



# **La santé des personnes détenues en milieu carcéral : Quelles différences avec la population générale ?**

Mémoire de CAPON Chloé

Sous la direction de Madame SAISON Johanne, responsable du Master 2 Droit et Politiques  
de santé

Master 2 Droit et Politiques de santé  
Année universitaire 2021-2022

*« Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille »*

## **Remerciements**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mes deux années de Master en Droit et politiques de santé et qui m'ont aidé lors de la rédaction de ce projet qui clôture mon parcours scolaire après de nombreuses années.

Dans un premier temps, je tenais à remercier Mme. SAISON Johanne, responsable du Master 2 Droit et Politiques de santé, pour sa disponibilité, son accompagnement, et ses conseils dans la réalisation de ce projet.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'Université de Lille et les intervenants professionnels pour avoir assuré la partie théorique de ce projet.

Merci à tous les professionnels pour leurs témoignages, mes proches pour leur soutien et leurs encouragements.

## Sommaire

Tables des abréviations.....	page 5
Introduction.....	page 7
Partie I - L'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus et de la population générale.....	page 16
A. Historique de la prise en charge des détenus.....	page 17
B. La prise en charge sanitaire des détenus.....	page 19
C. Le système de soins français.....	page 22
Partie II - Une population carcérale dans un état sanitaire dégradé.....	page 33
A. Les différentes addictions qui persistent en milieu carcéral.....	page 35
B. Les maladies infectieuses.....	page 37
C. Les maladies sexuellement transmissibles.....	page 41
D. Les maladies non transmissibles.....	page 42
Partie III - Des progrès, mais aussi des fossés qui continuent de se creuser concernant la prise en charge des détenus.....	page 43
A. Les enjeux de la prise en charge des détenus en milieu pénitentiaires.....	page 44
B. Les progrès engendrés par la réforme mise en place par la loi du 18 janvier 1994.....	page 48
C. Les limites de la prise en charge sanitaire des détenues en milieu pénitentiaire.....	page 50
Conclusion.....	page 64
Bibliographie.....	page 65
Tables des matières.....	page 77
Annexes.....	page 82

## Table des abréviations

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADSP	Actualité et dossier en santé publique
AME	Aide médicale d'État
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CCST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CMU	Couverture maladie universelle
CPP	Code de procédure pénale
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP	Code de la santé publique
DAF	Donation annuelle de fonctionnement
DREES	Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
EPNSF	Établissement public national de santé à Fresnes
GHT	Groupements hospitaliers de territoires
IGAJ	Inspection générale des affaires judiciaires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAG	Mission d'intérêt général et d'aides à la contractualisation
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PUMA	Protection universelle maladie
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
UHSI	Unités hospitalières sécurisées interrégionales
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMU	Services d'aide médicale urgente
SMPR	Service médico-psychologique régional

SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
UHSA	Unités hospitalières spécialement aménagées
USMP	Unités sanitaire en milieu pénitentiaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## Introduction

*« Les besoins en matière sanitaire sont énormes en prison. L'état de santé des personnes détenues, souvent déjà dégradé au moment de leur incarcération, est encore fragilisé par des conditions de détention difficiles. Pourtant, l'accès aux soins spécialisés s'avère la plupart du temps compliqué, voire impossible, et le suivi requis par certaines pathologies semble, à bien des égards, incompatible avec les restrictions imposées par les logiques pénitentiaires. »<sup>1</sup>*

Au cours des deux dernières décennies, l'organisation des soins en prison a subi une évolution importante. Autrefois, les services infirmiers et médicaux de l'administration pénitentiaire dispensés les soins aux détenus. C'est le ministère de la justice qui était chargé de la gestion des différents services au sein des établissements pénitentiaires ce qui implique l'achat des équipements médicaux, le recrutement et la rémunération des différents personnels médicaux ou encore l'aménagement des locaux.

Les actions de prévention et de dépistage de certaines maladies comme la tuberculose ou encore les maladies sexuellement transmissibles étaient gérées par le ministère chargé de la santé qui ne pouvait pas intervenir dans le milieu carcéral au-delà de ces deux actions.

La plupart des détenus ne bénéficiaient pas de la prise en charge des soins par les régimes de sécurité sociale, c'est pourquoi la loi du 18 janvier 1994<sup>2</sup> et le décret du 27 octobre 1994<sup>3</sup> ont permis d'assurer aux personnes détenues une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. Pour cela, chaque détenu a été rattaché automatiquement au régime général d'assurance maladie et maternité de la sécurité sociale, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont été créées dans les établissements pénitentiaires afin d'assurer les soins de médecine ambulatoire et dans le cadre

---

<sup>1</sup> Observatoire international des prisons

<sup>2</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

<sup>3</sup> Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire

d'un schéma national d'hospitalisation des détenus, le service public hospitalier s'est vu confier la prise en charge sanitaire des détenus ayant besoin d'une hospitalisation.

La prise en charge de la santé des personnes détenues et de la population en général semble être différente. Il est ainsi pertinent de s'intéresser aux différents traitements ces personnes et de comprendre pourquoi cette différence existe.

Dans un contexte de sortie de crise sanitaire ayant duré plusieurs années, la question de la prise en charge de la santé a été souvent soulevée, c'est pourquoi j'ai choisi ce sujet. De plus, le milieu carcéral est un sujet peu abordé en master Droit et politiques de santé et pourtant, il a retenu particulièrement mon attention puisque c'est un sujet qui me passionne quotidiennement. En effet, le lien entre la santé et le milieu carcéral a soulevé des questionnements qui m'ont interpellé et ont piqué mon intérêt.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>4</sup>.

Tout d'abord, le ministère de la Justice définit le détenu comme « *toute personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire.* » Ainsi, durant cette présentation, nous n'aborderons pas la santé des personnes prévenues, qui sont les personnes poursuivies se trouvant dans l'attente d'un jugement ou qui ne sont pas encore définitivement condamnées et des personnes condamnées à savoir les personnes déclarées coupables d'un délit ou d'un crime qui ne fait pas l'objet d'une mesure de privation de liberté.

La prise en charge sanitaire des malades en prison a subi de grandes évolutions. Tout d'abord, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale<sup>5</sup> est venue

---

<sup>4</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

<sup>5</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

réformer profondément le système de soins en milieu pénitentiaire. En effet, elle a confié la prise en charge des personnes détenues au ministère chargé de la santé.

Elle a par ailleurs instauré trois principes fondamentaux :

1. L'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale
2. La mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) devenue des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)
3. Le versement par le ministère de la Justice des cotisations sociales des personnes détenues à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Afin d'assurer une qualité et une continuité des soins équivalente à celle de la population en général, une augmentation significative des moyens a été faite, au plan national. Cela a permis de doubler les effectifs médicaux et infirmiers. De plus, une enveloppe nationale de 393 MF avait été ouverte afin de financer l'ensemble des soins somatiques en milieu pénitentiaire et ainsi de compléter le dispositif de prise en charge médico-psychologique. Tout cela a été intégré dans la dotation globale versée par la sécurité sociale aux différents établissements de santé.

*« L'établissement de santé doit mettre en œuvre :*

- *au sein de l'établissement pénitentiaire, l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale, les soins infirmiers, les soins dentaires, des consultations spécialisées réalisables sur place et un système de permanence de soins ;*
- *l'accueil et la prise en charge des détenus dans l'établissement public de santé pour des consultations ou examens nécessitant le recours à son plateau technique ainsi que pour des hospitalisations urgentes ou de très courte durée ;*
- *l'organisation du suivi médical à la sortie de l'établissement pénitentiaire, en liaison avec les services socio-éducatifs de la prison ;*

- *la coordination des actions de prévention, de dépistage de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles ainsi que l'intervention d'une consultation de dépistage anonyme et gratuit du VIH.*
- *L'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé avec les différents partenaires concernés. »<sup>6</sup>*

La prise en charge médico-psychologique a été attribuée au service public hospitalier à partir de 1986. Basée sur une organisation sectorielle, celle-ci faisait intervenir les secteurs de psychiatrie générale et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. C'est ici, qu'on retrouve les services médico-psychologique régional (SMPR) qui vont être intégrés au dispositif général de soins aux détenus.

L'arrêté du 24 août 2000<sup>7</sup> est à l'origine de la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) qui permettent aux détenus d'être hospitalisés au sein d'un établissement public de santé dès lors que les soins à fournir requièrent l'hospitalisation du détenu pendant plus de 48 heures.

Ensuite, loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice<sup>8</sup> est venue apportée d'importantes modifications au Code de la santé publique (CSP) en raison de l'augmentation du nombre de personnes détenues atteintes de troubles mentaux. D'une part, cette loi a, par exemple, rendu obligatoire l'hospitalisation à temps complet en milieu hospitalier, de préférence dans des unités hospitalières spécifiquement prévues pour recevoir des personnes détenues (UHSA). D'autre part, elle a fusionné deux régimes d'hospitalisation sous contrainte en un régime unique fondé sur la nécessité des soins.

---

<sup>6</sup> ADSP

<sup>7</sup> Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

<sup>8</sup> Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice

La loi 30 octobre 2007<sup>9</sup> est venue créer le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), il a été mis en place en 2008. Elle a été modifiée par la loi du 26 mai 2014<sup>10</sup> qui vient accroître les moyens du CGLPL. En effet, les possibilités de visites de celui-ci ont été renforcées, ses observations doivent toujours tenir compte de l'évolution par rapport à la visite précédente, ses avis, rendus aux ministres, sont rendus publics et il a la possibilité de mettre en demeure les personnes intéressées de lui répondre dans un délai qu'il peut fixer.

De plus, des modifications législatives ont été faites afin de lever certains obstacles que pouvait rencontrer le CGLPL. Une infraction pénale a été créée, punissant d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait de faire obstacle à la mission de celui-ci, par exemple.

Puis la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009<sup>11</sup> est intervenue dans un contexte particulier initié par la scène internationale avec l'adoption de la résolution du 17 décembre 1998 du Parlement européen invitant les États à élaborer une loi fondamentale sur les établissements pénitentiaires. Ainsi, cette loi était destinée à la refonte du service public pénitentiaire.

Dans ces grandes orientations, elle prévoyait notamment :

1. De clarifier les missions du service public pénitentiaire assurées par l'administration pénitentiaire, avec le concours des autres services de l'État, des collectivités territoriales et des associations ;
2. De renforcer la prévention de la récidive, avec le développement des mesures en milieu ouvert et des aménagements de peine ;
3. La reconnaissance de la condition juridique de la personne incarcérée

En outre, cette loi va également s'inscrire dans la continuité de la loi de 1994 en garantissant aux personnes détenues une continuité des soins dans des conditions équivalentes à celles de

---

<sup>9</sup> Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

<sup>10</sup> Loi n° 2014-528 du 26 mai 2014 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté

<sup>11</sup> Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

l'ensemble de la population. Pour ce faire, elle est venue réaffirmer les droits des personnes détenues, comme nous le verrons prochainement.

Ensuite, la loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales<sup>12</sup> est venue modifier de manière considérable les conditions d'octroi de la suspension de peine pour raison médicale en créant de nouvelles mesures telles que :

- La mise en liberté pour motif médical (à l'article 147-1 du code de procédure pénale (CPP)) des personnes prévenues ;
- La libération conditionnelle pour raison médicale (à l'article 729 du CPP) des personnes condamnées bénéficie d'une suspension de peine pour raison médicale depuis plus de trois ans et dont l'état de santé est toujours durablement incompatible avec le maintien en détention.

Ainsi, depuis une vingtaine d'années, la prise en charge sanitaire des personnes détenues a connu des évolutions profondes et majeures. En ce sens, elle soulève de nombreux enjeux et contraintes liés à la situation particulière des détenues et du contexte pénitentiaire. Les acteurs du domaine de la santé et de la justice se doivent de collaborer dans le respect des compétences de chacun en poursuivant un but commun qui est : l'amélioration de l'état de santé de la personne détenue.

Le milieu carcéral désigne les prisons et la vie des prisonniers. On définit une prison, centre de détention ou pénitencier comme « *un lieu où sont enfermés certaines personnes condamnées appelées prisonniers ou détenus* »<sup>13</sup>.

Il existe différents types d'établissements pénitentiaires, cette différence repose notamment sur la distinction entre les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

En 1993, il y avait :

---

<sup>12</sup> Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

<sup>13</sup> Wikipédia

- 118 maisons d'arrêt ;
- 23 centres de détention ;
- 5 maisons centrales ;
- 11 centres de semi-liberté autonomes ;
- 25 centres pénitentiaires (regroupant maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales).

Créées par l'Assemblée constituante en 1791, les maisons d'arrêts sont au nombre de 86. Elles accueillent les personnes condamnées à une peine inférieure à deux ans, les condamnés en attente d'affection dans un établissement pour peines et les personnes prévenues en détention provisoire. On peut citer les Fresnes à Paris, les Baumettes à Marseille ou encore les Seysses à Toulouse.

Concernant les « établissements pour peine », ils regroupent différents types de prisons dont les centres pénitentiaires, les maisons centrales, les centres de semi-liberté, les centres de détention et les établissements pénitentiaires pour mineurs.

Les centres pénitentiaires peuvent regrouper plusieurs quartiers, c'est-à-dire qu'ils peuvent être composés à la fois d'une maison d'arrêt, d'une maison centrale ou encore d'un centre de détention. Ils en existent 50 aujourd'hui.

Les maisons centrales sont au nombre de 6 et accueillant les détenus condamnés à une longue peine ainsi que les détenus qu'on peut qualifier de « difficiles » de par leurs problèmes de comportement.

Les centres de semi-liberté, aussi appelés centres pour peine aménagée vont permettre aux détenus d'obtenir une certaine mesure d'individualisation leur permettant d'exécuter leur peine en dehors de la prison. Ils ont alors la possibilité de travailler, de suivre des stages, de s'occuper de leurs enfants... Dès lors que l'activité est terminée, ils doivent rentrer au foyer ou à l'association qui les hébergent et les encadrent. Il existe 11 centres de semi-liberté.

Les centres de détention, eux accueillent les détenus devant purger une peine supérieure à 2 ans. Ces centres mettent l'accent sur la réinsertion des détenus en préconisant des ateliers culturels et sportifs, en travaillant. Ils sont au nombre de 27 en France.

En ce 1er juillet 2022, 72 067 personnes sont détenues dans les différents établissements pénitentiaires de France alors qu'il était d'environ 69 500 au mois de janvier 2022. (Annexe 3) Ce nombre grandissant de détenus pose un problème de capacité. En effet, la circulaire A.P 88.05G du 17 mai 1998 est venue définir le mode de calcul de la capacité des établissements pénitentiaires. La capacité norme circulaire était de 61 599 places en France, mais la capacité opérationnelle, qui correspond au nombre de places disponibles dans les établissements pénitentiaires, était de 60 702. On s'aperçoit donc qu'il manque plus de 1000 places pour accueillir les détenus. Cependant, comme vu précédemment, les détenus sont plus de 70 000, il semblerait donc qu'il y ait un manque de 12 000 places dans les établissements pénitentiaires de France.

En 1987, le « programme 13 000 », avait déjà été mis en place afin de résoudre ce problème. Initié en France par la loi du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire<sup>14</sup>, le programme Chalandon doit répondre au manque de place de l'époque, pour cela, il est venu construire de nouveaux établissements pénitentiaires neufs. Le Gouvernement avait fixé le nombre de nouvelle place à 15 000, mais la réalité budgétaire le réduira à 13 000, d'où son nom. C'est ainsi que 25 établissements neufs ont été construits entre le 2 mai 1990 et le 16 octobre 1992. Constatant son insuffisance, de nouveaux projets vont faire suite à cette action, notamment en 1996 avec le programme 4000 ou encore en 2002 avec le programme 13 200. Cependant, aujourd'hui, ce problème persiste encore.

Ce manque de place cause des conditions de vie insalubres, des violences, des surcharges de cellules... En rapportant le nombre de détenus à la capacité opérationnelle, on obtient la densité carcérale qui était de 118,7 % au 1er juillet 2022, soit trop importante au vu des capacités des établissements pénitentiaires de France.

En France, nous sommes 65 627 454<sup>15</sup> personnes, 15 373 142 sont âgées de 0 à 19 ans tandis que 13 937 158 sont âgés de 65 ans et plus. Pour la population générale, c'est le régime général de l'assurance maladie qui vient couvrir les dépenses pour les frais médicaux conjointement aux régimes complémentaires auxquels peuvent adhérer les assurés.

---

<sup>14</sup> Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire

<sup>15</sup> INSEE

Dans ce mémoire, nous nous interrogerons sur la qualité de la prise en charge des personnes détenues en milieu carcéral par rapport à celle de la population en général. L'accès aux soins : un droit respecté pour les personnes incarcérées ?

Nous voudrions comprendre en quoi la prise en charge de la santé des détenus diffère de celle de la population en général, pourquoi ces différences existent-elles et pourquoi elles persistent.

Nous verrons dans un premier temps comment s'organise les différentes prises en charge sanitaire des détenus et de la population générale. Puis nous verrons que l'état sanitaire de la population carcérale semble assez dégradé pour enfin comprendre les enjeux et les limites qui persistent concernant la prise en charge des détenus par rapport à celle de la population en général.

## **Partie I - L'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus et de la population générale**

Pour commencer, il est important de comprendre comment fonctionne les différentes prises en charge des détenus et de la population en général. Pour cela, il faut lister les différentes structures qui accueillent les personnes et les détenus dès lors qu'ils ont besoin de soins. C'est ce à quoi sert cette partie. Nous commencerons par un bref historique de la loi du 18 janvier 1994 (A), puis nous verrons quelles structures encadrent la prise en charge des détenus (B) et enfin celles qui encadrent la prise en charge de la population en général (C).

## A. Historique de la prise en charge des détenus

Les personnes détenues doivent avoir accès à une qualité et une continuité des soins identiques à celles de la population. C'est pourquoi, la prise en charge sanitaire des détenus a connu quelques évolutions notamment depuis 1994. Afin de garantir l'égal accès aux soins pour toute personne, la prise en charge sanitaire des détenus a été confiée au ministère chargé de la santé avec la loi de janvier 1994. La loi n° 43-94 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale est venue réorganiser le système d'accueil des personnes incarcérées. Elle est venue étendre le bénéfice de la protection sociale à l'ensemble des détenus en affiliant les détenus dès leur incarcération au régime général de la Sécurité sociale, et elle est venue confier la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier.

Depuis 1898, l'Établissement public de santé nationale de Fresnes (EPSNF) permettait aux différents détenus d'être hospitalisés. *« Mais depuis la loi de 1994, le service public hospitalier est chargé d'assurer les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire, en milieu hospitalier, ainsi que de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires. »*<sup>16</sup> S'agissant des consultations et des soins ambulatoires, c'était les directeurs de chaque Agence régionale d'hospitalisation (ARH) qui désignait, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, un établissement situé à proximité qui était chargé de dispenser les soins aux détenus, de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé ainsi que de participer à l'accueil et au traitement des urgences. L'établissement désigné devait donc créer au sein de l'établissement pénitentiaire une Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), venant remplacer les « unités médicales ». Concernant les hospitalisations, en l'absence d'urgence, la loi prévoit qu'elles peuvent être réalisées au sein de l'établissement hospitalier désigné par le directeur de l'ARH, et réalisé dans des Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) dès lors qu'il y a une urgence. Ces UHSI sont présentes dans huit établissements hospitaliers dans les villes de Marseille ou encore Toulouse (Annexe 2), et elles impliquent la mise en place d'un protocole à suivre concernant le déplacement du détenu, les fouilles ou encore la présence d'un garde afin de garantir la sécurité du personnel et des autres patients.

---

<sup>16</sup> Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Dès 1973, les principes de sectorisation ont été appliqués en milieu pénitentiaire, avec la création du premier service de psychiatrie à Fleury-Mérogis. C'est pourquoi, la loi de 1994 prévoyait également que l'établissement pénitentiaire dispose d'un Service médico-psychologique régional (SMPR) placé sous l'autorité d'un psychiatre accompagné d'une équipe pluridisciplinaire. Concernant les troubles mentaux, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) étaient conçues au sein de l'établissement hospitalier afin d'accueillir les détenus.

*En application de la loi du 22 juin 1987 sur le service public pénitentiaire, le ministère de la Justice a confié à quatre groupements d'entreprises la conception, la construction et la gestion partielle du fonctionnement de 21 établissements pénitentiaires. Cet ensemble est intitulé « programme 13 000 »<sup>17</sup>.*

À partir de 1989, des conventions ont été signées entre les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine et des établissements pénitentiaires particulièrement touchés par le sida. Cet acte marque l'intérêt grandissant que les établissements publics de santé donne à la prise en charge somatique des détenus.

Trois conventions ont été signées entre les établissements pénitentiaires de Laon, de Châteauroux, de Saint-Quentin et des centres hospitaliers afin qu'ils y assurent les soins aux détenus. Face à cela, le Haut Comité de la santé publique avait préconisé d'élargir ce mode de fonctionnement à d'autres établissements pénitentiaires.

Certains détenus sont contraints d'être placés en isolement du fait de leur comportement, c'est pourquoi la loi 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux est venue créer la rétention de sûreté. La rétention de sûreté correspond au placement du détenu dans des Centres médico-socioaux judiciaires de sûreté dès lors que celui-ci présente une particulière dangerosité ainsi qu'un trouble grave de la personnalité. C'est le décret 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention qui est venu préciser le fonctionnement de ces centres ainsi que la prise en charge médicale psychologique et sociale des détenus.

---

<sup>17</sup> ADSP

Suite à cette nouvelle loi, le ministre de la Justice et le secrétaire d'État à la santé sont venus demander à l'Inspection générale et des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des affaires judiciaires (IGAJ) de faire un rapport afin d'évaluer l'organisation des soins et de l'hygiène des détenus au regard de la loi du 18 janvier 1994.

Ce rapport vient nous informer sur les progrès accomplis dans la prise en charge sanitaire de la population carcérale à l'époque, mais il vient également mettre en avant les principales lacunes et les différents blocages du dispositif de soins. C'est pourquoi, certaines recommandations étaient déjà établies en 2001. Ce rapport a été conçu grâce aux différentes enquêtes faites en 1992, 1996 et 1998 par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) PACA.

## B. La prise en charge sanitaire des détenus

### 1. Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Depuis 1994, l'organisation sanitaire en milieu carcéral est attribuée au ministère des solidarités et de la santé. Ainsi, à chaque établissement pénitentiaire, est affectée une UCSA qui est aujourd'hui une USMP, dans lesquelles les personnes détenues sont prises en charge par des professionnels hospitaliers (médecins, infirmiers, dentistes...). Celles-ci sont animées par une équipe hospitalière et disposent d'un équipement permettant de dispenser les consultations en médecine générale et spécialisée. Un programme de prévention et d'éducation à la santé est également mis en place par l'établissement hospitalier en association avec les organismes d'assurance maladie.

En France, il en existe 175. Ces unités hospitalières assurent les consultations de médecine générale et spécialisée dont les consultations dentaires, les actes de soins infirmiers, les examens médico-techniques, les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée et la dispersion de médicaments et dispositifs médicaux. De plus, elles assument la réalisation et/ou la coordination des actions d'éducation et de prévention pour la santé et la mise en place de la continuité des soins à la sortie.

Ces consultations et prises en charge de groupe en psychiatrie vont favoriser la prévention et les actions d'éducation pour la santé. Elles sont rattachées à un pôle d'établissement de santé de référence et gérées par un médecin référent qui est l'interlocuteur de l'administration pénitentiaire.

Cette structure permet la mise en place d'une commission de santé composée de représentants des équipes soignantes et du personnel pénitentiaire ayant pour but de favoriser la coordination et l'information des professionnels entre les différents services ainsi que leur mobilisation sur les actions de préventions et de promotion de la santé.

Ces USMP sont financées par la dotation mission d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) qui vient en complément des recettes de tarification prises en charge par l'assurance maladie. Les missions d'intérêt général concernant les activités spécifiques qui ne peuvent être financées en raison de l'absence d'une falsification adaptée ou en raison de leur rattachement impossible à un patient donné. Elles sont de deux sortes : les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation<sup>18</sup> et les missions de vigilance et de veille épidémiologique<sup>19</sup>, par exemple.

Toutefois, lorsqu'il va être nécessaire d'effectuer des examens spécialisés ne pouvant pas être réalisés dans les USMP, ces soins vont être dispensés en milieu hospitalier. Le patient détenu va être dirigé dans le service correspondant à sa pathologie avec une garde statique des forces de l'ordre.

## 2. Les services médico-psychologiques régionales

En ce qui concerne les soins psychiatriques, les hospitalisations de jour vont être assurées en milieu pénitentiaire au sein des 26 services médico-psychologique régionaux (SMPR).

---

<sup>18</sup> Article D. 162-6 du code de la sécurité sociale

<sup>19</sup> 2°, 3° et 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale

Dès lors qu'une hospitalisation est nécessaire pour la personne incarcérée, elle se voit transférée dans un centre hospitalier de référence. En France, il existe 154 chambres sécurisées, situées dans les établissements de santé de rattachement destinés à accueillir les hospitalisations urgentes ou d'une durée prévisible de moins de 48 heures.

### 3. Les unités hospitalières sécurisées interrégionales

Les hospitalisations en médecine et en chirurgie d'une durée supérieure à 48 heures, vont être effectuées dans les 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), soit 170 lits. Elles vont être situées dans les établissements publics de santé des villes de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Évry, Essonne, Rennes et Toulouse. Ces unités vont permettre aux détenus d'accéder à tous les soins nécessaires puisqu'elles ont accès à l'ensemble de plateau technique de l'hôpital où elles sont implantées.

*« Ces UHSI fonctionneront de la manière suivante :*

*- une unité de soins classique, lieu d'hébergement des détenus et de réalisation des soins, dont toutes les circulations sont sous contrôle visuel total et permanent direct, ou, à défaut, par l'intermédiaire d'un système de caméras ;*

*- un accès unique dont le contrôle est assuré par un poste central protégé, situé dans l'unité ;*

*- un périmètre extérieur dont la sécurité est renforcée afin d'empêcher toute évasion, intrusion ou communication avec l'extérieur.*

*La sécurisation des unités d'hospitalisation est à la charge de l'administration pénitentiaire, les personnels et les infrastructures nécessaires étant à la charge de la direction des hôpitaux. Le coût total de cette opération a été chiffré à 5 millions de francs par site (35 millions au total).*

*Dans le cadre de ce schéma, l'Etablissement public de santé national de Fresnes est appelé à jouer le même rôle que les UHSI, au profit des détenus de la direction régionale des services pénitentiaires de Paris, des régions Haute-Normandie et Bourgogne, en lien étroit avec*

*l'assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP), du fait des limites de son plateau technique<sup>20</sup>. »*

#### 4. Les unités hospitalières spécialement aménagées

En ce qui concerne les soins psychiatriques, 7 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) vont venir accueillir les personnes détenues atteintes de troubles mentaux placées en hospitalisation libre ou en soins sans consentement. Par ailleurs, il existe également un établissement public national de santé à Fresnes (EPNSF) qui dispose de 80 lits supplémentaires dont 15 lits dédiés à l'accueil des personnes atteintes de la tuberculose.

En ce qui concerne le financement de ces soins en établissement pénitentiaire, il va reposer sur des missions d'intérêt général (MIG) et sur des tarifs pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique en USMP et en UHSI. À cela, va s'ajouter, une donation annuelle de fonctionnement (DAF) pour la psychiatrie. Enfin, la direction de l'administration pénitentiaire va assurer ces prises en charge sur des crédits d'État, du ticket modérateur et du forfait journalier.

### C. Le système de soins français

Le système de santé français s'appuie sur des structures multiples : sanitaires pour la prise en charge hospitalière, ambulatoires pour les soins « de ville » et médico-sociales et sociales pour les personnes dites « fragiles », comme les personnes âgées ou handicapées.

#### 1. La santé publique

Santé publique France est un centre de référence pour la santé publique. C'est une agence d'expertise scientifique qui est sous la tutelle de l'État qui a pour mission d'améliorer et de protéger la santé de la population. Elle a notamment trois missions :

---

<sup>20</sup> Sénat

- Afin d'anticiper et d'éviter les risques sanitaires, elle doit assurer la mise en oeuvre d'un système de veille et de surveillance pour aider la puissance publique à prendre des décisions ;
- Elle doit concevoir les stratégies d'intervention en prévention et promotion de la santé, mais également améliorer la connaissance sur les risques pour la santé, les comportements ou encore sur l'état de santé de la population ;
- Elle doit répondre aux crises sanitaires, expérimenter et mettre en place les programmes de prévention, promouvoir la santé et agir sur les environnements.

De Santé publique France dépend, le lancement de l'alerte sanitaire, l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé de la population ou encore la promotion de la santé.

Elle avait au niveau minimal à travers les services de santé au travail, les services de vaccination ou encore via les structures de dépistage des maladies non-transmissibles ou transmissibles.

## 2. Les soins ambulatoires

Les soins ambulatoires sont les soins effectués en dehors des hôpitaux publics ou privés, ils concernent les actes d'analyse dans les laboratoires, les soins effectués en centre de soins ou encore en cabinet de ville. Dans le cadre de leur activité libérale, ce sont les dentistes, les médecins et les auxiliaires médicaux à savoir les kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes et les infirmiers qui dispensent ces soins.

Les producteurs de biens et services en santé et les offreurs de soins sont :

- Les réseaux de santé pluridisciplinaire<sup>21</sup> qui intègrent des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux afin de favoriser l'accès aux soins, la continuité ou encore la coordination des prises en charge dans les maisons et centres de santé ;

---

<sup>21</sup> Communautés professionnelles territoriales de santé et maisons de santé pluridisciplinaire

- Les professionnels médicaux et pharmaceutiques ayant des modes d'exercice et des statuts différents : salariés, libéraux ou mixtes. Il s'agit là des auxiliaire médicaux, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des médecins, des orthophonistes...

Ces professionnels de santé dispensent essentiellement des soins de premier recours et de la prévention. Afin d'attester de leur exercice coordonné, ils doivent élaborer un projet de santé. De plus, pour obtenir une aide financière de l'ARS, les maisons de santé ont l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé, l'ensemble des acteurs de santé (établissements de santé, professionnels de santé, acteurs de la promotion de la santé, établissements sociaux et médico-sociaux...) peut se coordonner sur un territoire. On parle alors de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il faut tout d'abord élaborer un projet de santé afin que les professionnels et l'ARS puissent contractualiser.

La création du parcours de soins coordonnés a donc impliqué pour chaque assuré social de plus de 16 ans, la désignation d'un médecin traitant à sa caisse d'assurance maladie. C'est ce médecin qui intervient en tant que contrôleur de l'accès aux soins. C'est lui qui est le premier interlocuteur du patient et c'est lui qui oriente le patient vers d'autres professionnels de santé en cas de besoin. Il est à la tête de la gestion du dossier médical, il centralise et coordonne l'ensemble des soins et des informations sur les soins prodigués au patient et sur son état de santé.

Il faut savoir que le choix du médecin traitant est libre. Il n'y a pas de restriction géographique et il peut être changé à tout moment. Il peut s'agir d'un médecin spécialiste ou généraliste. Ainsi, si le patient décide de ne pas respecter le parcours de soins coordonnés et consulte un autre médecin que son médecin traitant, il sera moins bien remboursé par l'assurance maladie.

Les consultations externes correspondent aux soins spécialisés dispensés dans les établissements hospitaliers. Ils sont assurés par des spécialistes et ne nécessitent pas

d'hospitalisation. Elles correspondent à une consultation de ville et sont donc intégrées au parcours de soins et prescrites par les médecins traitants.

### 3. Les soins hospitaliers

Les établissements de santé peuvent être publics ou privés, ils recouvrent des champs d'intervention différents, à savoir l'hospitalier ou le médico-social.

#### 3.1. Les établissements hospitaliers

Ils sont répartis en plusieurs catégories :

- Les établissements publics ;
- Les établissements privés d'intérêt collectif conventionnés (hôpitaux privés, centres de lutte contre le cancer... ) ;
- Les établissements privés à but lucratif.

Ils délivrent des soins généraux (MCO<sup>22</sup>) et/ou des soins plus spécialisés comme la psychiatrie ou la santé mentale, en assurant un diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des femmes enceintes et des blessés.

Ils concourent à la médecine d'urgence conjointement avec les services d'urgence répartis sur tout le territoire, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour les interventions et les services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation. Ils délivrent les soins et les soins palliatifs sous forme ambulatoire ou à domicile selon la volonté du patient. Ils mènent des actions d'éducation et de prévention à la santé. Afin de garantir la sécurité sanitaire, ils participent à la mise en place de la politique de santé et des dispositifs de vigilance. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les établissements et services médico-sociaux et les membres des professions de santé qui exerce en pratique de ville. Une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale est également faite dans les établissements hospitaliers. La recherche scientifique et médicale,

---

<sup>22</sup> Médecine, chirurgie et obstétrique

l'enseignement et la formation professionnelle sont pris en charge par les établissements hospitaliers. Une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités et une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sont mises en oeuvre également. Pour terminer, ils ont la possibilité de développer des alternatives à l'hospitalisation afin d'éviter une hospitalisation à temps complet ou du moins d'en réduire la durée. Ainsi, ils ont le choix entre la télémédecine, l'hospitalisation à domicile, l'accueil temporaire en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la chirurgie ambulatoire...

### 3.2. Les groupements hospitaliers de territoires

Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) sont obligatoires depuis 2016. C'est un dispositif conventionnel, obligatoire entre les établissements publics de santé d'un même territoire. Ces établissements publics de santé s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune du patient, formalisée dans un projet médical partagé.

Le but ici était d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et de répartir les activités afin que chaque structure ait trouvé sa place dans la région. Les GHT prennent en compte la spécificité de chaque structure dans la construction de l'offre de soins et assurent donc la complémentarité des établissements de santé. Cela permet d'organiser au mieux les prises en charge, territoire par territoire, et de répondre aux besoins de la population avec le projet médical.

Grâce au projet médical partagé, la gradation de l'offre de soins est organisée, l'émergence de filières de soins territorialisés est favorisée, ce qui permet de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

### 4. Les soins d'urgence

Les soins hospitaliers sont assurés par les services d'aide médicale urgente (SAMU) qui sont situés dans les hôpitaux. Le SAMU est joignable gratuitement par téléphone en composant le

15, sur tout le territoire national. Les informations données par téléphone sont partagées avec les centres d'appel d'urgence des pompiers (18) et les centres d'appel d'urgence de la police (17), afin que les urgences médicales soient traitées de manière appropriée. Il est également possible de composer le 112 afin de contacter les centres d'appels médicaux ou de pompiers.

Ce sont des réceptionnistes qui traitent les appels d'urgence qui parviennent au centre d'appel médical, ils sont supervisés et soutenus par des médecins. Le niveau d'urgence va influencer les mesures prises. Les centres d'appel d'urgence médicale ont la possibilité d'envoyer une unité mobile de soins intensifs, on parle ici des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), un médecin généraliste de garde ou une équipe de premiers secours des pompiers, si les premiers secours sont nécessaires sur place. Dans le cas contraire, ils vont conseiller au patient de se rendre en ambulance à l'hôpital le plus proche. *« Le système de continuité des soins est conçu pour apporter une réponse rapide et appropriée aux besoins des patients la nuit et les week-ends ou jours fériés lorsque les cabinets de médecine ambulatoire sont fermés<sup>23</sup>. »*

Le service d'urgences va être chargé de prendre en charge les patients en situation d'urgence à leur arrivée à l'hôpital, et ce 24 heures sur 24. Il doit prendre en charge toute personne en situation d'urgence ressentie ou réelle, sans sélection. Cette arrivée aux urgences peut être faite de deux manières :

- Le patient est acheminé par un SMUR, un ambulancier privé ou les sapeurs-pompiers ;
- Le patient s'y rend par ses propres moyens.

Toute personne qui se présente aux urgences doit faire l'objet d'une consultation. Les services d'urgences ne doivent pas distinguer les pathologies médicales, chirurgicales ou psychiatriques du patient et assurer l'accueil, l'orientation et le traitement de celui-ci.

Afin de remplir leur mission, les services d'urgences disposent :

- Pour soigner les personnes qui présentent une urgence vitale, d'une salle d'accueil des urgences vitales ;
- Pour faire le tri des patients, d'une zone d'accueil et d'orientation ;

---

<sup>23</sup> Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

- D'une zone de consultation ;
- Pour l'attente des résultats de leurs examens qui donneront leur orientation future au sein du parcours de soins, d'une salle d'observation pour les patients ;
- D'une unité d'hospitalisation de courte durée, où le patient ne peut rester plus de 24 heures. Cette unité permet au patient d'être transféré au plus vite vers le service spécialisé dont il a besoin.

## 5. Les soins de longue durée

Ici, on va s'intéresser aux établissements médico-sociaux qui regroupent les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) et les structures pour les personnes en situation de handicap.

Leur principale mission est d'apporter une prise en charge et un accompagnement aux personnes dites « fragiles », à savoir les personnes en situation de précarité, d'exclusion, de dépendance ou encore atteinte d'un handicap.

Leurs missions d'utilité sociale et d'intérêt général sont les suivantes :

- La protection judiciaire ou administrative de la famille et de l'enfance, des personnes en situation de handicap, de la jeunesse, des personnes âgées ou en difficulté ;
- La prévention et l'évaluation des risques sociaux et médico-sociaux ;
- La mise en oeuvre d'actions médico-éducatives, éducatives, thérapeutiques, médicales, pédagogiques et de formation adaptée aux besoins de la personne, à son potentiel, à son niveau de développement, à son âge et à l'évolution de son état ;
- L'accompagnement au quotidien des personnes dans les divers actes de la vie, le soutien, l'assistance des soins, y compris à titre palliatif ;
- La création d'action d'intégration scolaire, de réadaptation, d'insertion, d'adaptation, d'aide à la vie active, d'information, de réinsertion sociales et professionnelles et de conseil sur les aides au travail ainsi que les aides techniques ;
- La mise en place d'actions qui vont contribuer au développement social et culturel, et à l'insertion par le biais d'activité économique.

### 5.1. Les soins résidentiels ou temporaires pour les personnes âgées

Ces soins sont fournis par différents services. En effet, ils peuvent être fournis par des foyers logement collectif dans lesquels les personnes vont avoir accès à la restauration et à la blanchisserie, mais à presque aucun soin médical.

Dans les maisons de retraite ou EHPAD, les personnes âgées sont accueillies et disposent également de soins médicaux. Ce sont les unités de soins de longue durée qui vont accueillir les personnes qui sont malades, dépendantes et qui ont besoin d'un suivi médical constant. Les personnes âgées ne vivant pas dans des services résidentiels vont être accueillies dans des services intermédiaires pendant de courtes périodes. On parle alors d'accueil de jour et d'accueil temporaire.

L'assurance maladie vient couvrir le coût des soins médicaux tandis que les conseils généraux couvrent le coût des frais personnels liés à la perte d'autonomie et les usagers (coût du logement et de l'alimentation). Le financement des institutions résidentielles pour personnes âgées fragiles est donc partagé entre ces deux structures.

### 5.2. Les soins à domicile

Afin de favoriser l'autonomie des personnes dépendantes, des services de soins intermédiaires ont été créés de manière à fournir des soins temporaires aux patients et des services de répit à leurs aidants. Ces soins à domicile sont principalement fournis par des infirmières et des médecins. Cependant, il existe d'autres services.

#### 5.2.1. Les services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont financés par l'assurance maladie. Ils prennent en charge des actes infirmiers comme l'application d'un pansement, des injections ou encore la distribution de médicaments, mais également des soins de nursing, qui correspondent à la toilette du patient.

### 5.2.2. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) agissent dans le cadre de l'aide sociale. Ils prennent en charge des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne ainsi que les services ménagers tels que l'entretien du linge, la préparation des repas, l'aide à la toilette, les courses, l'aide à l'habillage et au déshabillage, le ménage...

### 5.2.3. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) viennent accompagner la personne dans les actes de la vie quotidienne et fournissent également des soins infirmiers. Ils regroupent alors les missions d'un SAAD et d'un SSIAD. Ces services viennent favoriser la coordination des interventions autour de la personne, mais également auprès des différents acteurs du secteur.

Un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins est créé suite à l'évaluation des besoins de la personne. Ce projet va permettre une prise en charge globale de la personne plus cohérente avec la coordination du personnel de l'aide et du soin à domicile.

## D. Le financement du système de soins français

En France, le financement du système de remboursement des frais médicaux est organisé en deux régimes : les régimes obligatoires et les régimes complémentaires.

### 1. Les régimes d'assurance maladie

Ces régimes d'assurance maladie sont caractérisés par l'obligation d'adhésion et de cotisation. Cela signifie qu'ils reposent sur une solidarité basée sur des contributions faites sur les revenus, et un accès aux soins qui diffère selon les besoins des patients.

Depuis le 1er janvier 2018, le régime général et le régime agricole sont regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Ses missions sont les suivantes :

- « Définir le champ des prestations admises au remboursement ;
- Fixer le taux de prise en charge des soins ;
- Conduire la politique conventionnelle qui détermine les liens entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux<sup>24</sup>. »

Ces régimes concentrent leur intervention en faveur des « gros risques ». On parle ici des risques santé qui vont avoir le plus de conséquences sur les revenus des assurés, cela peut être parce que leurs pathologies nécessitent des soins de longue durée qui peuvent être très coûteux ou parce que celles-ci nécessitent un plateau technique conséquent en termes de matériels, de techniques et de personnes.

## 2. Les régimes complémentaires

Les régimes complémentaires s'appuient sur une solidarité restreinte aux adhérents et offrent des prises en charge variables, selon les contrats souscrits. Ces régimes viennent couvrir la part des dépenses de soins de santé qui n'est pas prise en charge par le régime obligatoire de l'assurance maladie. Elle peut couvrir les forfaits hospitaliers, la prise en charge en matière d'optique, le ticket modérateur...

Les assurés qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire collective au titre de leur activité, ont la possibilité de contracter une assurance complémentaires après d'une mutuelle, d'une compagnie d'assurance ou encore d'une institution de prévoyance.

Attention, il est à noter qu'une part des dépenses faites en soins peut rester à la charge du patient même si celui-ci dispose d'une assurance complémentaire, en plus de celle obligatoire.

---

<sup>24</sup> Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Pour terminer, l'État intervient également dans le financement du système de soins français, en prenant en charge notamment les dépenses de prévention, de complémentaire santé solidaire, les dotations de soins d'urgence, les prestations versées aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) qui est une aide sociale prenant en charge les dépenses médicale des étrangers en situation irrégulière sur le territoire français. Il prend également en charge les dépenses faites pour les recherches médicales et pharmaceutiques, les dépenses faites pour la formation des professionnels de santé...

## Partie II - Une population carcérale dans un état sanitaire dégradé

Il faut savoir que la population carcérale dispose d'un faible accès aux soins avant même son entrée en lieu clos. Elle est bien souvent confrontée à des situations de précarité et d'exclusion qui sont aggravées dès lors qu'elle vit dans les conditions de détention actuelle.

Avant même son entrée en prison, cette population est touchée par une certaine précarité. C'est notamment une enquête de la DREES qui dresse des chiffres alarmants concernant le lien des détenus avec le système de soins. En effet, 17,2 % des entrants déclaraient ne disposer d'aucune protection sociale à leur entrée en détention. 40 % déclaraient ne pas avoir eu recours au système de soins durant les 12 mois précédents leur incarcération.

La création de la couverture maladie universelle (CMU) avec la loi du 27 juillet 1999<sup>25</sup> qui est devenue la protection universelle maladie (PUMA) depuis 2016. Elle permet la prise en charge des frais de santé sans rupture de droits, c'est-à-dire, même lorsque la personne perd son emploi, se sépare ou change de résidence. Cela devait permettre d'améliorer l'accès aux soins pour cette population, mais la précarité est bien trop élevée.

*« Toutes les statistiques le prouvent, les plus démunis constituent la grande majorité de la population carcérale : en 1982, 35 % des personnes incarcérées étaient sans emploi contre 48,6 % en 1996<sup>26</sup>. »* Comme l'évoque le rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires, *« cette population arrive en situation d'échec : échec du système scolaire, échec du milieu familial, échec du système économique »*.

Tous ces facteurs de précarité mènent évidemment à un état de santé dégradé. La population carcérale est davantage touchée par des maladies telles que les addictions (A), les maladies infectieuses (VIH, hépatite B et C...) (B), les maladies sexuellement transmissibles (chlamydia, syphilis...) (C), les addictions (tabac, alcool, drogues...) et les maladies psychiques (D). C'est ce que nous verrons successivement dans cette partie.

---

<sup>25</sup> Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

<sup>26</sup> IGAS / IGSJ



## A. Les différentes addictions qui persistent en milieu carcéral

### 1. La toxicomanie

Selon le Haut Comité de la santé publique, en 1993, 15 % des détenus étaient toxicomanes. Ce pourcentage pouvait atteindre près de 40 % dans certains établissements comme celui de Fleury-Mérogis ou encore les Baumettes.

En 1997, 32,2 % des détenus interrogés déclaraient une utilisation prolongée et régulière d'au moins une drogue (hors alcool) durant les 12 mois précédant leur incarcération alors qu'en 1986, seuls 10,7 % répondaient par l'affirmative à cette question.

On peut voir ici que les principales drogues consommées sont le cannabis avec 24,4 % d'utilisation au cours des 12 derniers mois précédant l'incarcération et l'héroïne, la morphine et l'opium avec 15 % d'utilisation au cours des 12 mois précédents l'incarcération des entrants.

#### **Proportion d'entrants déclarant une utilisation prolongée et régulière au cours des 12 mois précédant l'incarcération**

Cannabis	24,4 %
Héroïne, morphine, opium	15 %
Cocaïne ou crack	8,8 %
Médicaments utilisés de façon toxicomaniaque	9,7 %
Autres produits	3,6 %

*Source : DREESS, enquête santé des entrants*

Malgré ces chiffres, on s'aperçoit qu'une tendance est à la baisse. En effet, l'utilisation de drogue par voie intraveineuse se fait de plus en plus rare comme nous le montrent les chiffres suivants :

#### **Déclaration d'usage de drogues par voie intraveineuse parmi les détenus**

	Enquête de 1992	Enquête de 1996	Enquête de 1998
Au cours de la vie	20 %	23 %	12 %
Dans les 12 derniers mois	ND	13 %	9 %

*Source : l'ORS PACA*

La baisse continue de ce phénomène peut s'expliquer de différentes manières. Notamment, grâce aux traitements de substitution fournis au sein des établissements, mais cela s'explique davantage par la consommation d'autres produits tels que le cannabis, l'alcool ou encore l'ecstasy... On parle alors de polytoxicomanie.

## 2. La polytoxicomanie

On utilise « poly » pour « plusieurs » puisque dans ce cas, les détenus ont recours à la consommation de différentes drogues. Cette pratique ne cesse d'augmenter comme nous le montre l'étude faite par la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) puisque 20 % des entrants déclaraient consommer deux produits parmi les suivants : drogues illicites, tabac, alcool, psychotropes. La combinaison drogue alcool était pratiquée par 7,1 % d'entre eux. De plus, le centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CCST) de Fresnes estime que 50 % de détenus suivis en 1998 étaient polytoxicomanes.

## 3. L'alcool

Un autre problème majeur persiste, celui de la consommation excessive d'alcool. En 1997, 17 % des entrants déclaraient avoir une consommation supérieure à cinq verres par jour et 17,6 % déclaraient consommer au moins cinq verres consécutifs au moins une fois par mois. Cela signifie que 34,6 % des entrants consommés excessivement de l'alcool.

Et pourtant, ces chiffres qui étaient déjà élevés ne sont rien à côté des chiffres récoltés par l'IGAS et l'IGAJ. En effet, plus de 50 % des détenus interrogés pour faire ce rapport déclaraient avoir une consommation excessive d'alcool. Cette consommation excessive entraînant davantage les actes violents, notamment les violences sexuelles.

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) indiquait même que « *le pourcentage de personnes faisant un usage nocif de l'alcool (au moins cinq verres par jour), était estimé à 10 % de la population des plus de 18 ans en 1991 et 1992. 8 % de la population des 18-75 ans présentait un risque d'alcoolodépendance en 1995-1996*<sup>27</sup>. »

---

<sup>27</sup> Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : « drogues et toxicomanies – indicateurs et tendances- 1999 »

De plus, 17,5 % des hommes incarcérés étaient considérés comme des buveurs excessifs contre 12,5 % pour la population générale. Même si cet écart n'est pas très important, il l'est pour les femmes puisque seul 0,6 % des femmes en milieu libre avaient une consommation excessive d'alcool contre 4,7 % pour les femmes incarcérées, soit 8 fois plus que la population générale<sup>28</sup>.

#### 4. Le tabac

Le tabac est également prédominant au sein des lieux clos. En effet, près de 80 % des personnes incarcérées déclaraient être fumeuses. 19 % d'entre elles fumaient plus de 20 cigarettes par jour et 53 % entre 6 et 20 par jour.

En 1998, entre 28 et 33 %<sup>29</sup> des Français se déclaraient fumeurs. La consommation de tabac des personnes incarcérées est trois fois supérieure à celle de la population en général, mêlée à un pourcentage de gros fumeurs puisqu'ils fumaient plus de deux paquets par jour.

### B. Les maladies infectieuses

Pour commencer, ce milieu est touché par de nombreuses maladies transmissibles, non-transmissibles et psychiques. La population carcérale est particulièrement touchée par les maladies infectieuses.

#### 1. L'hépatite A

En effet, les hépatites A, B et C ont tendance à se transmettre au sein des prisons. L'hépatite A est une maladie infectieuse qui attaque le foie par l'intermédiaire d'un virus appelé le VHA (virus hépatite A). Il est transmis généralement par voie féco-orale. Il atteint notamment les personnes ayant une mauvaise situation socio-économique et étant touché par la précarité.

---

<sup>28</sup> DREES

<sup>29</sup> Ibidem

L'absence de prise en charge du vaccin contre l'hépatite A par la SS jouait un rôle important dans la négligence de leur dépistage et de son traitement. Cependant, depuis 2018, il est pris en charge à 70 % par l'assurance maladie.

## 2. L'hépatite B

L'hépatite B est quant à elle une maladie attaquant le foie qui se transmet généralement lors de relations sexuelles ou lors d'un contact avec du sang infecté. Il existe un traitement qui n'est malheureusement que très peu proposé aux personnes incarcérées et la vaccination est rarement proposée.

Il semblerait que les tests de dépistage concernant l'hépatite B soient beaucoup moins fréquents avant l'incarcération. En effet, 1 détenu sur 4<sup>30</sup> déclare avoir réalisé ce test. Alors que les détenus sont d'autant plus touchés par ce virus puisque 9,3 %<sup>31</sup> se disaient positifs et seul 3,7 %<sup>32</sup> suivaient un traitement.

## 3. L'hépatite C

Enfin, l'hépatite C est également une des maladies infectieuses présente dans le milieu pénitentiaire, elle est notamment transmise entre les usagers de drogue. En effet, cette transmission s'effectue par voie sanguine notamment lors des échanges de seringues au sein des cellules. Malgré la baisse des prix des médicaments antiviraux directs du HVC, un trop grand nombre de détenus ne bénéficient pas encore d'un accès à ce traitement.

---

<sup>30</sup> DREES

<sup>31</sup> DREES

<sup>32</sup> DREES

Il semblerait que les tests de dépistage concernant l'hépatite C sont beaucoup moins fréquents avant l'incarcération. En effet, 1 détenu sur 5<sup>33</sup> déclare avoir réalisé ce test. Alors que les détenus sont d'autant plus touchés par ce virus puisque 22,3 %<sup>34</sup> se disaient positifs.

*« S'agissant de l'hépatite C, l'enquête un jour donné présente comme pour le VIH des éléments sur les cas effectivement répertoriés par les équipes médicales : en juin 2000, 127 UCSA<sup>35</sup> sur les 154 ayant répondu au questionnaire indiquent avoir effectivement connaissance du nombre de détenus testés positifs qui s'élève à 1806 cas sur 37 625 détenus, soit 4,8 % de la population de ces établissements<sup>36</sup>. »*

Cependant, ces chiffres ne sont pas révélateurs de l'ampleur réelle de toutes ces maladies en détention puisque le taux de dépistage reste relativement faible.

#### 4. Le virus de l'immunodéficience (VIH)

Le VIH est également très présent dans les prisons. Celui-ci vient affaiblir le système immunitaire d'une personne. Il peut être transmis par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales ainsi que par le lait maternel.

La population carcérale est davantage touchée par certaines maladies, notamment par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En effet, le VIH était 10 fois plus élevé en milieu carcéral en 1993<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> DREES

<sup>34</sup> DREES

<sup>35</sup> ou services de santé dans les établissements 13 000

<sup>36</sup> IGAS / IGSJ

<sup>37</sup> ADSP

46,5 %<sup>38</sup> des entrants en prison, disaient avoir eu recours à un test de dépistage avant leur incarcération, soit près de la moitié des entrants, et 3,6 %<sup>39</sup> se disaient séropositifs. Parmi les séropositifs, 38,4 %, soit près d'un tiers, disaient suivre un traitement.

Depuis la loi du 14 janvier 1994, il bénéficie d'une prise en charge complète. Cependant, dès la sortie des détenus, ils ne sont plus suivis et certains sont parfois même contraints d'abandonner leur traitement qui prévient les manifestations de l'immunodéficience faute de moyens.

**Taux des détenus atteints par le VIH connus des équipes médicales intervenant dans les établissements pénitentiaires**

	1990	1995	2000 <sup>7</sup>
Détenus VIH+	5,79 %	2,32 %	1,2 %

Source : Enquête un jour donné - DREES

Ces chiffres proviennent de cas répertoriés par les UCSA grâce à l'enquête « un jour donné »<sup>40</sup>. Même si la prévalence du VIH en détention est en baisse constante, la population générale reste largement moins touchée par ce virus par rapport aux détenus.

## 5. La tuberculose

Une autre maladie infectieuse causée par la bactérie *mycobacterium tuberculosis* est également présente au sein des prisons. En effet, en 2013, en France, 1,4 % des cas de tuberculose concernés des détenus. Il peut s'agir d'une infection tuberculeuse latente qui n'est pas transmissible ou d'une tuberculose active qui elle sera par voie aérienne. Les détenus bénéficient d'une prise en charge associant un traitement médicamenteux, d'une isolation ainsi que le port d'un masque.

Elle est 3 fois plus fréquente en milieu carcéral que dans la population générale<sup>41</sup>.

---

<sup>38</sup> DREES

<sup>39</sup> DREES

<sup>40</sup> Les résultats de l'enquête un jour donné pour 2000 sur le VIH dans les établissements pénitentiaires reposent sur les réponses de 175 établissements regroupant 45 000 détenus, soit plus de 90 % de la population incarcérée

<sup>41</sup> ADSP

## C. Les maladies sexuellement transmissibles

Par ailleurs, les maladies sexuellement transmissibles circulent également activement en prison.

### 1. La syphilis

C'est notamment le cas de la syphilis qui est causée par la bactérie *Treponema pallidum*. En l'absence de traitement, des complications peuvent apparaître avec le temps.

*« Son dépistage en prison est particulièrement pertinent pour une population jeune, c'est actuellement la seule infection sexuellement transmissible dont le dépistage est systématiquement proposé en prison<sup>42</sup> ».*

### 2. La chlamydia

La Chlamydia pouvant aller jusqu'à la stérilité chez les femmes est également présente au sein des prisons, mais malheureusement, elle n'est pas encore dépistée comme c'est le cas de la gonorrhée et de la trichomoniose.

Pour pallier à cela, le comité international de la Croix-rouge s'emploie *« dans une cinquantaine de pays, en collaboration avec les autorités détentrices, à renforcer l'examen médical des nouveaux détenus et à systématiser la mise en œuvre de mesures élémentaires de prévention – telles que l'installation de postes de lavage des mains – pour le bien des détenus, des visiteurs, des gardiens et du personnel de livraison<sup>43</sup>. »*

---

<sup>42</sup> HCSP

<sup>43</sup> Comité international de la Croix-rouge

#### D. Les maladies non transmissibles

Ensuite, comme dit précédemment, les maladies non-transmissibles persistent également au sein des prisons notamment en raison du vieillissement de la population carcérale et la présence de maladies chroniques.

Concernant, la présence de maladies psychiques en prison, le Comité Consultatif National Éthique en 2006 s'alarmait sur le fait que « *la prison, est de plus en plus un lieu d'enfermement des malades psychiatriques* ».

En effet, une enquête épidémiologique effectuée en 2004 demandait par la direction générale de la Santé et la Direction de l'administration pénitentiaire a mis en avant le fait que « *plus de 20 % des personnes incarcérées étaient atteintes de troubles psychotiques dont 7,3 % de schizophrénie et 7 % de paranoïa et autres psychoses hallucinatoires chroniques. Au total, huit hommes détenus sur dix et plus de sept femmes sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs (troubles anxieux, dépressions, troubles bipolaires, psychoses...) et des dépendances<sup>44</sup>* ».

Enfin, il existe plusieurs motifs de refus du dépistage de ces maladies au sein des prisons. En effet, les détenus ont en général une mauvaise appréciation du risque ainsi qu'une absence de sensibilisation aux différentes maladies. Il est également possible qu'ils aient simplement peur de ces maladies et leurs conséquences sur leur santé.

De plus, le manque de confiance des détenus envers les institutions entraîne un sentiment de manque de confidentialité qui peut également jouer un rôle dans le refus du dépistage. La stigmatisation vient freiner également les dépistages par peur de représailles provenant des autres détenus.

---

<sup>44</sup> Observatoire international des prisons

### **Partie III - Des progrès, mais aussi des fossés qui continuent de se creuser concernant la prise en charge des détenus**

La loi du 18 janvier 1994 marque un avant et un après dans la prise en charge de la santé des détenus. Dans cette partie, il est question de comprendre quels ont été les enjeux de la prise en charge de la santé (A), mais également de lister les avancées qu'a permis la loi du 18 janvier 1994 (B). Malgré certaines évolutions, beaucoup de facteurs persistent et font que la prise en charge de la santé n'est pas encore tout à fait aux normes et équivalente à celle de la population en général (C).

## A. Les enjeux de la prise en charge des détenus en milieu pénitentiaires

Maintenant, nous allons nous intéresser à la prise en charge sanitaire des malades en milieu pénitentiaire. Nous verrons d'abord les enjeux qu'elle soulève.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a pour but de garantir aux personnes placées en détention, l'accès à des soins de qualité identique à ceux de la population en général. C'est pourquoi, à l'exclusion de la liberté d'aller et venir, les détenus doivent voir leurs différents droits être respectés à savoir le respect de leur consentement, le respect de leur vie privée, de leur intimité ou encore de leur dignité. Ils doivent également avoir le droit au respect du secret médical, leurs informations personnelles ne doivent pas être divulguées.

Leur statut ne fait pas obstacle à l'accès aux soins. Celui-ci doit être facilité dans les limites de la réglementation pénitentiaire. Ainsi, toute personne détenue peut signaler au contrôleur général des faits ou des situations qui pourraient être contraires au respect de leur droit. De plus, le contrôleur général des lieux de privation de liberté peut visiter librement tous les lieux où des personnes sont privées de liberté afin de vérifier si tout cela est respecté ou non. Il a été instauré par la loi en 2007.

### 1. La promotion de la santé

La promotion de la santé est un enjeu majeur de cette prise en charge. Cela passe par la prévention du suicide et le maintien de la lutte contre les conduites addictives.

À titre d'illustration, une étude publiée par Santé publique France intitulé « Suicides et autres décès en milieu carcéral en France entre 2000 et 2010. Apport des certificats de décès dans la connaissance et le suivi de la mortalité » avait montré « *que, sur 10 ans, la moitié des 2 541 décès chez les détenus étaient des suicides. Ce taux était nettement plus élevé que dans l'ensemble de la population française (7 fois plus pour les hommes et 20 fois pour les femmes)* ».

Cette étude avait été réalisée avec le croisement des certificats de décès et des informations transmises par l'administration pénitentiaire. Cela constitue une avancée majeure vers « *un système de surveillance épidémiologique des suicides en détention* ».

Ainsi, à terme avec « *l'amélioration des remontées d'information médicale, et en particulier celles relatives aux éventuelles pathologies (psychiatriques ou somatiques) associées au suicide* », cela pourrait permettre « *une meilleure analyse des facteurs environnementaux liés à la détention et les facteurs liés à la morbidité des personnes écrouées*<sup>45</sup>. »

En outre, l'amélioration de la santé des détenues est également un réel défi en raison de la situation particulière des personnes placées sous main de justice. En ce sens, elle doit notamment pallier avec des pathologies qui sont parfois directement liées ou même aggravées par la vie en milieu carcéral.

À titre d'illustration, une étude autre publiée par santé publique France intitulé « *Investigation de cas groupés de leptospirose parmi les détenus d'un centre pénitentiaire d'Île-de-France* », avait relevé, suite à une investigation en 2016, deux cas de leptospirose dans un centre pénitentiaire de la région parisienne.

À l'issue de cette enquête réalisée « *par la cellule d'intervention en région Île-de-France et la direction des maladies infectieuses en lien avec l'administration pénitentiaire, des actions préventives avaient été mises en place, au bénéfice des personnes détenues comme du personnel pénitentiaire afin de renforcer les mesures de lutte contre la colonisation des rats (= réservoirs de la bactérie responsable de la leptospirose), les moyens de protection individuelle et des rattrapage vaccinal pour les personnes occupant une activité à risque.* »

## 2. La télémédecine

---

<sup>45</sup> Ministère de la santé

Ensuite, le déploiement de la télémédecine représente un enjeu considérable pour les soins en milieu pénitentiaire. Cette pratique médicale qui est l'une des composantes de la télésanté va mobiliser les technologies de l'information et de la communication. De part cela, elle va être particulièrement adaptée au milieu carcéral car, elle va permettre de réduire les délais d'accès aux soins pour les personnes détenues. Comme nous l'avons vu précédemment, ces personnes doivent avoir accès à une qualité et une continuité de soins identiques à celle de la population. Ainsi, au cours de son déploiement, elle avait été identifiée comme l'un des 5 chantiers prioritaires. Aujourd'hui, elle permet notamment de limiter le nombre de transferts sous surveillance de détenues vers un hôpital.

### 3. La protection sociale

L'accès à la protection sociale est un autre enjeu soulevé par la prise en charge de patient incarné. En ce sens, le code de la sécurité sociale prévoit l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de l'assurance maladie et de maternité à compter de leur date d'incarcération. Il va ouvrir droit uniquement aux prestations en nature de l'assurance maladie et de maternité c'est-à-dire le remboursement des soins (consultations, médicaments, examens ..) et la prise en charge des frais qui sont liés à l'accouchement (4 mois avant la date prévue et jusqu'à 12 jours après celui-ci).

Par ailleurs, durant le temps de détention, ces personnes peuvent avoir recours à la protection complémentaire en matière de santé (CMU-c) dans le but de couvrir les dépenses qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie et par l'administration pénitentiaire. Cela va concerner les frais d'optique et les prothèses dentaires, par exemple. Toutefois si la personne détenue n'a pas les moyens de souscrire à cette complémentaire santé, celle-ci peut être gratuite ou partiellement prise en charge. Aujourd'hui, on parle de la PUMA, comme vu précédemment dans la partie deux.

### 4. La crise de la Covid-19

Enfin, au cours de la crise sanitaire de la Covid-19, la prise en charge des malades dans les établissements pénitentiaires a soulevé de nombreuses interrogations. Les activités de groupe et les prises en charge collectives au sein des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et des hôpitaux de jour ont été suspendues. Sauf, en cas de situation particulièrement motivée et validée par le médecin responsable de l'USMP, en lien avec l'administration pénitentiaire, dans le strict respect des gestes barrières.

## 5. Le dispositif vigilans

Afin de lutter contre les suicides et les tentatives de suicide qui sont assez nombreuses dans le milieu carcéral, un dispositif a été créé en 2015 dans les Hauts-de-France. Le dispositif vigilans a pour objectif de contribuer à la baisse du nombre de suicide et du nombre de récurrences de tentative de suicide. Ce dispositif vient créer un réseau de professionnels de santé autour de la personne ayant fait une tentative de suicide afin qu'ils restent en contact avec celle-ci. C'est un système de recontact et d'alerte.

Depuis février 2022, le dispositif vigilans a été déployé dans 17 régions dont 4 régions d'Outre-mer. Le but étant que chaque région dispose de ce système en fin d'année.

Toute personne hospitalisée suite à une tentative de suicide se voit proposer son adhésion dans vigilans avant sa sortie. Afin de joindre les vigilanseurs, qui sont des soignants formés qui pourront répondre efficacement en cas de problème ou de mal-être, la personne obtient une carte ressource lui indiquant le numéro à contacter en cas de besoin. C'est un numéro vert, gratuit et disponible aux heures ouvrables.

Il est à noter qu'un courrier est envoyé au médecin traitant et au psychiatre de la personne si elle en voit un, les informant du fonctionnement du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Un numéro de téléphone est également disponible afin de répondre à leurs questions.

Cet outil de suivi qu'est vigilans, fonctionne en trois étapes qui sont les suivantes :

- Le patient reçoit la carte avec le numéro a contacté en cas de problème à la sortie de l'hôpital. Cela permet de maintenir le dialogue ;
- En cas de récurrence de tentative de suicide se sont les vigilanceurs qui vont contacter la personne entre dix et vingt jours après sa sortie de l'hôpital afin de savoir comment elle se porte. En cas de non-réponse, ce sont le médecin et/ou le psychiatre qui vont être contactés. Un SMS et une carte postale personnalisée sont envoyés tous les mois durant quatre mois au patient ;
- Afin d'en savoir plus sur leur situation et leur état de santé mentale, les patients sont rappelés pour une évaluation téléphonique détaillée au bout de 6 mois et c'est ainsi qu'on jugera si le suivi est encore nécessaire ou s'il peut prendre fin.

#### B. Les progrès engendrés par la réforme mise en place par la loi du 18 janvier 1994

La loi du 18 janvier 1994 a permis une nette avancée concernant la prise en charge de la santé des détenus. En effet, elle a notamment participé à l'embauche de plus personnels médicaux et paramédicaux, mais également à l'achat de nouveaux équipements ainsi que la mise en place de nouvelles unités comme les UCSA en détention.

L'enveloppe consacrée aux dépenses de personnel a subi une certaine évolution puisqu'en 1993, elle était de 79 MF et elle a atteint 118 MF après la réforme de 1994<sup>46</sup>. Le milieu pénitentiaire voit ses moyens augmenter progressivement pour la première fois.

Ces moyens financiers ne cessent d'augmenter puisque « *lors de la mise en place de la réforme en 1994, une enveloppe de 393 MF a été ouverte pour financer l'intégralité de la prise en charge somatique et psychiatrique venant s'ajouter aux 60 MF préexistants au titre de la psychiatrie*<sup>12</sup>. En 1996, 1997 et 1998, ce montant s'est trouvé renforcé par des mesures ponctuelles pour aboutir, en tenant compte des taux d'évolution annuelle des dépenses, à près de 636 MF en 2000<sup>47</sup>. »

---

<sup>46</sup> IGAS / IGSJ

<sup>47</sup> IGAS / IGSJ

De plus, même lorsque la population carcérale diminuait, les moyen financiers, eux, continués d'augmenter comme nous le montre le tableau suivant :

**Évolution des crédits – soins en milieu pénitentiaire par rapport à la population pénale**

	1994	2000	1994-2000
Crédits accordés par la DHOS (en MF)	453	635,96	+ 40 %
Entrées de détenus	85761	65251	- 24 %
Population moyenne de détenus	50932	46334	- 9 %

*Source : DHOS - DAP*

La mise en place des UCSA a permis d'identifier la prise en charge médicale comme étant autonome des établissements pénitentiaires. Cette visibilité montre bel et bien qu'une zone de soins autonome relevant d'une logique hospitalière est présente dans le milieu carcéral. De plus, l'augmentation des recours à l'hôpital montre la recherche d'une certaine qualité des soins pour les détenus. Cela montre que le niveau général de soins tend à s'élever.

**Évolution des crédits – soins en milieu pénitentiaire accordés par la DHOS**

En MF	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins somatiques	333			+40			
Soins psychiatriques	120		+10		+60		
Total	453	474,20	494,07	538,12	610,14	623,68	635,96

*Source : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins*

**Évolution des extractions vers l'hôpital général (2000/1997)**

	1997	1998	1999	2000	2000/1997
Pour soins d'urgence	4040	6268	6215	6922	+ 54%
Pour consultation et hospitalisation de jour	37118	45342	45744	45155	+ 23%
Pour hospitalisation programmée	4445	4558	4884	4799	+ 10%
Total	45603	56168	56843	56876	+ 25%

*Source : direction de l'administration pénitentiaire*

De plus, les professionnels de santé sont de plus en plus qualifiés et encadrés au sein des UCSA. Désormais, il y a davantage de praticiens hospitaliers qui exercent au sein des UCSA. « En supprimant les infirmeries pénitentiaires, la réforme de 1994 a rompu l'isolement des équipes médicales qui y travaillaient. Désormais, les médecins et le personnel soignant des UCSA et des SMPR bénéficient d'une ouverture sur les possibilités que leur offre la structure hospitalière. Dans leur pratique médicale quotidienne, ils intègrent ou mettent en place des réseaux de correspondants qui leur permettent de confronter leurs connaissances et leurs diagnostics<sup>48</sup>. »

### C. Les limites de la prise en charge sanitaire des détenues en milieu pénitentiaire

Comme vu dans la précédente partie, la principale limite à cette prise en charge reste l'état sanitaire dégradé de la population carcérale. Cependant, ce n'est pas le seul facteur qui entre en jeu et qui vient créer ce fossé entre la prise en charge des détenus et de la population carcérale. Malgré les évolutions que le système de prise en charge de la santé des détenus a subi, certains problèmes persistent.

#### 1. Un nombre grandissant de détenus

Type d'établissement ou quartier	Détenus	Places opérationnelles	Places libres	Détenus en surnombre
MA/QMA (1)	48 930	34 768	241	14 403
CD/QCD	19 111	20 363	1 425	173
MC/QMC	1 684	2 107	423	0
CPA/QPA	458	613	155	0
EPM/QM	662	1 152	496	6
CNE	139	169	34	4
EPSN	62	84	22	0
CSL/QSL	1 021	1 446	425	0
<b>Total France entière</b>	<b>72 067</b>	<b>60 702</b>	<b>3 221</b>	<b>14 586</b>

<sup>1</sup> hors places mineurs

<sup>48</sup> IGAS / IGSJ

La population pénale s'est accrue de 33 % au cours des 10 dernières années<sup>49</sup>. Il y a aujourd'hui 14 586 détenus en surnombre. Au 1er juillet 2022, 1872 détenus se voient obligés de dormir sur un matelas au sol.

Les effets de cette surpopulation entraînent parfois les détenus à être privés de toute intimité, à limiter la mise en place de nouvelles activités, mais également à l'expression d'une particulière violence due aux tensions en détenus et également une tension entre détenus et gardiens. Il s'avère que même si l'établissement dispose de place suffisante pour accueillir les détenus, les locaux sont parfois construits de manière à ce que l'intimité des détenus n'est pas préservée, ni même la confidentialité d'une prise en charge médicale.

La violence dans les établissements est très présente et la surpopulation n'aide pas à réduire ce phénomène. Rapports de force, relégation ou encore phénomènes de caïdat persistent dans les milieux pénitentiaires.

Le principe de l'encellulement individuel est bafoué depuis sa création en 1875. En effet, il semble fondamental de grandir à chaque personne incarcérée d'avoir le droit de disposer d'un espace à elle seule, où son intimité doit être préservée. Cependant, ce n'est pas le cas, c'est pourquoi la loi pénitentiaire de 2009, comme vu précédemment, est venue le rappeler. Mais, la surpopulation carcérale reste un mal chronique pour les prisons françaises.

*« En 1990, le taux d'occupation des établissements pénitentiaires était de 124 %. Il est aujourd'hui de 103 % avec 62 673 prisonniers pour 60 583 places (au 1er janvier 2021). La surpopulation se concentre dans les maisons d'arrêts, qui accueillent les personnes en attente de jugement et celles condamnées à des courtes peines de prison. Dans ces établissements, qui abritent plus des deux tiers de la population carcérale, le taux d'occupation moyen est de 120%, contraignant deux à trois personnes – parfois plus – à partager une même cellule et plus de 700 personnes à dormir chaque nuit sur des matelas posés au sol. Les plans de construction de nouvelles prisons qui se sont succédé depuis les années 1990 n'y ont rien changé. Car « on ne traite alors que les conséquences de la surpopulation, et non par les*

---

<sup>49</sup> 1995

*mécanismes ou les facteurs qui en sont à l'origine », explique la criminologue belge Sonja Snacken, experte auprès du Conseil de l'Europe. L'inflation carcérale que connaît la France depuis plusieurs décennies est avant tout le fruit de politiques pénales qui ont misé sur l'incarcération et une répression croissante des déviances sociales<sup>50</sup>. »*

Le seuil des 70 000 détenus a été atteint en ce 1er mars 2022, il n'avait pas été atteint dans les prisons françaises depuis le début de la crise sanitaire.

Les établissements pénitentiaires français comptaient au 1er juin 71 678 détenus pour 60 703 places opérationnelles, soit une densité carcérale de 118,1 % contre 109,5 % il y a un an<sup>51</sup>. Au 1er mai, le nombre de détenus s'établissait à 71 038<sup>52</sup>. La densité carcérale est aujourd'hui de 140 % dans les maisons d'arrêt.

## 2. Une population carcérale vieillissante

### 2.1. L'augmentation de l'âge des détenus

En 1995, 53 % des détenus avaient moins de 30 ans, 95,8 % étaient des hommes et seul 2 416 femmes étaient des détenus. À cette époque, le niveau d'instruction et l'absence de qualification professionnelle étaient déjà élevés<sup>53</sup>.

L'évolution de l'âge des entrants en détention et l'allongement des peines pour les condamnés les plus âgés, pousse la moyenne d'âge en détention à plus de 50 ans. Cependant, les facteurs de risque tels que la consommation d'alcool, de tabac ou encore la précarité font de ces personnes, des êtres plus fragiles que la population en général de ce même âge.

#### **Structure de la population des prévenus selon l'âge**

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

Source : Base Sept CESDIP – AP/PMJI

<sup>50</sup> Observatoire international des prisons

<sup>51</sup> Ouest-France

<sup>52</sup> Ouest-France

<sup>53</sup> ADSP

Entre 1988 et 2001, le nombre de détenus ayant entre 50 et 60 ans a subi une certaine augmentation tandis que le nombre de détenus ayant 60 ans et plus a doublé.

## 2.2. L'allongement général des peines

En moyenne, un détenu restait incarcéré 7,3 mois. 54,7 % des détenus séjournèrent moins de 3 mois en prison. En 1993, 83 149 personnes sont entrées en prison et 81 023 en sont sorties<sup>54</sup>.

La durée moyenne d'incarcération a augmenté de 70 % en 20 ans.

Au 1er janvier 2001, 845 personnes incarcérées ont écopé d'une peine criminelle de 20 à 30 ans, soit un chiffre qui a plus que doublé en 4 ans.

Parmi ces personnes, près d'un quart ont plus de 50 ans et sont en prison depuis plus de 5 ans.

Le taux la population âgée incarcérée ne cesse d'augmenter.

	1988	2001
Entre 50 et 60 ans	5,1 %	8,3 %
60 ans et plus	1 %	3,4 %

*Source : Statistiques trimestrielles – Direction de l'Administration Pénitentiaire*

*« Les plus de 50 ans représentaient au 1er janvier 2001 un peu moins de 12 % de la population incarcérée. Avec 5000 personnes de plus de 50 ans incarcérées, dont près de 1500 de plus de 60 ans et 3 de plus de 90 ans, la population âgée n'est plus une population marginale en prison et nécessite une prise en charge adaptée. »<sup>55</sup>*

## 3. Une détention attentatoire aux droits des personnes malades

*« Le droit des personnes privées de liberté à être détenues dans des conditions respectueuses de la dignité humaine est consacré par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (« la Convention »), ainsi que par de nombreux traités internationaux auxquels la France est partie et par plusieurs dispositions nationales. Les articles 1 et 4 de la Charte des*

<sup>54</sup> ADSP

<sup>55</sup> IGAS/IGSJ

*droits fondamentaux de l'Union européenne, les articles 7 et 10 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, l'article préliminaire du Code de procédure pénale français et l'article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 ont ainsi en commun la protection de la dignité des personnes privées de liberté<sup>56</sup>. »*

Le détenu est un malade comme les autres. Il dispose donc des mêmes droits que les personnes malades non incarcérées. Les droits reconnus par la loi du 4 mars 2002<sup>57</sup>, aussi appelée loi Kouchner, doivent être respectés.

### 3.1. Le droit au respect du secret médical

Le secret médical couvre l'ensemble des informations qui concernent le détenu. Ces informations concernant non seulement ce que vous dites, mais également ce qui a pu être vu, entendu ou compris lors de la consultation.

Les déclarations, les dossiers, les conversations, les confidences, les déclarations d'un malade sont couverts par le secret médical.

Toute personne ayant accès à ces documents ou ces conversations doit respecter le secret médical, il peut s'agir des étudiants en médecine, des auxiliaires médicaux, des psychologues, des diététiciens, des autres médecins, des laboratoires d'analyses... Tout acteur qui prend part au parcours de santé de la personne.

Ce droit au respect du secret médical est mis à mal au sein des établissements pénitentiaires, car l'accompagnement des détenus est obligatoire et ce même durant les consultations médicales.

### 3.2. Le droit à l'information et à l'accès au dossier médical

---

<sup>56</sup> Défenseur des droits

<sup>57</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Le droit à l'information signifie que toute personne a un droit de regard sur ses propres informations la concernant. Cela signifie que toute personne a le droit de demander à voir son dossier médical lorsqu'elle le souhaite et dès lors qu'elle demande une information, les professionnels de santé doivent être en mesure de lui répondre. On ne peut pas cacher un diagnostic à un patient, par exemple.

### 3.5. La loi Leonetti-Claeys

Les droits reconnus par la loi Leonetti-Claeys<sup>58</sup> doivent également être respectés. Cela signifie que les détenus doivent avoir le droit d'accès aux soins palliatifs qui ont été mis en place par la loi du 9 juin 1999<sup>59</sup>. Cette loi est venue créer les directives anticipées, qui permettent aux personnes d'exprimer leur volonté dans quel cas où elles ne pourraient plus le faire, suite à un accident, par exemple. Elles s'imposent aux médecins désormais. La personne de confiance joue ce même rôle, elle va venir prendre les décisions à la place de la personne qui n'est plus en mesure de le faire. Cette loi vient également clarifier les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus d'obstination déraisonnable, en venant préciser que le malade peut arrêter le traitement qui lui est prescrit à tout moment et ainsi bénéficier de la sédation profonde et continue jusqu'à son décès, si c'est ce qu'il souhaite.

Elle permet une meilleure prise en charge de la souffrance des malades et répond d'une meilleure manière à la demande de certains patients de mourir dans la dignité. Le malade devient complètement acteur de son parcours de soins, ses volontés sont davantage respectées.

La loi permet concrètement de :

- Faire appliquer les directives anticipées de façons contraignantes face aux médecins ;
- Réaffirmer le droit du malade concernant l'arrêt de tout traitement
- Assurer l'accessibilité des directives anticipées et prendre compte des volontés qui y sont exprimées ;

---

<sup>58</sup> Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

<sup>59</sup> Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs

- Si les directives anticipées n'ont pas été formalisées, il faudra prendre en compte la volonté de la personne de confiance qui aura reçu le témoignage de la personne qui ne peut plus exprimer sa propre volonté. Le cas échéant, il faudra recueillir le témoignage de la famille ou des proches ;
- Améliorer l'utilisation et l'accès aux directives anticipées pour le public et les professionnels de santé ;
- Insister sur l'utilisation des directives anticipées qui peuvent être rédigées (de préférence) avec l'aide de son médecin traitant ;
- Développer l'information et l'accessibilité concernant l'enregistrement des directives anticipées.

Tous ces droits ne sont pas nécessairement respectés au sein des établissements pénitentiaires en raison de l'agencement des locaux ou encore de l'accompagnement constant d'un surveillant...

#### 4. Les conditions de détention qui aggravent la santé des détenus

*« Surpopulation chronique, vétusté, insalubrité, hygiène défailante, absence d'intimité générant violences et tensions, carences d'activités... L'indignité des conditions de détention dans la plupart des établissements pénitentiaires français – en particulier les maisons d'arrêt mais également certains établissements pour peine – est pointée du doigt depuis de nombreuses années. L'inflation carcérale galopante qu'a connue le pays a encore accru la dégradation de ces conditions et entraîné le vieillissement prématuré des infrastructures : un tiers du parc carcéral est aujourd'hui considéré comme vétuste. Ces conditions de détention sont régulièrement dénoncées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et par les instances internationales, tel le Comité contre la torture des Nations unies qui, dans son dernier rapport, déplore « les conditions matérielles inadéquates de détention qui prévalent dans certains établissements, notamment la vétusté et l'absence d'hygiène et de salubrité ». Elles sont également condamnées par les juridictions nationales et internationales. Début 2020, 35 établissements pénitentiaires français avaient été considérés par la justice française comme exposant les personnes détenues à des conditions indignes. La*

*France a par ailleurs été condamnée à 18 reprises par la Cour européenne des droits de l'homme en raison de conditions de détention violant l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme<sup>60</sup> (CEDH) qui prohibe la torture et les traitements inhumains ou dégradants. En janvier 2020, elle a été condamnée par la CEDH à prendre des mesures d'ordre structurel pour mettre un terme à la surpopulation carcérale<sup>61</sup>. »*

Le mode de vie au sein des établissements pénitentiaires est caractérisé par une forte sédentarité, des régimes alimentaires qui sont peu variés et peu équilibrés. La consommation de tabac et de télévision y est excessive, la reconstruction de l'individu est très difficile dans ces conditions.

Tous ces facteurs entraînent l'apparition de certains troubles ou encore la manifestation d'une certaine auto-agressivité. En effet, l'augmentation de l'angoisse, l'apparition de troubles sensoriels, les grèves de la faim, des douleurs musculaires, des tentatives de suicide... sont d'autant plus fréquents en milieu carcéral. Il est à noter que les tentatives de suicide sont 6 à 7 fois supérieures en milieu carcéral que dans la population générale<sup>62</sup>. De plus, les troubles psychologiques et psychiatriques touchent une grande partie de la population carcérale.

## 5. Des établissements inadaptés

La plupart des UCSA sont installées dans des locaux qui ne sont pas rénovés, tels que des anciennes infirmeries. De fait, bien souvent, la surface du service médical est jugée insuffisante. Prenons pour exemple, d'une consultation de 120 à 150 détenus par jour dans un espace de 100 m<sup>2</sup> à Bois-d'Arcy. De plus, parfois certains espaces sont mal agencés et empêchent la circulation des brancards dans certains endroits. Certains locaux restent encore aujourd'hui inadaptés à l'accueil des patients.

---

<sup>60</sup> Article 3 de la CEDH « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »

<sup>61</sup> Observatoire international des prisons

<sup>62</sup> ADSP

## 5. Un accès aux soins dépendant du personnel surveillant

Encore aujourd'hui, le détenu a besoin de l'accord d'un surveillant pour avoir accès aux soins, et se rendre en consultation dans l'UCSA. Les surveillants ont d'ailleurs souvent tendance à relativiser l'état de santé et donc la nécessité d'un entretien médical pour les détenus. C'est pourquoi, les médecins aimeraient voir ce filtre amoindri afin que les détenus puissent être soignés plus correctement.

Dans la majorité des cas, les détenus souhaitent d'entretenir avec un médecin afin de discuter de ses problèmes et d'angoisses, de briser la monotonie de sa journée en cellule ou encore trouver une occupation. Les surveillants ont tendance à prendre cela à la légère, alors que la santé mentale des détenus est celle qui le plus souvent endommagée, la solitude, la routine, la peur... entraînent des idées suicidaires ou parfois même des troubles psychiques et psychiatriques.

De plus, la permanence des soins n'est pas efficiente puisque certains établissements ne disposent pas de ronde de nuit entre 1 heure et 5 heures du matin. Cela signifie que les soins ne peuvent pas être apportés aux détenus à tout moment, c'était le cas à la maison d'arrêt de la santé.

## 6. Le trajet prison - hôpital : une situation complexe

Les UCSA sont compétentes pour les soins ambulatoires, au-delà le détenu doit être transféré dans un établissement de santé publique et examiné par un spécialiste. Ce transfert doit être fait vers l'hôpital de rattachement sous escorte et surveillance. C'est un transfert très complexe à mettre en place puisqu'il nécessite l'intervention et la coordination de trois administrations différentes dont celle de l'hôpital, celle de l'établissement pénitentiaire et celle des forces de sécurité qui doivent accompagner le détenu à savoir la police ou la gendarmerie. Ce sont des trajets coûteux puisqu'ils prennent du temps et nécessitent du personnel. De plus, l'accueil des détenus dans les hôpitaux laisse place à des réticences de la

part du personnel devant faire la consultation, par peur, par insécurité malgré la surveillance du détenu.

C'est pourquoi, certains établissements ont mis en place des consultations spécialisées qui consistent en la venue de médecins spécialistes dans les différentes prisons. Ces consultations spécialisées ont notamment eu lieu dans l'établissement de Fleury-Mérogis. L'idée étant de les rendre prioritaires. Et pourtant, le nombre de consultation des détenus à l'extérieur des établissements a augmenté, passant de 37 113 en 1997 à 45 342 en 1998. L'augmentation de ces déplacements nécessite davantage de personnel, c'est pourquoi 43 emplois de personnel surveillant ont été créés en 1998.

À la suite du rapport élaboré par l'IGAS et l'IGSJ étudié précédemment dans le mémoire, un schéma national d'hospitalisation des détenus a été imaginé afin de rationaliser les hospitalisations des détenus. C'est ainsi que sept UHSI ont été implantées dans les CHU afin de concentrer l'ensemble des hospitalisations des détenus, hors urgence.

Un désaccord persistait entre le ministère de la Justice et le ministère de l'Intérieur concernant les escortes et les gardes. Ce différend a causé un certain retard dans la mise en place des UHSI. Il a été décidé que les surveillants devront être à l'intérieur des UHSI et les policiers et les gendarmes devant la porte d'entrée de ces mêmes unités. Ces escortes programmées seront assurées par le personnel pénitentiaire.

## 7. Le monde médical et l'administration pénitentiaire : un fossé toujours existant

Depuis la réforme de 1994, le personnel pénitentiaire s'est senti mis à l'écart dans le suivi des détenus, et pourtant, c'est lui qui reste le seul à être en contact direct avec les détenus.

C'est le personnel pénitentiaire qui apporte certaines informations au personnel médical sur l'état de santé des détenus. Ils apportent des informations sans obtenir de retour sur le réel état de santé de celui-ci puisque le personnel médical doit respecter le secret médical. Ils donnent donc parfois des informations cruciales sur les détenus que le personnel médical n'auraient

pas obtenu par le seul fait du détenu. De plus, ils peuvent également prévenir le personnel médical sur l'accumulation de certains médicaments, par exemple, lors des fouilles des cellules et ainsi éviter certains drames comme une overdose.

Enfin, le seul recours des services médicaux, lorsqu'ils constatent un problème chez un détenu, est de contacter le chef d'établissement, autrement, il ne peut rien faire. C'est pourquoi, des réunions entre le service médical et le chef d'établissement permettrait une meilleure coopération.

#### 8. Un état de santé qui ne s'améliore pas avec le temps

La santé en milieu carcéral est un problème crucial. En effet, la proportion de personnes malades au moment de leur incarcération est plus importante qu'au sein de la population générale. En effet, cela s'explique par la vulnérabilité des détenus qui sont bien souvent en situation de précarité avant leur incarcération. Ainsi, les établissements pénitentiaires sont de plus en plus confrontés à la maladie telle que les maladies chroniques, bucco-dentaires et mentales, les conduites addictives et suicidaires ainsi que, les pathologies liées au vieillissement de la population carcérale.

À titre d'illustration, la population incarcérée est plus touchée par les maladies infectieuses telles que le VIH ou encore la tuberculose comme vu précédemment. (2009).

Cependant, il est récurrent dans les prisons qu'il n'y ait pas de permanence médicale la nuit et les week-ends, qu'il y ait un délai d'attente excessif pour les soins spécialisés ou encore pour les hospitalisations. De plus, le respect du secret médical peut parfois être remis en cause puisque la présence du personnel d'escorte est obligatoire lors des consultations.

En ce qui concerne l'usage de la télémédecine, elle pose également la question de savoir si le recours à la téléconsultation qui est l'une de ses composantes ne permet pas également de limiter les contacts avec la population générale. Ce qui constituerait une forme de discrimination envers les détenues alors même que nous venons de voir qu'ils doivent bénéficier des mêmes droits que la population et du même traitement.

De plus, malgré le fait que la loi 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et les diverses mesures prises depuis une vingtaine d'année représentent, une avancée majeure pour les droits des personnes détenues, les conditions particulières de la détention peuvent venir limiter ses droits notamment en raison de la « vulnérabilité » de ces personnes.

En effet, plusieurs questions peuvent être soulevées par les patients détenus et leurs familles comme le choix de médecin traitant, le droit au respect du secret médical pendant une consultation, le partage des données médicales, le consentement, le refus de soins ou encore la désignation d'une personne de confiance...

Enfin, la crise sanitaire a entraîné un risque supplémentaire de rupture des soins ces personnes. Par exemple, pendant cette période, les patients qui nécessitaient le maintien d'un suivi médical devaient être identifiés par les professionnels de santé pour éviter cette rupture. Selon l'OMS, « les conditions carcérales peuvent favoriser la propagation de la maladie par le surpeuplement, une mauvaise ventilation, une mauvaise alimentation, le manque d'accès aux soins médicaux, etc. » Cela a été le cas avec le virus de la Covid-19.

En 2019, l'OMS avait publié un rapport intitulé « rapport de situation sur la santé en prison dans la région européenne de l'OMS » dans lequel elle m'était en avant le fait que « si rien n'est fait aujourd'hui pour la santé des personnes incarcérées, la société finira par le payer au prix fort ».

Ce rapport contient une analyse des données entre 2016 et 2017 sur l'état de santé des personnes en milieu pénitentiaire et des systèmes de santé en prison dans les 39 pays de la Région européenne.

Voici quelques chiffres clé qui illustrent l'état de santé des personnes détenues :

→ 13,5 % des décès en prison sont dus au suicide

→ 14 % des États membres ne procèdent pas au dépistage des troubles mentaux graves lors de l'incarcération

→ les taux de prévalence du VIH varie en fonction du pays concernés, mais le taux le plus élevé signalé est de 5,4 % chez la population carcérale masculine et de 4,7 % chez la population carcérale féminine

Enfin, dans ses conclusions, ce rapport met en avant le fait que « *le milieu carcéral doit donner lieu à des interventions sanitaires susceptibles de s'attaquer aux problèmes de santé existants, et de contribuer ainsi à l'adoption de nouveaux comportements et de modes de vie positifs*<sup>63</sup> ».

## 9. La médecine somatique et la psychiatrie

Au sein de la population en général, la médecine somatique et la psychiatrie sont rarement amenées à travailler ensemble. Mais en prison, elles doivent collaborer de manière plus étroite puisque le suivi médical et psycho-médical doit être assuré pour les détenus.

Il faut savoir que les SMPR ont été créées bien avant les UCSA comme vu précédemment. C'est pourquoi, la coordination des deux structures peut causer parfois quelques problèmes. En effet, les psychiatres travaillant au sein des SMPR ont le sentiment d'un regard critique sur leur travail venant du personnel hospitalier. De plus, pour les médecins des UCSA, les SMPR sont insuffisamment indépendants de l'administration pénitentiaire.

Dans les établissements disposant d'un SMPR, il est parfois possible d'avoir une réelle opération entre les activités opérées par les UCSA et celles du SMPR. De fait, certains SMPR vont parfois refuser certains détenus, jugeant leur comportement comme « trop perturbateurs », par exemple. Alors que dans les établissements de petite ou moyenne taille, le psychiatre de l'établissement fait partie de l'UCSA. L'administration pénitentiaire est donc contrainte de jouer le rôle de médiatrice entre médecine et psychiatrie, alors que ce n'est pas son rôle.

---

<sup>63</sup> Ministère de la Santé

## 10. Les établissements pénitentiaires à gestion déléguée

Parmi les 25 établissements pénitentiaires construits grâce au programme, 13 000, 21 établissements ont été repris en gestion déléguée tandis que les 4 autres ont été repris en gestion directe. Cela signifie donc que dans les 21 établissements pénitentiaires à gestion déléguée, des équipes médicales assurant la mission de soins aux détenus dépendent de groupements privés. C'est l'article 4 de la loi du 18 janvier 1994 qui a prévu des dispositions de dérogation pour ces établissements puisque le service public hospitalier n'intervient pas à l'intérieur des établissements. Mais ces dispositions semblent être transitoires puisque l'intention du législateur à l'époque semblait être qu'à terme les soins aux détenus soient assurés par le service public hospitalier.

Il semblerait que la qualité des soins dans les établissements pénitentiaires à gestion déléguée soit la même que dans les établissements pénitentiaires à gestion directe, et pourtant, M. Pierre Pradier, un homme politique français montre qu'il existe plusieurs problèmes :

- Il y a un renouvellement fréquent des praticiens dans ces établissements ;
- Le personnel de santé ne semble pas suffisamment formé aux pathologies particulières des détenus telles que la toxicomanie, le VIH ou encore les différentes hépatites ;
- Les établissements pénitentiaires à gestion déléguée sont très éloignés. « Les médecins qui exercent à la prison de Joux-la-Ville, établissement situé à près de 40 km de la première gare de chemin de fer, viennent d'Auxerre, de Fontainebleau, voire de Paris<sup>64</sup>. » Les consultations externes et les hospitalisations rencontrent davantage de difficultés à être effectuées.

---

<sup>64</sup> Rapport Padrier

## Conclusion

Nous avons vu que la prise en charge des détenus et celles de la population en général sont totalement différentes. La santé des détenus est prise en charge par des structures qui n'interviennent pas dans la prise en charge de la population en général. Ces structures étant différentes comme on l'a vu, elles semblent beaucoup moins adaptées pour le milieu carcéral que pour la population en général. La prise en charge sanitaire des détenus disposant d'une enveloppe budgétaire nettement inférieure à celle de la population en général. Pour cause, certains problèmes qui existaient déjà auparavant persistent encore aujourd'hui. La population carcérale ne cesse d'augmenter et elle concerne encore et toujours la même population qui est constamment touchée par une certaine précarité. Le problème qui semble le plus important à résoudre reste celui des places en prison. La surpopulation des prisons entraîne des troubles psychiques et psychiatriques, des violences, des émeutes, la programmation plus rapide de certaines maladies... Elle entraîne également la récurrence de certaines infractions. Se pose alors la question du suivi des détenus après leur sortie de prison ?

*« L'interruption de l'apaise en charge des sortants de prison est régulièrement dénoncée par les professionnels de santé et de l'aide sociale, et par les militants de la lutte contre le VIH/sida. Population identifiée comme vulnérable et parfois difficile par les professionnels de santé, les patients sortants sont de surcroît souvent dits «perdus de vue» par les équipes en milieu fermé. Ainsi, la santé postcarcérale est le plus souvent conçue, du point de vue des professionnels, comme un problème de santé publique, pris entre deux institutions, la prison et l'hôpital. Le problème ainsi formulé, il est attendu du patient qu'il soit autonome et responsable, deux principes clés de la prise en charge médicosociale aujourd'hui. Cependant, ces principes et ces attentes institutionnels ne permettent pas de comprendre pleinement les expériences et les comportements des patients sortants de prison<sup>65</sup>. »*

Ne serait-il pas judicieux de les suivre davantage, de prendre connaissance de leur état de santé, de leur condition d'insertion dans le monde du travail, de leur situation familiale et sociale afin que les récurrences se raréfient et peut-être amène à une baisse du nombre de détenus dans les prisons actuelles ?

---

<sup>65</sup> ADSP

# **Bibliographie**

## **I. Ouvrages généraux**

Code de procédure pénale

Code de santé publique

## **II. Lois**

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et des programmations pour la justice

Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

Loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

## **III. Décrets**

Décret 2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention.

## **IV. Ouvrages spécialisés, répertoires et rapports**

CHAUVIN Isabelle, La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique, ???, Paris, ESF éditeur, 2000, 109 pages.

MILLY Bruno, *Soigner en prison*, ??, ???, Presses Universitaire de France, 2001, 264 pages.

## **V. Thèses et mémoires**

DELBEQUE T, *Équipe mobile d'urgence-liaison psychiatrique en milieu carcéral : analyse d'un dispositif innovant développé au sein du centre pénitentiaire de Lille-Annoeullin* », Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille, 24 septembre 2019, 82 pages.

ARGENTEL A, *Violences verbales, physiques et sexuelles faites aux femmes : Étude en consultation de gynécologie en milieu hospitalier, dans des cabinets de médecine générale et en milieu carcéral*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille, 7 mai 2019, 51 pages.

BETRY A, *Le cancer en milieu carcéral : prise en charge et comparaison épidémiologique avec la population générale. Expérience de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de Lille de 2004 à 2015*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Lille, 8 mars 2016, 63 pages.

OLLIVAUX J, *La dépendance des personnes détenues*, Mémoire de recherche et d'application professionnelle, École nationale d'administration pénitentiaire, 50 pages.

BOUCHÈS S, *Le détenu malade : un patient pas comme les autres*, Mémoires, Master II Droit de la responsabilité médicale, 65 pages.

## **VI. Articles et contributions**

LALANDE (L.), BERTIN (C.), RIOUFOL (C.), BOLEOR (P.) et CABELGUENNE (D.), « Prise en charge médicamenteuse en milieu carcéral : contribution de l'équipe pharmaceutique à la sécurité des patients », in *Annales Pharmaceutiques Françaises*, Volume 74, mars 2016, pp. 146-153.

FATOME (T.), VERNEREY (M.), LALANDE (F.), VALDES BOULOUQUE (M.) et FROMENT (B.), « L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation », in La documentation française, juin 2001, pp. 1-146.

Observatoire international des prisons, « La santé incarcérée », in Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison, juillet 2022, pp. 7-73.

DÉSEQUELLES (A.), « Le handicap en milieu carcéral en France », in Population, Volume 6, 2005, pp. 71-98.

GRILL (S.) et TELMON (N.), « Handicap et prison », in Droit, déontologie et soin, Volume 6, juin 2006, pp. 178-185.

DEVELAY (A-E.), VERDOT (C.) et GRÉMY (I.), « Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations », in Santé publique, Volume 27, 2015, pp. 491-502.

KANOUI-MEBAZAA (V.) et VALANTIN (M-A.), « La santé en prison », in Les tribunes de la santé, Numéro 17, 2007, pp. 97-103.

MILLY (B.), « Chapitre 3 : Mise en perspective historique de la santé en milieu pénitentiaire », in Soigner en prison, 2021, pp. 79-104.

OBRECHT (O.), « Des progrès pour la santé en prison », in Revue projet, 2002, pp. 110-117.

LANCELEVÉE (C.), « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne », in Regards, 2021, pp. 245-255.

GUENICHE (K.), « Considérations psychologiques et psychopathologiques sur le risque suicidaire en milieu carcéral », in Perspectives psy, 2004, pp. 58-64.

BOURGOIN (N.), « Le suicide en milieu carcéral », in Population, 1993, pp. 609-625.

REIDY (A.), « L'interdiction de la torture », in Un guide sur la mise en oeuvre de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, ??, pp. 1-46.

ALLMAN (M.), BLANC (A.), GUÉRIN (G.) et OBRECHT (O.), « La santé en prison », in ADSP, 2003, pp. 54.

MEROUEH (F.), « Maladies infectieuses : dépistage et prise en charge des personnes sous main de justice », ADSP, n° 44, 2018, pp. 23.

## **VII. Avis et rapports**

### **1. Avis**

Comité consultatif national d'éthique, « La santé et la médecine en prison », n°94, pp. 48.

### **2. Rapports**

Ministère des solidarités et de la santé, « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », 2019, pp. 460.

Organisation mondiale de la santé, « Status report on prison health in the WHO European Region », pp. 74.

Ministère des solidarités et de la santé, « Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », 2019, pp. 460.

Direction Générale de la Santé et Direction de l'Administration Pénitentiaire, « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique », 2004, pp. 39.

Santé publique France, « Investigation de cas groupés de leptospirose parmi les détenus d'un centre pénitentiaire d'Île-de-France », 2016, pp. 39.

### **VIII. Articles de presse**

ROUSSEAU E, « La prise en charge sanitaire des détenus », Actualité et dossier en santé publique, juin 1995.

ROBERT P-Y, « La violence contre soi-même », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

NICOLAS G, « La santé en milieu carcéral : dix ans après la réforme », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

VIALLA F et MIJUSKOVIC V, « Santé des personnes détenues », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

DUSART A, « L'accompagnement des personnes handicapées en fin de vie : une indispensable et délicate articulation du médico-social et des soins palliatifs », B.I. du CREAM Bourgogne-France-Comté, novembre 2019.

GUÉRIN G, « Contexte et genèse d'une réforme », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

GUÉRIN G, « Le dispositif de prise en charge », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

GUÉRIN G, « La population carcérale », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

GUÉRIN G, « La prise en charge sanitaire », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

OBRECHT O, « Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

BENOIST A, « Un rapport alerte sur la situation très difficile des détenus malades, handicapés ou âgés », Hospimédia, 6 juillet 2022.

CANETTI C, « La psychiatrie dans l'univers carcéral », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

LUNEAU E, VANDERSTUKKEN O et DELPLACE C, « Pratiques cliniques en milieu pénitentiaire, autonomisation et réinsertion », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

FASSIN D, « Comprendre la condition carcérale pour penser la santé en prison », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

HAZAN A, « Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

GENEPI Association, « L'environnement social : l'exemple de l'association Genepi », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

KENSEY A, « Quelles populations ? Quels états de santé ? », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

HAGÈGE M, « La continuité des soins à la sortie de prison », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

WELL-GLÈS C, « Les réformes de la prise en charge de la santé des détenus dans les lieux de détention en Belgique », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

LEMONNIER V et PRESTEL T, « Promouvoir la santé en milieu pénitentiaire : l'expérience bretonne », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

WELL-GLÈS C, « La prise en charge de la santé des personnes placées sous main de justice en Angleterre et Irlande du Nord », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

BERNARD C, « Addictions : données connues et prise en charge en milieu carcéral », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

SALOMON J et MICHON C, « La stratégie santé pour les personnes placées sous main de justice », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

CHAN-CHEE C et VERDOT C, « Santé des personnes sous main de justice », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

FRIZON C et BONFILS V, « Les dispositifs de prise en charge des personnes placées sous main de justice », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

THOMS P et FOVET T, « Les suicides et tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

SEBBANE D et THOMAS P, « Les dispositifs de prise en soins psychiatriques des personnes présentant des troubles psychiques en détention », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

MEROUEH F, « Maladies infectieuses : dépistage et prise en charge des personnes sous main de justice », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2018.

BLANC A, « Santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

ALLAMAN M, « La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire », Actualité et dossier en santé publique, septembre 2003.

DÉSEQUELLES A, « Le handicap en milieu carcéral en France : Quelles différences avec la situation en population générale ? », Institut National d'Études Démographiques, avril 2005.

EBERSOLD S et ZDRAVKOVA Y, « Handicap en prison : politiques publiques, traitement social de la déficience et trajectoires individuelles », INSHEA.

???, « Handicap : les prisons toujours déficientes », Observatoire international des prisons, 26 novembre 2021.

CAROF-GADEL M, « Le handicap, la double peine en prison », Ouest France, 28 avril 2018.

CORDIER C, « De graves carences dans l'accès aux soins sont signalées à la prison de Bordeaux-Gradignan », Hospimédia, 15 juillet 2022.

MOUISEL C, « Droits des détenus en matière de santé », Unité de la Presse, février 2022.

PEERS C, « Conditions de détention et traitement des détenus », Unité de la Presse, décembre 2021.

AERTS C, « Détention et santé mentale », Unité de la Presse, janvier 2022.

???, « Santé en prison : les carences du système », Franceinfo, 21 juillet 2016.

BODON-BRUZEL M, « Historique et évolution de l'organisation des soins en milieu carcéral », EM consulte, décembre 2021.

??, « Quels sont les différents types de prisons ? », Vie publique, 15 avril 2022.

??, « La santé en prison », Ooreka droit, juillet 2022.

CLIQUENNOIS G, « La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », Érudit, 12 septembre 2018.

FARGES (É.), « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », Érudit, 6 juillet 2006.

## **IX. Sites internet**

Ministère de la santé et de la prévention : [https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-14-les-soins-aux-personnes-detenu-es?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000b724693aa4edfd1dbd74cca152b879db1ca9a5d116832c1e1ba46da191cbb20089ee3cf241430007318e6d33d59893fb6df10853533f67eedbb0670ae77aa4dcd384549f6fb9d4150593af327a4e86361ff068fb4519b78](https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-14-les-soins-aux-personnes-detenu-es?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000b724693aa4edfd1dbd74cca152b879db1ca9a5d116832c1e1ba46da191cbb20089ee3cf241430007318e6d33d59893fb6df10853533f67eedbb0670ae77aa4dcd384549f6fb9d4150593af327a4e86361ff068fb4519b78)

Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées : [https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab2000df97ee85970a4330750495ac512e7d5e7eaeaf0f6c9271e93153fae1a64f65b20863f652e414300018d9a4edb8a6a2aa3f4bc814b0c1a6238650aba76f7bf8b8ffc6ef0a4753b26f8f8098361a8587dafd36290ed7d7189b](https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000df97ee85970a4330750495ac512e7d5e7eaeaf0f6c9271e93153fae1a64f65b20863f652e414300018d9a4edb8a6a2aa3f4bc814b0c1a6238650aba76f7bf8b8ffc6ef0a4753b26f8f8098361a8587dafd36290ed7d7189b)

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale : <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>

Sénat : <https://www.senat.fr/questions/base/2014/qSEQ140913050.html>

Sénat : <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44912.html>

Sénat : <https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44912.html>

Vie publique : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/269818-le-controle-des-prisons>

Dalloz : <https://www.dalloz.fr/documentation/Document?id=DZ%2FOASIS%2F000851>

CNLE : <https://www.cnle.gouv.fr/1994-1995-la-reorganisation-des.html>

Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/milieu-penitentiaire-et-sante-deux-nouvelles-etudes-publiees-par-sante-publique-france>

Organisation mondiale de la santé : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2020/5/who-launches-checklist-to-support-prison-administrators-and-policy-makers-for-rapid-and-effective-response-to-covid-19>

Organisation mondiale de la santé : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2021/10/improving-health-in-prisons-new-who-prison-health-framework-can-improve-data-quality>

Ministère des solidarités et de la santé : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mesures-detention-psy\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/mesures-detention-psy_covid-19.pdf)

Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenees-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenees>

Ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/prise-en-charge-sanitaire>

Ministère des solidarités et de la santé : [https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab200077ba121de48b770e00b72bc2f61e23bdaa78af9ee894c3b314dd36470d3e5d140881fc827214300074f5e9a945ed1c45a5789df1321500427d67571a364582177106d9fde6fd949584ba33f5e4cdc9f67a378cf1730adf23](https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es?TSPD_101_R0=087dc22938ab200077ba121de48b770e00b72bc2f61e23bdaa78af9ee894c3b314dd36470d3e5d140881fc827214300074f5e9a945ed1c45a5789df1321500427d67571a364582177106d9fde6fd949584ba33f5e4cdc9f67a378cf1730adf23)

Ministère des solidarités et de la santé : [https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans?TSPD\\_101\\_R0=087dc22938ab20001b8025c6eca90018623c7453a2ab11ada7103e1f771d82618e1ad824f41c581608dcdd9962143000da4e7261d483d591264a9e45cb2f69e6ac77009e9d7532bd07d82a73355f6f18a4c41af44c8cfda28b877ca9910d5398](https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans?TSPD_101_R0=087dc22938ab20001b8025c6eca90018623c7453a2ab11ada7103e1f771d82618e1ad824f41c581608dcdd9962143000da4e7261d483d591264a9e45cb2f69e6ac77009e9d7532bd07d82a73355f6f18a4c41af44c8cfda28b877ca9910d5398)

# Tables des matières

Remerciements

3

Sommaire

4

Table des abréviations

5

Introduction

7

Partie I - L'organisation de la prise en charge sanitaire des détenus et de la population générale

16

A. Historique de la prise en charge des détenus

17

B. La prise en charge sanitaire des détenus

19

1. Les unités sanitaire en milieu pénitentiaire

19

2. Les services médico-psychologiques régionales

20

3. Les unités hospitalières sécurisées interrégionales

21

4. Les unités hospitalières spécialement aménagées

22

C. Le système de soins français

22

1. La santé publique

22

2.	Les soins ambulatoires	23
3.	Les soins hospitaliers	25
3.1.	Les établissements hospitaliers	25
3.2.	Les groupements hospitaliers de territoires	26
4.	Les soins d'urgence	26
5.	Les soins de longue durée	28
5.1.	Les soins résidentiels ou temporaires pour les personnes âgées	29
5.2.	Les soins à domicile	29
5.2.1.	Les services de soins infirmiers à domicile	29
5.2.2.	Les services d'aide et d'accompagnement à domicile	30
5.2.3.	Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile	30
D.	Le financement du système de soins français	30
1.	Les régimes d'assurance maladie	30

2. Les régimes complémentaires

31

Partie II - Une population carcérale dans un état sanitaire dégradé

33

A. Les différentes addictions qui persistent en milieu carcéral

35

1. La toxicomanie

35

2. La polytoxicomanie

36

3. L'alcool

36

4. Le tabac

37

B. Les maladies infectieuses

37

1. L'hépatite A

37

2. L'hépatite B

38

3. L'hépatite C

38

4. Le virus de l'immunodéficience (VIH)

39

5. La tuberculose

40

C. Les maladies sexuellement transmissibles

41

1. La syphilis

41

2. La chlamydia

41

D. Les maladies non transmissibles

42

Partie III - Des progrès, mais aussi des fossés qui continuent de se creuser concernant la prise en charge des détenus

43

A. Les enjeux de la prise en charge des détenus en milieu pénitentiaires

44

1. La promotion de la santé

44

2. La télémédecine

45

3. La protection sociale

46

4. La crise de la Covid-19

46

5. Le dispositif vigilans

47

B. Les progrès engendrés par la réforme mise en place par la loi du 18 janvier 1994

48

C. Les limites de la prise en charge sanitaire des détenues en milieu pénitentiaire

50

1. Un nombre grandissant de détenus

50

2. Une population carcérale vieillissante

52

- 2.1. L'augmentation de l'âge des détenus  
52
- 2.2. L'allongement général des peines  
53
- 3. Une détention attentatoire aux droits des personnes malades  
53
  - 3.1. Le droit au respect du secret médical  
54
  - 3.2. Le droit à l'information et à l'accès au dossier médical  
54
  - 3.5. La loi Leonetti-Claeys  
55
- 4. Les conditions de détention qui aggravent la santé des détenus  
56
- 5. Des établissements inadaptés  
57
- 5. Un accès aux soins dépendant du personnel surveillant  
58
- 6. Le trajet prison - hôpital : une situation complexe  
58
- 7. Le monde médical et l'administration pénitentiaire : un fossé toujours existant  
59
- 8. Un état de santé qui ne s'améliore pas avec le temps  
60
- 9. La médecine somatique et la psychiatrie  
62

10. Les établissements pénitentiaires à gestion déléguée

63

Conclusion

64

Bibliographie

65

Tables des matières

76

Annexes

82

## Annexes

Annexe 1 :

### Tableau 6 : Effectifs des personnes écrouées détenues et densité carcérale

Effectifs actualisés au : 1<sup>er</sup> juillet 2022

Champ : Métropole et Outre-Mer

Sources :

Effectifs écroués : GENESIS / Traitement : DAP-SDSE

Places opérationnelles : Ministère de la Justice / DAP / SDSP / SP2 - Fichier des places opérationnelles

Niveau	Capacité norme circulaire	Capacité opérationnelle	Ecroués détenus	Densité carcérale
Métropole	57 124	56 227	66 645	118.5%
Outre-Mer	4 475	4 475	5 422	121.2%
<b>Total France entière</b>	<b>61 599</b>	<b>60 702</b>	<b>72 067</b>	<b>118.7%</b>

Capacité norme circulaire : la circulaire A.P. 88.05G du 17 mai 1998 définit le mode de calcul de la capacité des établissements pénitentiaires.

Capacité opérationnelle : correspond au nombre de places effectivement disponibles dans les établissements pénitentiaires.

Densité carcérale : ce ratio s'obtient en rapportant le nombre de détenus à la capacité opérationnelle.

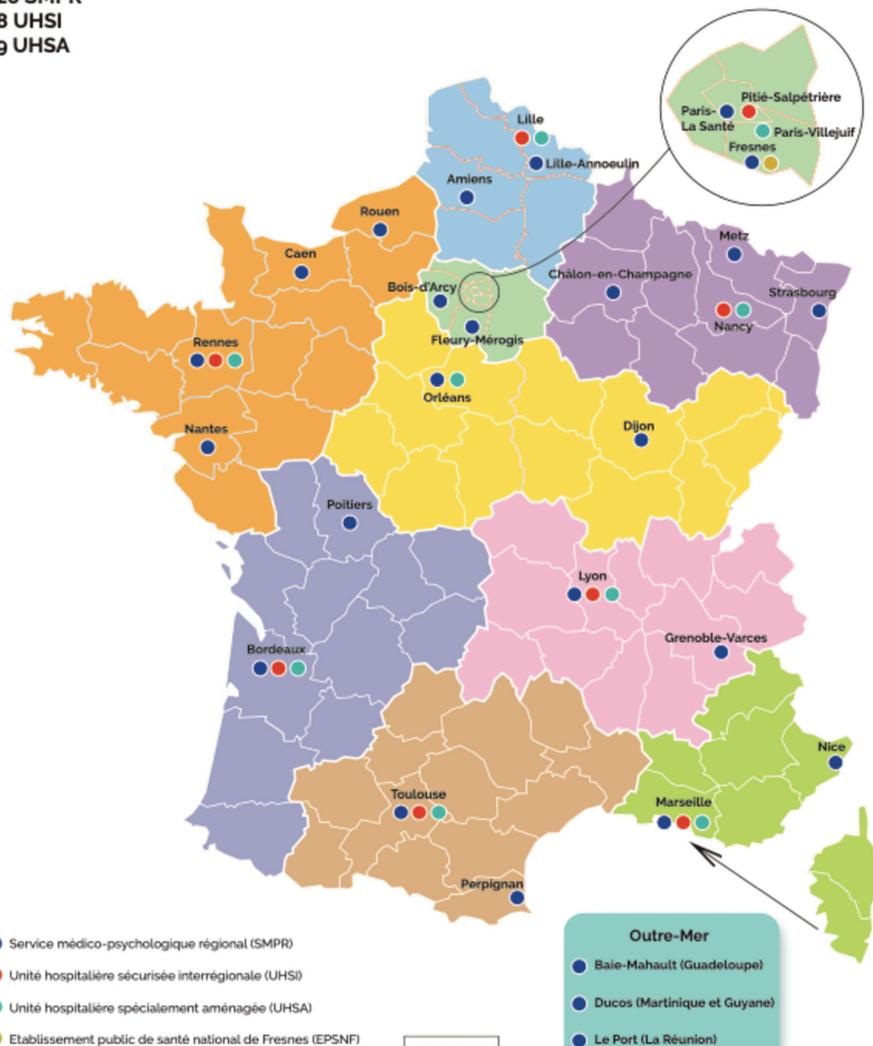
Annexe 2 :

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des CSL)

- 26 SMPR

- 8 UHSI

- 9 UHSA



- Service médico-psychologique régional (SMPR)
- Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI)
- Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)
- Etablissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)



DAP/Service communication - Juin 2018

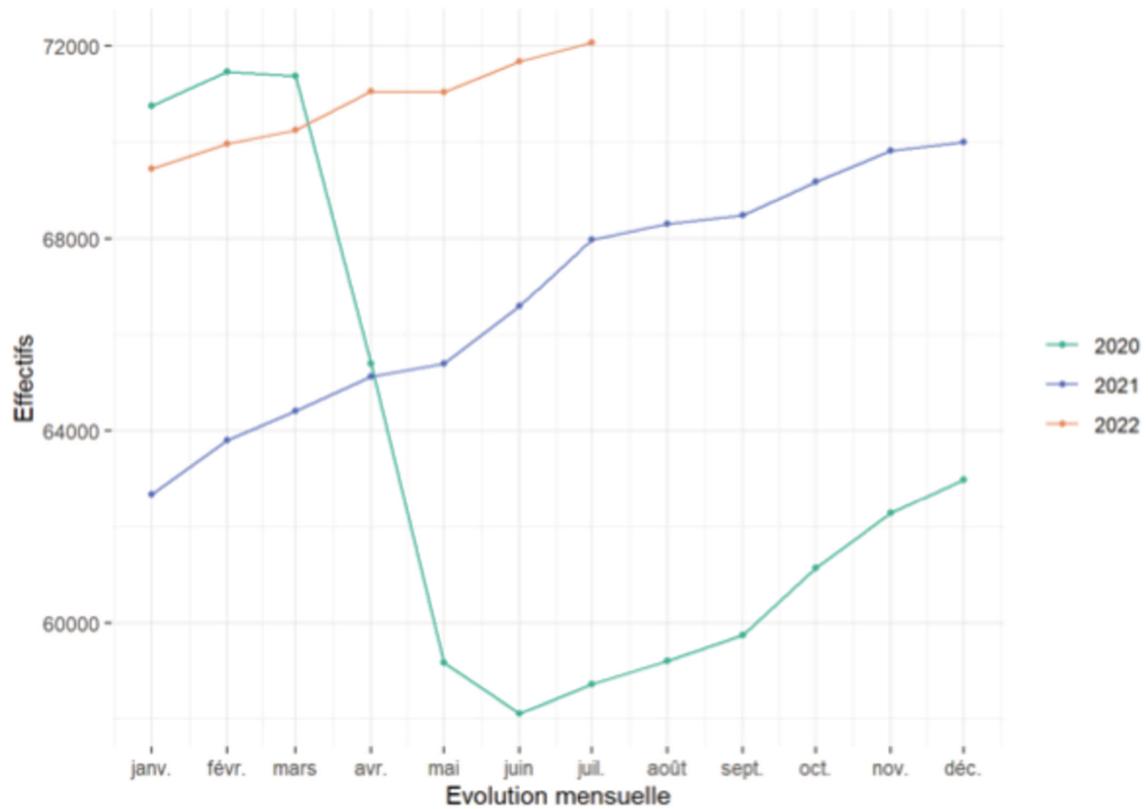
Annexe 3 :

### Graphique 3b : Courbes d'évolution mensuelle des personnes écrouées détenues

Effectifs actualisés au : 1<sup>er</sup> juillet 2022

Champ : Métropole et Outre-Mer

Source : GENESIS / Traitement : DAP-SDSE



## Annexe 4 :

