes de violence* », développe le point 48 suivant : « *Assurer l'accès des personnes détenues [...] aux établissements sociaux et médico-sociaux adaptés à la prise en charge de pathologie (handicap, troubles psychiatriques, perte d'autonomie...) par la sensibilisation des établissements à l'accueil de ces publics et la mise en relation des SPIP [...] avec ces établissements* ».

Pour ce qui est des aides financières, le sortant de prison doit se rendre à la CAF afin de bénéficier des allocations logement : aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement sociale (ALS) et l'Allocation de logement familiale (ALF), qui sont des sommes perçues destinées à alléger le montant du loyer à payer<sup>382</sup>. Les sortants de prison peuvent aussi tenter d'obtenir le Fonds de Solidarité Logement (FSL), qui pourra leur permettre soit d'acquérir un nouveau logement en les soulageant quant au dépôt de garantie, au premier loyer

---

<sup>380</sup> Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (1), NOR ETLX1313501L, JORF n°0072 du 26 mars 2014.

<sup>381</sup> Circulaire interministérielle DGCS/DIHAL/DAP/2016/151 du 13 mai 2016 relative à la coordination entre les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sortant de détention ou faisant l'objet d'un placement à l'extérieur, NOR AFSA1612869J.

<sup>382</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12006> [visité le 27 avril 2020].

à payer, aux frais d'agence, au paiement des factures d'électricité, du gaz... Le FSL est donc, tout comme les autres allocations logement, un bon soutien pour les sortants de prison, par définition souvent précaires<sup>383</sup>.

Ne pouvant traiter dans ce mémoire de toutes les aides sociales possiblement accordées aux ex-détenus, l'annexe 14 permet de récapituler ces différentes aides.

***c) Les freins juridiques à l'accès au travail d'un ex-détenu : l'interdiction des droits civiques, civils et de famille et le casier judiciaire***

Il est très délicat pour un ex-détenu de se réinsérer professionnellement, dans la mesure où le travail en prison n'est plus obligatoire en prison depuis 1987 et les tâches proposées ne sont pas valorisables à l'extérieur.

Un ex-détenu sera alors confronté à moult obstacles dans sa recherche d'emploi, à commencer par l'interdiction des droits civiques, civils et de famille à l'article 131-26 du Code pénal, portant sur : « 1° Le droit de vote ; 2° L'éligibilité ; 3° Le droit d'exercer une fonction juridictionnelle ou d'être expert devant une juridiction, de représenter ou d'assister une partie devant la justice ; 4° Le droit de témoigner en justice autrement que pour y faire de simples déclarations ; 5° Le droit d'être tuteur ou curateur ; cette interdiction n'exclut pas le droit, après avis conforme du juge des tutelles, le conseil de famille entendu, d'être tuteur ou curateur de ses propres enfants. L'interdiction des droits civiques, civils et de famille ne peut excéder une durée de dix ans en cas de condamnation pour crime et une durée de cinq ans en cas de condamnation pour délit. La juridiction peut prononcer l'interdiction de tout ou partie de ces droits. L'interdiction du droit de vote ou l'inéligibilité prononcées en application du présent article emportent interdiction ou incapacité d'exercer une fonction publique ».

Ainsi, le passage en prison continue d'affecter la personne même après sa sortie quant à sa réinsertion socioprofessionnelle, notamment en ce qui concerne l'accès à la fonction publique, se faire élire... L'article 5 de la loi du 13 juillet 1984 dispose que le bulletin n°2 du casier judiciaire (recensant la plupart des décisions et condamnations de justice) doit être compatible avec l'exercice des fonctions. De même, dans le secteur privé, certains employeurs peuvent exiger la production du bulletin n° 3 (condamnations les plus graves à l'instar des crimes et délits). Au vu de ces deux mesures paralysantes pour l'ex-détenu, l'Etat a mis en place le

---

<sup>383</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1334> [visité le 27 avril 2020].

système de la non-inscription au casier judiciaire (ou effacement de lui-ci de manière anticipée), qui consiste à ce que la personne concernée fasse, avant le prononcé de sa peine, une requête auprès du juge afin que les déchéances, les interdictions ou incapacités ne figurent pas sur son casier judiciaire (bulletins n°2, emportant effacement du bulletin n°3). Le magistrat décidera s'il accepte ou non la demande. La non-inscription de telles mesures au casier judiciaire aide fortement à la réinsertion. Ce système de non inscription figure à l'article 775-1 du CPP.

Notons aussi que le casier judiciaire s'apure de manière automatique et en fonction d'une durée propre aux infractions commises. Cet apurement peut être plus ou moins long et donc plus ou moins handicapant pour l'ex-détenu en réinsertion. Par exemple, l'effacement du casier n°1 entraîne l'apurement des n°2 et 3.

#### **4. L'aide essentielle d'associations à la réinsertion des sortants de prison et le rôle crucial de la « transversalité »**

##### *a) Les différentes associations et leur rôle aidant à la réinsertion, de la détention à la libération*

Les associations jouent un rôle crucial dans la réinsertion des détenus. Ainsi, en vertu de l'article 3 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 précitée : *« le service public pénitentiaire est assuré par l'administration pénitentiaire sous l'autorité du garde des sceaux, ministre de la justice, avec le concours des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales, des associations et d'autres personnes publiques ou privées »*.

C'est à ce titre que l'administration pénitentiaire a développé, à l'heure actuelle, 24 partenariats avec des associations, afin que tous les SPIP puissent bénéficier d'un réseau facilitant la réinsertion des personnes sortant de prison, mais également afin que les détenus puissent bénéficier de l'action des bénévoles. A titre d'exemple, l'Administration pénitentiaire a conclu un partenariat avec : les Alcooliques Anonymes afin d'informer, de prévenir et de soutenir les personnes sous main de justice et sorties de prison ayant des problèmes avec l'alcool. Un partenariat existe également avec la Croix-Rouge Française, qui intervient en milieu fermé ou ouvert, et aide les détenus et ex-détenus, en les accompagnant dans leur lutte contre l'illettrisme, l'indigence, dispense des formations aux premiers secours<sup>384</sup>...

---

<sup>384</sup><http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/reseau-partenarial-de-lap-12014.html> [visité le 29 avril 2019].

Subséquemment, les missions des associations aidant les personnes placées sous main de justice et les sortants de prison sont multiples : les écouter, leur apporter une aide administrative, éducative (enseignement, lutte contre l'illettrisme...), les aider à chercher un emploi, lutter contre toutes forme de discrimination... Certaines associations vont également aider à la réinsertion de l'ex-détenu en l'aidant à maintenir ses liens familiaux (car le cercle familial est le premier ancrage à l'extérieur de la personne sous main de justice). C'est le cas de l'UFRAMA (Union des Fédérations Régionales des Maisons d'Accueil des Familles et des Proches des Personnes Incarcérées), qui crée un réseau afin de favoriser les échanges, les expériences entre les maisons d'accueil de familles ayant un proche incarcéré. Elle met également en place des colloques axés sur le maintien des liens familiaux. L'association a également créé des livrets pédagogiques destinés aux enfants et/ou aux proches de détenus, intitulés « *Tim et le mystère de la patte bleue* » et « *Avoir un parent en prison* »<sup>385</sup>.

Dans cette optique, chaque association partenaire de l'Administration pénitentiaire cadre va définir avec celle-ci une convention cadre ou un accord cadre précisant ses missions. Dans le préambule de ceux-ci, il est précisé que : « [...] *l'administration pénitentiaire* [...] *avec le concours* [...] *des associations* [...] *veillent à ce que les personnes condamnées accèdent aux droits et dispositifs de droit commun de nature à faciliter leur insertion ou leur réinsertion* [...] ».

Chaque association dispose d'un siège dont le ressort est territorial. Toutefois, chaque association a un fonctionnement déconcentré, d'où une action plus locale et centrée sur certains territoires<sup>386</sup>.

Les centres pénitentiaires peuvent également établir d'autres partenariats avec des associations qui ne sont pas présentes à l'échelle nationale, mais qui proposent une réelle aide en matière de préparation à la réinsertion. A titre d'exemple, Emmaüs Mundo a créé un chantier d'insertion dans le centre de détention d'Oermingen, permettant à dix détenus en fin de peine d'apprendre à travailler le bois, afin qu'ils puissent préparer leur sortie et leur réinsertion par le travail en menuiserie et ébénisterie<sup>387</sup>. L'association Code Phenix permet aux détenus de devenir des développeurs web en neuf mois, domaine en plein expansion (130 000 postes

---

<sup>385</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/reseau-partenarial-de-lap-12014.html> [visité le 29 avril 2019].

<sup>386</sup> <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/reseau-partenarial-de-lap-12014.html> [visité le 29 avril 2019].

<sup>387</sup> <https://www.ilot.asso.fr/s-informer/analyses/repenser-travail-prison/> [visité le 12 avril 2020].

vacants en 2020)<sup>388</sup>. L'association, après la libération de la personne formée, l'accompagnera jusqu'à un nouvel emploi auprès d'entreprises sensibilisées. Notons que les détenus formés auront un réel bagage professionnel, puisque l'association leur propose de travailler sur de réels projets web depuis leur lieu d'incarcération.

L'accompagnement post-carcéral par des associations permet de faire diminuer la récidive et aide à la réinsertion, qu'elle soit sociale ou professionnelle. Selon le CCNE : *« Donner toute son importance, dès avant la sortie de prison, à l'accompagnement social en lien avec des associations et institutions de soutien ou de réinsertion. La brutalité ou la soudaineté d'une sortie non préparée met en péril l'autonomie et la santé de la personne. Une libération mal préparée peut ainsi devenir une source d'exclusion, de désinsertion, d'aggravation d'une maladie somatique ou mentale. Il est donc important qu'elle soit bien préparée, et que l'on accorde toute son importance au rôle essentiel des travailleurs sociaux »*<sup>389</sup>.

b) *La transversalité, essentielle à la réinsertion : l'exemple du SPIP de Paris avec le « plateau technique »*

La transversalité en matière de réinsertion signifie faire appel à des acteurs d'horizons divers et nouer des liens avec eux. Le maître-mot de la transversalité est la suppression des ruptures, des inégalités et des discriminations, pour que chacun ait sa chance dans la société actuelle.

C'est ce que le SPIP de Paris a développé avec son « plateau technique », dont le but est de permettre aux détenus de rencontrer, en un unique lieu, divers acteurs de leur future réinsertion, sociale et/ou professionnelle<sup>390</sup>.

Au titre des acteurs intervenant dans le cadre du plateau technique, le SPIP a signé des partenariats avec la CAF (afin d'ouvrir ou mettre à jour les droits aux prestations sociales) ; la CPAM (quant aux droits à l'assurance maladie ou à l'aide médicale d'Etat). Des associations sont également partenaires du SPIP et interviennent dans divers domaines, à commencer par l'élaboration et l'accompagnement du détenu dans son projet professionnel (à l'instar de

---

<sup>388</sup> <https://codephenix.fr/> [visité le 29 avril 2020].

<sup>389</sup> CCNE, avis no 94, op.cit, p. 44.

<sup>390</sup> CESE, 2019, op.cit, p. 71-72.

l'Association Solidarité et Jalons pour le travail). Il peut également s'agir d'associations mettant en relation les détenus avec des entreprises, ou bien encore les aidant à préparer des entretiens...

D'autres structures participent à ce plateau technique, à l'instar du SIAO de Paris et de la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement de Paris, qui interviennent pour aider et orienter les détenus, à leur sortie, vers des centres d'hébergements (CHRS, CSAPA...).

Bien que ces initiatives soient très bénéfiques pour les détenus et ex-détenus, il est également possible de souligner l'hétérogénéité de chaque région, voire département, vis-à-vis de telles mesures d'aide à la réinsertion.

## CONCLUSION

---

L'accès aux soins des détenus et leur réinsertion ont fait l'objet de nombreuses réformes réglementaires et législatives. La prise en charge médicale s'est affinée et spécialisée depuis la loi de 1994, qui a impulsé une nouvelle dynamique d'accès aux soins pour les détenus, à l'instar de la création des UHSI et UHSA. Les différents niveaux de prise en charge, notamment avec le niveau « local » (USMP, SMPR notamment) ont le potentiel de répondre de manière optimale aux besoins des personnes détenues.

La réinsertion a également fait l'objet de fortes réaffirmations, notamment avec une grande diversification d'acteurs intervenant dans ce domaine spécifique. La diversité des intervenants constitue l'atout majeur d'une réinsertion réussie (tant au niveau social, professionnel que familial). Divers dispositifs tentent de maintenir les liens familiaux, à l'instar des UVF et PF. Les SPIP jouent également un rôle fondamental en tant que réelle passerelle entre la prison et l'extérieur, notamment avec ses moult de collaborations (SIAO, CHRS, associations spécifiques...).

Nonobstant ce constat, l'accès aux soins des détenus et leur réinsertion sont amplement perfectibles puisqu'ils sont relégués au second plan par l'Administration pénitentiaire, bien plus axée sur les exigences de sécurité et l'amendement du détenu.

Ce constat fait également écho à la vision que la société française a de la prison, à savoir un lieu d'amendement et de repentance uniquement. Certes, un établissement pénitentiaire amende le détenu, mais doit aussi lui offrir les moyens pour ce faire, en commençant par lui prodiguer les soins dont il a besoin, mais également en lui promettant un nouveau départ grâce à sa réinsertion.

L'accès aux soins et la réinsertion des détenus souffrent tous deux de dysfonctionnements du système pénitentiaire, à commencer par la surpopulation carcérale, qui empêche d'un côté un accès aux soins correct des détenus et de l'autre une préparation correcte à la réinsertion. Cet état de fait est corrélé à un autre écueil, à savoir l'organisation entre intervenants. Qu'il s'agisse de l'extraction d'un détenu pour ses soins ou pour sa rencontre avec le CPIP, l'agent pénitentiaire est essentiel, mais est bien souvent débordé au vu du nombre de détenus toujours croissant. De même, les transports spécialisés pour emmener les détenus à l'hôpital par exemple sont extrêmement limités et rendent davantage compliquée la prise en

charge médicale des détenus. Pour ce qui est de la réinsertion, celle-ci souffre du manque de coordination entre les SPIP et les acteurs extérieurs, les CPIP étant bien souvent débordés par le nombre de détenus à épauler pour la préparation de leur sortie. Les dispositifs ayant fait leur preuve en tant que passerelle entre le monde carcéral et l'extérieur, à savoir les aménagements de peine et les peines alternatives à la prison à l'instar du TIG qui a été largement abordé dans ce mémoire, ne sont que trop peu exploités par les magistrats et ce, à tort. De plus, le travail en prison pourrait permettre aux détenus d'acquérir des compétences et être une plus-value à arguer lors de leur sortie, durant un entretien d'embauche. Or, la faiblesse des offres de travail combinée à l'absence de contrat de travail, précarisant encore plus les détenus effectuant des tâches sans aucun sens ne les aidera guère à se réinsérer.

Les nouvelles structures de prise en charge médicale et sanitaire, ainsi que les nouveaux partenariats pour la réinsertion ne suffiront guère face aux problèmes structurels et le manque de moyens auxquels est confrontée, depuis bien longtemps l'Administration pénitentiaire. Certes, il est souvent annoncé que celle-ci dispose d'un budget de plus en plus conséquent, mais le choix est fait d'investir dans de nouvelles places de prison, laissant de côté l'hygiène, un accès aux soins optimal ainsi que les moyens pour une réinsertion optimale.

De ce fait, des efforts sont bien à souligner en la matière, mais ils n'apporteront jamais les résultats escomptés sans une réforme en profondeur du système carcéral et de moyens bien plus importants et adaptés aux missions incombant aux structures carcérales.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### RAPPORTS

CEMKA-EVAL, A. Duburcq et al., « *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral - Etude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire)* », décembre 2004, p.22.

CIRAP/ENAP, « *UHSI de Toulouse - Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles* », H. Bazex et al., décembre 2009, p.5-16-24-25-31-37-39-48-49-59-61-62-63-64-65-69.

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), *rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France*, du 15 au 27 novembre 2015, p. 42-45-46.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), « *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale Approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de liberté* », 2018, p.14-22-27.

CGLPL, « *Rapport d'activité 2018* », 27 mars 2019, p. 6-7.

CGLPL, « *Rapport d'activité 2016* », 29 janvier 2017, p.18.

CGLPL, « *Rapport d'activité 2015* », 27 janvier 2016, p.1-17-25-26-68-157.

CGLPL, « *Rapport de visite : UHSA de Lyon, deuxième visite* », 2016, p.31.

CGLPL, « *Rapport de visite : UHSA de Seclin (Nord)* », 2014, p.21-69-70-74.

CGLPL, « *Rapport de visite : USHI de Bordeaux, deuxième visite* », 2015, p.22-23-24-31-33-34-42-44.

CGLPL, « *Rapport de visite : UHSI Pitié-Salpêtrière* », 2014, p.14-15-17-26-27-37.

CGLPL, « *Rapport de visite : UHSI de Toulouse* », 2011, p.9-10.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), M. Coldefy, « *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux* », no 181, 1<sup>er</sup> juillet 2002, p.3-4.

IGAS, IGJ, V. Delbos, A. Danel, S. Durand-Mouysset, J. Emmanuelli, F. Schechter, « *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche* », décembre 2018, p.4-5-6-13-14-15-19-26-27-34-41-47-48-49-50-54-60-61-64-70-73-75.

Inspection générale des affaires sociales, Inspection Générale de la Justice (IGAS, IGJ), Annexes, « *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche* », décembre 2018, p.14-26.

IGAS, T. Fatome, M. Vernerey, F. Lalande, B. Froment, M. Valdes-Boulouque, « *L'organisation des soins aux détenus. Rapport d'évaluation, Rapport Inspection générale des services judiciaires* », juin 2001, p.15-28.

Institut de Veille Sanitaire (InVS), A-E. Develay, C. Verdot and al., « *Dispositif de surveillance de la santé des personnes détenues. Synthèse des connaissances et recommandations* », p.3, 2015.

InVS, « *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger* », 2014, p.3-30-32-65-66.

J-J. Urvoas, « *Rapport sur l'encellulement individuel - En finir avec la surpopulation carcérale* », 20 septembre 2016, p. 8.

Médecins du Monde, Direction des Opérations France de Médecins du Monde et l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, « *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du Monde en France* », 2017, p. 78-79-80.

Ministère de la Justice, Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), « *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire* », 2018.

Ministère de la Justice, DAP, « *Bilan annuel de l'enseignement en milieu pénitentiaire, année 2017-2018* », 2019, p. 5-12-14-24-34-35.

Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, « *Stratégie santé de personnes placées sous mains de justice* », avril 2017, p. 5-16.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau régional de l'Europe, S. Enggist, L. Møller, G. Galea, C. Udesen, « *Prison and Health* », p.91-152.

Observatoire International des Prisons (OIP), « *Le travail en prison, en France, en 2020* », 2020, p.1-2-3-4.

Sénat, A. Lefèvre, « *rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les dépenses pour la santé des personnes détenues* », no 682, juillet 2017, p. 24-34-35-40-50-51-54-56-59-64-65-68-70.

Sénat, L. Cohen, C. Giudicelli, B. Micouleau, « *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées* », no 612, juillet 2017, p.8-13-16-29-31-46-47-49-66-69.

Sénat, Rapport d'information no 330 du Sénateur Paul Loridant « *Les prisons : le travail à la peine* », juin 2002.

## AVIS

Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE), Avis no 94, « *La santé et la médecine en prison* », 26 octobre 2006, p.24-27-37-38-39-40-44.

Comité économique, social et environnemental (CESE), avis, « *La réinsertion des personnes détenues : l’affaire de tous et de toutes* », novembre 2019, p. 14-15-16-21-22-26-28-29-33-37-38-39-55-56-58-66-70-71-72-75-116-119-126.

CESE, avis, « *Les conditions de la réinsertion socioprofessionnelle des détenus en France* », 2006, p. 45-58.

Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme (CNCDH), « *La question pénitentiaire dans les Outre-Mer* », 18 mai 2017, p. 26-35-36.

CGLPL, « *Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux* », 22 novembre 2019, disponible sur le site suivant :

<https://www.cglpl.fr/2019/avis-relatif-a-la-prise-en-charge-des-personnes-detenu-es-atteintes-de-troubles-mentaux/> [visité le 9 février 2020]

Défenseur des droits, décision MDS-2014-107, 9 janvier 2015, p.18, 19.

## TEXTES OFFICIELS

Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l’accueil des personnes incarcérées, NOR MESH0022669A, JORF no 201.

Circulaire interministérielle DGCS/DIHAL/DAP/2016/151 du 13 mai 2016 relative à la coordination entre les services intégrés d’accueil et d’orientation (SIAO) et les services pénitentiaires d’insertion et de probation (SPIP), pour l’hébergement et l’accès au logement des personnes sortant de détention ou faisant l’objet d’un placement à l’extérieur, NOR AFSA1612869J.

Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l’ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), NOR ETSH1107932C.

Circulaire AP 2004-07 CAB du 18 novembre 2004 relative à l’organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l’objet d’une consultation médicale, Bulletin officiel du ministère de la justice n° 2004/96.

Circulaire JUSE0040058C du 21 juillet 2000 relative à la généralisation du projet d’exécution de peine aux établissements pour peine.

Déclaration Universelle des Droits de l’Homme (DUDH), adoptée le 10 décembre 1943.

Décret n° 2018-1098 du 7 décembre 2018 portant création d’un service à compétence nationale dénommé « Agence du travail d’intérêt général et de l’insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice », NOR JUSK1831104D, JORF n°0285 du 9 décembre 2018.

Instruction interministérielle DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, p.55-271-321.

Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice (1) NOR JUST1806695L, JORF n°0071 du 24 mars 2019.

Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (1), NOR MTRX1808061L, JORF n°0205 du 6 septembre 2018.

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (MNSS), NOR AFSX1418355L, JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (1), NOR ETLX1313501L, JORF n°0072 du 26 mars 2014.

Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale (1), NOR ETSX1400015L.

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1), JORF n°0228 du 1 octobre 2013 NOR AFSX1317654L.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, NOR ETSX1117295L, JORF n°0155 du 6 juillet 2011.

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire (1), NOR JUSX0814219L, JORF n°0273 du 25 novembre 2009.

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, NOR JUSX0200117L.

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (1), NOR SPSX9300136L.

Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, NOR JUSX8700042L.

Loi n° 83-466 portant abrogation ou révision de certaines dispositions de la loi n° 81-82 du 2 février 1981 et complétant certaines dispositions du code pénal et du code de procédure pénale.

Note du 4 décembre 2014 relative aux modalités d'accès et de fonctionnement des unités de vie familiale et des parloirs familiaux, NOR JUSK1440060N.

## CONVENTION

Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 26 novembre 1987.

## JURISPRUDENCE

### *Européenne*

- CEDH, Duval c. France, 26 mai 2011, requête no 19868/08.
- CEDH, Cocaign c. France, 3 novembre 2011, requête no 32010/07.
- CEDH, Sławomir Musiał c. Pologne, 20 janvier 2009, requête no 28300/06.
- CEDH, Rivière c. France, 11 juillet 2006, requête no 33834/03.
- CEDH, Mouisel c. France, 14 novembre 2002, requête no 67263/01.

### *Interne*

- CE, Planchenault, 14 décembre 2007, no 290420, Publié au recueil Lebon.
- CE, 10<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> sous-sections réunies, 15 octobre 2007, no 281131, Inédit au recueil Lebon.
- Cons. Const. 15 septembre 2015, QPC, no 2015-485.
- Cons. Const., 14 juin 2013, M. T et A, QPC, no 2013-320/321.
- TC, 14 octobre 2013, no C3918, publié au recueil Lebon.

## ARTICLES DE REVUE

- D. De Labrouhe et al., « *Hospitalisation en unité hospitalière spécialement aménagée : enquête de satisfaction auprès des patients* », Revue d'épidémiologie et de santé publique, août 2017.
- E. Farges, « *Penser la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994* », Raisons politiques, janvier 2007, no 25, pages 101-105-108-109.
- H. Hedhili-Azéma, « *La réforme d'administration pénitentiaire Amor de mai 1945* », Criminocorpus, septembre 2019, p.1.
- M. Jouannot, « *Prendre au sérieux la réinsertion* », Revue du MAUSS, no 40, 2012, 217-218-219-220
- B. Cassaigne, Revue Projet, printemps 2002.
- L. Ridet, C. Touraut, « *Personnes détenues en fin de vie : expériences individuelles et modalités de prise en charge* », Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, n° 41, septembre 2016, p.7.
- O. Obrecht, « *Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique* », La documentation française, Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003, no 44, p. 44.
- O. Obrecht, « *Des progrès pour la santé en prison* », Revue Projet, no 269, septembre 2002, p. 112-115-116.
- La Revue française des affaires sociales, dossier spécial, no 1, janvier-mars 1997.

## **DOSSIERS ET COMMUNIQUES DE PRESSE**

Ville du Havre, communiqué de presse sur le Projet de Structure d'Accompagnement à la Sortie (SAS), le mardi 9 avril 2019.

Ministère de la Justice, Réponse à la question écrite n° 07250 de M. Rachel Mazuir, JO Sénat du 03 janvier 2019.

Ministère de la Justice, « *Agence du travail d'intérêt général et de l'insertion professionnelle des personnes placées sous main de justice* », novembre 2018, p. 1-2-3-4-7.

Ministère de la Justice, « *La première UHSI à Nancy* », dossier de presse, 16 février 2004.

## **COLLOQUES ET JOURNEES D'ETUDE**

Fondation Jean Jaurès, Journée d'Étude « *Prison et Peine : droit, sujet, politique* », 25 janvier 2019.

Institut Montaigne, « *Sortir de prison, entrer dans l'emploi* », 3 et 11 mai 2011, p.3-7-8-19.

## **RECOMMANDATIONS**

Sidaction, « *Promotion de la santé, VIH et prison* », septembre 2019, édito.

## **ENQUETES**

Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), « *Hépatites B et C en populations spécifiques* », no 14-15, 20 juin 2017, p. 252.

E-Santé Centre-Val de Loire, « *La télémédecine en centre pénitentiaire de multiples avantages* », juillet 2018.

Ministère de la Justice, Infostat Justice no 127, avril 2014, p.1-4-5.

## **ENTRETIEN**

Entretien avec M. Frédéric Grimopont, responsable de l'UHSI de Lille, le 7 février 2020.

## **DIAPORAMA**

ENM, Unités d'hospitalisation spécialement aménagées, 19 septembre 2007, diapositives no 4-13-19-22.

## ARTICLES DE PRESSE

Le Monde, « *Une étude scientifique remet en cause l'intérêt de la prison dans la prévention des violences* », 13 mai 2019.

## VIDEOS

### *Sur les UMD*

UMD de Cadillac en Gironde :

<https://www.bing.com/videos/search?q=unit%c3%a9+pour+malades+difficiles&docid=608001909412004208&mid=2DE4ADFE71288E6B197E2DE4ADFE71288E6B197E&view=detail&FORM=VIRE> [visité le 6 avril 2020]

UMD de Monestier-Merlines en Corrèze :

<https://www.bing.com/videos/search?q=unit%c3%a9+pour+malades+difficiles&&view=detail&mid=01F3C5BC5558D01A92B501F3C5BC5558D01A92B5&rvsmid=2DE4ADFE71288E6B197E2DE4ADFE71288E6B197E&FORM=VDQVAP> [visité le 6 avril 2020]

## SITES INTERNET

<https://www.asso-auxilia.fr/EAD/9-notre-mission> [visité le 15 avril 2019]

<http://www.atre-csapalille.fr/> [visité le 27 avril 2020]

<http://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/accident-de-vie-precarite/problemes-d-emploi/se-reinsérer-après-une-incarcération> [visité le 18 février 2020]

<https://www.coe.int/fr/web/cpt/home> [visité le 18 mars 2020]

<https://criminocorpus.org/fr/reperes/chronologies/peines-et-prisons-en-france-de-lancien-regime-la-restauration/> [visité le 2 mai 2020]

<https://www.droit.fr/definition/1020-detenu/> [visité le 2 mai 2020]

<https://www.enssib.fr/le-dictionnaire/bibliotheques-de-prison> [visité le 15 avril 2020]

<https://www.fondationdefrance.org/fr/après-la-prison-retrouver-sa-place-dans-la-société> [visité le 29 février 2020]

<https://www.gh-paulguiraud.fr/secteurs/unite-pour-malades-difficiles-umd-henri-colin> [visité le 6 avril 2020]

<https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-internationaux/conseil-europe/torture/> [visité le 18 mars 2020]

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1870> [visité le 2 mai 2020]

<https://www.institutmontaigne.org/initiatives/sortir-de-prison-integrer-lentreprise> [visité le 18 février 2020]

<https://www.institutmontaigne.org/publications/travail-en-prison-preparer-vraiment-lapres> [visité le 18 janvier 2020]

<https://www.ilot.asso.fr/s-informer/analyses/repenser-travail-prison/> [visité le 12 avril 2020]

<https://idpc.net/fr/publications/2016/01/regles-minimales-pour-le-traitement-des-detenus-regles-nelson-mandela> [visité le 3 avril 2020]

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rp\\_5-2\\_role\\_spip.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rp_5-2_role_spip.pdf) [visité le 16 février 2020]

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/insertion-et-probation-un-accompagnement-personnalise-20858.html> [visité le 16 février 2020]

<http://www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/4-dap96b.htm> [visité le 15 mars 2020]

<http://www.justice.gouv.fr/la-garde-des-sceaux-10016/une-nouvelle-convention-entre-la-justice-et-leducation-nationale-32704.html> [visité le 15 avril 2020]

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/signature-dune-convention-cadre-avec-le-pole-emploi-25752.html> [visité le 19 avril 2020]

<https://www.labecedaire.fr/2017/12/12/preparation-sortie-innovation/> [visité le 18 avril 2020]

<https://www.lien-social.com/La-prison-et-apres-Pour-que-la-punition-s-arrete-a-la-sortie> [visité le 9 avril 2020]

<https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance/> [visité le 14 mars 2020]

<https://oip.org/analyse/sinscrire-a-pole-emploi-avant-la-sortie-de-prison/> [visité le 19 avril 2020]

<https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/> [visité le 30 mars 2020]

<https://oip.org/communiquereveils-nocturnes-des-detenus-particulierement-signales/> [visité le 28 mars 2020]

<https://oip.org/decrypter/thematiques/acces-aux-soins/> [visité le 6 janvier 2020]

<https://oip.org/decrypter/thematiques/deces-en-detention-et-suicides/> [visité le 19 mars 2020]

<https://oip.org/infographie/travailleurs-detenus-miserables-parmi-les-precaires/> [visité le 9 avril 2020]

<https://www.pole-emploi.fr/candidat/mes-droits-aux-aides-et-allocati/aides-financieres-et-autres-allo/autres-allocations/lallocation-temporaire-dattente.html> [visité le 11 février 2020]

<http://penitenciaire.org/107-uhsi> [6 février 2020]

[http://prison.eu.org/IMG/pdf/la\\_sante\\_en\\_prison.pdf](http://prison.eu.org/IMG/pdf/la_sante_en_prison.pdf) [visité le 8 mars 2020]

<http://prison.eu.org/la-reinsertion-apres-une-vie/> [visité le 9 avril 2020]

<https://www.prison-insider.com/fichepays/prisons-norvege2019> [visité le 3 mai 2020]

<https://sante.fr/les-soins-aux-personnes-detenues> [visité le 14 janvier 2020]

<http://www.senat.fr/rap/a12-154-12/a12-154-128.html> [visité le 6 février 2020]

<https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44913.html> [visité le 20 avril 2020]

[http://www.senat.fr/espace\\_presse/actualites/201707/rapport\\_dinformation\\_sur\\_les\\_unites\\_hospitalieres\\_specialement\\_amenagees\\_uhsa.html](http://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201707/rapport_dinformation_sur_les_unites_hospitalieres_specialement_amenagees_uhsa.html) [visité le 23 mars 2020]

<https://www.senat.fr/questions/base/2005/qSEQ050517554.html> [visité le 14 mars 2020]

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14152> [visité le 16 avril 2020]

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_t03\\_fiche\\_mig\\_usmp\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_t03_fiche_mig_usmp_2019.pdf) [visité le 11 février 2020]

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/les-personnes-detenues> [visité le 11 mars 2020]

<http://www.tantdepeines.fr/les-soins-psychiatriques-smpruhsa/> [visité le 8 janvier 2020]

<https://www.union-habitat.org/sites/default/files/articles/documents/2018-03/fiche%20technique%20SIAO%202010.pdf> [visité le 27 avril 2020].

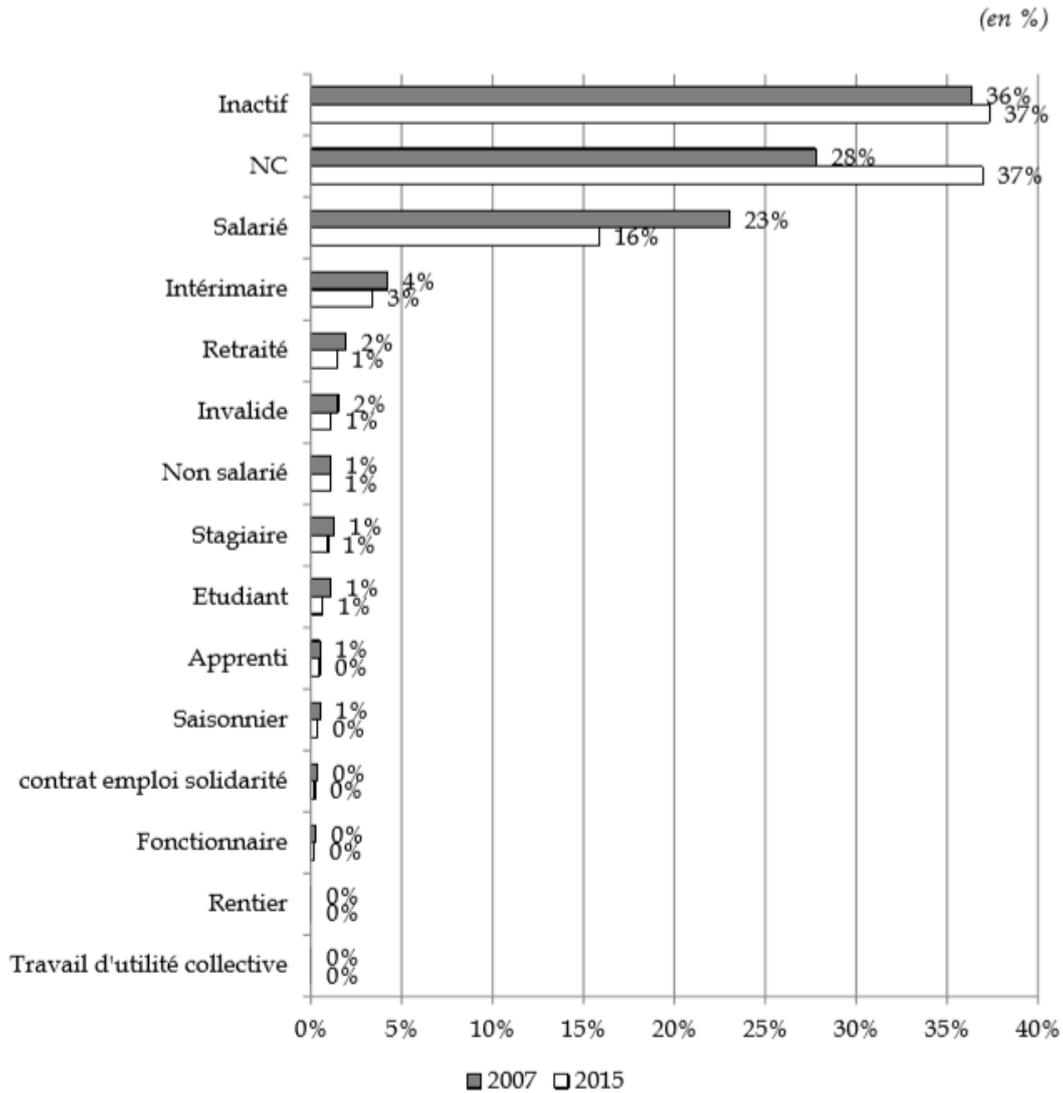
[http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.touraut\\_c&part=231290](http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.touraut_c&part=231290) [visité le 13 avril 2020]

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/269815-prison-spip-la-mission-de-reinsertion-des-detenus> [visité le 14 janvier 2020]

# ANNEXES

## Annexe 1

Fréquence de déclaration à l'écrou du statut à l'emploi pour les personnes détenues au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et 2015



Source : Fichier National des Détenus (DAP/SDME/Me5)

## Annexe 2

### Nombre de décisions de suspensions de peine pour raison médicale depuis 2002

(en nombre)

Année	Décisions	dont		Part d'accords parmi les décisions
		accords	rejets	
2002	25	23	2	92,00%
2003	121	67	54	55,40%
2004	127	73	54	57,50%
2005	83	57	26	68,70%
2006	87	62	25	71,30%
2007	108	83	25	76,90%
2008	83	58	25	69,90%
2009	94	65	29	69,10%
2010	108	90	18	83,30%
2011	89	72	17	80,90%
2012	286	253	33	88,50%
2013	238	207	31	87,00%
<b>Cumul 2002 - 2013</b>	<b>1 449</b>	<b>1 110</b>	<b>339</b>	<b>76,60%</b>

Source : commission des finances du Sénat à partir des données de la DAP

## Annexe 3

### Le parcours de l'hospitalisation du détenu

Consultation médicale d'entrée avec un des 4 médecins généralistes de l'UCSA

Ordonnance d'une consultation avec un médecin spécialiste (qui se déplace sur Muret) si nécessité d'exams complémentaires



Le détenu peut demander à changer de médecin traitant

Le médecin traitant synthétise les informations médicales et les besoins de santé du patient

Entretien entre le détenu et le médecin traitant UCSA de proposition de l'hospitalisation (Informations au détenu sur sa santé, les conditions d'hospitalisation à l'UHSI et demande d'accord du patient).



Le patient peut refuser l'hospitalisation

Le médecin traitant organise l'hospitalisation du détenu sur un délai d'un mois afin de concilier les différentes contraintes de disponibilités médicales et pénitentiaires (extractions, disponibilités du plateau technique Rangueil)

- faxe fiche A + lettre à l'UHSI (demande d'hospitalisation, dates souhaitées, informations médicales)



Réponse UHSI : fiche B (retour motivé de demande d'hospitalisation : accordée, en attente ou refusée) selon contraintes de disponibilité UHSI + plateau technique

- réception par l'UCSA de la fiche B de l'UHSI

- signe certificat de transfert du détenu et établit les besoins en terme de véhicules au Bureau Gestion de Détention (fiche B' : dates souhaitées d'hospitalisation du détenu, sans les informations médicales qui font l'objet du secret médical)



Validation de l'hospitalisation selon disponibilité de l'escorte contrainte à deux par jour  
Possibilité d'organiser l'escorte de plusieurs détenus en une (si respect sécurité, discussion au cas par cas selon profil pénal des détenus)

Entretien entre le détenu et le médecin traitant UCSA de confirmation de l'hospitalisation à J-15 jours.  
Confirmation de disponibilité et de l'accord du patient

Convocation du détenu et de l'escorte à l'UCSA ½ heure avant le départ en présence d'une infirmière

Départ à l'UHSI

Source : CIRAP/ENAP, « UHSI de Toulouse - Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles », H. Bazex et al., décembre 2009.

## Annexe 4

Taux d'occupation : années 2007 à 2011

UHSI	Capacités autorisées	Capacités installées				Taux occupation			
		2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Bordeaux	16	16	16	16	16	73%	73%	67%	83%
Lille	21	20	20	21	21	58%	56%	48%	62%
Lyon	23	23	24	23	23	73%	73%	64%	64%
Marseille	45	17	17	27	27	87%	79%	65%	63%
Nancy	17	17	17	17	17	62%	63%	52%	65%
Paris	25	12	14	20 <sup>33(2)</sup>	25		60%	70%	61%
Rennes	19								
Toulouse	16	16	16	16	16	45%	45%	36%	42%
<b>Ensemble</b>	<b>182</b>	<b>121</b>	<b>124</b>	<b>140</b>	<b>145</b>	<b>62%</b>	<b>65%</b>	<b>56%</b>	<b>63%</b>

Source : DGOS, Rapport d'activité uniformisé des UHSI : mission IGAS/IGSJ, juin 2011 & actualisation bureau des politiques sociales et d'insertion (SDPMJ, DAP).

## Annexe 5

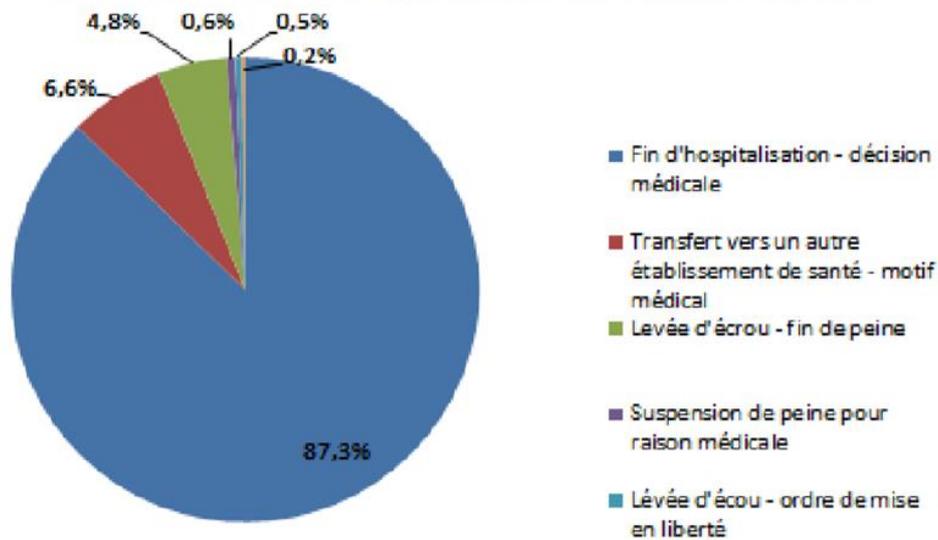
### Taux d'occupation des UHSA en 2014

	Durée moyenne de séjour (en jours)	Taux d'occupation	Nombre d'hospitalisation par lits sur une année
Lille	29.5	79%	9.73
Lyon	63.32	88%	4.35
Nancy	51,44	92%	6.925
Paris	64,34	55%	3.1
Rennes	44	88%	5.8
Toulouse	36	94%	9.3
Orléans	39.6	56%	4.425
total	46.8	79%	6.23

Source : Sénat, L. Cohen, C. Giudicelli, B. Micouneau, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées », no 612, juillet 2017, p.47.

## Annexe 6

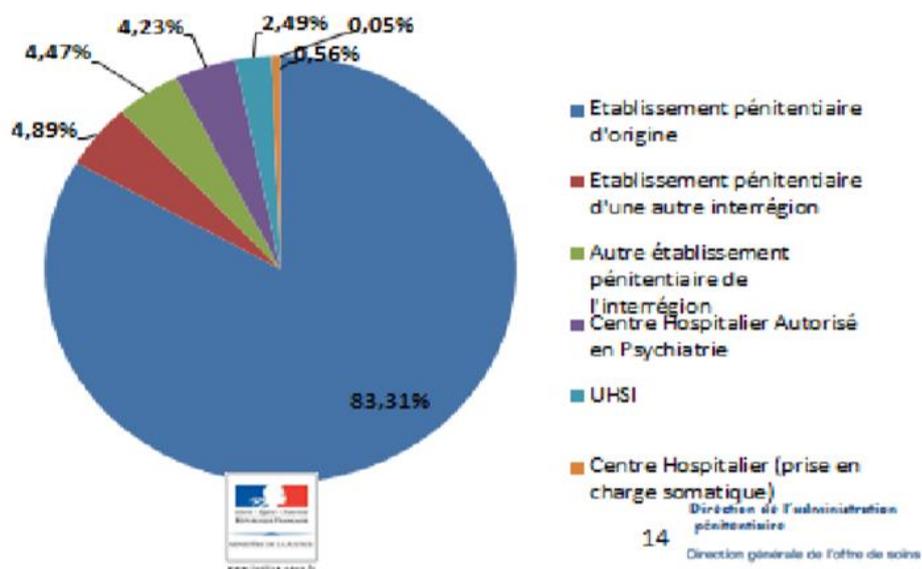
### Motif de sortie dans les UHSA de 2010 à 2014



Source : Sénat, L. Cohen, C. Giudicelli, B. Micouleau, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées », no 612, juillet 2017, p.46.

## Annexe 7

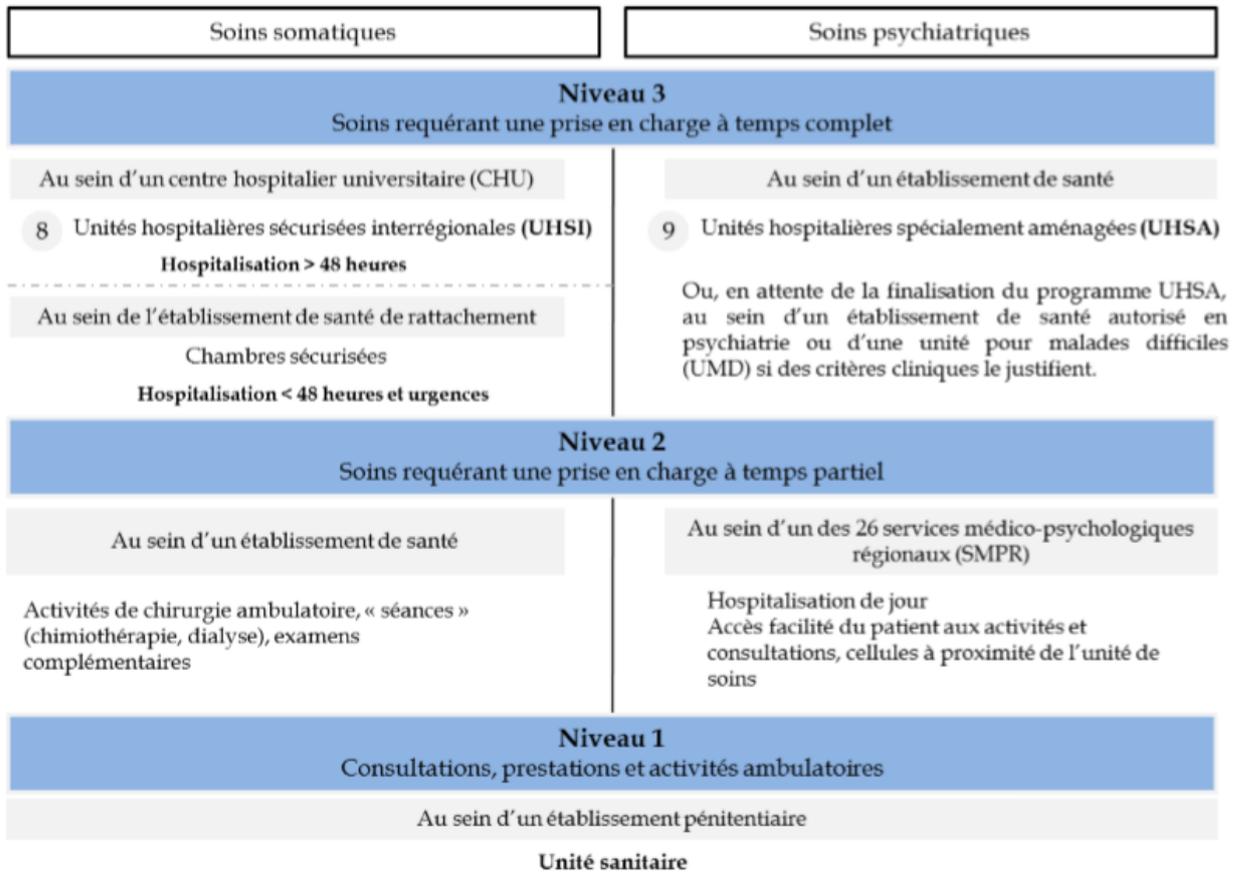
### Destination de sorties des personnes hospitalisées dans les UHSA de 2010 à 2014



Source : Sénat, L. Cohen, C. Giudicelli, B. Micouleau, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées », no 612, juillet 2017, p.46.

## Annexe 8

### Organisation de l'offre de soins à destination des personnes détenues



Source : commission des finances du Sénat

## Annexe 9

### Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des CSL)

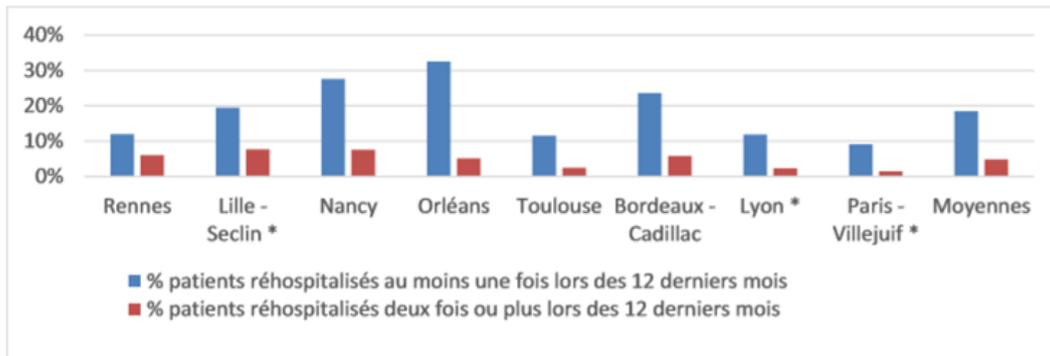
- 26 SMPR
- 8 UHSI
- 9 UHSA



Source : IGAS, IGJ, V. Delbos, A. Danel, S. Durand-Mouysset, J. Emmanuelli, F. Schechter, « *Évaluation de la première tranche des UHSA en vue de la mise en place d'une seconde tranche* », décembre 2018, p.19.

## Annexe 10

**Tableau 6 : Taux de ré-hospitalisation en UHSA en 2017**



Source : Enquête de la mission auprès des UHSA en 2017.

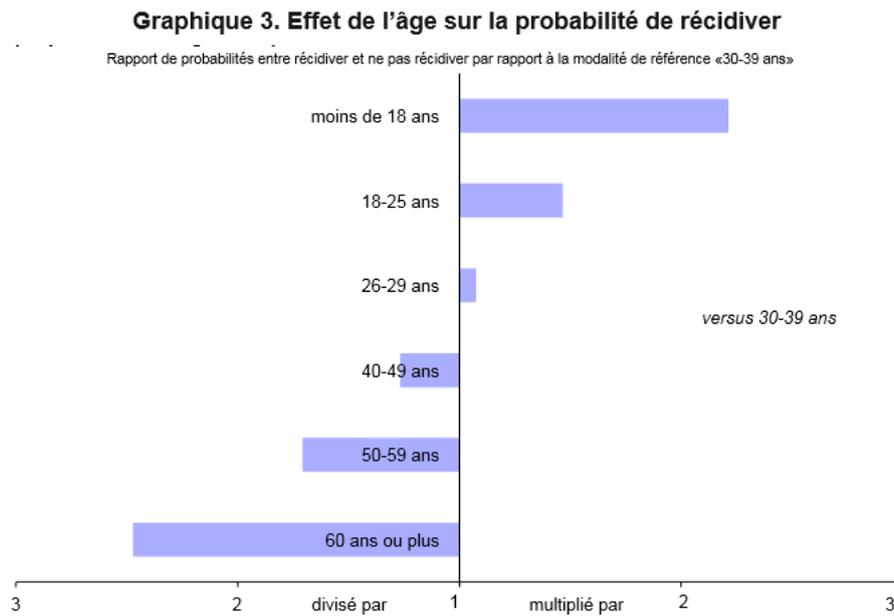
## Annexe 11

**Résultat des évaluations du niveau de français pour les personnes détenues au 1er janvier 2017 et au 1er janvier 2018**

Niveau de français	Estimation 2017	Taux 2017	Estimation 2018	Taux 2018
Non testé	30 960	45,2 %	28 838	41,8 %
Ne comprend pas le français	1 823	2,7 %	2 010	2,9 %
Parle un français rudimentaire	2 336	3,4 %	2 559	3,7 %
Parle français	33 313	48,7 %	35 567	51,6 %
Ensemble	68 432	100 %	68 974	100%

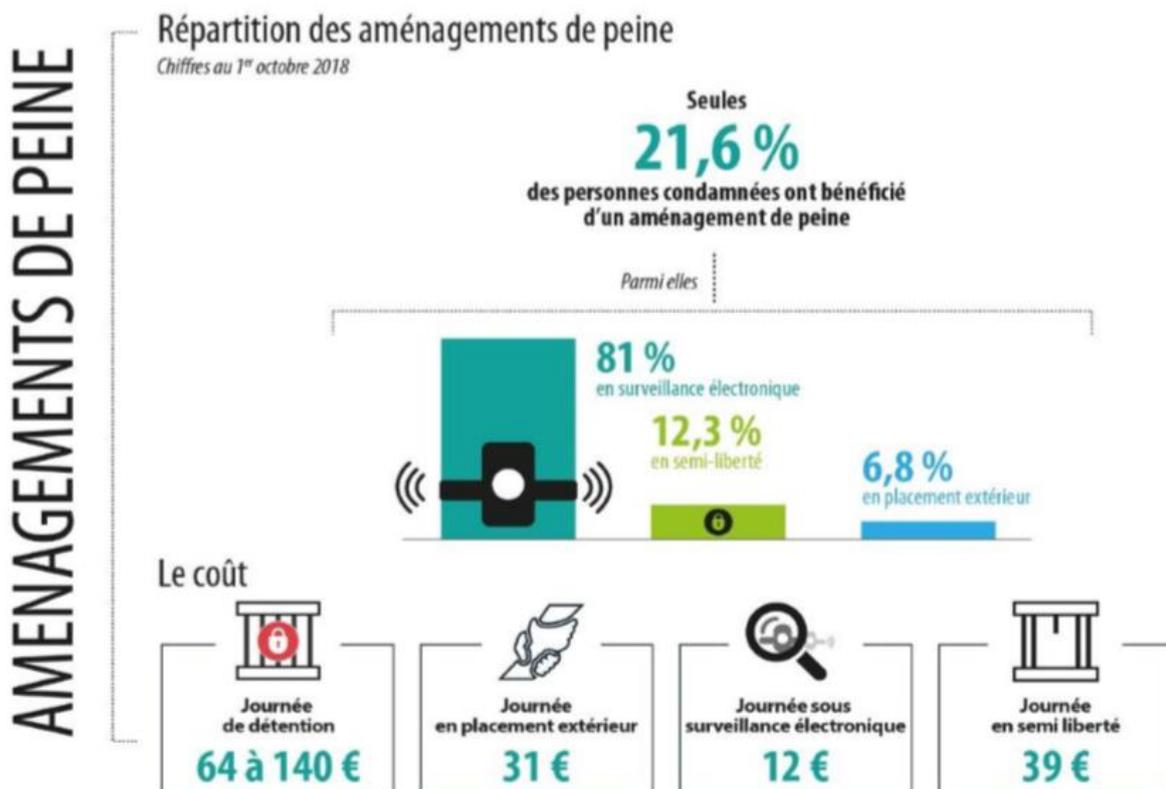
Source : Traitement DAP/SDMe/Me5 à partir des données de l'Infocentre Pénitentiaire

## Annexe 12



Source : Ministère de la Justice, Infostat Justice no 127, avril 2014, p. 4.

## Annexe 13



Source : Comité économique, social et environnemental (CESE), avis, « La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et de toutes », novembre 2019, p. 119.

## N°7 LES PRESTATIONS SOCIALES AUXQUELLES ONT DROIT LES PERSONNES DETENUES

Les prestations sociales auxquelles ont droit les détenus	
Types de prestations	Impact de la détention
RSA	Suspension après 60 jours d'incarcération, radiation des listes de la CAF au bout d'un an.
Allocation adulte handicapé	Diminution de 70 % après 60 jours de détention.
Sécurité sociale	Affiliation de toutes les personnes détenues à l'assurance maladie du régime général de la Sécurité sociale.
Allocation spécifique de solidarité	Suppression après 15 jours d'incarcération.
Allocation de retour à l'emploi	Suspension de l'ARE après 15 jours d'incarcération. La personne incarcérée doit ensuite demander à Pôle emploi la fin de son inscription, au risque sinon de devoir rembourser à la sortie un trop perçu. La radiation des listes de Pôle emploi intervient après trois ans de suspension de l'ARE.
Retraites	Pensions ou retraites assurées en détention.
ASPA	Maintien et ouverture possible du droit en détention.
CAF	Maintien de l'allocation pour une personne seule pendant un an si le loyer continue à être payé. Maintien de l'allocation si le logement est occupé par un conjoint, des enfants ou une personne à charge et si le loyer est payé.

Source : Fondation Abbé Pierre, L'état du mal logement en France 2019