

Université de Lille

Faculté de Médecine Henri Warembourg

Année 2025

Thèse pour le diplôme d'Etat
de Docteur en Médecine

Conditions sécuritaires et pratiques soignantes en milieu pénitentiaire :

Un état des lieux national

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2025

à 17h30 au pôle Recherche

Par Lucie SEGURET

Jury

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs et co-directeurs de thèse :

Monsieur le Maître de Conférence des Universités Thomas FOVET

Madame la Docteur Lucile DEFFENSE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SIGLES

AP	Administration Pénitentiaire
ARS	Agence Régionale de Santé
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CD	Centre de Détention
CEDH	Commission Européenne des Droits de l'Homme
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CP	Centre Pénitentiaire
CPe	Code Pénitentiaire
C-PIP	Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
CPP	Code de Procédure Pénale
CProU	Cellule de Protection d'Urgence
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSL	Centre de Semi-Liberté
DAP	Direction de l'Administration Pénitentiaire
DISP	Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
EP	Etablissement pénitentiaire
EPM	Etablissement Pénitentiaire pour Mineurs
JAP	Juge de l'Application des Peines
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
LC	Liberté Conditionnelle
MA	Maison d'Arrêt
Max	Maximum
Min	Minimum
OIP	Observatoire International des Prisons
PPSMJ	Personnes Placées Sous-Main de Justice
QA	Quartier Arrivant
QD	Quartier Disciplinaire
QI	Quartier d'Isolement
QPR	Quartier pour Personnes Radicalisées
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
S-PIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoire
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
USMP	Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire
UVF	Unité de Vie Familiale

SOMMAIRE

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	4
Sommaire	5
Introduction.....	9
1. La prison en France	9
1.1 Histoire de la prison en France à travers les siècles	9
1.2 Différents statuts des personnes incarcérés.....	12
1.3 Caractéristiques de la population carcérale.....	13
1.4 Structures pénitentiaires et quartiers spécifiques	14
1.4.1 Les différents lieux d’incarcération.....	14
1.4.2 Les différents quartiers spécifiques.....	17
1.5 Mesures de sécurité en détention.....	21
1.5.1 L’administration pénitentiaire (AP)	21
1.5.2 La sécurité en détention.....	22
1.5.3 La réglementation de la sécurité en prison	23
2. Soins aux personnes détenues	26
2.1 Les principaux textes	26
2.1.1 Droit international.....	26
2.1.2 Droit français.....	28
2.1.3 Grands principes français	30
2.2 Les différents niveaux de prise en charge des personnes incarcérées	30
2.2.1 Dispositifs de niveau 1	31
2.2.2 Dispositifs de niveau 2	31
2.2.3 Dispositifs de niveau 3.....	31

2.3	Santé des personnes détenues en France	33
2.3.1	Santé mentale.....	33
2.3.2	Conduites suicidaires en prison	35
2.3.3	Santé physique	36
3.	Sécurité et soins.....	36
3.1	Exercice du soin en prison.....	36
3.1.1	Exercice dans un climat sécuritaire particulier	36
3.1.2	Disparités de l'offre de soins selon les USMP	37
3.1.3	Des difficultés matérielles fréquentes	37
3.2	Mesures de sécurité et soins en détention	38
3.2.1	Organisation de l'USMP	38
3.3	Nécessité d'un état des lieux	44
	Matériel et méthodes	45
1.	Méthodologie de l'enquête	45
2.	Données recueillies	45
3.	Analyse de données.....	47
	Résultats	48
1.	Description des répondants.....	48
1.1	Caractéristiques des répondants.....	48
1.2	Etablissements pénitentiaires représentés	50
2.	Résultats	52
2.1	Consultation à l'USMP.....	52
2.1.1	Organisation de l'USMP.....	52
2.1.2	Exercice du soin.....	52
2.2	Activités encadrées par l'USMP	54

2.3	Consultations en quartiers spécifiques	56
2.3.1	Le QA.....	56
2.3.2	Le QD.....	57
2.3.3	Le QI	57
2.3.4	Le QPR	58
2.3.5	Le QF.....	58
2.3.6	Le QM.....	59
2.3.7	Les bâtiments non spécifiques.....	59
2.3.8	Non intervention dans les quartiers.....	61
2.4	Intervention en CProU	62
2.5	Prise en charge des personnes détenues mineures.....	63
2.6	Liens entre soignants et institutions (AP, DISP et ARS)	64
	Discussion.....	66
1.	Résultats principaux	66
1.1	Les interventions dans les quartiers spécifiques	66
1.2	Un secret médical fragilisé à tous les niveaux	68
1.3	Respect des droits des personnes détenues.....	68
1.4	Des contraintes empêchant un bon fonctionnement de l'USMP	69
1.5	Un accès aux activités thérapeutiques inégal et stigmatisé.....	69
1.6	Des relations institutionnelles déséquilibrées	70
1.7	Le paradoxe du sentiment de sécurité.....	70
2.	Implications cliniques	71
2.1	Une meilleure articulation entre l'AP et le service sanitaire	71
2.2	Des questions d'actualité.....	72
2.3	Une réflexion éthique nécessaire	73
3.	Ce que la littérature nous apprend	74

4. Limites et forces de l'étude.....	75
4.1 Limites.....	75
4.2 Forces.....	75
5. Perspectives.....	75
Conclusion.....	76
Liste des tables.....	77
Liste des figures.....	77
Bibliographie.....	78
Annexe 1.....	90

INTRODUCTION

1. La prison en France

1.1 Histoire de la prison en France à travers les siècles

La prison française a connu de nombreuses évolutions à travers les âges. Depuis l'Ancien régime au monde moderne, en passant par la Révolution française et la troisième République, celle-ci n'a eu de cesse d'être remodelée au fil des évolutions sociétales.

Depuis la fin du XVIII^{ème} siècle, l'histoire des prisons et des peines en France est marquée par une succession de lois, d'ordonnances, d'arrêtés et de circulaires. C'est toutefois au XX^e siècle, à la fin de la seconde guerre mondiale, que le système carcéral subit ses mutations les plus significatives [1].

La réforme Amor

M. Paul AMOR (1901-1984), ancien magistrat pendant l'Occupation, est nommé Directeur de l'Administration Pénitentiaire après la chute du Régime de Vichy. A ce poste, il préconise une série de réformes pénales, institutionnelles, sanitaires et sociales. Ces dernières visent une **restructuration complète du système carcéral** français allant de la réfection des bâtiments au renouvellement des équipements au changement du rôle de l'Administration Pénitentiaire (AP). Pour lui, la priorité se trouve dans l'humanisation des lieux et la formation d'un personnel de confiance [2].

La principale réforme est celle de mai 1945 dans laquelle il propose, en 14 points clés, un système d'incarcération plaçant la personne **détenue au cœur de sa peine**. Dorénavant cette peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné. Son premier point donne le ton global de la réforme : il part du postulat qu'il ne s'agit pas seulement de punir et d'enfermer les personnes ayant transgressé la loi, mais aussi de leur donner une chance de se réinsérer une fois leur peine purgée. Cela était très novateur et créait une rupture avec le système carcéral très répressif de la période que la France venait de connaître.

Un problème sociétal du monde moderne

Les années 1970 sont décrites comme une période de rupture fondamentale dans la société française par une **remise en cause des institutions traditionnelles**, notamment avec les différentes grèves de mai et juin 1968. La question pénitentiaire n'échappe pas au débat.

Fondé en 1972, le Comité d'Action des Prisonniers, composé de personnes détenues et anciennement détenues, œuvre en faveur de l'amélioration des conditions de détention. Il revendique, entre autres, la **suppression du « costume pénal »** (dont les rayures étaient jugées stigmatisantes) et la reconnaissance d'un droit d'association pour les personnes incarcérées.

De plus, à la suite de plusieurs incidents survenus dans les prisons françaises (révoltes et mutineries), les pouvoirs publics décident, en 1974, la **création d'un Secrétariat d'État chargé de la Condition Pénitentiaire**, confié à Mme Hélène Dorlhac, médecin et femme politique de l'époque [3]. Cette institution perdurera 2 ans, avant d'être absorbée, en 1976, par le ministère de la Justice.

La réforme pénitentiaire de 1975

La réforme pénitentiaire de 1975 vise à promouvoir des alternatives à l'incarcération, notamment par le développement de la libération conditionnelle et du sursis avec mise à l'épreuve. En se basant sur les postulats de la *Réforme Amor*, elle approfondit la notion de **réinsertion sociale** en créant notamment des centres de détention axés sur cet objectif. Enfin, ce texte instaure les premiers droits reconnus aux personnes détenues. En instituant les premiers dispositifs de suivi en milieu ouvert, la loi du 11 juillet 1975 constitue un tournant majeur [4].

Les années 2000 et la réforme de 2009

Dans une optique de contrôle indépendant des prisons, des lieux de garde à vue, et plus généralement, des milieux où les personnes sont privées de leur liberté fondamentale de circuler : le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) est créé en 2007.

Avant la réforme de 2009, le droit pénitentiaire est encadré par des circulaires ou de la jurisprudence. Ainsi, la France a de nombreuses fois été condamnée par la Commission Européenne des Droits de l'Homme (CEDH). L'objectif de cette réforme était donc clair : donner un cadre légal à la prison moderne et l'humaniser.

La loi établit clairement que les personnes détenues gardent tous leurs droits exceptés celui d'aller et venir librement. Ainsi les **droits au respect de la vie privée, à la liberté de pensée et de religion, à la santé, la dignité** ainsi qu'à **une éducation**. Les Directions des Administrations Pénitentiaires (DAP) sont vivement incitées à privilégier l'**encellulement individuelle**. La réinsertion ainsi que l'individualisation des peines deviennent des objectifs centraux (notamment avec l'accès à une formation ou un travail lorsque cela est possible). Il devient obligatoire pour les Juges d'Application des Peines (JAP) d'examiner de manière systématique l'aménagement des peines pour les personnes condamnées à des peines inférieures ou égales à 2 ans. Les JAP peuvent aussi proposer des aménagements de peine comme le bracelet électronique ou les travaux d'intérêt généraux.

En résumé, cette loi pénitentiaire, centrale dans le paysage du XXI^{ème} siècle, donne les premières codifications globales du droit pénitentiaire et vient poser les bases de la réflexion qui a mené aux réformes suivantes (loi de 2014, réforme Belloubet de 2019, etc.) [5].

1.2 Différents statuts des personnes incarcérées

Voici un exposé des différents statuts des personnes écrouées et incarcérées :

La **détention provisoire** concerne une personne en attente de jugement. La personne est considérée comme innocente mais reste emprisonnée pour éviter le risque de récidive, de fuite ou de pression sur les témoins [8,9].

La **peine de prison ferme** est prononcée après un jugement, la personne est condamnée et incarcérée dans une prison pour y exécuter une peine d'emprisonnement.

La **semi-liberté** concerne la personne détenue autorisée à sortir en journée, pour travailler ou suivre une formation, mais devant retourner en prison pour la nuit et les weekends. Son incarcération se déroule dans un Centre de Semi-Liberté (CSL).

De plus, il existe des personnes écrouées mais qui ne sont pas incarcérées. Deux cas sont possibles : les **surveillances électroniques** à domicile (communément appelé le bracelet électronique) et le **placement à l'extérieur non hébergé**. Le placement à l'extérieur signifie que la personne détenue est placée dans une entreprise ou une association. Il n'y a pas de retour quotidien en cellule mais, si elle ne respecte pas ses obligations, le juge peut décider de révoquer son placement à l'extérieur.

1.3 Caractéristiques de la population carcérale

Malgré les avancées significatives en matière de réinsertion et de suivi des personnes détenues en milieu ouvert, notre époque est marquée par une problématique de surpopulation carcérale contribuant à la **dégradation des conditions de vie des prisonniers** et à la **perte d'efficacité des programmes de réinsertion** [10–12].

Au 1^{er} juin 2025, la population carcérale française atteint les **84 447 personnes** détenues pour une capacité opérationnelle de 62 566 places, soit un taux moyen d'occupation de **135%**. Les maisons d'arrêt sont les plus touchées, avec un taux d'occupation de **165.6%**, tandis que les centres de détention et les établissements spécialisés affichent des taux plus modérés. La surpopulation entraîne des conditions de détention dégradées, contraignant environ **5761 personnes** à dormir sur des matelas au sol. Au total, 102 739 personnes sont sous écrou, incluant les personnes en détention dans les établissements pénitentiaires (EP), détenues à domicile sous surveillance électronique ainsi que les personnes en placement extérieurs non hébergées [13].

Au total **3000** femmes sont détenues en France et représentent **3.5%** de la population carcérale au 1^{er} Juin 2025. Elles souffrent elles-aussi de la surpopulation carcérale (densité carcérale : **123.9%**). Concernant les mineurs ils sont **986** sous écrou et **897 écroués détenus**. Ils représentent **1.1%** de la population carcérale française en juin 2025.

Ce constat soulève de nombreuses questions quant à la capacité du système pénitentiaire à répondre à la fois aux impératifs sécuritaires et aux besoins de réinsertion des personnes détenues, dans un contexte où les politiques publiques de désengorgement des prisons restent un enjeu majeur [6,8].

Parmi les personnes détenues, il est important de distinguer : les personnes détenues prévenues et les personnes détenues condamnées. Les prévenus sont des personnes qui n'ont pas encore été jugées : elles peuvent être en détention provisoire dans l'attente de leur procès, ou avoir fait appel de leur condamnation en première instance. En revanche, les personnes détenues condamnées sont celles dont la peine de prison a été prononcée de manière définitive. Les personnes prévenues ont généralement moins de droits que celles condamnées [14].

On compte, au 1^{er} juin 2025, 22 445 personnes prévenues, dont 17.3% de personnes prévenues-condamnées (personnes ayant fait appel de leur jugement en première instance ou personnes ayant été condamnées pour une affaire mais en attente de jugement pour une ou plusieurs autres affaires) et 61 803 personnes condamnées.

1.4 Structures pénitentiaires et quartiers spécifiques

1.4.1 Les différents lieux d'incarcération

Il existe 186 EP. On en distingue plusieurs types (**Figure 1**); selon la durée et la nature des peines prononcées, l'âge des personnes détenues et leurs perspectives de réinsertion sociale [7].

Les **maisons d'arrêt** (MA) sont au nombre de 88 en France en 2025 [15]. En plus de ces dernières, on compte 62 quartiers de maisons d'arrêt dans les Centres Pénitentiaires. Il existe donc 150 maisons ou quartiers apte à recevoir les personnes prévenues et condamnées ayant une peine inférieure ou égale à 2 ans. C'est dans ce type d'établissement que la surpopulation carcérale est la plus importante.

Les établissements recevant les personnes condamnées à plus de 2 ans de peine de prison ferme sont [16] :

- Les **centres de détention** (CD), actuellement au nombre de 27, accueillent des personnes détenues qui présentent, malgré la peine prononcée, une perspective de réinsertion dans la société civile.
- Les 6 **maisons centrales**, destinées à recevoir les personnes détenues aux peines très longues. Le régime de détention est essentiellement basé sur la sécurité et non sur la réinsertion sociale.
- Les 12 **centres de semi-libertés** (CSL), reçoivent des personnes détenues incarcérées sous le régime de la semi-liberté.

Un établissement mixte comportant un **quartier** de maison d'arrêt et un quartier de centre de détention ou de maison centrale s'appelle un **centre pénitentiaire** (CP). Il existe à ce jour 62 CP [8].

L'orientation des personnes condamnées à de longues peines est déterminée par l'AP après une évaluation de 6 semaines au sein d'un **Centre National d'Evaluation** ; il en existe 4 en France dont un au CP de Lille-Loos-Sequedin.

A noter qu'il n'y a que **2 EP réservés aux femmes** : la Maison d'Arrêt de Rennes et le Centre de Détention de Versailles. La plupart des femmes sont incarcérées dans des établissements pour hommes, au sein de quartiers dédiés [17].

En plus de cette organisation pour les personnes majeures, le système pénitentiaire français compte 6 **établissements pénitentiaires pour mineurs** (EPM) accueillant des mineurs âgés de 13 à 18 ans ayant commis des infractions ou présumés. Dans ces établissements, du personnel éducatif s'ajoute au personnel pénitentiaire et médical. Ces 6 EPM ne pouvant pas accueillir tous les mineurs incarcérés, des quartiers pour mineurs dans des établissements d'hommes majeurs ont été organisés, à l'instar des quartiers pour femmes dans les établissements masculins. Dans ceux-ci, les conditions de détention se révèlent être plus difficile que dans les EPM en raison d'une organisation mettant à mal la protection de l'enfance [18].

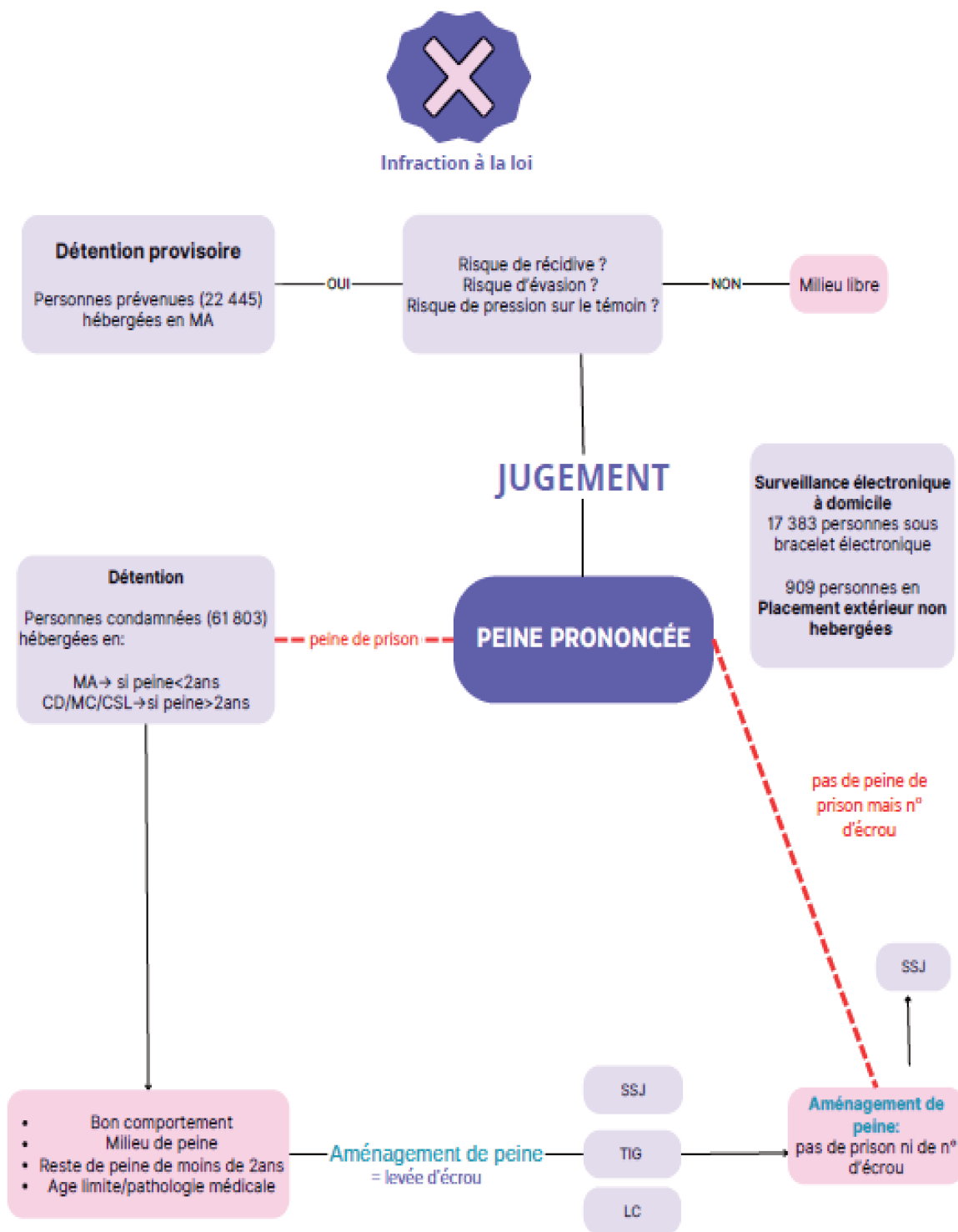


Figure 1 : Qui sont les personnes incarcérées ? (Schéma simplifié)

MA : maison d'arrêt/ CD : Centre de détention/ MC : Maison centrale/CSL : Centre de Semi-liberté

LC : Liberté conditionnelle/ TIG : Travaux d'intérêt généraux/ SSJ : Suivi socio-judiciaire

1.4.2 Les différents quartiers spécifiques

Il existe des quartiers spécifiques au sein des EP permettant d'adapter l'incarcération de la personne détenue selon son comportement, la nature de son infraction ou encore sa vulnérabilité [19].

Le quartier arrivant (QA)

C'est un quartier réservé aux personnes **écrouées entrées récemment** en incarcération. Y sont réalisés la visite médicale d'admission, ainsi qu'un entretien avec un Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (C-PIP). Les surveillants de l'AP affectés à ce quartier se doivent **d'observer le comportement** de la personne et de s'entretenir avec celle-ci afin de connaître ses habitudes mais aussi ses vulnérabilités. L'objectif est l'**attribution d'une cellule** la plus adéquate possible pour la suite de son incarcération, voire l'orientation vers un quartier spécifique disponible au sein de l'EP. La durée d'hébergement dans ce quartier varie en fonction de chaque EP, et est dépendant du nombre de place disponible dans les bâtiments non spécifiques.

Le quartier disciplinaire (QD)

Aussi appelé « mitard », c'est le quartier au sein duquel sont orientées les personnes détenues **sanctionnées** pour leur comportement. Les raisons d'un placement au QD sont diverses, cela peut être à la suite de violences envers des codétenus, ou de possession d'objet interdit (téléphone portable ou substances illicites). Dans cette cellule, **le confort est sommaire**, les effets personnels et la télévision sont interdits, les parloirs sont réduits au strict minimum, participant à l'isolement temporaire de la personne détenue. Le temps maximum d'incarcération au QD est de 30 jours. Selon le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des Personnes Placées Sous-Main de Justice (PPSMJ), le médecin de la prison doit pouvoir passer **au moins 2 fois par semaine** afin d'attester qu'il n'y a aucune contre-indication médicale au maintien de la personne détenues au QD [20]. Tout cela est réglementé par les **Articles R234-1 à R234-43** du Code Pénitentiaire (CP) dans la section relative aux procédures disciplinaires des personnes détenues [21].

Le quartier d'isolement (QI)

C'est un quartier qui accueille, de manière provisoire ou pendant toute leur peine (selon des modalités particulières), des personnes détenues nécessitant un isolement des autres personnes détenues. L'isolement peut être judiciaire ou administratif [22]. Seul le Juge d'Instruction ou le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) peut décider de **l'isolement judiciaire** d'une personne prévenue. L'**isolement administratif** est décidé par l'AP. Les motifs sont divers et variables selon les établissements. Les personnes détenues pour qui une atteinte à leur sécurité est à craindre, ou pouvant nuire à la sécurité des autres, sont incarcérées dans ce quartier. Il peut aussi s'agir de **personnalités « de notoriété publique »**, d'anciens personnels de l'AP ou encore des personnes condamnées impliquées dans une **affaire médiatisée**.

Ce sont des cellules identiques à celles d'une détention « classique », les personnes détenues y ont leurs effets personnels ainsi qu'une télévision. A l'inverse du QD, les parloirs ne sont pas limités. En revanche, les personnes détenues **ne doivent avoir aucun contact avec les autres personnes** que ce soit pour les promenades ou les activités. La réglementation relative au placement en isolement judiciaire se trouve dans les articles **R213-17 à R213-26** du CP [23].

Le quartier pour personnes radicalisées (QPR)

Il accueille des personnes détenues condamnées ou prévenues pour des faits de **terrorisme** ou apologie du terrorisme. L'objectif de ces quartiers est d'**encadrer et surveiller les personnes détenues afin qu'elles ne puissent pas générer de mouvement général de radicalisation**. Un des objectifs secondaires est de pouvoir amorcer un processus de **désengagement de l'idéologie violente**, effectué par des professionnels formés à cette thématique. Concernant la législation, on trouve cette réglementation dans le Code de Procédure Pénale (CPP), article **R57-7-84-13** [24].

Le quartier pour femmes (QF)

En général, les femmes sont incarcérées dans des quartiers spécifiques situés au sein d'établissements majoritairement masculins (70 quartiers à ce jour). S'agissant des structures pour longues peines, treize quartiers de CD accueillant des femmes sont répartis de manière inégale sur le territoire. Ils sont principalement concentrés dans la moitié nord de la France. Ainsi aucun CD pour femmes n'est implanté dans les Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires (DISP) de Toulouse et de Strasbourg. Concernant les mineurs femmes, à l'exception des DISP de Lille, Lyon et Toulouse qui possèdent des places en établissements pour mineurs, elles sont généralement incarcérées dans les quartiers de maisons d'arrêt pour femmes. Cette répartition déséquilibrée accentue l'éloignement familial et social, particulièrement pour les femmes condamnées à de longues peines [17].

Il existe dans certains de ces quartiers des **unités mères-enfants**, pour les femmes enceintes ou ayant accouché pendant leur incarcération. La loi prévoit qu'un enfant puisse rester avec sa mère jusqu'à ses **18 mois** dans ces unités. Le CPP organise ces modalités dans sa section 5 portant sur les mères détenues vivant avec des jeunes enfants (**Articles D216-21 à D216-24**) [23].

Le quartier pour mineurs (QM)

L'incarcération des personnes mineures est axée sur une **prise en charge éducative** [25]. Les conditions de détention sont encadrées par **2 textes** de référence: la circulaire DAP/ DPJJ (Direction de la protection judiciaire de la jeunesse) du 24 mai 2013 relative au régime de détention des mineurs et la note DAP/DPJJ du 4 juillet 2014. Il existe en France 43 quartiers pour mineurs dans les EP français [20].

Le quartier spécifique (QS)

Aussi appelé **quartier pour personnes vulnérables**, il a la particularité de ne pas s'inscrire dans le cadre de la loi française mais d'être **propre à chaque prison** (chaque établissement l'intégrant ou non dans son règlement intérieur).

Le quartier (ou unité) pour personnes détenues violentes (QDV ou UDV)

Régi par la section 1 du 4^{ème} chapitre du CP (**Articles R224-1 à R224-12**), c'est une unité pour les personnes détenues présentant un **haut risque de passage à l'acte hétéro-agressif**, tant vis à vis des autres personnes détenues que vis-à-vis du personnel de l'AP [26].

La structure d'accompagnement à la sortie (SAS)

Le quartier « **sortant** » est déployé, à l'heure actuelle, dans 17 EP français [27]. Cette disposition s'inscrit directement dans le processus de réinsertion et de réhabilitation des personnes détenues en fin de peine. Pour lutter contre la récidive et permettre une **réintégration de la société civile dans les meilleurs conditions**, les personnes détenues peuvent développer leur projet de sortie tel que trouver un domicile, une formation ou un travail [19].

L'unité de vie familiale (UVF)

Les UVF sont des lieux attenants à l'EP où la personne détenue, sous réserve d'un bon comportement en incarcération et de l'accord du directeur de la prison, peut se retrouver quelques heures voire plusieurs jours avec sa famille. Cela aide à **maintenir les liens familiaux des personnes incarcérées** [28]. Ces unités sont prévues dans la **circulaire du 20 février 2012** relative au maintien des liens extérieurs des personnes détenues par les visites et l'envoi ou la réception d'objets [29]. Il n'en existe pas dans tous les EP. Ces structures ne sont pas utilisées de manière fréquente, en effet, les personnes détenues pouvant bénéficier de ces UVF sont rares, et les motifs de refus sont nombreux (comportement non exemplaire, famille trop nombreuses...)

1.5 Mesures de sécurité en détention

1.5.1 L'administration pénitentiaire (AP)

Organisation de l'AP

L'AP dépend du ministère de la Justice.

Au niveau national, la **Direction de l'Administration Pénitentiaire** (DAP) est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique pénitentiaire nationale [30].

Au niveau des territoires, on compte **9 Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires** (DISP) et une direction des services pénitentiaires d'Outre-mer. établissements dépendant de leur territoire et veillent à la mise en application de la politique pénitentiaire nationale au niveau territorial [31].

Les personnels de terrain de l'AP

A l'heure actuelle, il existe plus de 44 000 personnels de l'AP, 31 000 personnes chargées de la surveillance (les **surveillants pénitentiaires**) et plus de 5 000 personnes chargées de la probation et de la réinsertion (les **CPIP**) [8,32]. En complément, on retrouve les personnels de direction et les personnels administratifs et techniques.

Leurs missions

Ils dépendent du ministère de la Justice et leurs missions sont inscrites dans la loi. L'AP assure non seulement la surveillance des personnes détenues, mais aussi la sécurité dans les EP de toutes les personnes présentes. Si nécessaire, le personnel pénitentiaire peut prendre des mesures particulières, telles que réaliser des contrôles ou des fouilles (des cellules ou des individus), appliquer des sanctions disciplinaires, voire placer une personne détenue en isolement [8,33].

1.5.2 La sécurité en détention

Le CPP prévoit diverses mesures pour assurer la sécurité en milieu carcéral [34]. Les **mesures de sécurité physique** en milieu pénitentiaire sont les menottes et les entraves (équivalent des menottes fixées aux chevilles). Dans les situations présentant un risque accru, plusieurs mesures peuvent être combinées : menottes, entraves, sangle abdominale et chaîne métallique, le tout sous le contrôle du chef d'escorte [35]. Ces dispositifs ne sont généralement pas utilisés à l'intérieur des établissements, mais plutôt lors des extractions pour des motifs administratifs (transfèrement vers une autre prison), judiciaires (comparution, audition, jugement) ou médicaux (consultation ou hospitalisation) [36].

La **prévention des évasions** passe par la disposition des locaux, la fermeture des portes, l'éclairage des couloirs et des chemins de ronde. La présence de chaque personne détenue est contrôlée au moins deux fois par jour à heures variables, et des rondes sont effectuées après le coucher et au cours de la nuit. Enfin, les personnes détenues ne peuvent garder à leur disposition aucun objet ou substance pouvant permettre ou faciliter un suicide, une agression ou une évasion (lame, outils de bricolages, moyens de communication, etc.) sous peine de sanctions disciplinaires [37].

Il existe une distinction dans l'ouverture des cellules entre le **régime « fermé »** et le **régime « ouvert »**. Les maisons d'arrêt ainsi que les maisons centrales fonctionnent en régime « fermé » c'est-à-dire que les portes des cellules sont fermées 24h/24, les personnes détenues ayant obligation d'être dans leur cellules 22h par jour (1h de promenade le matin et/ou l'après-midi dans la plupart des cas). Les centres de détention, eux, sont sous le régime « ouvert » c'est-à-dire que les cellules sont ouvertes une partie de la journée, permettant ainsi la communication entre les personnes détenues d'un même étage [7]. Dans certains EP, les personnes détenues peuvent même avoir la clé de leur cellule.

En plus de cela on peut citer les quartiers spécifiques comme le QI ou le QPR qui contribuent également à la sécurisation de l'établissement.

1.5.3 La règlementation de la sécurité en prison

L'utilisation des menottes et des entraves en milieu carcéral français est strictement **encadrée par le CP** et le **CPP**, afin de garantir la sécurité tout en respectant les droits des personnes incarcérées [38].

Conditions d'utilisation des menottes et entraves

Selon l'article **R226-1 du CP**, les conditions d'usage des menottes ou entraves sont définies par l'**article 803 du CPP**. L'article précise que « *les personnes détenues ne peuvent être soumises à des moyens de contrainte que sur ordre du chef de l'établissement pénitentiaire* ». Ce, uniquement s'il n'existe pas d'autre possibilité pour les maîtriser, prévenir des évasions ou des incidents pouvant mettre à mal la sécurité de la personne détenue ou celle d'autrui [21,34,37–40].

Le chef d'établissement doit solliciter un examen médical de la personne détenue concernée et mettre fin à la contrainte si celle-ci est jugée incompatible avec la santé de la personne [38].

Les niveaux de sécurité

Les escortes pénitentiaires sont classées en **quatre niveaux de sécurité**, déterminés en fonction du profil de la personne détenue, de sa dangerosité, de son risque d'évasion mais aussi de la nature de l'extraction (**Tableau 1**) Ainsi une même personne détenue pourrait bénéficier d'un niveau de sécurité différent selon si elle part pour un jugement en cours d'assises ou si elle part en extraction médicale. Cette classification est définie par l'**Autorité de Régulation et de Programmation des Extractions Judiciaires** et peut être réévaluée par le chef d'escorte lors de chaque mission [9,41].

Tableau 1 : Niveaux de sécurités des personnes détenues

DPS : Détenus particulièrement surveillés / ERIS : Equipe Régionale d'Intervention et de Sécurité FSI : Forces de Sécurité Intérieure

Niveau de sécurité	Niveau 1 (Escorte légère)	Niveau 2 (Escorte intermédiaire)	Niveau 3 (Escorte renforcée)	Niveau 4 (Dispositif exceptionnel)
Profil du détenu	Comportement correct, proche de la libération ou en permission de sortie	Comportement instable ou antécédents de violences	DPS, criminels organisés, terroristes, ou risque élevé d'évasion	DPS à risque extrême, évasion aboutie ou menace pour l'ordre public
Composition de l'escorte	2 agents min (1 pouvant être le chauffeur)	3 agents min (1 pouvant être le chauffeur)	3 agents min et possible renfort ERIS ou FSI	Dispositif coordonné avec la préfecture et les FSI
Contraintes	Moyens de contrainte facultatifs (menottes et entraves possibles mais évitables)	Moyens de contrainte adaptés : menottes et ceinture abdominale	Menottes, entraves, ceinture abdominale et menottes à usage unique	Moyens de contrainte maximaux , surveillance constante et équipements spécifiques

Les personnes détenues particulièrement surveillées (DPS)

Ce sont les personnes incarcérées faisant l'objet d'une **surveillance renforcée** en raison de leur dangerosité, de leur risque d'évasion ou de leur appartenance à des réseaux criminels ou terroristes. Ce statut administratif, distinct de la condamnation judiciaire et permettant à l'administration pénitentiaire de mettre en place des mesures de sécurité spécifiques, est encadré par l'article **D.276-1** du CPP [42].

Les critères d'inscription au fichier des DPS sont encadrés par l'instruction ministérielle du 11 janvier 2022 [43]. Dans les raisons motivant l'inscription au fichier on peut citer : l'appartenance à la criminalité organisée ou une voire plusieurs tentatives d'évasion ou évasion(s) aboutie(s). Cela a pour conséquence une plus grande prudence lors de la prise en charge de ces personnes détenues par l'AP.

L'inscription au répertoire DPS est décidée par le ministre de la Justice, sur proposition du directeur de l'administration pénitentiaire, après consultation d'une commission DPS réunie au moins une fois par an. Les décisions d'inscription, de maintien ou de radiation doivent être motivées et notifiées aux personnes détenues [42–45].

Le service national du renseignement pénitentiaire (SNRP)

En complément des 9 DISP, le SNRP, branche dépendante de l'AP, s'attache à prévenir toute atteinte aux intérêts fondamentaux de la Nation ainsi qu'à assurer la sécurité des EP et de leurs personnels. Il collecte, vérifie, recoupe et analyse des informations provenant de diverses sources, dans le but de produire du **renseignement destiné à l'AP** ainsi qu'aux services associés [46]. Ses missions principales sont la lutte contre **le terrorisme, la criminalité organisée, les mouvements extrêmes violents** pouvant naître en incarcération et les **évasions**.

2. Soins aux personnes détenues

2.1 Les principaux textes

2.1.1 Droit international

L'accès aux soins en milieu pénitentiaire s'inscrit dans le cadre général du droit des personnes détenues. Celui-ci est rappelé dans plusieurs textes et traités internationaux.

Principes fondamentaux pour le traitement des personnes détenues

Les **Principes fondamentaux pour le traitement des détenus** ont été adoptés par l'Assemblée Générale des Nations Unies le **14 décembre 1990** [47]. Ils établissent des normes minimales pour garantir le respect des droits humains des personnes incarcérées, indépendamment de leur statut juridique ou des raisons de leur détention.

Dans les principes clés, on trouve [48] :

- Le respect à la **dignité humaine** : « *tous les détenus doivent être traités avec le respect dû à leur dignité et à leur valeur intrinsèque en tant qu'être humain* » ;
- La **non-discrimination** en raisons « *de leur race, couleur, sexe, langue religion, opinion politique [...] ou autre statut* » ;
- Le **respect des croyances culturelles et religieuses**, les **objectifs sociaux des prisons**, le **maintien des droits fondamentaux**.

L'**accès aux services de santé** arrive en 9^{ème} point. Ainsi, « Les détenus doivent avoir accès aux services de santé disponibles dans le pays sans discrimination fondée sur leur situation juridique [49] ».

Règles de Nelson Mandela (1955)

Un autre texte fondamental précisant de manière concrète certaines obligations de l'AP est constitué par les « *Nelson Mandela Rules* » [50,51].

Plusieurs d'entre elles méritent une attention particulière.

La règle n°1 stipule que les personnes détenues « *doivent être traitées avec dignité, à l'abri de toute forme de torture ou de traitement inhumain* ». Les règles n°24 à 35 portent, quant à elles, sur l'accès aux soins : elles définissent les **modalités de la prise en charge médicale**, garantissent **l'indépendance du personnel soignant** et assurent la continuité des traitements. Enfin, les règles n°83 et 85 préconisent la mise en place **d'inspections indépendantes des lieux de détention** [50].

Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH)

La **Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et Libertés Fondamentales**, est un texte européen dont émane la CEDH et qui a pu inspirer les textes internationaux suivants. Ce texte, entré en vigueur le 3 septembre 1953, a été le premier instrument concrétisant les droits énoncés dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 [52]. L'article 3 de cette convention, interdisant la torture et les traitements inhumains ou dégradants, pose les premières pierres des droits des personnes détenues. Plusieurs jurisprudences ont ensuite fait avancer ces droits [53,54], avec pour conséquence **l'obligation de fournir aux personnes détenues des soins médicaux appropriés** [55], avec un **principe d'équivalence** à ceux disponibles en milieu libre. La Cour a estimé que les autorités devaient adapter les conditions de détention à la situation particulière des personnes détenues vulnérables et leur offrir un accès à des **soins adéquats** [52].

La CEDH a déjà condamné plusieurs états ayant ratifié la convention. Par exemple, dans l'affaire *Mouisel c. France* (2002), elle a constaté une violation de l'article 3 en raison de l'insuffisance des soins prodigués à une personne détenue souffrant de leucémie [56].

Concernant les pathologies psychiatriques [57], la CEDH a souligné que, pour les personnes détenues souffrant de troubles mentaux, la détention doit s'effectuer dans un établissement approprié, tel qu'un hôpital ou une clinique [58]. Elle a ainsi jugé que le maintien en détention de personnes souffrant de troubles mentaux graves, sans prise en charge appropriée, peut constituer un traitement inhumain. Dans l'affaire *G. c. France* (2012), elle a estimé que l'alternance entre détention et hospitalisation psychiatrique, sans continuité des soins, était incompatible avec l'état de santé de la personne détenue [57].

2.1.2 Droit français

Loi de 1994

Le personnel sanitaire exerçant en incarcération doit notamment son **indépendance envers la justice** à la loi de 1994. Le Dr François Moreau, médecin chef à la MA de Bois-d'Arcy, a joué un rôle déterminant dans l'évolution du système de soins en prison. Il militait pour une « médecine carcérale » équitable ainsi que pour l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant en prison [59].

Personnes dégradation de la santé en milieu carcéral et à l'émergence de pathologies graves (telles que le VIH, les hépatites, la tuberculose), l'État français entreprend à la fin des années 1980 une profonde remise en question du système de soins pour les personnes détenues. Après des expériences locales (conventions entre prisons et hôpitaux) constatant l'insuffisance des dispositifs existants et un rapport alarmant du Haut Comité de la Santé Publique, la **loi du 18 janvier 1994** [60] officialise ce changement. Ainsi, le personnel médical intervenant dans les EP devient à la charge du **ministère de la Santé**, garantissant enfin une totale indépendance du service médical intervenant en incarcération.

Chaque prison est associée à un hôpital de proximité pour organiser les soins au sein d'Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Les soins psychiatriques se voient renforcés grâce à la validation des SMPR [2,20,61,62]. Cette loi sera complétée par le décret du 27 octobre 1994 [63] et la Circulaire interministérielle du 8 décembre 1994.

Enfin, toujours en 1994, le premier **guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des PPSMJ** est rédigé. Il explique les différentes structures sanitaires du milieu carcéral et leur articulation avec l'AP. Ce guide souligne l'importance des grands principes de soins, notamment le principe d'équivalence, en matière d'accès aux soins et de secret médical lors des consultations. Il encadre également les différentes modalités d'exercice en quartiers spécifiques et régule les certificats de non-contre-indication de placement dans ces différents quartiers (spécialement concernant le QI ou le QD). Il est ensuite remis à jour régulièrement, notamment en 2012, pour correspondre aux évolutions de la politique de santé carcérale des différents gouvernements. Avec cette loi, les UCSA et SMPR deviennent une seule unité fonctionnelle, les Unités de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP). La dernière modification du guide méthodologique de relatif à la prise en charge sanitaire des PPSMJ date de 2019 [63].

Législation des années 2000

Les autres textes importants ayant dessiné l'offre de soin du milieu pénitentiaire que nous connaissons aujourd'hui sont :

L'arrêté interministériel du 24 août 2000, qui définit la création et la localisation de 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) [64]. Il s'agit d'unités d'hospitalisation somatique dans un lieu n'accueillant que des personnes détenues.

La loi du 4 mars 2002 dite « Loi Kouchner », loi remodelant profondément la santé et le droit des malades. La santé en milieu carcéral est intégrée dans celle-ci, et fait évoluer le droit d'accès aux soins des personnes détenues [65].

La loi du 9 septembre 2002 définit la création des UHSA [66] pour permettre des hospitalisations de soins psychiatriques en milieu spécifique et non dans les centres d'incarcérations.

Enfin les lois de **novembre 2009** et de **janvier 2016** structurent les droits d'accès aux soins des personnes détenues. Il est notamment indiqué un bilan de santé et un dépistage des infections transmissibles telles que le VIH, les différentes hépatites mais aussi la tuberculose, par le biais de visites médicales d'entrée en incarcération et d'une consultation médicale en sortie d'incarcération.

Ces lois participent à la mise en place de programmes de prévention en prison et favorisent la diminution du risque d'épidémies dans un objectif de santé publique. Ces textes réaffirment également le droit au respect et à la dignité des patients détenus et plus **spécifiquement** des femmes, dans le cadre des examens gynécologiques et des accouchements, ces derniers devant se faire sans entrave et sans la présence du personnel pénitentiaire [5,67].

2.1.3 Grands principes français

Les lois régissant le traitement des personnes détenues sont explicitées dans trois grands Codes : le **Code Constitutionnel**, le **Code de Procédure Pénale** et le **Code Pénitentiaire**. D'autres lois sont présentes dans les codes de Santé Publique ou encore de la Sécurité Sociale. Les principes en matière de soins des personnes détenues sont similaires au droit international.

Il s'agit du principe d'**égalité d'accès aux soins** qui apparait central dans la loi du 18 janvier 1994 [60,68] ayant transféré la responsabilité de leur santé au service public hospitalier. Le second est l'**indépendance de la prise en charge sanitaire vis-à-vis de la justice** [60]. Enfin, le respect des droits des patients, se résume par le principe d'**équivalence** des soins par rapport aux patients en milieu libre [69]. Le détenu bénéficie des mêmes droits que le patient en milieu libre: il peut avoir **accès à son dossier médical**, doit **consentir** de manière claire et éclairée aux soins et bénéficie par ailleurs du **secret médical** pendant chacune de ses consultations [68].

L'**affiliation au régime général de la Sécurité Sociale** dès le début de son incarcération permet à la personne détenue de bénéficier des prestations de santé sans avance de frais [20,70].

2.2 Les différents niveaux de prise en charge des personnes incarcérées

Aujourd'hui, la santé en prison dépend pleinement du système de santé de droit commun. Il existe une distinction entre les soins psychiatriques et non psychiatriques. Pour chacun de ces domaines, trois niveaux d'intervention sont à différencier [20,70]. La **Figure 2** illustre les différents niveaux.

2.2.1 Dispositifs de niveau 1

Les soins ambulatoires sont délivrés autant que possible au sein des USMP par des équipes hospitalières. L'objectif est de limiter ainsi au maximum les extractions des patients détenus [70]. Ces unités sont des services hospitaliers sous la responsabilité d'un chef de service chargé du suivi et de la prise en charge thérapeutique, mais également de la mise en place des programmes de prévention et d'éducation pour la santé [20,70]. L'USMP regroupe le Dispositif de Soins Somatiques (anciennement UCSA) pour les soins non psychiatriques et le Dispositif de Soins Psychiatriques (DSP).

2.2.2 Dispositifs de niveau 2

Les dispositifs de niveau 2 représentent le niveau intermédiaire dans la prise en charge des personnes détenues.

En matière de soins somatiques, les personnes détenues bénéficient d'hospitalisations de jour dans les services hospitaliers correspondant à leur pathologie, sous surveillance policière « statique ». Les Forces de l'Ordre restent durant toute la durée de l'hospitalisation, afin d'assurer la sécurité du patient et du personnel environnant tout en limitant le risque d'évasion [70].

Pour les soins psychiatriques, ils s'effectuent au sein même des EP, c'est à dire dans les 26 SMPR qui proposent une prise en charge adaptée aux troubles mentaux repérés. Ils sont alors transférés dans un des EP qui en possède un. Les hospitalisations de jour dans ces SMPR permettent aux patients détenus d'être sous la responsabilité du personnel soignant pendant la journée en semaine et sous le régime pénitentiaire le reste du temps. Les patients hospitalisés dans ces unités bénéficient de temps de promenades ainsi que de parloirs, comme dans leur centre d'incarcération. Une réelle articulation est donc nécessaire entre le côté sanitaire et le côté pénitentiaire de ces SMPR [20,70,71].

2.2.3 Dispositifs de niveau 3

Lors des soins somatiques ; la prise en charge des hospitalisations urgentes ou de courte durée (moins de 48 heures), sous surveillance policière statique se déroule dans les 154 chambres sécurisées situés dans des établissements de santé de rattachement.

Lorsque l'hospitalisation médicale ou chirurgicale excède 48 heures, le transfert s'effectue vers l'une des huit Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), rattachées à des Centres Hospitaliers et sécurisées par l'administration pénitentiaire [20,64].

Concernant les soins psychiatriques, 9 UHSA accueillent les personnes détenues présentant des troubles psychiatriques, qu'elles relèvent d'une hospitalisation avec ou sans leur consentement. Ces structures offrent un cadre sécurisé et une prise en charge comparable à celle du secteur psychiatrique général [72,73]. De plus, afin de ne pas être dans une impasse, s'il n'y a plus de place en UHSA, les secteurs de psychiatrie générale peuvent accueillir des patients incarcérés, de même que les Unité pour Malades Difficiles qui sont une structure de dernier recours pour les patients pharmaco-résistants ou présentant des pathologies complexes.

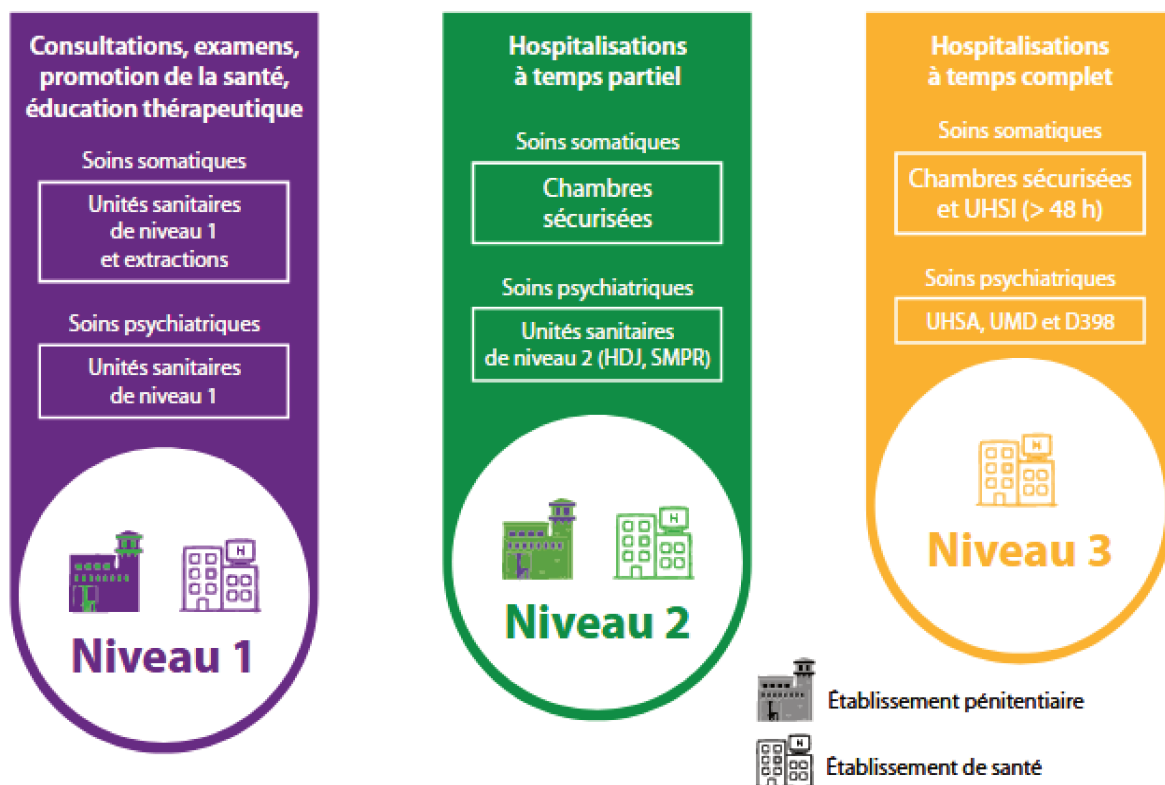


Figure 2 : Différents niveaux de prises en charges des personnes détenues

2.3 Santé des personnes détenues en France

2.3.1 Santé mentale

Plusieurs **études internationales** s'accordent à dire que la santé mentale des personnes détenues est largement dégradée par rapport à celle de la population générale [7,74–76].

Il existe une **surreprésentation** des épisodes dépressifs caractérisés (EDC), des troubles psychotiques, du trouble de stress post-traumatique, des troubles de l'usage de substances, des troubles du neurodéveloppement [7,75–77], et globalement de toutes les maladies psychiatriques. En France, les études montrent que 36% des personnes incarcérées présentent au moins une maladie psychiatrique de gravité importante voire sévère [78].

La première étude importante s'intéressant à la prévalence des troubles mentaux en incarcération date de 2004 [79]. Une étude publiée en 2020 (dont les principaux résultats sont présentés dans le **Tableau 2**) montre une forte prévalence des troubles psychiatriques à l'arrivée en incarcération. Cette période représente un facteur de stress important nécessitant une grande et rapide capacité d'adaptation aux différents facteurs de stress, ainsi qu'un statut particulier aux yeux de l'AP, est difficilement vécue par la quasi-totalité des personnes détenues interrogées [78,80,81].

Tableau 2 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes détenues arrivants en incarcération selon Fovet et al [80]

	Prévalence en % (IC à 95%)	Comparaison avec la population générale de même âge et de même sexe OR (IC à 95%)
Troubles de l'humeur	31.2 [27,5-24,8]	2,7 [1,2,2,3,3]
Troubles anxieux	44.4 [40,5-48,7]	3,0 [2,4-3,6]
Troubles psychotiques	6.9 [4.9-8.9]	3,1 [2-4,9]
Troubles liés à l'usage de substance	53,5 [49,6-57,5]	7,8 [3-6,6,6-9]

Ces personnes souffrant de troubles psychiatriques peuvent rencontrer des **difficultés à faire face** à de nombreux **facteurs de stress** présents en incarcération. Le mode de vie carcéral, comprenant l'enfermement, la promiscuité, la généralisation et banalisation de la violence, ainsi que l'inactivité contrainte, sont autant de facteurs de stress pouvant mettre à mal la santé mentale des personnes détenus. A cela s'ajoute l'isolement social et familial.

Sous-groupes particulièrement vulnérables

Les **femmes détenues** sont sujettes à plusieurs problématiques de santé mentale. Il existe, chez celles-ci, une prévalence importante d'antécédents d'évènements traumatiques et de troubles stress post-traumatique. Environ **70%** des femmes incarcérées auraient été victimes d'une agression sexuelle au cours de leur vie [82,83].

Par rapport à leur pairs non incarcérés, les **adolescents** détenus sont **10 fois plus à risque** de souffrir de troubles psychotiques [84]. Les adolescents incarcérés ne sont pas non plus épargnés par la recrudescence des autres troubles psychiatriques tels que les troubles de l'usage, les EDC, les troubles du stress post-traumatique et le trouble des conduites avec une prévalence supérieur à 40% [85].

La population carcérale, à l'instar de la population générale, est vieillissante. Plus de **35%** des **personnes** détenues **de plus de 65 ans** souffrent d'un trouble psychiatrique [7]. En plus des troubles psychiatriques, tels que la dépression ou le trouble anxieux, les personnes âgées peuvent développer des troubles neurocognitifs. Ces déficits sensoriels et cognitifs constituent, alors, un défi supplémentaire pour l'AP et les personnels soignants exerçant au contact de cette population [86,87].

2.3.2 Conduites suicidaires en prison

Epidémiologie du suicide en prison

Le suicide en incarcération est un problème de santé publique. Plusieurs études à travers le monde ont mis en évidence des taux de suicides supérieurs à la population générale dans de nombreux pays. En 2017, Fazel et al. montrent que les taux de suicides en prison les plus importants sont observés dans les pays d'Europe du Nord-Ouest, dont la France fait partie [88] . Près de 50% des décès en incarcération surviennent à la suite d'un passage à l'acte suicidaire dans les prisons françaises. Ce taux est 6 fois plus important que dans la population générale [89,90].

Plusieurs périodes sont à risque d'une recrudescence majeure du risque suicidaire durant l'incarcération. L'étude de *Vanhaesebrouck et al.* (2024) a montré une association entre risque suicidaire et 4 évènements différents : la condamnation, le placement à l'isolement, le placement au QD ainsi que le transfèrement d'EP [91].

Tentatives de suicide et automutilations

La population incarcérée souffre plus souvent de maladies psychiatriques que la population non incarcérée, majorant les risques de tentatives de suicide et de décès par suicide dans cette population. De manière plus spécifique, les études retrouvent un risque suicidaire de 31.4% dans la population arrivant en incarcération [80]. Les tentatives de suicide par pendaison sont les plus fréquentes.

Les scarifications et autres mutilations sont également fréquentes en milieu carcéral [92]. Une revue systématique de 2020 a identifié les antécédents d'automutilations, d'idées suicidaires ainsi que les troubles psychiatriques comme des facteurs importants de risques de passage à l'acte suicidaire en incarcération [93].

2.3.3 Santé physique

Associées ou non à des pathologies psychiatriques, les pathologies somatiques sont fréquentes chez les patients incarcérés. Les maladies infectieuses telles que le VIH, la tuberculose ou encore les virus des hépatites B et C sont largement répandues [94]. De plus, les pathologies chroniques telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité ou l'asthme sont très fréquents et peuvent s'aggraver notamment par les conditions de détention et les facteurs de stress détaillés précédemment [95]. Par ailleurs, les difficultés cognitives ou sociales associées à des troubles du comportements peuvent être, dans certains cas, les séquelles d'anciens traumatismes crâniens ou encore de troubles neurologiques graves [96].

3. Sécurité et soins

3.1 Exercice du soin en prison

3.1.1 Exercice dans un climat sécuritaire particulier

De nombreuses professions médicales et paramédicales interviennent en milieu carcéral. L'accès à la prison est strictement encadré : il nécessite une autorisation préalable, la présentation d'une pièce d'identité, ainsi qu'un casier judiciaire vierge. Une fois ces formalités accomplies, les professionnels de santé doivent franchir un ou plusieurs portiques de sécurité pour accéder à leur lieu de travail. En règle générale, ils ne peuvent pas conserver leur téléphone portable, sauf dérogation accordée par le chef d'établissement. En cas d'émeute ils peuvent être retenus sur leur lieu d'exercice jusqu'à ce que le problème soit réglé.

3.1.2 Disparités de l'offre de soins selon les USMP

Bien que les soins somatiques et psychiatriques diffèrent par leur nature, une problématique commune persiste : les fortes disparités entre les USMP.

Les déserts médicaux présents en milieu libre existent aussi en incarcération comme le montre le rapport de l'OMS de 2021 qui pointait la pénurie de médecins en comptant une moyenne de 3.4 médecins (toutes spécialités confondues) pour 1000 patients détenus [97]. Dans certains établissements, des équipes soignantes sont présentes à temps plein, tandis que d'autres ne bénéficient que de permanences ponctuelles, notamment en santé mentale. Ainsi, les conditions d'accès aux soins varient considérablement : une personne détenue pourra, selon l'établissement, bénéficier de soins dentaires sur place ou devra, au contraire, faire l'objet d'une extraction pour consulter un spécialiste à l'extérieur. Il en va de même pour les soins ophtalmologiques, la kinésithérapie ou les soins gynécologiques [97,98].

Le rapport de l'Observatoire International des Prisons (OIP) publié en 2022 met en lumière l'ensemble de ces difficultés. Il dresse un état des lieux de la situation sanitaire en détention, souligne la précarité et les inégalités entre établissements, et pointe également la sous-évaluation des besoins en personnel soignant par les Agences Régionales de Santé (ARS).

3.1.3 Des difficultés matérielles fréquentes

L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire peut être confronté à un certain nombre de difficultés

Difficultés architecturales

Les locaux des USMP sont parfois inadaptés car construits au sein d'anciens bâtiments carcéraux. Les salles de consultations sont bien souvent exigües, ou non adaptées à une complète confidentialité lors de la consultation. Dans certains EP, il est même demandé aux soignants de consulter dans les salles destinées, en temps normal, au parloir avocat.

Difficultés matérielles

Les difficultés matérielles des USMP sont parfois prédominantes dans l'exercice des soignants en incarcération (matériel vétuste ou absent). Cela a un impact direct sur la prise en charge des patients détenus et sur leur état de santé globale. Souvent, lors des consultations en bâtiments où le personnel soignant n'exerce pas dans un bureau adapté, il ne bénéficie pas des logiciels prévus pour les personnels médicaux (non disponibles sur d'autres ordinateurs que ceux de l'USMP).

3.2 Mesures de sécurité et soins en détention

3.2.1 Organisation de l'USMP

Le principe de base en matière sécuritaire est le suivant : « les personnes détenues n'appartenant pas au même quartier, aile ou bâtiment ne doivent pas se croiser ». Dans la plupart des EP, il existe des créneaux spécifiques à chaque quartier pour les consultations à l'USMP. Les mouvements des personnes détenues dans l'EP ne s'effectuant qu'en présence de personnels de l'AP, ils fonctionnent de manière réglementée et peu flexible. L'objectif est d'éviter tout mouvement de foule entre les différents groupes de personnes détenues.

Difficultés d'accès pour les patients du QI et du QD

Bien qu'il y ait des mesures pour que les personnes détenues en bâtiment « non spécifiques » puissent avoir accès à l'USMP tout en respectant les conditions sécuritaires, certains quartiers n'ont pas cette opportunité. Dans la plupart des EP, les personnes détenues au QI ou au QD ne peuvent pas se rendre à l'USMP car cela reviendrait à bloquer l'USMP pour un seul patient (les personnes des QI et QD n'ont le droit d'entrer en contact avec aucune autre personne détenue. Ainsi, bien souvent, ce sont les soignants qui se déplacent dans les quartiers spécifiques, lorsque leur pratique leur permet. Cela peut entraîner un retard de prise en charge et une aggravation de l'état de santé du patient.

Parcours de soin de la personne détenue

La promiscuité entre personnes détenues et l'AP est omniprésente dans le parcours de soins, de la convocation en bâtiment à la consultation médicale mettant continuellement en péril un respect strict du secret médical. La **Figure 3** synthétise ces propos.

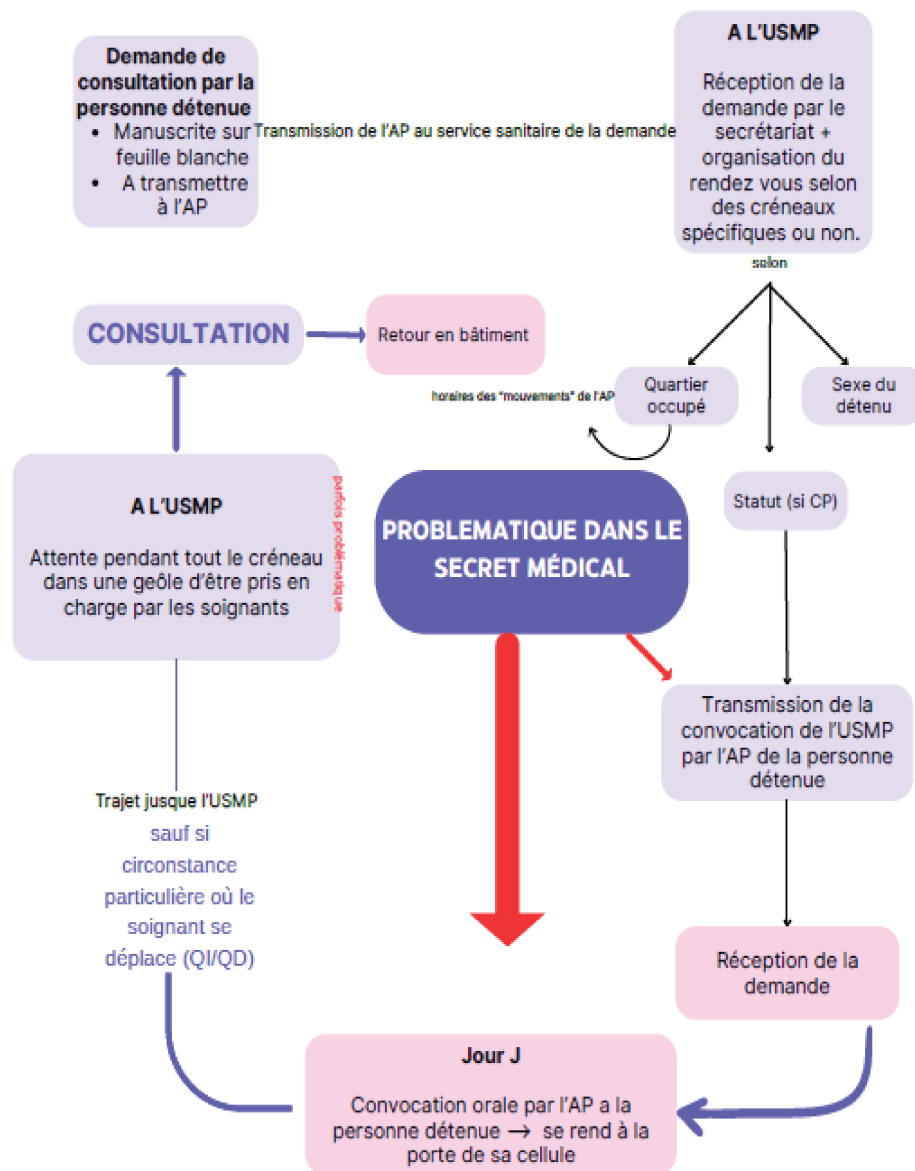


Figure 3 : Demande d'une consultation à l'USMP et secret médical

Effets psychiatriques du QI et QD sur la santé des personnes détenues

Les études et rapports internationaux s'accordent à dire que **le QD et le QI aggravent les troubles psychiatriques des personnes détenues** [22,99,100]. Les personnes souffrant déjà de troubles mentaux sont particulièrement vulnérables et **surreprésentées dans ces quartiers**, ce qui renforce la gravité de ces mesures.

Lorsqu'on s'intéresse aux patients étant incarcéré au QI ou QD, les effets de cet isolement sont néfastes tant sur le plan psychiatrique que sur le plan physique. Des **études** montrent que l'isolement peut avoir un impact sur le fonctionnement cérébral, et ainsi favoriser l'hypervigilance neurovégétative ou encore un dérèglement du cycle circadien et donc un inversement du rythme veille/sommeil et des troubles du sommeil. Cela contribue à notamment à une aggravation des troubles psychiatriques. Sur le **plan somatique** l'isolement est tout aussi néfaste. En effet, les personnes détenues au quartier d'isolement ont une restriction de leur allées et venues, les promenades sont souvent réduites à une seule pièce à peine plus grande que leur cellule. L'activité sportive en cellule ou en promenade s'en voit réduite. Pour finir, **l'isolement a des conséquences jusqu'à la sortie d'incarcération** puisque des études ont montré un risque accru de décès une fois sorties de prison chez les personnes ayant été isolées pendant toute ou partie de l'incarcération [100–102].

Les prescriptions médicamenteuses

La question de la prescription et surtout de la délivrance des médicaments au sein même des bâtiments carcéraux permet de se rendre compte des différents enjeux. Ainsi on retrouve une difficulté dans l'articulation entre secret médical, alliance thérapeutique et conditions sécuritaires. Le recours important aux médicaments psychotropes peut générer des **détournements ou trafics illicite de médicaments** (prescrits ou non par le corps médical en incarcération) au sein même de la prison et ainsi impacter le climat général de la détention [103]. Le personnel pénitentiaire se plaint du manque d'accès aux informations médicales, ce qui freine la prévention et le traitement des addictions en prison selon ces derniers. Mais il ne faut pas oublier que le secret médical incombant aux soignants est une des pierres angulaires dans la relation médecin-malade. Et y déroger est une infraction à la loi même si c'est « pour le bien du détenu ».

Escortes pénitentiaires pendant une extraction médicale

Tout déplacement de personnes détenues en dehors de l'EP nécessite la mobilisation de l'AP, ce sont les **escortes pénitentiaires**. Le chef d'établissement désigne l'agent chargé d'assurer la responsabilité de **chef d'escorte** de même que la **composition de celle-ci**. Cette dernière peut être renforcée par les forces de sécurité intérieure lorsque la personnalité du détenu conduit en consultation est à risque d'atteinte très grave à l'ordre public. Ces mesures encadrées par la loi sont détaillées précédemment dans le **Tableau 1**.

Il appartient au chef d'établissement, en considération de la dangerosité de la personne détenue (pour autrui ou pour elle-même), des risques d'évasion et de son état de santé, de juger si celle-ci doit faire l'objet de moyens de contrainte physique et d'en préciser leur nature [9,20]. Cette décision doit respecter le **principe de proportionnalité** et être **adaptée à la situation individuelle**.

Prévention du risque suicidaire

La prévention suicidaire est entrée dans le champ de compétences de l'AP après la mise en place d'une circulaire de mai 1998 puis d'avril 2002. Cette dernière précise que la **prévention suicidaire est l'affaire de toutes les catégories professionnelles** du côté de l'AP comme du côté des soignants. Cependant, la coopération entre les deux corps de métiers est parfois difficile.

Ce sont les personnels de l'AP, sensibiliser à la problématique, qui doivent signaler sans délai toute personne repérée en situation d'urgence suicidaire élevée aux professionnels de santé compétents, qu'il s'agisse de l'USMP ou du SAMU (en heures non ouvrables). Dans l'attente de leur intervention, le personnel pénitentiaire est habilité à mettre en œuvre des mesures de protection temporaire, telles que le placement sous Dotation de Protection d'Urgence (DPU) ou en Cellule de PROtection d'urgence (CProU), pour une durée **maximale de 24 heures** [20]. La **DPU**, consiste en la remise d'un paquetage de vêtements déchirables à usage unique (tenue vestimentaire, serviette) ainsi que de deux couvertures ignifugées et indéchirables [104].

La **CProU**, quant à elle, correspond à une cellule « sécurisée ». Elle est dite « lisse », c'est-à-dire dépourvue de tout mobilier ou élément susceptible de favoriser un passage à l'acte (lit scellé, absence de point d'accroche et d'angles mort, retrait des effets personnels).

Ces dispositifs relèvent exclusivement du domaine administratif et de la responsabilité du chef d'EP. A ce titre, **leur instauration ou leur prolongation ne peut faire l'objet d'une prescription médicale.**

Ces mesures font toutefois l'objet de débats dans la littérature : certains auteurs soulignant, que les conditions particulièrement austères des CProU (température souvent inconfortable, retrait systématique des effets personnels, etc.) pourraient dissuader les personnes détenues d'exprimer leurs idées ou intentions suicidaires. Il apparaît donc essentiel que ces dispositifs assurent un environnement à la fois sécurisant pour prévenir les conduites auto-agressives, et respectueux de la dignité des personnes qui y sont placées [105].

Accouchement d'une femme détenue

L'accouchement doit se dérouler dans une maternité adaptée à la prise en soin de la mère et du nouveau-né et tenir compte des éventuelles situations à risque. Lors de l'extraction, l'escorte pénitentiaire devra obligatoirement comporter un personnel féminin. Il est prévu par la loi que « *tout accouchement, sans aucune exception, doit se dérouler sans menotte et entrave et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues* » (**art. 52 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009**).

Le respect du secret médical

Malgré le cadre légal (notamment le CSP et le CP), la réalité au quotidien des centres d'incarcérations ne permet pas un respect total du secret médical.

Le personnel sanitaire pénitentiaire se trouve ainsi dans une position où il doit soigner en respectant le secret médical tout en étant soumis à des exigences de sécurité et de contrôle. Cette situation est aggravée par le manque de locaux adaptés et l'utilisation de dispositifs de surveillance comme les caméras dans des lieux où doit primer la confidentialité.

On ne peut oublier les problématiques rencontrées dans les Commissions Pluridisciplinaires Uniques (CPU). La CPU réunit différents acteurs (surveillance, direction, service pénitentiaire d'insertion et de probation, soins, etc.) pour discuter du parcours de la personne détenue. Certains soignants, dans une position où ils sont soumis au secret médical peuvent se retrouver à partager, volontairement ou non, des informations couvertes par le secret professionnel notamment en ce qui concerne la prévention du suicide chez la personne détenue et son risque de passage à l'acte auto-agressif dans sa cellule. Cependant, ces CPU sont régies par une circulaire du Ministère de la Justice du 18/06/2012 qui écrit « *Quoi qu'il en soit, le chef d'établissement ne peut jamais solliciter la présence des membres de l'équipe soignante dans le but d'obtenir des renseignements couverts par le secret médical* ». Il ne faut pas oublier que le CP rappelle que l'incitation à dévoiler le secret professionnel est une infraction punie de la même manière que le dévoilement du secret professionnel.

La difficulté de la mise en place des UHSA montre que le problème du secret médical en milieu pénitentiaire n'est pas quelque chose de récent et circonscrit à la seule zone d'incarcération. Bien que dans ce paragraphe on parle du secret médical au sein de l'EP, on ne peut oublier à quel point les discussions dans le début des années 2000 ont pu être axées sur l'intervention ou non de l'AP dans les UHSA. Ainsi Mr Evry Archer, a dit, concernant les UHSA « *Il faut être naïf pour croire que les pénitentiaires vont rester dehors les murs, et au milieu il y aura le personnel soignant... et les pénitentiaires n'interviendront qu'à l'appel de l'infirmier... Bien sûr que non ! Non seulement ils ne vont pas intervenir qu'à l'appel de l'infirmier mais en plus ils vont mettre en place des systèmes de prévention.* » [72].

3.3 Nécessité d'un état des lieux

Les soins en prison reposent sur un cadre légal et déontologique, mais la conciliation entre exigences sécuritaires et principes soignants est difficile. La séparation institutionnelle entre AP et équipes médicales freine l'indépendance des soignants, pouvant fragiliser la confiance des personnes détenues envers ces derniers. Les conditions de détention, parfois dénoncées comme inhumaines ou dégradantes par le CGLPL et certaines instances internationales, aggravent la santé mentale et limitent l'accès aux soins. Malgré ces constats récurrents, aucune étude d'envergure n'a évalué l'impact concret des contraintes sécuritaires sur la pratique médicale en prison [106].

Dans ce contexte, l'objectif de cette thèse est d'évaluer l'impact des mesures sécuritaires sur l'accès aux soins et leur qualité au moyen d'une enquête nationale auprès des professionnel.le.s de santé exerçant en détention.

MATERIEL ET METHODES

1. Méthodologie de l'enquête

Nous avons mené une enquête auprès des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire (médecins généralistes et spécialistes, psychologues, pharmaciens et préparateurs en pharmacie, chirurgiens-dentistes et assistants dentaires, ergothérapeutes, diététiciens, orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, cadres de santé, infirmiers, Infirmiers de Pratique Avancée (IPA), aides-soignants, ainsi qu'assistants médico-administratifs et travailleurs sociaux) en France entre le 26 mars 2025 et le 21 juin 2025.

Un questionnaire en ligne (disponible en **Annexe 1**) a été diffusé via les deux principales associations nationales de professionnels concernés : l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) et l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP). Une diffusion a également été réalisée par le biais des Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS).

Afin de faciliter la réponse au questionnaire en tenant compte des difficultés d'accès à Internet et à celles que peuvent rencontrer certaines USMP, plusieurs modalités étaient possibles pour le compléter : en ligne, sous la forme d'un document Word ou de manière manuscrite après impression.

2. Données recueillies

Le questionnaire portait sur l'impact des mesures de sécurité sur l'accès et la qualité des soins au sein de l'établissement. Il s'articulait en plusieurs parties.

Données générales

Elles comprenaient : le sexe, la profession du répondant, l'expérience professionnelle, le temps hebdomadaire alloué à la pratique en milieu carcéral, la localisation et le type d'EP, le type de structure sanitaire présent au sein de l'établissement et l'intervention (ou non) dans les différents quartiers spécifiques.

Consultations au sein de l'USMP

Les questions portaient sur :

- L'organisation des **créneaux de consultation** par type de bâtiments ;
- Les **difficultés d'accès** aux consultations ;
- Le respect du **secret médical** pendant les consultations ;
- L'**organisation globale** de l'USMP ;

Activités thérapeutiques

Les questions portaient sur :

- Le respect du **secret médical** ;
- L'**équité** entre les différents bâtiments dans la répartition des activités ;
- La **stigmatisation** de la participation aux activités engendre chez les patients ;
- L'impact que la **déclaration du ministre de la Justice** du 19 février 2025 a pu avoir sur l'offre d'activités thérapeutiques du centre pénitentiaire.¹

Consultations en quartiers spécifiques

Cette partie vise à déterminer les situations pouvant mettre à mal le cadre déontologique de l'exercice des praticiens exerçant en incarcération.

Les quartiers concernés étaient : le quartier des **arrivants**, **disciplinaire**, **d'isolement**, des **personnes radicalisées**, pour **femmes**, pour **mineurs** ainsi que les consultations **en bâtiment**.

¹ Le 19 février 2025, Mr Darmanin, Gardes des Sceaux, demandait à l'AP de supprimer les « activités ludiques », compromettant de ce fait les activités thérapeutiques mis en place par les USMP des centres d'incarcération.

Plus d'informations sur : <https://oip.org/communique/suppression-dactivites-en-prison-le-droit-a-la-reinsertion-menace/>

Les questions soulevées portaient sur :

- L'**accès au patient** (refus du patient ou de l'administration pénitentiaire) ;
- Les **difficultés logistiques** : trouver un bureau, avoir le matériel adéquat ou demander une extraction médicale ;
- Le respect du **secret médical** ;
- La présence ou non de mesures de sécurité type **menottes ou entraves** pendant les consultations ;
- Le **sentiment de sécurité** ressenti.

Intervention en CProU

L'objectif de cette sous-section était d'évaluer :

- Le **degré d'implication de l'AP** dans les évaluations des personnes détenues
- Le respect du secret médical
- Le respect de la **dignité humaine** derrière ce placement

Liens entre soignants et institutions

En fin de questionnaires, une évaluation du lien avec l'AP de l'établissement où le soignant exerce, avec la DISP ainsi qu'avec l'ARS étaient posées.

3. Analyse de données

Les données recueillies par Google Form ont été extraites vers le logiciel Microsoft Excel ® pour les statistiques descriptives. Celles-ci sont présentées sous forme d'effectifs et pourcentages.

Les **analyses univariées** réalisées ont permis une description des variables qualitatives par l'effectif et le pourcentage dans chaque catégorie. Les variables quantitatives quant à elle sont exprimées en moyenne, médiane.

RESULTATS

1. Description des répondants

Au total, nous avons obtenu 412 réponses au questionnaire. Trois réponses ont été exclues car les participants ne répondaient pas aux critères d'inclusion (l'une concernait un soignant exerçant en UHSA, les deux autres des soignants n'exerçant pas en France), pour un total de **409 réponses de soignants exerçant au sein de 110 EP.**

1.1 Caractéristiques des répondants

Au total, 75.1% (n=307) des répondants au questionnaire étaient des femmes. La majorité des participants avait plus de 3 ans d'expérience. Plus de 50% des répondants ont un exercice carcéral à temps plein et environ un tiers est responsable d'une partie ou de la totalité de l'USMP.

Les unités sanitaires font partie de l'exercice de 359 répondants (soit 87,7%), ils accueillent de cette manière les personnes détenues dans une partie dédiée aux consultations psychiatriques et non psychiatriques. Les autres lieux d'exercices des répondants sont les SMPR, les CSAPA et les CATTP dans respectivement 35% (N= 143), 29.5% (N = 121) et 23.4% (N = 96).

En ce qui concerne les interventions dans les quartiers : 64.1% (n=262), 57% (n=233) et 49.6% (n=203) des soignants interviennent au QD, au QI et au QA respectivement. Pour ce qui est des populations plus vulnérables, le personnel soignant intervenant dans les quartiers pour femmes ou pour mineurs sont moins nombreux. En effet, ils ne sont que 25.9% et 19.5% à déclarer intervenir dans les QF et les QM respectivement.

Dans les soignants ayant répondu au questionnaire, 194 interviennent en CProU.

La description détaillée des caractéristiques des répondants à l'enquête est présentée dans le **Tableau 3.**

Tableau 3: Caractéristiques des répondants

	Description	N (409)	Pourcentage (en %)
Sexe	Féminin	307	75.1%
	Masculin	102	24.9%
Professions	Infirmier(re) et IPA	158	38,6%
	Médecin généraliste	72	17,6%
	Psychologue	54	13,2%
	Psychiatre	54	13,2%
	Assistant(e) social(e)	17	4,2%
	Cadre de santé	17	4,2%
	Autre personnel soignant (kiné, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricienne)	15	3,7%
	Dentiste et assistant dentaire	14	3,4%
	Personnel administratif	5	1,2%
	Pharmacien(ne) et préparatrices en pharmacie	3	0,7%
Ancienneté dans la profession	Moins de 1 an	38	9,3%
	Entre 1 et 3 ans	115	28,1%
	Entre 4 et 7 ans	97	23,7%
	Entre 8 et 15 ans	88	21,5%
	Plus de 15 ans	71	17,4%
Temps alloué à l'exercice en milieu carcéral	100%	217	53.1%
	Plus de 50%	126	30.8%
	Moins de 50%	66	16.1%
Responsabilité au sein de l'unité sanitaire	Pas de responsabilité	276	67.5%
	Responsabilité sans difficulté rencontrée	60	14.7%
	Responsabilités avec difficultés rencontrées	73	17.8%

1.2 Etablissements pénitentiaires représentés

Les répondants sont issus des USMP de **110 établissements pénitentiaires différents** (sur 186 soit 61% des EP français en Métropole et Outre-mer). L'ensemble des DISP est représentées dans cette enquête (voir **Figure 4**). Les détails sont présentés dans le **Tableau 4** et le **Tableau 5**.

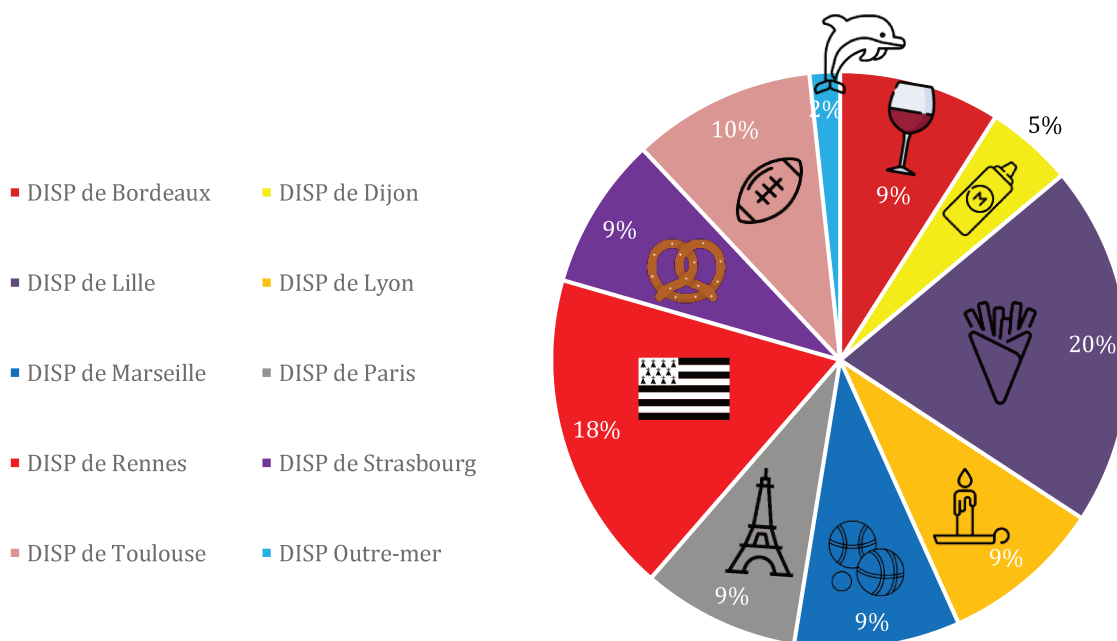


Figure 4 : DISP des EP au sein desquels les USMP des soignants sont implantées (N= 409)

Tableau 4 : Nombres de répondants dans les EP (N = 409)

Nombre d'établissements	Nombre de répondants	Moyenne du nombre de répondants par centre	Médiane du nombre de répondants par centre	Minimum de répondants par centre	Maximum de répondants par centre
110	409	3.7	2	1	26

Tableau 5: Description des EP et structures de soins concernées (N= 409)

	Description	N (409)	Pourcentage (en %)
Types de lieux d'incarcération	MA	351	37.1%
	MC	31	3.3%
	CD	188	19.9%
	CSL	130	13.7%
	EPM	73	7.7%
	MA ou CD pour femmes	79	8.4%
	SAS	94	9.9%
Différentes structures sanitaires	USMP	352	86.1%
	SMPR	13	33.5%
	CATTP	96	23.5%
	CSAPA	120	29.3%
Différents quartiers d'intervention	USMP	355	86.8%
	QA	203	49.6%
	QD	262	64.1%
	QI	233	57%
	QPR/QER	31	7.5%
	Quartiers pour femmes	106	25.9%
	Quartiers pour mineurs	81	19.5%
	UDV	6	1.5%

2. Résultats

2.1 Consultation à l'USMP

2.1.1 Organisation de l'USMP

Certains EP peuvent avoir des créneaux de consultations spécifiques figés dans les agendas des soignants (par exemple, « tous les lundi matin ce sont les créneaux des patients du bâtiment A côté pair »). Il existe 22% (90) de soignants qui rapportent avoir ce type d'organisation dans leur USMP. Enfin on retrouve 72% (294) et 6% (25) de soignants qui, respectivement, n'ont jamais eu cette organisation-là, ou l'ont eu auparavant mais ne l'ont plus à l'heure actuelle.

2.1.2 Exercice du soin

La question du respect du secret médical constitue une préoccupation majeure. Plus de la moitié des professionnels interrogés (52 %) indique qu'il y a « **parfois** » des **atteintes au secret médical**. Ces situations se produiraient principalement lors des convocations des patients dans les bâtiments. Certains soignants rapportent en commentaires libres avoir « *subi des pressions de la part de l'AP concernant la nature des consultations effectuées* ». Une présentation exhaustive des résultats concernant les consultations et le respect du secret médical est retrouvé dans la **Figure 5**.

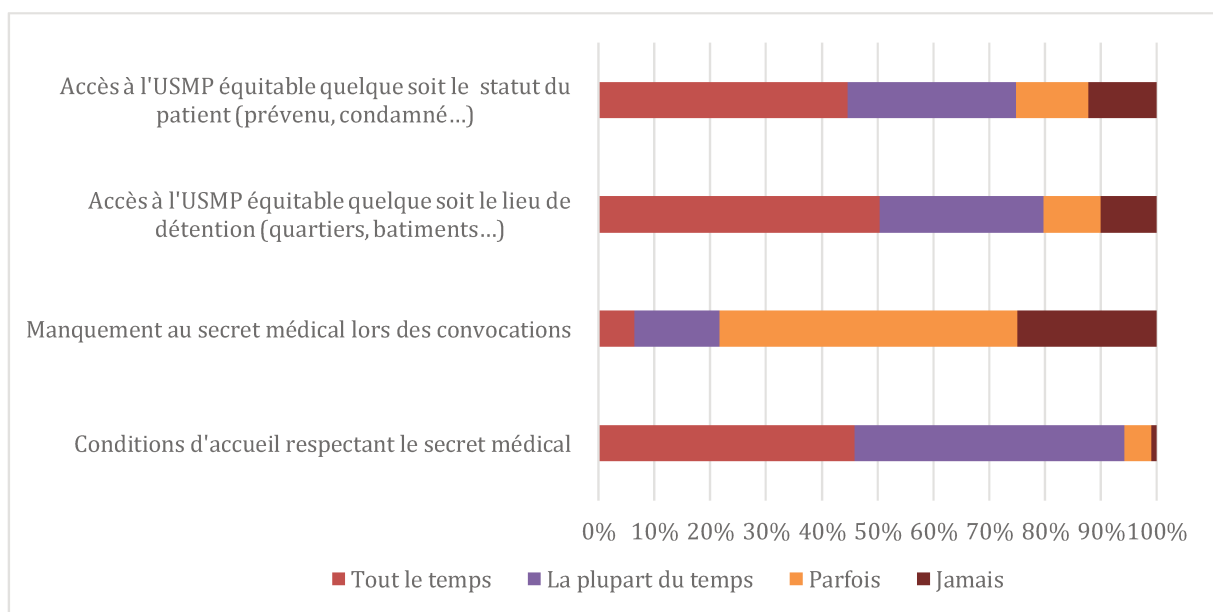


Figure 5: Conditions de consultations en USMP (N=401)

Concernant les consultations au sein de l'USMP, 62.8% des répondants (252) disent rencontrer des **difficultés liées aux** problèmes logistiques dans l'organisation de l'USMP : **insuffisance de bureaux disponibles**, « *vétusté des locaux* », « *manque de matériel informatique* », ainsi qu'une configuration « *architecturale des lieux peu propice à garantir la confidentialité des consultations* ».

Par ailleurs, **34 %** (137) des répondants mentionnent un manque d'effectifs, tant sanitaires que pénitentiaires. Concernant les **effectifs pénitentiaires extérieurs à l'USMP**, **40 %** (170) des soignants estiment que les moyens sont insuffisants.

Ces problématiques sont reportées dans la **Figure 6**.

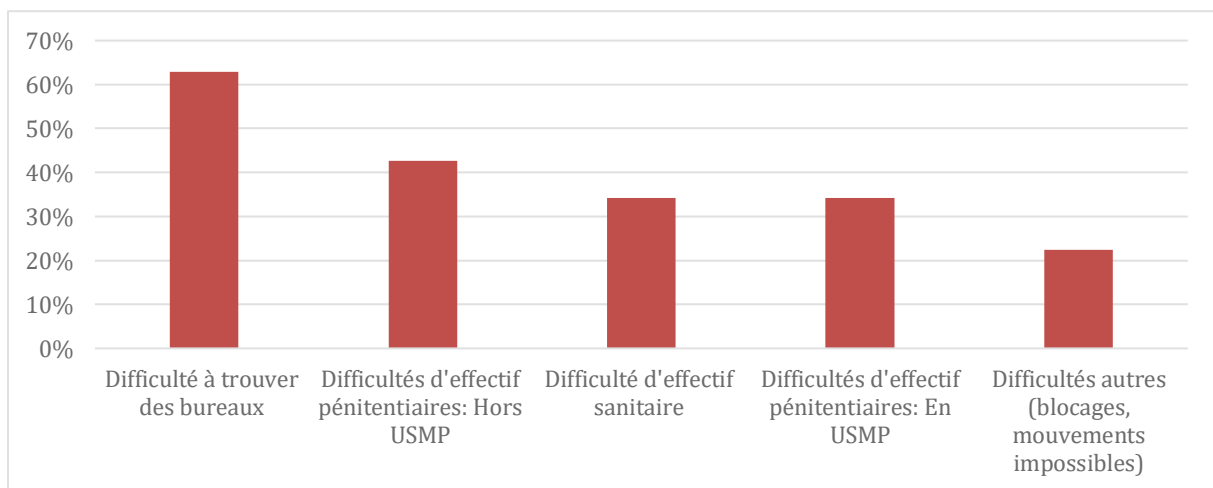


Figure 6 : Difficultés rencontrées en USMP (N=401)

Pour quantifier le niveau de satisfaction concernant l'organisation de l'USMP, les soignants ont pu donner une note de 1 à 10 (1 étant très mauvais et 10 excellent), la **moyenne de cette note est de 6.9/10** et la médiane de **7**.

Enfin, certains soignants mentionnent en commentaires libres que la « **sécurité prévaut sur toutes les perspectives de prise en charge** [sanitaire ndlr] ».

2.2 Activités encadrées par l'USMP

La moitié des répondants exerçait dans une structure avec CATTP (n= 195). Parmi les soignants impliqués dans ces activités (que ce soit dans le cadre d'un CATTP ou non), plusieurs problématiques ont été soulevées. Le principal enjeu concerne l'**inégalité d'accès** aux activités thérapeutiques : **49,7 %** (n=186) des professionnels interrogés font état d'une discrimination dans l'accès à ces soins. Les résultats sont présentés dans la **Figure 7**.

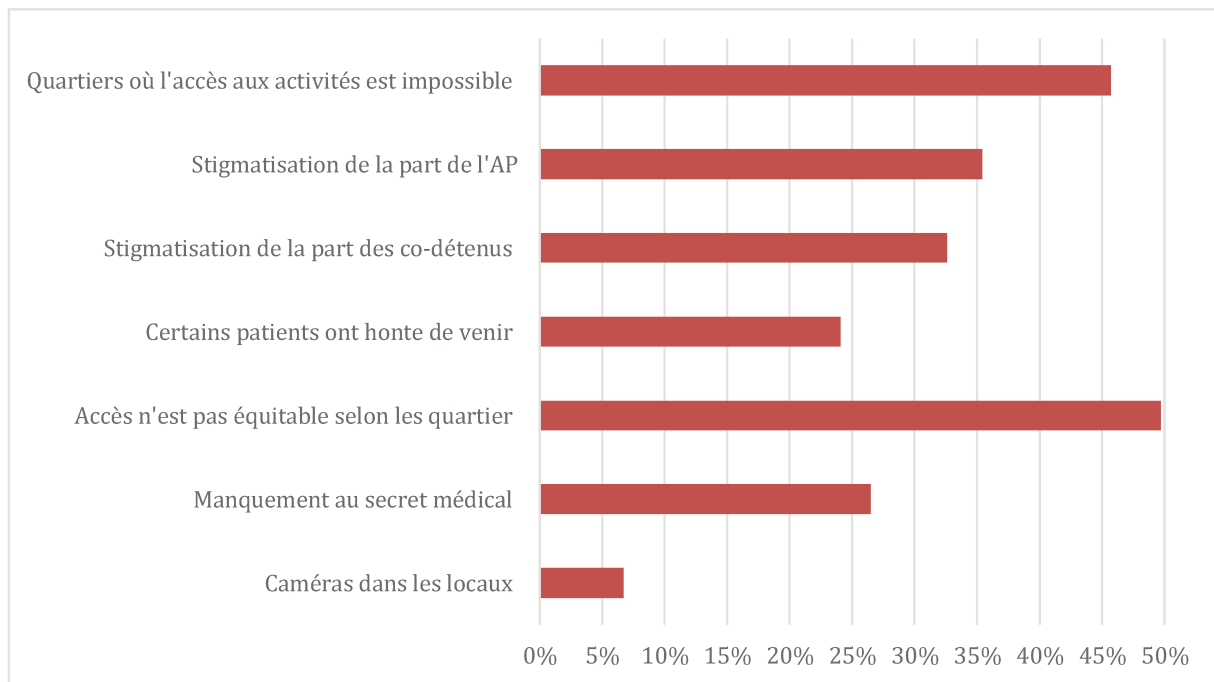


Figure 7 : Problématiques rencontrées en activités (N=195)

Le **respect du secret médical** constitue également un point de vigilance, signalé comme problématique dans **26,5 % (n=99) des cas**. D'autres difficultés, d'ordre social et institutionnel, viennent entraver l'accès et la participation aux activités. La stigmatisation des patients fréquentant les activités encadrées par l'USMP est ainsi régulièrement rapportée : 30 % (n=125) des soignants déclarent que des patients se sont plaint de moqueries de la part de codétenus. Lorsque la stigmatisation et les moqueries émanent de l'AP, la fréquence monte à 35%. De plus 24,1 % (n=90) affirment avoir été confrontés à des patients exprimant un sentiment de honte à l'idée de participer aux activités proposées.

Une question concernait la déclaration du Ministre de la Justice sur la restriction des activités « ludiques » en incarcération. Ainsi, bien que ces déclarations n'aient pas eu d'impact sur les CATTP sur la qualité et sur les conditions d'accès respectivement dans 62.1% (249) et 57.4% (230). Il existe tout de même une dégradation de manière soudaine des conditions d'accès aux soins en CATTP dans 9.2% des cas (37 répondants). La **Figure 8** montre ces résultats.

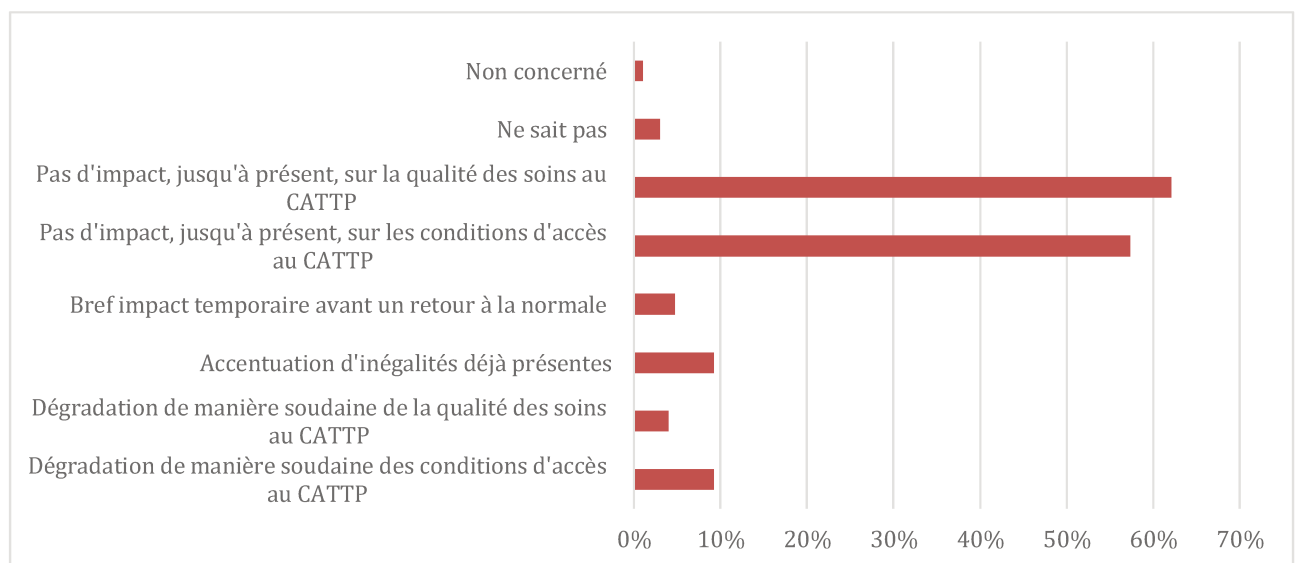


Figure 8: Impact de la déclaration du Ministre de la Justice sur les activités "ludiques" du 19 février 2025 (N=374)

Enfin, en ce qui concerne l'organisation même de ces activités, dans les commentaires libres, les professionnels de santé dénoncent un « *manque de considération* » ainsi que des formes « *d'entrave volontaire* » de la part de l'Administration pénitentiaire, compromettant le bon déroulement des prises en charge.

2.3 Consultations en quartiers spécifiques

Le **Tableau 6** présente les résultats des principales difficultés identifiées selon chaque quartier spécifique. Au total, 401 personnes ont répondu à cette section².

2.3.1 Le QA

Sur les 401 répondants, 224 interviennent en quartier arrivants (56%).

Les deux premières problématiques les plus importantes aux QA sont les difficultés d'accès au patient suite au refus du patient lui-même (73,7%) ainsi que la difficulté à avoir **accès à un bureau de consultation** (42%). La 3^{ème} problématique est la **difficulté d'extraction médicale** (33,9%) après une consultation médicale en incarcération.

Sur les 401 répondants, ils sont respectivement 46 (soit 20,5%) et 39 (soit 17,4%) à faire un entretien avec un membre de l'AP dans le bureau ou à faire un entretien debout dans un couloir, sans bureau. Les entretiens où le patient est menotté malgré la demande du soignant d'enlever les entraves ont été déclarés par 24 répondants (10,7%).

² Pour les prochains résultats, l'effectif total est de 401 malgré les 409 réponses recueillies car les personnes ne travaillant qu'en EPM n'ont pas eu à remplir les sections traitant les questions suivantes.

2.3.2 Le QD

Sur les 401 répondants, ils étaient 283 à exercer leur fonction en quartier disciplinaire soit 71%.

Concernant ce quartier, les 4 problématiques les plus importantes sont : les difficultés d'accès au patient suite au refus du patient lui-même (64,7%), le non-respect du secret médical, lié aux conditions de consultations, dont les soignants ont pu être témoin (49,5%), les difficultés pour avoir un bureau (36,4%) enfin la modification des pratiques due au manque de matériel disponible sur place (35,7%).

Cependant 31,4% (89) des soignants soulignent qu'il peut y avoir des consultations d'un patient avec un membre de l'AP. Ils sont 99 (35%) à devoir faire un entretien debout dans un couloir lorsqu'ils interviennent dans ce quartier. De plus, ils sont 18% (51) à avoir essuyé un refus à l'AP lorsqu'ils ont demandé d'enlever les menottes ou entraves du patient pendant la consultation.

2.3.3 Le QI

Dans les 401 répondants, 61% interviennent en quartier d'isolement soit 244 professionnels.

Concernant ce quartier, les 4 problématiques les plus importantes sont : les difficultés d'accès au patient suite au refus du patient lui-même (57,4%), les difficultés d'accès au patient suite au refus de l'AP (50,8%), le non-respect du secret médical, dû aux conditions de consultation, dont les soignants ont pu être témoins (36,5%) et enfin la difficulté pour avoir un bureau (34,4%).

Une dernière problématique revenant dans ce quartier est le manque de matériel disponible pour le personnel soignant, les obligeant à modifier leur pratique pour 84 répondants (soit 30,3%)

2.3.4 Le QPR

Seules 34 personnes ayant répondu au questionnaire travaillaient au QPR soit 8% des répondants.

Les 4 problématiques les plus importantes dans ce quartier sont (par ordre décroissant) les difficultés d'accès au patient suite à son propre refus (52,8%) puis les difficultés d'accès au patient suite au refus de l'AP (35,3%), les modifications de pratique suite à des déficiences de matériel disponible sur place (29,4%) ainsi que le non-respect du secret médical, dû aux conditions de consultation, dont les soignants ont pu être témoin (23,5%).

Les soignants sont 6 (soit 17.6%) à avoir rapporté une difficulté pour avoir un bureau ou de la confidentialité (leur consultation a eu lieu avec un personnel de l'AP dans le bureau). De plus, les soignants exerçant dans ce quartier sont 2 (5,8%) à avoir déjà rencontré des difficultés pour extraire des patients à l'hôpital après leur intervention. Ils sont aussi 2 (soit 5,8%) à rapporter avoir fait un entretien après avoir reçu un refus de l'AP d'enlever les menottes du patient.

2.3.5 Le QF

Au total, 127 professionnels ayant répondu au questionnaire exercent en QF soit 32%.

Les 4 problématiques les plus importantes dans ce quartier sont les difficultés d'accès au patient suite à son propre refus (64,6%) puis les difficultés d'accès au patient suite au refus de l'AP (33,9%), les difficultés pour avoir un bureau (37%) ainsi qu'être témoin du non-respect du secret médical (24,4%).

Il existe pour 11 répondants (8,7%), une difficulté à extraire les patientes à l'hôpital après l'intervention des soignants.

2.3.6 Le QM

Sur les 401 répondants, 74 intervenaient au QM soit 18%.

Les 4 problématiques les plus importantes dans ce quartier sont les difficultés d'accès au patient suite à son propre refus (67,6%) puis les difficultés pour avoir un bureau (25,7%), les difficultés d'accès au patient suite au refus de l'AP (23%), ainsi que le non-respect du secret médical, dû aux conditions de consultation, dont les soignants ont pu être témoins (20,3%).

2.3.7 Les bâtiments non spécifiques

Sur les 401 répondants, ils étaient 254 à intervenir en bâtiment non spécifique soit 63%.

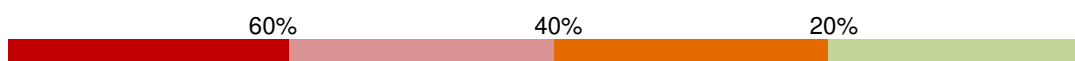
La première problématique retrouvée est la difficulté d'accès au patient suite à son propre refus (54,7%). Viennent ensuite les difficultés d'accès au patient suite à son propre refus (54,7%), les difficultés pour avoir un bureau (42,1%) ainsi que la difficulté du respect de la confidentialité et du secret professionnel (31,5%). De plus, il est important d'avoir à l'esprit que 28,3% (72) des répondants travaillant en bâtiments non spécifiques ne se sentent pas en sécurité pendant leur pratique.

Ils sont 57 (22,4%) à exprimer rencontrer des difficultés d'extraction médicale après leur intervention et 45 (17,7%) à devoir faire des entretiens debout sans bureau, dans un couloir.

Tableau 6: Spécificités selon les différents quartiers (N=401)

	QA (N= 224)	QD (N= 283)	QI (N= 244)	QPR (N= 34)	QF (N= 127)	QM (N= 74)	NS (N= 254)	Total (N= 401)
Refus de l'AP d'amener le patient	26,8% (60)	16,6% (132)	50,8% (124)	35,3% (12)	33,9% (47)	23,0% (19)	53,5% (174)	41,5%
Refus du patient de venir voir les soignants	73,7% (165)	64,7% (183)	57,4% (140)	52,9% (18)	64,6% (82)	67,6% (50)	54,7% (161)	63,5%
Difficultés à avoir un bureau	42,0% (94)	36,4% (103)	34,4% (84)	17,6% (6)	37,0% (43)	25,7% (17)	42,1% (107)	32,8%
Manque de matériel disponible dans les lieux (ECG, dossier médical)	28,1% (63)	35,7% (101)	30,3% (74)	29,4% (10)	18,9% (24)	16,2% (12)	25,6% (65)	26,3%
Consultation d'un patient avec l'AP dans le bureau	20,5% (46)	31,4% (89)	23,8% (58)	17,6% (6)	7,9% (10)	9,5% (7)	16,5% (42)	18,2%
Entretien debout dans un couloir sans bureau	17,4% (39)	35,0% (99)	22,5% (55)	11,8% (4)	8,7% (11)	2,7% (2)	17,7% (45)	16,5%
Sentiment d'insécurité lors de mon intervention	24,6% (55)	21,9% (62)	23,0% (56)	2,9% (1)	9,4% (12)	5,4% (4)	28,3% (72)	16,5%
Non-respect du secret médical lié aux conditions de consultations	31,7% (71)	49,5% (140)	36,5% (89)	23,5% (8)	24,4% (31)	20,3% (15)	31,5% (80)	31,0%
Difficultés pour procéder à une extraction médicale	33,9% (76)	14,5% (41)	12,3% (30)	5,9% (2)	8,7% (11)	4,1% (3)	22,4% (57)	14,5%
Difficultés à transférer un patient en HDJ	6,3% (14)	8,1% (23)	6,1% (15)	2,9% (1)	5,5% (7)	5,4% (4)	7,1% (18)	5,9%
Examen clinique menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour les enlever	5,8% (13)	6,7% (19)	5,7% (14)	2,9% (1)	0,8% (1)	0,0% (0)	4,7% (12)	3,8%
Entretien menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour les enlever	10,7% (24)	18,0% (51)	14,3% (35)	5,9% (2)	2,4% (3)	0,0% (0)	7,1% (18)	8,3%
Soin menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour les enlever	4,9% (11)	8,8% (25)	7,4% (18)	0,0% (0)	0,8% (1)	0,0% (0)	4,3% (11)	3,7%

QA : Quartier arrivant / QD : Quartier disciplinaire / QI : Quartier d'isolement / QPR : Quartier pour personnes radicalisées
 QF : Quartiers pour femmes / QM : Quartier pour mineurs/ NS : Bâtiments non spécifiques



2.3.8 Non intervention dans les quartiers

Les participants ayant répondu qu'ils n'intervenaient pas dans les quartiers, ont avancé en grande majorité une raison principale : les patients sont directement amenés à l'USMP. Ainsi au QA ils sont 66,1% (117), au QD ils sont 40,7% (48), au QI 44,6% (70), au QF 19,7% (54), au QM 17,3% (53) et en bâtiments non spécifiques 45,1% (65). De plus, l'autre raison avancée est qu'il y a du personnel dédié dans 9,6% (17) des cas au QA et 17,8% (21) des cas au QD. Malgré cela, il y a tout de même une demande de soins de la part des personnes détenues au QA dans 9,6% (17) des cas, au QD dans 22% (26) des cas et au QI dans 16,6% (26) des cas.

Le **Tableau 7** résume ces raisons.

Tableau 7 : Raisons pour lesquelles les répondants n'interviennent pas en quartiers spécifiques

	QA	QD	QI	QPR	QF	QM	NS
Patient amené à l'USMP	66,1%	40,7%	44,6%	3,5%	19,7%	17,3%	45,1%
Pas de demande	5,6%	7,6%	3,8%	1,6%	1,5%	2,6%	0%
Pas de signalement de l'AP	2,3%	6,8%	3,8%	0%	0%	0%	0%
Personnel dédié	9,6%	17,8%	11,5%	4,6%	5,5%	10,7%	6,3%
Il n'y a pas ce quartier	6,8%	5,1%	19,7%	70%	64,2%	66,1%	39,6%
Demande de la part des personnes détenues	9,6%	22%	16,6%	0%	4%	1,6%	9%
Ne sait pas	0%	0%	0%	20,2%	5,1%	1,6%	0%

*QA : Quartier arrivant / QD : Quartier disciplinaire / QI : Quartier d'isolement / QPR : Quartier pour personnes radicalisées
QF : Quartiers pour femmes / QM : Quartier pour mineurs/ NS : Bâtiments non spécifiques*

2.4 Intervention en CProU

Sur les 401 professionnels ayant répondu au questionnaire, 194 (48%) déclaraient intervenir en CProU.

Sur ces 194 soignants, près de la moitié des soignants (n=97) évoquent des pressions exercées par l'AP de manière systématique ou « la plupart du temps » pour qu'ils procèdent rapidement à l'évaluation des personnes détenues. De plus, 77 déclarent se sentir orientés dans leur prise de décision médicale (39%).

Pour 90 professionnels (46%), la mise en CProU soulève des interrogations d'ordre déontologique, certains estimant que cette mesure peut paraître « abusive » ou « injustifiée » d'un point de vue strictement clinique. Par ailleurs, dans seulement 85 cas (41 %), la personne détenue est effectivement conduite à l'USMP pour y être évaluée par l'équipe soignante — le plus souvent par un psychiatre, bien que cela ne soit pas systématique. On peut retrouver ces résultats dans la **Figure 9**.

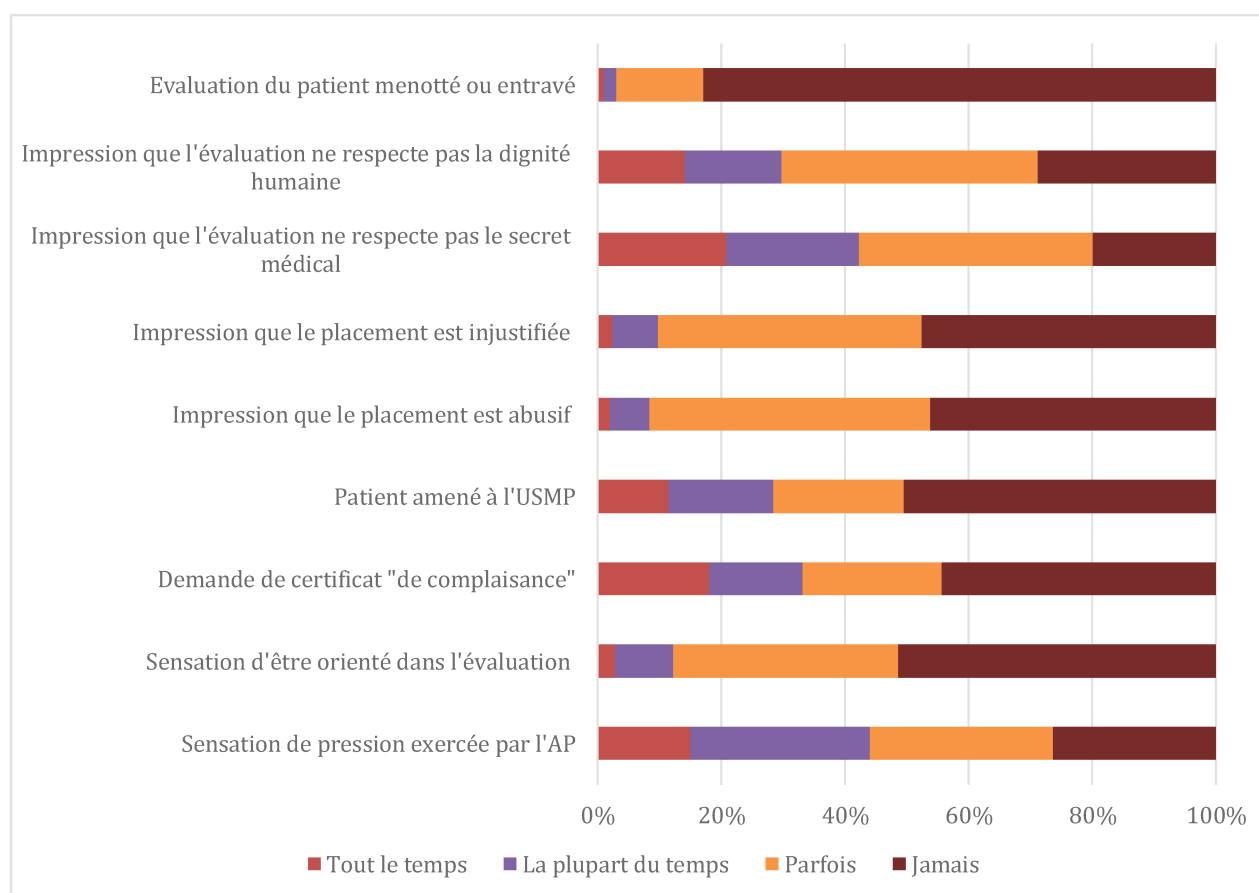


Figure 9: Situations retrouvées en CProU (N= 194)

2.5 Prise en charge des personnes détenues mineures

Les problématiques posées étaient les mêmes que pour les différents quartiers (**Figure 10**). Ainsi les 5 situations les plus souvent revenues étaient

- La difficulté d'accès au patient (refus du patient) dans **76.8%** (43) des cas.
- La difficulté d'accès au patient (refus de l'AP) dans **48.2%** (27) des cas.
- La difficulté à trouver un bureau dans **28.6%** (16) des cas.
- La modification de la pratique dans **23.2%** (13) des cas.
- La difficulté à pratiquer une extraction médicale dans **23.2%** (13) des cas.

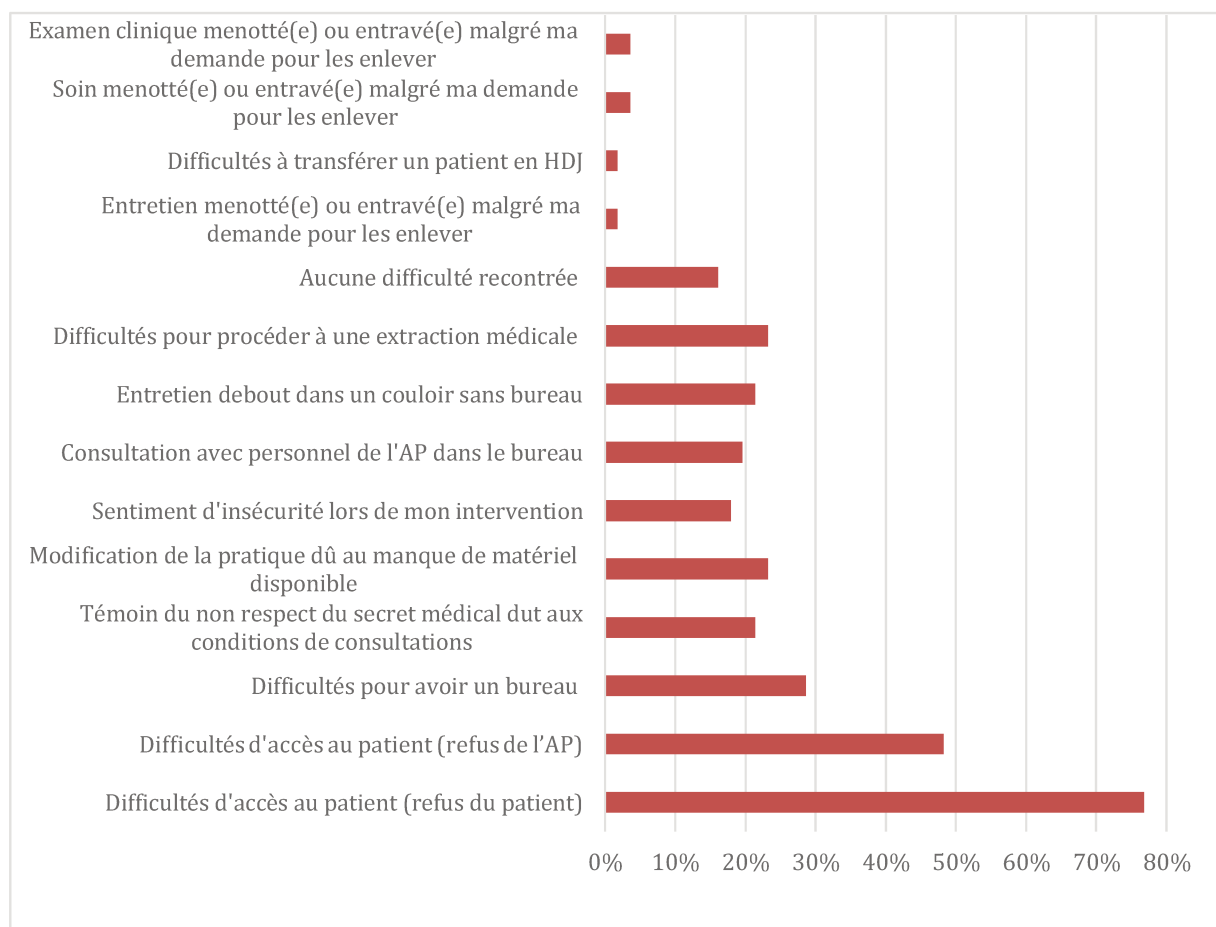


Figure 10: Problématiques dans les EPM (N=56)

2.6 Liens entre soignants et institutions (AP, DISP et ARS)

Sur les 409 participants au questionnaire, 293 soignants (71,6%) ont détaillé les difficultés d'articulation avec l'AP. Les 116 autres répondants n'ont pas souhaité se prononcer sur cette question.

Parmi les répondants, 60.1% (176 sur un total de 293) trouvent que l'AP s'immiscé de manière exagérée dans la prise en charge globale sanitaire des PPSMJ, ils sont 68.9% (202) à répondre que l'AP met trop souvent son **véto quant à la participation des activités** thérapeutiques de certains patients. Les raisons avancées d'un tel blocage sont le **statut** du détenu dans **52.9%** (109) des cas et le **niveau de sécurité** nécessaire à un détenu dans **72.3%** (149) des cas. Les difficultés d'articulation entre soignants et AP se trouvent dans la **Figure 11** Ainsi les raisons avancées de tels blocages se trouvent dans la **Figure 12** .

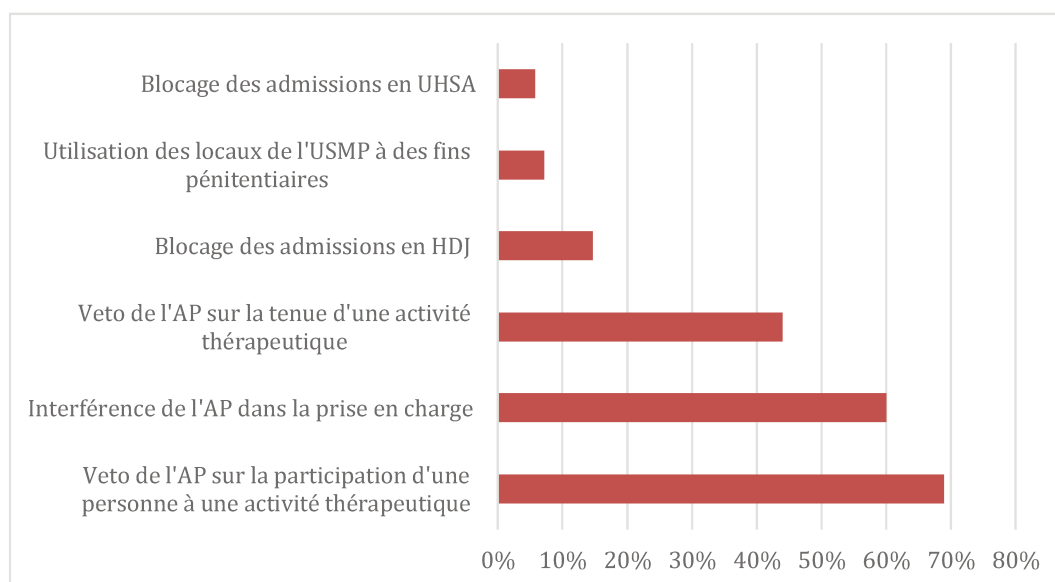


Figure 11 : Difficultés d'articulation entre AP et soignants (N= 293)

AP : Administration Pénitentiaire / HDJ : Hôpital de Jour/ UHSA : Unité Hospitalière Spécialement aménagée
USMP : Unité Sanitaire Médico-Psychologique

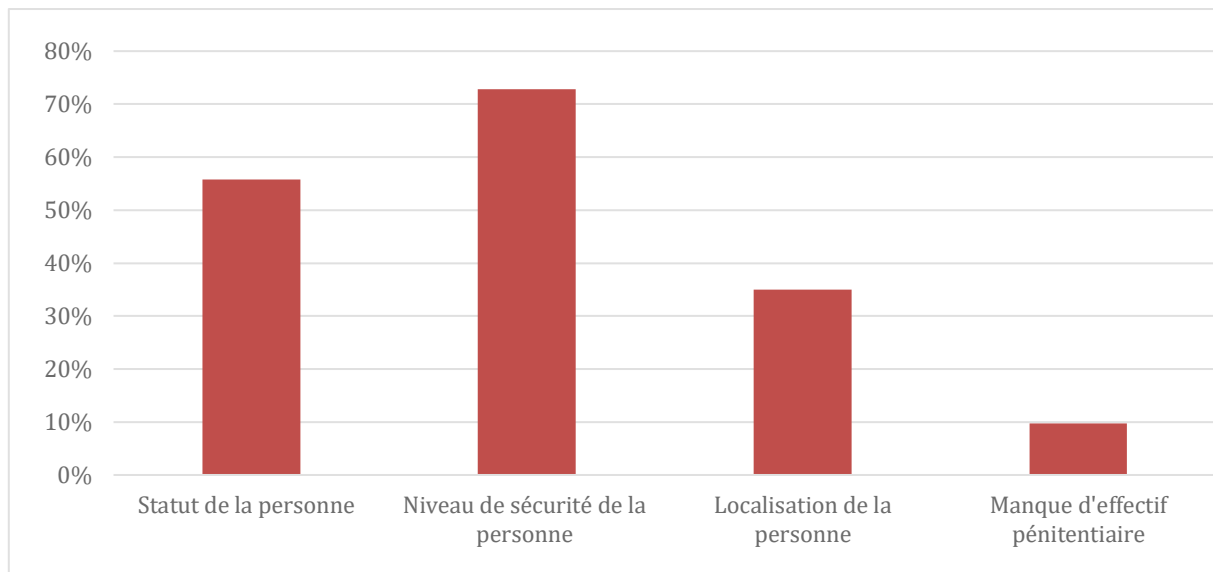


Figure 12 : Raisons « justifiant » les blocages (N= 293)

Concernant les liens entre les soignants et la DISP, les répondants ne sont, pour la plupart, pas en lien avec leur direction interrégionale selon leurs dires retrouvés dans les commentaires libres. Dans ces derniers, les soignants expriment un « *sentiment d'abandon* » quant au niveau d'implication de l'ARS dans leurs problématiques. Malgré tout, certaines directions de détention s'appliquent à effectuer un travail de coordination concernant la prévention du risque suicidaire.

Pour ce qui est du lien avec l'AP du centre d'incarcération, la moyenne générale est de **6.73** (médiane à 7) sur 10. Concernant les liens avec la DISP la moyenne est de **5.24** (médiane à 5) sur 10, enfin concernant les liens avec l'ARS la moyenne est de **5.82** (médiane à 5) sur 10.

L'estimation subjective du sentiment de sécurité des soignants allant de 1 (pas du tout en sécurité) à 10 (extrêmement en sécurité), retrouve une moyenne de **7.59** (avec une médiane à 8).

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Cette étude souligne de nombreuses difficultés rencontrées par les soignants en milieu pénitentiaire révélant un décalage entre les valeurs soignantes et les réalités organisationnelles et sécuritaires des EP.

1.1 Les interventions dans les quartiers spécifiques

L'intervention au sein des quartiers spécifiques est un exercice spécial, 5 difficultés principales reviennent régulièrement : le **refus du patient de voir le personnel soignant**, le **refus de l'AP que le personnel soignant voit le patient**, la **difficulté pour avoir un bureau de consultation**, la **difficulté de respect du secret médical** et enfin la **modification de la pratique soignante due à un manque de matériel** disponible sur place.

Les soignants se doivent de respecter le principe d'équivalence, le respect du refus de soin est essentiel mais doit cependant être précédé d'une information claire et loyale. Le livre de Béatrice Carton *Les soins en prison : la réalité derrière les murs ?* nous apprend que les soins en prisons sont sous-tendus par plusieurs enjeux.

Le refus du patient de voir les personnels soignants soulève plusieurs interrogations. Les causes possibles sont diverses :

- La **stigmatisation** par les autres personnes détenues est une première raison. De la même manière que l'enquête a pu révéler des moqueries de la part de leurs codétenus, les patients expriment être victimes de remarques lorsqu'ils sollicitent le personnel médical et que ce dernier vient en bâtiment pour les rencontrer. La promiscuité entraîne une compromission du secret médical et ainsi, un patient consultant l'USMP, surtout si cela implique une problématique de santé mentale, est souvent vu comme une personne vulnérable par ses codétenus et est sujet à des moqueries, brimades ou insultes. Il en va de même pour les prises de traitements, spécialement les Traitements de Substitutions aux Opiacés (TSO), dont certains nécessitent une délivrance quotidienne, et qui implique de voir fréquemment les personnels soignants.

- De plus, **ces moqueries et stigmatisations peuvent aussi émaner de l'AP**, qui voit dans les interventions du corps soignant, une quête attentionnelle ou des points de vulnérabilités de la part de la personne détenue en souffrance.
- Une interrogation sur la **réelle confidentialité de la consultation** due aux difficultés d'aménagement du bureau ainsi qu'une **communication entre l'AP et le personnel médical** est aussi une crainte exprimée par les patients.
- La **co-occurrence des convocations en consultation et d'autres activités** (parloirs familles ou avocats, activités, travail...) oblige les patients à devoir choisir et les soins se retrouvent souvent mis au second plan.

Une des grands problématiques en milieu pénitentiaire est qu'il est difficile de savoir ce qui se cache derrière la non-présentation du patient et si c'est un refus authentique ou cachant les problématiques cités.

Le **refus de l'AP** que les soignants puissent voir le patient est aussi une problématique dans l'accès aux soins. Les difficultés d'organisation et de coordinations de l'AP ainsi que les conditions sécuritaires sont souvent mises en avant. Par exemple, lorsque certains **DPS nécessitant une ouverture de cellules** avec du personnel de l'AP spécifique devant être prévenus à l'avance sont en demande de voir le personnel médical.

La modification de la pratique soignante dut à un **manque de matériel disponible sur place** est une des problématiques retrouvées en quartier spécifique. En effet, lorsque les soignants interviennent dans ces quartiers, ils sont souvent amenés à consulter dans des bureaux non habilités à les recevoir. Ainsi, le manque de matériel médicaux comme un électrocardiogramme est fréquent. De plus, les ordinateurs de ces locaux ne sont pas nécessairement pourvus des logiciels utilisés à l'USMP, suite à cela, les soignants ne retrouvent pas les dossiers médicaux des patients. Cela entraîne un retard de soin voire une adaptation de la pratique médicale délétère pour le patient.

1.2 Un secret médical fragilisé à tous les niveaux

La question du respect du secret médical apparaît comme un enjeu transversal. Plus d'un **soignant sur deux rapporte avoir été témoin d'atteintes au secret médical**, particulièrement dans le cadre des consultations en USMP et dans les quartiers spécifiques.

En premier lieu et comme cela a pu être montré en introduction (voir **Figure 3**) le chemin entre la demande de la personne détenue et la consultation en elle-même se trouve être un parcours du combattant comprenant plusieurs étapes intermédiaires où le secret médical peut être mis à mal. Les consultations réalisées dans des couloirs ou en présence de membres de l'AP compromettent aussi la confidentialité.

Un avis du 16 juin 2015 publié au Journal Officiel « *recommande à ce que toute consultation médicale de même que tous les examens et soins médicaux effectués dans des établissements civils se fassent hors de l'écoute et, sauf demande contraire du personnel médical soignant relative à un détenu particulier – hors de la vue des membres des forces de l'ordre* » [107]. Les problématiques restent les mêmes de nos jours, cela met donc en lumière leur persistance et la difficulté à les résoudre.

1.3 Respect des droits des personnes détenues

A cela s'ajoute la problématique des entraves : une consultation, voire un soin menotté traduit une banalisation des pratiques. Dans cette étude la fréquence moyenne de **l'utilisation des entraves lors de l'intervention des soignants**, tout bâtiments confondus étaient de **16%**, **le taux le plus élevé était au QD** où le total est de 34%. « Cela concerne les entretiens psychiatriques, les examens cliniques somatiques ainsi que les soins infirmiers. Cela constitue de manière incontestable une **humiliation et un traitement dégradant de la personne détenue**, pouvant **mettre en péril la relation de confiance** entre le médecin et le patient. Le rapport du CGLPL de 2024 rapporte une situation « inacceptable au regard de la dignité des personnes » [108]. Ces réflexions ne sont pas récentes. Le rapport de 2006 du Conseil consultatif national d'éthique (CCNE) rappelle que, même en prison, le droit à l'information, au **consentement et à la confidentialité** doit être pleinement respecté. Cela fait suite à plusieurs condamnations de la France par la CEDH pour de telles atteintes à la dignité de la personne [109]. Ces recommandations ont été renouvelées grâce au rapport publié par le Conseil de l'Ordre des Médecins en mars 2025 [110].

1.4 Des contraintes empêchant un bon fonctionnement de l'USMP

Les **problèmes matériels et structurels** constituent une autre limite majeure à une bonne prise en soins des personnes détenues. Nos résultats révèlent des insuffisances matérielles et humaines marquées (62,8 % des répondants évoquent des difficultés liées à l'état des locaux, au manque de bureaux ou de matériel informatique, 34 % évoquent un manque de soignants, 40 % un manque d'effectifs pénitentiaires). Dans la littérature ces difficultés sont souvent documentées par l'OIP, qui dénonce une **pénurie sanitaire**. Celle-ci s'accroît d'année en année. Une organisation des **soins fragmentée**, des **locaux vétustes**, un **manque d'accès aux soins spécialisés** et une faible utilisation des procédures alternatives pour raisons médicales (comme les suspensions de peines ou encore la liberté conditionnelle) [111]. L'OIP avance des chiffres sur la pénurie sanitaire. Ainsi 21 USMP fonctionne avec moins de 50% des effectifs en dentistes prévus. Il y a en moyenne **3.5 équivalent temps plein (ETP) de psychiatres** et 5 ETP de psychologue **pour 1000 détenus**, cela explique les délais d'attente s'allongeant d'année en année (on considère qu'il faut aujourd'hui 8 mois pour entamer un suivi psychologique) [112].

La pénurie de personnel pénitentiaire a également un impact majeur sur l'accès aux soins en détention. En effet, le personnel pénitentiaire « hors-USMP » se charge des « mouvements » des patients détenus, c'est à dire leurs allers et venues à l'USMP depuis leur bâtiment d'origine. Concernant les personnels de l'AP affilié à l'USMP, ces derniers s'occupent de la surveillance des personnes détenues dans les salles d'attentes de l'USMP, ainsi que de la sécurité des soignants.

1.5 Un accès aux activités thérapeutiques inégal et stigmatisé

Près de la moitié des professionnels identifient une discrimination dans l'accès aux soins thérapeutiques (49,7 %). Ainsi, lorsque les personnes détenues ont accès à ces activités, elles doivent affronter la stigmatisation de la part de codétenus et, parfois, de personnels de l'AP. Ces situations sont repérées dans 30 à 35% des cas.

Certains EP mettent en place des politiques visant à discriminer les patients participants aux activités thérapeutiques, notamment en interdisant les personnes détenues ayant un emploi en incarcération de participer à ces activités.

1.6 Des relations institutionnelles déséquilibrées

La majorité des soignants perçoivent une **interférence de l'AP dans la prise en charge sanitaire**, et un veto fréquent quant à la participation des patients aux activités thérapeutiques. Au contraire, les liens avec les instances (DISP, ARS) apparaissent **distants**, suscitant un **sentiment d'abandon**. Ce déséquilibre contribue à renforcer la prépondérance de l'AP, par absence ou régulation trop tardive de l'extérieur (ARS, DISP) au détriment d'un pilotage réellement partagé entre logique sécuritaire et logique de santé publique. La prévention du risque suicidaire constitue toutefois un exemple de coordination possible, même si elle reste partielle et précaire.

1.7 Le paradoxe du sentiment de sécurité

Enfin, malgré ces contraintes, les soignants expriment un sentiment de sécurité globalement élevé (7,6/10 en moyenne). Ce paradoxe peut s'expliquer par une habitude progressive au contexte carcéral, mais aussi par la présence renforcée de l'AP, qui, bien qu'elle compromette parfois la confidentialité, participe à la perception d'un environnement sécurisé. Pourtant, dans une étude de 2005, il était rapporté une **augmentation des violences aux seins des USMP** [113] mais qui pourrait s'expliquer par un meilleur recensement des incidents.

2. Implications cliniques

Ce travail met en évidence la **complexité du soin** en incarcération marquée par une tension permanente entre pratiques soignantes et contraintes sécuritaires. Les difficultés logistiques, le non-respect du secret médical, les pressions institutionnelles sont autant de facteurs mettant en péril l'accès aux soins des patients incarcérés. De plus, les problématiques d'accès aux consultations ou aux activités thérapeutiques renforcent davantage le **sentiment d'inégalité** au sein même des patients détenus. Les résultats présentés mettent en valeur une **nécessité de réaffirmation de l'indépendance médicale** instaurée en 1994 dans les textes mais plus que jamais en péril. Un **renforcement des moyens humains et matériels** ainsi qu'une sensibilisation des personnels de l'AP sur les différents enjeux de santé dans la prise en charge des détenus sont nécessaire.

2.1 Une meilleure articulation entre l'AP et le service sanitaire

Ainsi, une articulation entre soignants et AP est essentielle afin que ces deux corps de métiers puissent **comprendre les enjeux derrière la pratique de l'autre** et saisir la nécessité d'une **communication efficiente**. Les pratiques soignantes ne doivent pas être entravées ni dégradées au profit des normes de sécurité, et les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de soins **au même titre que les personnes à l'extérieur** de la prison. Les relations aux personnes détenues représentent une partie conséquente de l'activité de l'AP et du personnel soignant. C'est pourquoi des **formations de l'AP** sur le secret médical et son importance ainsi que sur les différentes postures à avoir sur des patients en situations de vulnérabilité sont nécessaire dans un climat de surpopulation carcéral prônant toujours plus de restriction des libertés des personnes incarcérées.

2.2 Des questions d'actualité

Ces problématiques occupent une place importante dans l'actualité avec la **création des Quartiers de Luttés contre la Criminalité Organisée (QLCO)**. Les conditions de vie dans ces quartiers questionnent de manière importante l'éthique et le sens que peut prendre notre pratique soignante. En effet, la politique actuelle du ministère de la Justice mise en place est axée sur des problématiques sécuritaires et la **lutte contre la criminalité organisée**. Suite aux événements du 14 mai 2024 à Incarville, il a été décidé de monter d'un cran les conditions sécuritaires des personnes incarcérées et considérées comme dangereuses (les DPS la plupart du temps), notamment en prenant exemple sur des pays européens comme l'Italie où les personnes détenues faisant partie des gangs ou de groupes de mafia sont incarcérées dans des « prisons de haute sécurité ». Ce sont ces prisons italiennes dont ont inspiré les organisations des **EP de Vendin le Vieil** et **Condé sur Sarthe** [114]. Or dans ces établissements, où les personnes détenues sont isolées du monde extérieur, les **conditions de vie sont difficiles** et posent des **questionnements éthiques majeurs** sur le rôle des soignants dans le maintien de conditions aussi drastiques [115]. Bien que, comme détaillé plus haut, les conditions d'isolement peuvent engendrer une apparition ou une recrudescence des troubles psychiatriques, cela n'a, pour le moment, pas été évalué en France, l'EP de Vendin Le Vieil étant ouvert depuis juillet 2025, nous n'avons pas assez de reculs pour connaître les véritables conséquences de ce niveau d'exigences sécuritaires.

2.3 Une réflexion éthique nécessaire

Il faut en premier lieu réfléchir au sens derrière la peine de prison. La société actuelle occidentale confond trop souvent les notions de sanctions, réparations et vengeance.

La question éthique centrale doit être celle du respect de la dignité de la personne. Il ne faut pas omettre que la peine d'emprisonnement arrive en dernier recours afin de faire respecter la loi. De plus, la loi prévoit que l'incarcération soit une sanction définie par **la seule privation d'aller et venir**, elle ne prévoit pas un déclassement social de la personne détenue. La prison ne peut donc pas être un endroit où l'être humain se retrouve privé de ses droits fondamentaux et notamment du droit à la santé. Pour cette raison, la **réflexion sur la santé en prison s'inscrit dans une réflexion plus globale sur la prison en elle-même.**

Les soignants en prison ont une relation directe et humaine avec les personnes détenues, et ne tiennent pas seulement compte des troubles physiques ou psychiques, mais aussi des atteintes profondes liées à l'humiliation, la violence ou la perte d'espoir.

Dans les recommandations du CCNE il est indiqué que l'usage des psychotropes, parfois nécessaire, ne doit pas devenir une solution de facilité qui masque ou aggrave les difficultés de fond et porte atteinte à la santé et à la dignité. En concertation avec l'administration pénitentiaire, les équipes soignantes jouent un rôle de **médiateur** et un devoir d'ingérence dès que l'intégrité, la santé ou la dignité du détenu sont en jeu [109].

C'est à partir de ces recommandations que l'OIP a mis en place des **formations destinées aux personnels soignants amenés à exercer en milieu carcéral.** L'objectif est d'appréhender au maximum les **spécificités** de cette pratique singulière. Les différentes formations ont pu aborder des thèmes comme la santé mentale, les personnes sortantes d'incarcération, la réduction des risques [116].

3. Ce que la littérature nous apprend

Concernant la littérature anglophone, la médecine légale, se nomme « *Forensic care* ». Les psychiatres travaillant avec les PPSMJ, rencontrent une difficulté en plus que n'ont pas leurs confrères français ; ils doivent avoir une double casquette **soignant-experts** car ce sont les mêmes professionnels qui se chargent d'aider le patient incarcéré mais aussi d'évaluer sa dangerosité et son risque de récidive.

L'éthique médicale est définie comme un soutien et un support à la pratique quotidienne. Une étude a particulièrement retenu notre attention. C'est celle de Franke et al., de 2020. L'étude analyse la présence des **services de soutien en éthique clinique** (CES) en psychiatrie générale et en psychiatrie légale en Allemagne. Le soutien éthique est moins développé en psychiatrie légale qu'en psychiatrie générale, alors même que les besoins y sont élevés, ce qui plaide pour une meilleure implantation et formation spécifique dans ce domaine [117]

Enfin, dans le but d'avoir du recul dans leur pratique, les supervisions sont organisées et valorisées dans les équipes soignantes anglophones. Une étude Allemande a ainsi pu mettre en évidence que les Moral Cause Deliberation (MCD) pouvait aider les professionnels du soin qui rencontreraient des difficultés dans leur pratique notamment sur un plan éthique. Cela permet de se poser des questions sur la pratique et conceptualiser certains aspects éthiques trop souvent oublié [118].

4. Limites et forces de l'étude

4.1 Limites

Plusieurs limites doivent être citées. Le recueil des données a été fait sur la base d'un questionnaire auto-déclaratif, ce qui implique des **biais de mémorisation**. L'effectif des différents EP est variable, il va de 1 répondants à 26. Toutefois, une analyse complémentaire des données n'a pas mis en évidence d'effet centre.

4.2 Forces

Il s'agit d'une **étude nationale** qui a intégré les territoires Outres-Mers. Cette étude est la première qui s'intéresse à l'impact des mesures de sécurité et à la perception qu'en ont les soignants en milieu pénitentiaire. Elle donne des chiffres sur les différentes problématiques rencontrées en incarcération et permet ainsi de palier à ce sentiment d'abandon ou de rejet exprimé par les soignants en regroupant différentes situations similaires dans des EP différents. Ces résultats doivent donner une dimension nationale aux problématiques explorées.

5. Perspectives

Certaines études, notamment sur les conditions de travail des soignants en incarcération, ont comparé le bien-être au travail dans l'AP et dans les personnels soignants en prison [119] Ainsi, une étude étudiant la vision du soin en incarcération en interrogeant les personnels de l'AP afin de montrer les **différences de perception des conditions de soins des patients**, pourrait être intéressantes. De plus, les difficultés d'accès aux patients dans certains quartiers (notamment QI et QD), posent la question du retard diagnostic présenté par ces mêmes patients, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Ces difficultés d'accès ont donc un coût **économique** direct en plus du **cout humain**. L'iniquité subie par les personnes détenues selon le quartier, pour les consultations en USMP peuvent pousser ces derniers à ne demander de l'aide qu'en cas d'extrême urgence, et ainsi favoriser les pathologies décompensées, une étude afin d'étudier les différents freins dans l'accès aux soins des personnes détenues peut être intéressante dans cette perspective. Une étude nationale sur la **santé des personnes détenus dans des quartiers où l'accès au soin est difficile** est aussi nécessaire, en incluant de manière systématique les QI et les QD.

CONCLUSION

Le **droit à la santé**, reconnu par la Constitution française et les conventions internationales, constitue un principe fondamental. Toutefois, en milieu carcéral, l'accès aux soins reste limité en raison de nombreux obstacles d'ordre structurel, humain et organisationnel. Ces difficultés persistent malgré les réformes entreprises pour améliorer la prise en charge des troubles mentaux en prison.

La santé physique et mentale des personnes détenues est **précaire**. La forte occurrence des troubles souligne la nécessité d'une prise en charge adaptée en détention. La **surpopulation carcérale** accentue ces problématiques, en favorisant la promiscuité, les tensions et un climat délétère pour la santé des personnes incarcérées vulnérables. Par ailleurs, les **locaux dédiés aux soins sont souvent inadaptés**, et la coordination entre services de santé et administration pénitentiaire s'avère insuffisante.

Dans notre enquête auprès des soignants, les difficultés les plus fréquemment mentionnées sont les **problématiques de respect du secret médical**, souvent compromis par les conditions de détention, l'**organisation pénitentiaire** et le **sous-effectif**. L'inégalité d'accès aux soins selon les quartiers est aussi une problématique récurrente. Enfin, malgré le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, certains soignants rapportent des abus dans l'utilisation des moyens d'entraves. Ces résultats constituent ainsi une base sur laquelle il faudrait poser les premières pierres d'une meilleure prise en charge sanitaire en détention notamment dans les quartiers comme le QI et le QD.

Pour garantir pleinement le droit à la santé des détenus, il est essentiel de **renforcer les moyens des structures de soins**, d'**optimiser la coordination entre l'AP et le personnel sanitaire**, et de **lutter activement contre la stigmatisation des troubles psychiatriques en milieu carcéral**.

LISTE DES TABLES

Tableau 1 : Niveaux de sécurités des personnes détenues	24
Tableau 2 : Prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes détenues arrivants en incarcération selon Fovet et al [80].....	33
Tableau 3: Caractéristiques des répondants	49
Tableau 4 : Nombres de répondants dans les EP (N = 409).....	50
Tableau 5: Description des EP et structures de soins concernées (N= 409)	51
Tableau 6: Spécificités selon les différents quartiers (N=401)	60
Tableau 7 : Raisons pour lesquelles les répondants n'interviennent pas en quartiers spécifiques.....	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Qui sont les personnes incarcérées ? (<i>Schéma simplifié</i>)	16
Figure 2 : Différents niveaux de prises en charges des personnes détenues ..	32
Figure 3 : Demande d'une consultation à l'USMP et secret médical.....	39
Figure 4 : DISP des EP au sein desquels les USMP des soignants sont implantées (N= 409).....	50
Figure 5: Conditions de consultations en USMP (N=401)	52
Figure 6 : Difficultés rencontrées en USMP (N=401)	53
Figure 7 : Problématiques rencontrées en activités (N=195).....	54
Figure 8: Impact de la déclaration du Ministre de la Justice sur les activités "ludiques" du 19 février 2025 (N=374)	55
Figure 9: Situations retrouvées en CProU (N= 194).....	62
Figure 10: Problématiques dans les EPM (N=56).....	63
Figure 11 : Difficultés d'articulation entre AP et soignants (N= 293)	64
Figure 12 : Raisons « justifiant » les blocages (N= 293)	65

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Christian Carlier MR, Christian Carlier MR. Histoire des prisons en France — De l’Ancien Régime à la Restauration 2007.
- [2] Hedhili-Azéma H. La réforme d’administration pénitentiaire Amor de mai 1945. Criminocorpus Rev Hist Justice Crimes Peines 2019. <https://doi.org/10.4000/criminocorpus.6244>.
- [3] Christian Carlier MR, Christian Carlier MR. Histoire des prisons en France : de 1914 à 2000 2007.
- [4] Duroché J-P, Pédrón P. Histoire des prison : La réforme de 1975. Vuibert Sup Droit 2019;4:48–50.
- [5] Légifrance. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000021312171> (accessed April 27, 2025).
- [6] OIP. Quelles sont les alternatives possibles à la prison ? oip.org n.d. <https://oip.org/en-bref/quelles-sont-les-alternatives-possibles-a-la-prison/> (accessed April 25, 2025).
- [7] Fovet T, David. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. EMC n.d. <https://www.em-consulte.com/article/1494332/psychiatrie-en-milieu-penitentiaire> (accessed May 23, 2025).
- [8] Ministère de la Justice. La prise en charge en détention 2022. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/prise-charge-personnes-condamnees-ou-prevenues/prise-charge-detention> (accessed April 25, 2025).
- [9] Légifrance. Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. n.d.
- [10] OIP. Comment expliquer la surpopulation des prisons françaises ? oip.org n.d. <https://oip.org/en-bref/comment-expliquer-la-surpopulation-des-prisons-francaises/> (accessed April 25, 2025).
- [11] OIP OI des. Surpopulation carcérale. oip.org n.d. <https://oip.org/decrypter/thematiques/surpopulation-carcerale/?utm> (accessed April 25, 2025).
- [12] OIP OI des. Les vrais chiffres de la surpopulation carcérale – 2024. oip.org n.d. <https://oip.org/analyse/les-vrais-chiffres-de-la-surpopulation-carcerale-2024/> (accessed May 2, 2025).

- [13] Etudes et statistiques | Ministère de la justice n.d. <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques> (accessed September 2, 2025).
- [14] Le Prévenu et l'Accusé. Cabinet Avocat Brochard 2023. <https://brochard-avocat.com/le-prevenu-et-laccuse/> (accessed May 9, 2025).
- [15] OIP OI des. Différents types d'établissements pénitentiaires et leurs nombres. oip.org n.d. <https://oip.org/en-bref/combien-y-a-t-il-de-prisons-en-france/> (accessed April 25, 2025).
- [16] Service public. Quels sont les différents types de prisons 2025. <https://www.vie-publique.fr/fiches/268775-quels-sont-les-differents-types-de-prisons> (accessed April 25, 2025).
- [17] OIP. Les prisons pour femmes. oip.org n.d. <https://oip.org/infographie/les-prisons-pour-femmes/> (accessed April 25, 2025).
- [18] Prisons OI des. Existe-t-il des prisons spéciales pour mineurs ? oip.org n.d. <https://oip.org/en-bref/existe-t-il-des-prisons-speciales-pour-mineurs/> (accessed July 13, 2025).
- [19] Annuaire des Prisons. Les différents quartiers des établissements pénitentiaires. Annu-Prisons n.d. <https://annuaire-prisons.fr/prisons-les-differents-quartiers/> (accessed April 25, 2025).
- [20] DGOS. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/prise-en-charge-sanitaire> (accessed April 26, 2025).
- [21] Légifrance. CP : Procédure disciplinaire (Articles R234-1 à R234-43) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488602/2022-05-01 (accessed April 25, 2025).
- [22] DORANGES G. Comprendre le placement à l'isolement. Doranges Avocat 2024. <https://www.doranges-avocat.fr/comprendre-le-placement-a-lisolement> (accessed April 26, 2025).
- [23] Légifrance. CPP : Détention en milieu pénitentiaire (Articles R211-1 à R240-9) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LE

- GISCTA000045487906/2022-05-01/#LEGISCTA000045493875 (accessed April 25, 2025).
- [24] Légifrance. CPP : Prise en charge de la radicalisation (Article R57-7-84-13) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041426403 (accessed April 26, 2025).
- [25] Légifrance. Circulaire du 24 mai 2013 : détention des mineurs n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37173> (accessed April 26, 2025).
- [26] Légifrance. CP : Prise en charge dans les quartiers spécifiques (Articles R224-1 à R224-25) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488448/2022-05-01/#LEGISCTA000045493330 (accessed April 25, 2025).
- [27] Ministère de la Justice. Le plan 15 000 places de prison 2023. <https://www.justice.gouv.fr/plan-15-000-places-prison> (accessed April 26, 2025).
- [28] OIP OI des. Les UVF. oip.org n.d. <https://oip.org/analyse/dans-lintimite-des-unites-de-vie-familiale/> (accessed April 26, 2025).
- [29] Légifrance. Circulaire du 20 février 2012: gestion des impacts environnementaux et sanitaires d'événements d'origine technologique en situation post-accidentelle n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/34905> (accessed April 27, 2025).
- [30] Légifrance. Arrêté du 29 mai 2019 : Organisation de l'AP. n.d.
- [31] Ministère de la Justice. Naissance de la DAP 2022. <https://www.justice.gouv.fr/ministere-justice/missions-organisation/direction-administration-penitentiaire> (accessed April 26, 2025).
- [32] Le suivi en milieu ouvert | Ministère de la justice 2022. <https://www.justice.gouv.fr/justice-france/prise-charge-personnes-condamnees-ou-prevenues/suivi-milieu-ouvert> (accessed May 9, 2025).
- [33] Légifrance. CPP: Fouilles des détenus (Article R57-7-79) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000023350166 (accessed April 26, 2025).

- [34] Légifrance. CPP : Sécurité en prison (Articles D265 à D283-6) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000006166184/2021-04-01/?utm (accessed April 26, 2025).
- [35] Comment utiliser les objets de sûreté (menottes, entraves)? n.d. <https://www.lagazettedescommunes.com/115664/comment-utiliser-les-objets-de-surete-menottes-entraves/> (accessed April 30, 2025).
- [36] Circulaire concernant les extractions médicales n.d. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/bulletin-officiel/4-dap96b.htm?utm_ (accessed April 30, 2025).
- [37] Légifrance. CP : Maintien de la sécurité (Articles D221-1 à R227-11) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488392/?utm_ (accessed April 26, 2025).
- [38] Légifrance. CP : Usages des menottes et des entraves (Article R226-1) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045488528/ (accessed April 26, 2025).
- [39] Ban Public. Portail d'information sur les prisons n.d. https://banpublic.org/e04-les-moyens-de-contrainte?utm_ (accessed April 26, 2025).
- [40] Légifrance. CP : Discipline et sécurité en prison (Articles D242 à D283) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071154/LEGISCTA000006150968/?utm_ (accessed April 26, 2025).
- [41] Barbarit S. Extraction judiciaires des détenus : Article de Public Sénat. Public Sénat 2024. <https://www.publicsenat.fr/actualites/politique/attaque-dun-fourgon-penitentiaire-comment-fonctionnent-les-extractions-judiciaires-de-detenus> (accessed April 26, 2025).
- [42] Légifrance. CPP : Discipline et sécurité dans les centres d'incarcération (Article D276-1) n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006516008 (accessed April 26, 2025).
- [43] Ministère de la Justice. Instruction ministérielle du 11/01/2022 : répertoire des DPS 2022. <https://www.justice.gouv.fr/instruction-ministerielle-du-11-janvier-2022-relative-au-repertoire-detenus-particulierement-signales-dps> (accessed April 26, 2025).

- [44] Revue des droit de l'Homme. DPS. Rev Droits Homme 2013. <https://revdh.wordpress.com/2013/10/25/droits-detenus-repertoire-detenus-particulierement-signales/> (accessed April 26, 2025).
- [45] OIP. Description des régimes spécifiques. oip.org n.d. <https://oip.org/decrypter/thematiques/au-nom-de-la-securite/regimes-specifiques/> (accessed April 26, 2025).
- [46] Ministère de la Justice. Le service national du renseignement pénitentiaire 2022. <https://www.justice.gouv.fr/ministere-justice/organismes-rattaches/service-national-du-renseignement-penitentiaire> (accessed April 26, 2025).
- [47] UE. 45/111. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. Prison. Rights, Routledge; 2014.
- [48] Nations-Unies des droits de l'Homme. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. OHCHR n.d. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners> (accessed April 27, 2025).
- [49] Inc UL. Basic Principles for the Treatment of Prisoners – International Law n.d. <https://internationallaw.uslegal.com/international-human-rights/universal-human-rights-instruments/human-rights-in-the-administration-of-justice-protection-of-persons-subjected-to-detention-or-imprisonment/basic-principles-for-the-treatment-of-prisoners/> (accessed April 30, 2025).
- [50] Nelson Mandela Rules. U N Off Drugs Crime n.d. [//www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/nelsonmandelarules.html](https://www.unodc.org/unodc/en/justice-and-prison-reform/nelsonmandelarules.html) (accessed April 30, 2025).
- [51] Nations U. The Nelson Mandela Rules: Protecting the Rights of Persons Deprived of Liberty. U N n.d. <https://www.un.org/en/un-chronicle/nelson-mandela-rules-protecting-rights-persons-deprived-liberty> (accessed April 30, 2025).
- [52] CEDH. Convention européenne des droits de l'homme - Textes officiels de la CEDH. ECHR n.d. <https://www.echr.coe.int/european-convention-on-human-rights> (accessed April 30, 2025).

- [53] CEDH J-M. Chronique de jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme relative aux prisons 2022-2023. Cah Rech Sur Droits Fondam 2024:145–52. <https://doi.org/10.4000/12hpx>.
- [54] CEDH. Chronique de jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme relative aux prisons 2018-2019 n.d. https://journals.openedition.org/crdf/6492?utm_ (accessed May 4, 2025).
- [55] Massias F. CEDH et soins. Cah Rech Sur Droits Fondam 2004:23–8. <https://doi.org/10.4000/crdf.7456>.
- [56] CEDH. Leucémie et prison : jurisprudence française par la CEDH n.d. [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22002-5109%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22002-5109%22]}) (accessed May 4, 2025).
- [57] OIP OI des. La détention de personnes atteintes de troubles mentaux dénoncée par la Cour européenne des droits de l'Homme. oip.org n.d. https://oip.org/analyse/la-detention-de-personnes-atteintes-de-troubles-mentaux-denoncee-par-la-cour-europeenne-des-droits-de-lhomme/?utm_ (accessed May 4, 2025).
- [58] CEDH. Cour européenne des droits de l'Homme, 27 janvier 2015, n° 43368/08 (Détenu – Soins psychiatriques – Troubles mentaux) - APHP DAJDP n.d. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-europeenne-des-droits-de-lhomme-27-janvier-2015-n-4336808-detenu-soins-psychiatriques-troubles-mentaux/?> (accessed May 4, 2025).
- [59] QDM. Les médecins de prison veulent une reconnaissance statutaire. Quotid Médecin n.d. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/les-medecins-de-prison-veulent-une-reconnaissance-statutaire> (accessed April 26, 2025).
- [60] Légifrance. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. n.d.
- [61] Guérin G. La santé en prison. Contexte et genèse d'une réforme. ADSP Actual Doss En Santé Publique 2003:18–20.
- [62] Moreau F. La santé dans les prisons françaises. Pouvoirs 2010;135:69–86. <https://doi.org/10.3917/pouv.135.0069>.
- [63] Légifrance. Décret n°94-929 (27/10/1994) : Soins dispensés aux détenus n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000185453> (accessed April 26, 2025).

- [64] Légifrance. Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des UHSl. n.d.
- [65] Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002.
- [66] Légifrance. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. n.d.
- [67] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). 2016.
- [68] Principe d'égal accès aux soins des détenus n.d. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/principe-degal-acces-aux-soins-des-detenus> (accessed May 4, 2025).
- [69] Prisons OI des. Soins spécialisés en prison : l'OIP dénonce la double peine pour les détenus malades. oip.org n.d. <https://oip.org/communiqués/soins-specialises-en-prison-loip-denonce-la-double-peine-pour-les-detenus-malades/> (accessed May 4, 2025).
- [70] DGOS. Les personnes détenues. Ministère Trav Santé Solidar Fam n.d. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenuées-personnes-placées-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenuées> (accessed April 27, 2025).
- [71] Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire - Légifrance n.d. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072823> (accessed May 14, 2025).
- [72] Contrast C. La création des UHSA : une nouvelle régulation de l'enfermement ? *Déviance Société* 2015;39:429–53. <https://doi.org/10.3917/ds.394.0429>.
- [73] Légifrance. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des UHSA. n.d.
- [74] Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016;3:871–81. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).
- [75] Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012;200:364–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>.

- [76] Baranyi G, Cassidy M, Fazel S, Priebe S, Mundt AP. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Prisoners. *Epidemiol Rev* 2018;40:134–45. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx015>.
- [77] Sahajian F, Berger-Vergiat A, Pot E. Use of psychoactive substances in prison: Results of a study in the Lyon-Corbas prison, France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2017;65:361–7. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.05.007>.
- [78] Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006;6:33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>.
- [79] DUBURCQ A, COULOMB S, BONTE J, MARCHAND C, FAGNANI F, FALISSARD B. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique) : Rapport final. Bourg La Reine: Cemka - Eval; 2004.
- [80] Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, et al. Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *Eur Psychiatry* 2020;63:e43. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>.
- [81] Beunas C. La santé mentale à l'entrée en maison d'arrêt n.d.
- [82] Europe WHORO for, Crime UNO on D and. Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health 2009.
- [83] Karlsson ME, Zielinski MJ. Sexual Victimization and Mental Illness Prevalence Rates Among Incarcerated Women: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse* 2018;21:326. <https://doi.org/10.1177/1524838018767933>.
- [84] Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel S. An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60:46–60. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.015>.
- [85] Psychiatric Disorders in Detained Male Adolescents: A Systematic Literature Review - Olivier Colins, Robert Vermeiren, Coby Vreugdenhil, Wim van den Brink, Theo Doreleijers, Erik Broekaert, 2010 n.d. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371005500409?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed (accessed June 21, 2025).

- [86] Nowotny KM, Cepeda A, James-Hawkins L, Boardman JD. Growing Old Behind Bars: Health Profiles of the Older Male Inmate Population in the United States. *J Aging Health* 2016;28:935–56. <https://doi.org/10.1177/0898264315614007>.
- [87] Psychiatric disorders among older prisoners: a systematic review and comparison study against older people in the community: *Aging & Mental Health*: Vol 22, No 1 n.d. https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/13607863.2017.1286453?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed (accessed June 21, 2025).
- [88] Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017;4:946–52. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3).
- [89] OIP OI des. Décès en détention et suicides. oip.org n.d. <https://oip.org/decrypter/thematiques/deces-en-detention-et-suicides/> (accessed June 19, 2025).
- [90] Mundt AP, Cifuentes-Gramajo PA, Baranyi G, Fazel S. Worldwide incidence of suicides in prison: a systematic review with meta-regression analyses. *Lancet Psychiatry* 2024;11:536–44. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00134-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00134-2).
- [91] Vanhaesebrouck A, Fovet T, Melchior M, Lefevre T. Suicide following a conviction, solitary confinement, or transfer in people incarcerated: A comprehensive retrospective cohort study in France, 2017–2020. *Suicide Life Threat Behav* 2024. <https://doi.org/10.1111/sltb.13064>.
- [92] Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry* 2016;3:871–81. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0).
- [93] Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020;7:682–91. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5).
- [94] Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet* 2011;377:956–65. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7).
- [95] Houle B. The Effect of Incarceration on Adult Male BMI Trajectories, United States, 1981–2006. *J Racial Ethn Health Disparities* 2014;1:21–8. <https://doi.org/10.1007/s40615-013-0003-1>.

- [96] Durand E, Watier ,L., Fix ,M., Weiss ,J. J., Chevignard ,M., and Pradat-Diehl P. Prevalence of traumatic brain injury and epilepsy among prisoners in France: Results of the Fleury TBI study. *Brain Inj* 2016;30:363–72. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1131848>.
- [97] L'OMS pointe le manque de médecins dans les prisons françaises. *Le HuffPost* 2019. https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/l-oms-pointe-le-manque-de-medecins-dans-les-prisons-francaises_155107.html (accessed July 15, 2025).
- [98] OIP OI des. Les soins gynéco en souffrance. oip.org n.d. <https://oip.org/analyse/les-soins-gyneco-en-souffrance/> (accessed June 22, 2025).
- [99] Arrigo BA, Bullock JL. The psychological effects of solitary confinement on prisoners in supermax units: reviewing what we know and recommending what should change. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2008;52:622–40. <https://doi.org/10.1177/0306624X07309720>.
- [100] The Neuroscientific Effects of Solitary Confinement on the Brain and Mental Health of Prisoners. *Fair Trials* 2025. <https://www.fairtrials.org/articles/news/the-neuroscientific-effects-of-solitary-confinement-on-the-brain-and-mental-health-of-prisoners/> (accessed July 7, 2025).
- [101] Strong JD, Reiter K, Gonzalez G, Tublitz R, Augustine D, Barragan M, et al. The body in isolation: The physical health impacts of incarceration in solitary confinement. *PLoS ONE* 2020;15:e0238510. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238510>.
- [102] Effects of solitary confinement on prisoners. *Am J Psychiatry* n.d. https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.119.8.771?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed (accessed May 23, 2025).
- [103] OIP OI des. La réduction des risques au forceps. oip.org n.d. https://oip.org/analyse/la-reduction-des-risques-au-forceps/?utm_ (accessed July 8, 2025).

- [104] Fovet T, Eck M, Touitou. Suicide en milieu carcéral. EM-Consulte n.d. <https://www.em-consulte.com/article/1381965/suicide-en-milieu-carceral> (accessed May 23, 2025).
- [105] Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. *Crisis* 2016;37:323–34. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>.
- [106] Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, le CGLPL | vie-publique.fr 2024. <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24046-le-controleur-general-des-lieux-de-privation-de-liberte-le-cglpl> (accessed May 4, 2025).
- [107] Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. n.d.
- [108] Prisons OI des. Secret médical. oip.org n.d. <https://oip.org/decrypter/thematiques/secret-medical/> (accessed September 4, 2025).
- [109] CCNE. Avis 94 La santé et la médecine en prison | Comité Consultatif National d’Ethique n.d. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-94-la-sante-et-la-medecine-en-prison> (accessed August 17, 2025).
- [110] Rapport conseil de l’Ordre sur la médecine Pénitentiaire. Cons Natl Ordre Médecins 2025. <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/newsletters-mensuelles/newsletter-mai-2025> (accessed September 10, 2025).
- [111] OIP. Rapport – La santé incarcérée – Observatoire International des Prisons n.d. <https://oip.org/publication/la-sante-incarceree/> (accessed August 17, 2025).
- [112] Prisons OI des. Accès aux soins. oip.org n.d. <https://oip.org/decrypter/thematiques/acces-aux-soins/> (accessed September 4, 2025).
- [113] Devaud C, Wasem L, Peer L, Waeny J. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison : comparaison entre soignants et surveillants. *Arch Mal Prof Environ* 2005;66:131–9. [https://doi.org/10.1016/S1775-8785\(05\)79053-6](https://doi.org/10.1016/S1775-8785(05)79053-6).

- [114] Prisons OI des. Bienvenue à Vendin-le-Vieil: haute sécurité, basse transparence. oip.org n.d. <https://oip.org/temoignage/bienvenue-a-vendin-le-vieil-haute-securite-basse-transparence/> (accessed September 2, 2025).
- [115] Ouverture de la première prison de haute sécurité à Vendin-le-Vieil | Ministère de la justice 2025. <https://www.justice.gouv.fr/actualites/actualite/ouverture-premiere-prison-haute-securite-vendin-vieil> (accessed September 2, 2025).
- [116] Rapport Activités 2024 Oip Sf. calameo.com n.d. <https://www.calameo.com/read/007680361675a17a222f1> (accessed September 4, 2025).
- [117] Franke I, Speiser O, Dudeck M, Streb J. Clinical Ethics Support Services Are Not as Well-Established in Forensic Psychiatry as in General Psychiatry. *Front Psychiatry* 2020;11:186. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00186>.
- [118] Gerritsen S, Widdershoven GAM, Bossenbroek BJ, Voskes Y. Moral Dilemmas in Contact-Based Care: The Relevance of Moral Case Deliberation for Forensic Psychiatry. *Front Psychiatry* 2020;11:574336. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.574336>.
- [119] Masson E. Conditions et environnement de travail des professionnels en prison: comparaison entre soignants et surveillants. *EM-Consulte* n.d. <https://www.em-consulte.com/article/73528/conditions-et-environnement-de-travail-des-profess> (accessed September 4, 2025).

ANNEXE 1

Questionnaire portant sur les conditions sécuritaires et pratiques soignantes en milieu pénitentiaire : Etat des lieux en 2025

Dans le cadre de ma thèse, je mène une enquête soutenue par l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) et l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) et ayant pour thème les conditions d'accueil des personnes détenues lors des consultations médicales ou paramédicales en milieu pénitentiaire. L'étude concerne l'ensemble des personnes détenues (condamnées ou en détention provisoire) quel que soit le type d'établissement pénitentiaire. L'objectif est de mieux saisir l'impact des mesures sécuritaires sur l'accès aux soins et leur qualité.

Ce questionnaire d'une dizaine de minutes est anonyme et confidentiel.

Par avance, je vous remercie pour vos réponses et témoignages !

I- **Données démographiques**

1) Vous êtes

- Un homme
- Une femme
- Ne souhaite pas répondre

2) Vous êtes

- Un(e) médecin généraliste
- Un(e) psychiatre
- Un(e) infirmière
- Un(e) psychologue
- Un(e) travailleur(se) social(e)
- Un(e) pharmacien(ne)
- Autre :

3) Depuis combien de temps exercez-vous en établissement pénitentiaire ?

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 4 ans
- Entre 4 et 7 ans
- Entre 8 et 15 ans
- Depuis plus de 15 ans

4) Combien de demi-journées par semaine exercez-vous en établissement pénitentiaire ?

- 10 demi-journées (temps complet)
- Entre 5 et 9 demi-journées (+ de 50% de mon activité)
- Entre 4 et 1 demi-journée (- de 50% de mon activité)

5) Etes-vous responsable d'une partie ou de la totalité votre unité sanitaire ?

- Oui et je rencontre des difficultés vis-à-vis de mes responsabilités avec l'Administration Pénitentiaire
- Oui et je ne rencontre aucune difficulté supplémentaire inhérente à mes responsabilités
- Non

6) Quelle est la DISP (Direction interrégionale des Service Pénitentiaire (DISP) dont dépend votre établissement pénitentiaire ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DISP de Bordeaux | <input type="checkbox"/> DISP de Rennes |
| <input type="checkbox"/> DISP de Dijon | <input type="checkbox"/> DISP de Strasbourg |
| <input type="checkbox"/> DISP de Lille | <input type="checkbox"/> DISP de Toulouse |
| <input type="checkbox"/> DISP de Lyon | <input type="checkbox"/> DISP de Outre-mer |
| <input type="checkbox"/> DISP de Paris | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> DISP de Marseille | |

7) Quel(s) est (sont) le(s) bâtiment(s) dont dispose l'établissement dans lequel vous travaillez ? (Plusieurs réponses possibles)

- Maison d'arrêt
- Centre de détention
- Maison centrale
- Centre de semi-liberté
- Etablissement pénitentiaire pour mineurs
- Etablissement pénitentiaire pour femmes
- Structures d'accompagnement à la sortie (SAS)
- Autre :

8) Dans quel(s) centre(s) pénitentiaire(s) travaillez-vous ?

9) Quels sont les différentes structures sanitaires de l'établissement pénitentiaires au sein duquel vous intervenez ? (Plusieurs réponses possibles)

- Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP)
- Service Médico-psychologique Régional (SMPR)
- Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
- Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- Autre :

10) Etes-vous amené(e) à intervenir dans ces différents quartiers (hors visites réglementaires au QI ou au QD)? (Plusieurs réponses possibles)

NB : une partie concernant la cellule de protection d'urgence (CPROu) sera abordée par la suite

- Unité sanitaire
- Quartier des arrivants (QA)
- Quartier disciplinaire (QD)
- Quartier d'isolement (QI)
- Quartier pour personnes radicalisées (QPR ou QER)
- Quartier pour femmes au sein d'un établissement d'hommes (QF)
- Quartier pour mineurs au sein d'un établissement d'hommes
- Je n'interviens dans aucun de ces quartiers
- Autre :

II- Votre pratique en établissement pénitentiaire : les consultations en USMP

Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire qui englobe le dispositif de soins psychiatriques et le dispositif de soins somatiques

1) Y-a-t-il des créneaux de consultations spécifiques aux différents bâtiments de l'établissement ?

Par exemple : tous les lundi matin ce sont les détenus du bâtiment A qui peuvent venir consulter puis tous les lundis après-midi ce sont les détenus du bâtiment B qui peuvent venir consulter.

Oui

Il y a eu mais ça ne se fait plus

Il n'y a jamais eu cette organisation-là

2) Actuellement, y-a-t-il des difficultés d'accès à l'unité sanitaire dans votre établissement ? (Plusieurs réponses possibles)

Non

Oui : difficultés à trouver des bureaux pour tous les soignants

Oui : difficultés d'effectif sanitaire

Oui : difficultés d'effectif pénitentiaire en USMP

Oui : difficultés d'effectif pénitentiaire hors USMP

Oui : difficultés autres

Autre :

3) Les consultations en USMP

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Jamais
Les conditions d'accueil des patients respectent le secret médical pendant la consultation				
Il existe des manquements au secret médical lors des convocations aux consultations médicales				
L'accès à l'USMP est le même quel que soit le lieu (bâtiment, étage, coursives...) dans lequel le patient se trouve				
L'accès à l'USMP est le même quel que soit le statut de la personne détenue				

4) Comment jugeriez-vous l'organisation de votre USMP ?

De 1 à 10 (sans décimale), 1 étant très insuffisante et 10 très efficace

L'organisation de mon USMP est de /10

5) Commentaire libre sur vous voulez rajouter certaines choses concernant l'organisation au sein de votre USMP

III- Activités thérapeutiques

1) Y a-t-il, dans votre établissement pénitentiaire, un CATTP ?

Oui

Non

Ne sait pas

2) En ce qui concerne les activités thérapeutiques au sein de l'établissement dans lequel vous intervenez, certaines propositions ci-dessous sont-elles vraies ? (Plusieurs réponses possible)

Il existe des locaux dédiés aux activités thérapeutiques

Il existe des caméras dans les locaux dédiés aux activités thérapeutiques

Il existe des manquements au secret médical lors des convocations aux activités thérapeutiques

L'accès aux activités n'est pas équitable selon les quartiers des personnes détenues

Certains patients ont déjà exprimé de la "honte" à venir en activités thérapeutiques

Il existe une stigmatisation par l'administration pénitentiaire des patients participant aux activités thérapeutiques organisées par l'unité de soin.

Il existe une stigmatisation par les codétenus des patients participant aux activités thérapeutiques organisées par l'unité de soin.

Il existe des quartiers dans lesquels l'accès aux activités thérapeutiques est impossible

L'accès aux activités thérapeutiques est équitable dans l'établissement pénitentiaire où j'interviens

Autre :

3) Y-a-t-il eu un impact sur les conditions d'accès aux soins au sein de l'établissement dans lequel vous intervenez suite aux déclarations du ministre de la justice sur les activités "ludiques", le 19 février 2025 ?

Pour en savoir plus : [Communiqué de presse de l'Observatoire Internationale des Prisons](#)

Oui, les conditions d'accès se sont dégradées de manière soudaine

Oui, la qualité des soins s'est dégradée de manière soudaine

Il n'y a, jusqu'à présent, pas eu d'effet sur les conditions d'accès au soin

Il n'y a, jusqu'à présent, pas eu d'effet sur la qualité des soins en USMP

Cela n'a fait qu'accentuer les inégalités déjà présentes

Il y a eu un impact mais les choses sont rapidement revenues à la normale

Autre :

IV- Votre activité en centre pénitentiaire : dans les quartiers spécifiques

Si votre patient est amené en USMP pour les consultations, veuillez cocher la case "je n'y intervins pas"

NB : Ce sont les mêmes propositions pour les différents quartiers décrit ci-dessus.

1) Concernant les consultations au **quartier des arrivants** : vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois

Plusieurs réponses possibles

J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)

J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)

J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation

J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)

J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau

- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

2) Concernant les consultations au **quartier disciplinaire** (hors interventions réglementaires): vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ? *Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois*

Plusieurs réponses possibles

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation
- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

3) Concernant les consultations au **quartier d'isolement** : vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois

Plusieurs réponses possibles

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation

- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

4) Concernant les consultations au **quartier pour personnes radicalisées** : vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

*Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois
Plusieurs réponses possibles*

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation
- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

5) Concernant les consultations au **quartier pour femmes** : vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

*Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois
Plusieurs réponses possibles*

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation
- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

6) Concernant les consultations au **quartier pour mineurs** : vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois

Plusieurs réponses possibles

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation
- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

7) Concernant les consultations en **quartiers non spécifiques** : vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois

Plusieurs réponses possibles

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation
- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

8) Si vous avez répondu "je n'y intervins pas" à une des questions ci-dessus : quelle(s) est (sont) la (ou les) raisons ?

	Quartier arrivant	Quartier disciplinaire	Quartier d'isolement	Quartier pour personnes radicalisées	Quartier pour femmes	Quartier pour mineur	Quartier non spécifique
Le patient est amené en USMP (créneaux spécifiques ou non)							
Il n'y a pas de demande de la part des détenus de ce quartier							
Il n'y a pas de demande de la part de l'administration pénitentiaire							
J'ai actuellement des demande pour consulter dans ce quartier							
Il existe du personnel dédié à ce quartier							
Il n'y a pas ce quartier dans mon établissement pénitentiaire							
J'ai actuellement des demande pour consulter dans ce quartier							

V- Cellule de protection d'urgence (CProU)

Il existe plusieurs mesures de prévention du suicide dans les centres pénitentiaires. La cellule de protection d'urgence est l'une d'entre elle

1) Avez-vous connaissance de l'existence de ces cellules au sein de l'établissement pénitentiaire dans lequel vous intervenez ?

Oui

Non

2) Etes-vous déjà intervenu(e) dans ces cellules ?

Oui, je ne rencontre aucune difficulté lorsque j'interviens en CPROu

Oui et je peux rencontrer des difficultés lorsque j'interviens en CPROu

Je n'interviens pas en CPROu

3) Concernant ces difficultés

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Jamais
L'administration pénitentiaire me presse de manière insistante pour venir évaluer la mesure de mise en CPROu				
Le patient est amené en unité sanitaire pour l'évaluation de la mesure				
On me demande un certificat lorsque j'évalue un patient en CPROu				
J'ai la sensation d'être orienté(e) dans mon évaluation par l'administration pénitentiaire				
Je trouve que la mise en CPROu est abusive				
Je trouve que la mise en CPROu est injustifiée				
Je trouve que l'évaluation en CPROu d'un patient ne respecte pas le secret médical				
Je trouve que l'évaluation en CPROu d'un patient ne respecte pas la dignité humaine				
Je réalise l'évaluation clinique d'un patient en CPROu menotté et/ou entravé				

VI- Prise en charge des personnes mineurs détenues

Cette partie ne concerne que les personnes travaillant dans les établissements pénitentiaires pour mineurs

1) Dans quel établissement pénitentiaire pour mineurs travaillez-vous ?

2) Vous est-il déjà arrivé d'être dans une des situations suivantes ?

Veillez ne prendre en compte que les 12 derniers mois

Plusieurs réponses possibles

- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus de l'administration pénitentiaire)
- J'ai déjà rencontré des difficultés d'accès au patient (refus du patient)
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour avoir un bureau de consultation
- J'ai déjà eu à modifier ma pratique dû au manque de matériel disponible sur place (ECG, outils informatiques, dispositifs médicaux...)
- J'ai déjà été obligé(e) de faire une consultation avec un personnel de l'administration pénitentiaire dans le bureau
- J'ai déjà fait l'examen clinique d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un soin en présence d'un(e) patient(e) menotté(e) ou entravé(e) malgré ma demande pour enlever celles-ci
- J'ai déjà fait un entretien debout dans un couloir sans bureau
- Je me suis déjà senti(e) en insécurité lors de mon intervention
- J'ai déjà été témoin du non-respect du secret médical du fait des conditions de consultations
- J'ai déjà rencontré des difficultés pour procéder à une extraction médicale après mon intervention
- J'ai déjà rencontré des difficultés à transférer un patient en hôpital de jour dans ce quartier
- Je ne rencontre aucune difficulté dans ce quartier spécifique
- Je n'y intervins pas

3) Commentaire libre sur vous voulez rajouter certaines choses concernant votre prise en charge des détenus mineurs

VII- Partie institutionnelle

1) Concernant votre sentiment de sécurité en Etablissement Pénitentiaire pendant votre exercice

De 1 à 10 (sans décimale), 1 étant « Je me sens en insécurité permanente » et 10 « Je me sens très en sécurité »

Mon niveau de sécurité est de /10

2) Comment décririez-vous vos liens avec l'administration pénitentiaire au sein de l'établissement dans lequel vous intervenez ?

De 1 à 10 (sans décimale), 1 étant « Relations dégradant l'accès aux soins et leur qualité » et 10 « Relations solidement et efficacement articulées »

Mon niveau de lien avec l'administration pénitentiaire est de /10

3) Concernant le niveau d'implication de l'Administration Pénitentiaire de votre Centre

Je trouve que l'administration pénitentiaire interfère dans la prise en charge sanitaire des détenus.

Des locaux de l'unité sanitaire sont parfois utilisés à des fins pénitentiaires

L'administration pénitentiaire peut mettre un veto concernant la tenue d'une activité thérapeutique.

L'administration pénitentiaire peut mettre son veto concernant la participation d'un détenu aux activités thérapeutiques.

L'administration pénitentiaire bloque des admissions en UHSA de certains patients

L'administration pénitentiaire bloque des admissions en hôpital de jour de certains patients

4) Si vous avez répondu par la favorable à au moins l'une des trois dernières propositions de la dernière question, quels sont les motifs avancés à un tel blocage des soins ?

Problème dans le statut du détenu

Problématique dans le niveau de sécurité de détenu

Problématique dans la localisation du quartier dont le détenu est originaire

Autre :

5) La Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP) est une administration publique dépendant du ministère de la Justice.

Il en existe 9 en France Métropolitaine et 1 pour les territoires d'Outre-Mer. La DISP vient à la fois en contrôle et en soutien des établissements pénitentiaires sur son territoire, ainsi que tous les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

Avez-vous connaissance de cette institution ?

Oui

Non

6) Si vous avez répondu oui à la question précédente : Comment décririez-vous vos liens avec la DISP de votre territoire ? ?

De 1 à 10 (sans décimale), 1 étant « Relations dégradant l'accès aux soins et leur qualité » et 10 « Relations solidement et efficacement articulées »

Mon niveau de lien avec la DISP est de /10

7) Comment décririez-vous vos liens avec l'ARS dont vous dépendez ?

De 1 à 10 (sans décimale), 1 étant « Relations dégradant l'accès aux soins et leur qualité » et 10 « Relations solidement et efficacement articulées »

Mon niveau de lien avec l'ARS est de /10

8) Si vous le souhaitez, n'hésitez pas à laisser un commentaire pour clôturer ce questionnaire

Si vous souhaitez un exemplaire de mon travail, n'hésitez pas à me communiquer votre adresse mail

AUTEUR : Nom : SEGURET **Prénom :** Lucie

Date de Soutenance : 24/09/2025

Titre de la Thèse : Conditions sécuritaires et pratiques soignantes

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Psychiatrie de l'adulte

DES + option : Psychiatrie de l'adulte et psychiatrie légale

Mots-clés : Prison, psychiatrie légale, sécurité, pratiques soignantes, secret médical

Contexte : Les soins en milieu pénitentiaire se situent à l'interface de logiques sécuritaires et soignantes souvent contradictoires. Si le droit à la santé est garanti par les textes nationaux et internationaux, sa mise en œuvre en prison est entravée par des contraintes matérielles et organisationnelles. Aucune étude nationale n'avait jusqu'ici documenté l'impact concret des mesures sécuritaires sur l'accès et la qualité des soins.

Matériel et Méthodes : Une enquête transversale a été menée entre mars et juin 2025 auprès des professionnels de santé exerçant en établissements pénitentiaires du territoire français. Un questionnaire anonyme a recueilli des données quantitatives et qualitatives sur les conditions de soins, les liens institutionnels et le vécu des contraintes sécuritaires.

Résultats : 409 soignants ont participé. L'étude révèle des entraves fréquentes de l'administration pénitentiaire, une fragilisation récurrente du secret médical, ainsi que des difficultés logistiques. Les relations institutionnelles apparaissent déséquilibrées, avec une influence prépondérante de l'AP et un sentiment d'abandon vis-à-vis des ARS et DISP.

Conclusion : Cette étude met en lumière une tension constante entre impératifs sécuritaires et exigences soignantes. Elle souligne la nécessité de réaffirmer l'indépendance médicale et appelle à une réflexion éthique sur la place du soin en prison, dans un contexte de durcissement sécuritaire et de surpopulation carcérale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le **Professeur Pierre THOMAS**

Assesseurs et co-directeurs de thèse :

Monsieur le Maître de Conférences des Universités et le Docteur **Thomas FOVET**

Madame le **Docteur Lucile DEFFENSE**