

# Santé en détention : constats et actions



**Colloque organisé par le Comité régional d'éducation pour la  
santé Provence-Alpes-Côte d'Azur en visioconférence**

Ce colloque a pour objectif de présenter les enjeux particuliers en matière d'éthique et de détention, un état des lieux de l'état de santé des populations en milieu carcéral ainsi que des programmes d'éducation pour la santé à l'intention de ces publics. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels intervenant en milieu pénitentiaire.

Ce dossier documentaire a été réalisé à l'intention des participants au séminaire comme ressource complémentaire aux échanges et aux interventions. Il est composé d'extraits de documents à consulter en ligne. Une sitographie issue d'une sélection des ressources du Cres étoffe cette proposition.

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Éthique et détention : enjeux particuliers.....</b>     | <b>3</b>  |
| Pour aller plus loin.....                                     | 6         |
| <b>2. État de santé des personnes détenues.....</b>           | <b>8</b>  |
| • <b>Généralités .....</b>                                    | <b>8</b>  |
| • <b>Santé mentale.....</b>                                   | <b>13</b> |
| • <b>Addictions .....</b>                                     | <b>15</b> |
| Pour aller plus loin.....                                     | 17        |
| <b>3. Programmes d'éducation pour la santé.....</b>           | <b>19</b> |
| • <b>Généralités .....</b>                                    | <b>19</b> |
| • <b>Un programme de santé communautaire.....</b>             | <b>23</b> |
| • <b>Un programme d'éducation nutritionnelle.....</b>         | <b>24</b> |
| • <b>Les structures d'accompagnement vers la sortie .....</b> | <b>27</b> |
| • <b>Un programme de réduction des risques .....</b>          | <b>31</b> |
| Pour aller plus loin.....                                     | 32        |
| <b>4. Sitographie .....</b>                                   | <b>33</b> |

# 1. Éthique et détention : enjeux particuliers

## **Les personnes détenues. Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population**

Les personnes placées sous main de justice – dont les personnes détenues – doivent avoir accès à une qualité et une continuité de soins identiques à celles de la population. En 20 ans, leur prise en charge médicale et sociale a connu de profondes évolutions : depuis 1994 et la réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, celle-ci est assurée quasi exclusivement par le service public hospitalier.

Cela nécessite la mise en place d'une organisation spécifique conciliant la dimension sanitaire et la mission de surveillance/sécurité. Les acteurs pénitentiaires doivent établir une coopération étroite, dans le respect de leurs attributions mutuelles, avec un objectif commun : l'amélioration constante de la santé des personnes détenues.

*Ministère des solidarités et de la santé,  
2021-02-16*

## Le droit à la santé des détenus

Afin de répondre à la situation sanitaire préoccupante dans les prisons, le dispositif de soins a été profondément rénové par [la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale\(nouvelle fenêtre\)](#). Cette loi, dont l'objectif était d'offrir aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, a confié aux hôpitaux les missions de prévention et de soins des détenus.

Chaque établissement pénitentiaire (sauf les centres de semi-liberté) dispose d'une unité sanitaire, qui dépend de l'hôpital de proximité. Ces unités reçoivent les détenus en consultation pour des soins de médecine générale, des soins dentaires ou toute autre consultation spécialisée.

Il existe également un établissement public de santé national basé à Fresnes et 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) implantées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ces unités reçoivent les détenus pour les hospitalisations programmées de plus de 48 heures.

Quant aux soins psychiatriques, ils sont assurés par différentes structures, notamment :

- par les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR), secteurs de psychiatrie datant de 1986 et implantés principalement dans des grandes maisons d'arrêt pour des hospitalisations de jour avec consentement ;
- par les 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) créées par la loi d'orientation et de

programmation pour la justice du 9 septembre 2002 et mises en place seulement à partir de 2010 dans

- les hôpitaux pour des hospitalisations complètes avec ou sans consentement.

Malgré les progrès réalisés pour la santé des détenus depuis 40 ans, le bilan de leur prise en charge restait mitigé en 2015 pour l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ). Dans [leur rapport de novembre 2015 relatif à l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 concernant la politique de santé des personnes placées sous main de justice](#), elles relevaient que la connaissance épidémiologique et le suivi de la santé des détenus étaient encore très lacunaires. Elles notaient également que **l'offre de soins était insuffisante et très disparate** entre les établissements pénitentiaires et que l'accès aux soins psychiatriques demeurait problématique. La proportion de détenus souffrant de troubles mentaux est estimée à 40% de la population carcérale ([avis du sénateur Alain Marc sur le programme "administration pénitentiaire" du projet de loi de finances pour 2019](#)).

Le 2 juillet 2019, la ministre de la justice a présenté [une nouvelle feuille de route 2019-2022 pour la santé des personnes placées sous main de justice\(nouvelle fenêtre\)](#). Parmi les mesures annoncées figurent le développement de la télémédecine et le renforcement de la prévention au suicide.

*Service public, 2021-09-17*

**Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale**, Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale. Approche concrète sur la base de l'expérience du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Force est de constater que, comme l'indiquait le garde des sceaux en septembre 2016, « la surpopulation a également une incidence majeure sur la prise en charge sanitaire et psychologique des personnes détenues ». Mais les impacts négatifs de la surpopulation sur l'accès des personnes détenues à des soins de santé de qualité vont au-delà : « En conséquence, le climat en détention se dégrade, et le risque d'agression ou de passage à l'acte suicidaire est alors plus important car la prise en charge pluridisciplinaire est moins efficiente »

CONSTAT : La surpopulation carcérale affecte gravement l'accès et la qualité des soins somatiques et psychiatriques dispensés en milieu carcéral.

*CGLPL, 2018, p. 15.*



## Pour aller plus loin



### Feuille de route. Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022

*Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la justice, 2019-08-22, 62 p.*

Cette feuille de route 2019-2022 comporte 28 actions issues de groupes de travail interministériels réunissant les différentes parties prenantes depuis 2017, sous l'égide des ministères de la Justice et des Solidarités et de la Santé. Ces actions s'inscrivent dans une démarche dynamique et souple, elles pourront être complétées et adaptées en fonction de nouveaux objectifs ou nouvelles priorités qui émergeraient. Elles s'articulent autour de six priorités : Mieux suivre l'état de santé global des détenus. Développer la prévention et la promotion de la santé auprès des détenus. Poursuivre l'amélioration des repérages et dépistages. Améliorer l'accès aux soins des personnes détenues. Assurer la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention. Favoriser la coopération des acteurs impliqués.



### Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice : guide méthodologique

*Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la justice, 2019, 470 p.*

Rédigé sous forme de fiches synthétiques, ce guide a vocation à répondre aux questionnements des professionnels sur l'ensemble des domaines qui constituent la prise en charge sanitaire et sociale des personnes sous main de justice majeures ou mineures. Il fournit des orientations à propos des règles spécifiques liées à l'environnement du monde carcéral et traite également des modalités de prise en charge de la santé de cette population. Il est réactualisé régulièrement depuis sa première édition en 1994.

**Voir aussi la NOTE D'INFORMATION DGS/DGOS/DGCS/DSS/DACG/DAP/DPJJ du 29 avril 2019 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.**



### SC. Colloque 2019 – Interview – Catherine Paulet 2019-08-19

Catherine Paulet est psychiatre, médecin-chef du pôle psychiatrie, médecine, addictologie en détention – médecine légale de l'assistance publique – hôpitaux de Marseille. Chef du service médico-psychologique régional (SMPR) de Marseille, expert auprès du Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du Conseil de l'Europe, elle répond à Françoise Haccoun, enseignante à la section clinique d'Aix-Marseille.



PAULET Catherine

### L'éthique des soins en milieu carcéral. Le droit à la santé comme droit de l'homme

*Après-demain, n° 18, 2018-01, pp. 16-18 (résumé)*

Les textes princeps en la matière sont : principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé dans la protection des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (des Nations unies en 1982) ; aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire (du Conseil de l'Europe en 1998) ; standards définis par le comité européen pour la prévention de la torture, souvent repris par les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme ; ensemble de règles minima pour le traitement des détenus dites Règles Nelson Mandela (des Nations unies 2015).



DELAIRE Emilie

### Le droit à la santé des détenus

AMU-Faculté de droit et de sciences politiques, 2018-02-02, 541 p.

Le droit à la santé, en tant que droit inaliénable, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, ou encore sa condition économique ou sociale. En détention comme « dehors », la société doit faire son possible pour que la situation des malades ne soit pas menacée. De même, en tant que titulaires d'un droit subjectif et usagers du service public, les détenus doivent être capables d'exercer ce droit et de savoir comment en revendiquer le respect. La réforme de 1994, en confiant leur prise en charge sanitaire au Ministère de la Santé, a suscité de nombreux espoirs. Néanmoins, l'application des droits en détention demeure toujours aussi complexe. A la fois facteur d'équilibre et générateur d'instabilité, ce droit ne requiert-il pas, par nature ou par définition, un espace de liberté ? Comment concevoir la reconnaissance et l'exercice de ce droit dans le contexte d'une institution totale, là où la liberté n'est pas la règle mais l'exception ? Les spécificités de l'exercice du droit à la santé en détention sont en effet une parfaite illustration de cette problématique. La prise en charge sanitaire des détenus nécessite la prise en compte des impératifs de sécurité, de sûreté et de discipline. Impératifs qui viennent freiner le respect des droits de l'homme et qui exigent inlassablement de rechercher la meilleure façon de concilier les objectifs sanitaires avec les contraintes pénitentiaires. L'effectivité de ce droit, tout comme l'efficacité de leur prise en charge, en sont donc tributaires, appelant une réflexion autour des notions visées par les textes ainsi qu'un perfectionnement des pratiques.



BES François

### La continuité des soins à l'épreuve de la crise du Covid-19

OIP, 2020-08-14

Limitées en nombres et en moyens, accaparées par la gestion du Covid-19, les équipes soignantes ont dû concentrer leurs interventions en détention sur la gestion des cas les plus graves, au détriment de la continuité des soins. Un défaut de prise en charge qui, comme à l'extérieur, risque d'avoir des conséquences à long terme.

## 2. État de santé des personnes détenues

- **Généralités**

### État de santé des personnes sous main de justice

La population carcérale se caractérise par une sur-représentation des catégories sociales les moins favorisées, avec un cumul fréquent, en amont de l'incarcération, de difficultés socio-économiques et de santé. À l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé avec une prévalence importante de troubles mentaux et de comportements à risque. Ces difficultés préalables à l'incarcération peuvent être majorées par des conditions de détention (surpopulation, confinement ou insalubrité). Des pathologies psychiatriques peuvent aussi être révélées par le stress de la détention chez des individus présentant un terrain vulnérable. L'état de santé de la population carcérale est jugé préoccupant et nécessite un suivi et une prise en charge qui devraient être élargis au-delà de l'incarcération. En effet, la mortalité des ex-détenus dans les cinq ans suivant la libération est 3,6 fois supérieure à celle de la population générale française, et cette surmortalité serait plus importante que la surmortalité observée chez les personnes détenues (respectivement 1,2 et 2,0 fois supérieure à la mortalité en population générale chez les hommes et les femmes). La prise en charge sanitaire des personnes détenues s'est grandement améliorée depuis son transfert en 1994 au ministère en charge de la santé. Cependant, leurs besoins demeurent conséquents et le

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

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

- l'enquête de la Drees sur la santé des personnes entrant en maisons d'arrêt, réalisée en 1999 et reconduite en 2003 ;

- l'enquête « HID-prisons » réalisée en 2001 par l'Insee et l'Ined sur le handicap, les incapacités et la dépendance ;
- l'enquête réalisée en 2004 sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral ;
- l'enquête Prévacar réalisée en 2010 par l'InVS sur la prévalence du VIH, du VHC (virus de l'hépatite C) et des traitements de substitution aux opiacés.

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

### **Santé des personnes entrant en prison**

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

En 2003, plus de la moitié des arrivants en détention avaient besoin de soins bucco-dentaires, 6 % déclaraient souffrir de problèmes de santé nécessitant une prise en charge médico-sociale et ils étaient nombreux à déclarer des traitements en cours témoignant de la présence de maladies chroniques ou de limitations fonctionnelles. En matière de santé mentale, 9 % des personnes entrant en détention signalaient avoir eu un suivi régulier ou une hospitalisation en psychiatrie et 6 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide (TS) dans les douze mois précédant l'incarcération. Ils étaient par ailleurs 15 % à déclarer un traitement psychotrope en cours. Les comportements à risque étaient également surreprésentés dans cette population puisque 78 % déclaraient fumer

quotidiennement, 31 % rapportaient une consommation excessive d'alcool, 33 % une utilisation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'incarcération et 11 % une polytoxicomanie.

Ainsi, à l'issue de la consultation médicale d'entrée, 24 % des entrants étaient orientés vers une consultation spécialisée, notamment en gynécologie et en psychiatrie. De plus, une orientation vers une consultation en alcoologie ou en psychiatrie en relation avec la toxicomanie concernait chacune 6 % des entrants. Douze ans plus tard, le dispositif d'observation de la santé des détenus entrant dans les établissements pénitentiaires de l'ex-région Picardie dresse le même constat. Bien que ces données ne soient représentatives que d'une région pénitentiaire, elles témoignent d'une situation comparable à celle de 2003. Dans cette région, en 2015, bien que 9 entrants sur 10 étaient considérés en bonne santé générale, 61 % nécessitaient des soins dentaires, plus d'un tiers déclaraient au moins une pathologie somatique chronique, 85 % déclaraient consommer au moins une substance de façon excessive (tabac, alcool ou drogue), 25 % déclaraient avoir eu un suivi psychiatrique antérieur et 17 % un traitement psychiatrique en cours. Suite à la visite d'entrée, 49 % se sont vu prescrire au moins une consultation avec un spécialiste, dont 26 % en psychiatrie. Ce dispositif d'observation est en cours d'extension dans quelques régions. Si le recueil des données sur la santé des personnes entrant en prison est utile pour définir les caractéristiques de cette population et orienter les besoins, la connaissance de la santé de la population durant la détention est tout aussi primordiale afin d'évaluer son évolution au cours de la détention.

### **Santé mentale**

La seule étude nationale sur la santé mentale de la population carcérale française a été réalisée en 2004. Elle a

mis en évidence l'importance des antécédents psychiatriques des personnes incarcérées et les prévalences élevées des principaux troubles psychiatriques. Ainsi, les prévalences étaient de 28 % pour les troubles de l'humeur (dont 24 % pour la dépression), 29 % pour les troubles anxieux (18 % pour l'anxiété généralisée), 19 % pour la dépendance à l'alcool ou aux drogues et 17 % pour les troubles psychotiques (6 % pour la schizophrénie). Au total 36 % des personnes incarcérées présentaient au moins un trouble psychiatrique suffisamment sévère pour être considérées comme « manifestement ou gravement malades ou parmi les plus malades ».

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

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

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

### **Suicide et tentatives de suicide**

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

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

Dans une étude plus récente, menée à la maison d'arrêt de Gradignan (Gironde), 10 % des hommes détenus ont rapporté une tentative de suicide au cours de l'incarcération. Prenant en compte la durée de l'incarcération, l'incidence des tentatives de suicide était estimée à 13,4 pour 100 personnes-années, avec comme facteurs de risque le fait d'être victime de violence physique ou sexuelle au cours des douze derniers mois, de présenter une symptomatologie dépressive ou anxieuse, et d'avoir un état de santé médiocre depuis l'incarcération. Suite aux différentes mesures de prévention mises en place, l'évolution de la mortalité par suicide était globalement à la baisse entre 2000 et 2010, avec une diminution de 2 % par an. Malgré tout, durant cette période, le taux moyen de mortalité par suicide chez les hommes (19 pour 10 000) était sept fois supérieur à celui de la population générale, et, chez les femmes, ce taux était de 18 pour 10 000, soit plus de vingt fois plus important qu'en population générale.

### **Maladies infectieuses**

L'étude Prévacar a estimé la prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population carcérale à 2 % (2,6 % chez les femmes et 2,0 % chez les hommes) et celle de l'hépatite C à 4,8 % (11,8 % chez

les femmes et 4,5 % chez les hommes). Ces prévalences sont six fois plus importantes qu'en population générale. La prison est également un milieu à risque pour la tuberculose, même si les cas déclarés en prison représentaient seulement 1,4 % de tous les cas déclarés en France en 2013 et demeureraient stables ces dernières années. Une étude réalisée en 2005-2006 a relevé une prévalence de 107 cas pour 100 000 détenus dans les maisons d'arrêt d'Île-de-France, représentant près de cinq fois celle de la population générale.

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

### **Handicap et incapacités**

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

lution croissante compte tenu du vieillissement de la population carcérale.

### **Maladies chroniques et autres pathologies**

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

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

### **Conclusion**

Les constats effectués quant à la prévalence élevée de nombreux troubles et pathologies en prison témoignent d'une situation comparable à l'ensemble des institutions pénitentiaires des pays occidentaux. Les études disponibles en France permettent certes de disposer de quelques informations sur les principales pathologies relevées en détention, mais elles sont en nombre insuffisant et commencent à dater. Par ailleurs, aucune donnée n'est actuellement disponible sur l'état de santé de certains groupes de la population incarcérée, tels que les femmes, les mineurs, les personnes âgées ou en situation de perte d'autonomie, et de manière plus large, sur les autres personnes placées sous main de justice en milieu ouvert.

Face à l'ensemble de ces constats et selon les préconisations de l'Organisation mondiale de la santé, la mise en place d'un suivi pérenne de la santé des personnes détenues paraît nécessaire pour caractériser les besoins de santé de cette population et leur évolution dans le temps, et orienter en conséquence le dispositif de prise en charge. Cet état des lieux témoigne aussi de la nécessité de prendre en considération les besoins de soins en milieu pénitentiaire.

L'organisation des soins en détention reste un défi, car les contraintes organisationnelles et sécuritaires des établissements pénitentiaires rendent souvent difficile l'accès aux soins des patients qui présentent des pathologies parfois sévères.

[CHAN CHEE Christine, VERDOT Charlotte, In : Santé des personnes sous main de justice. Dossier, ADSP, n° 104, 2018-09, pp. 13-16](#)

- **Santé mentale**

## **Soins psychiatriques au détenu : les constats du CGLPL**

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dresse un constat accablant de la prise en charge de la santé mentale des personnes incarcérées : pathologies lourdes aggravées par l'enfermement, risque de suicide accru. Il réaffirme le principe d'une égalité réelle d'accès aux soins et de traitements entre patients détenus et population générale.

Chargé de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est confronté à la problématique des soins psychiatriques des personnes placées sous main de justice dans les établissements pénitentiaires et les établissements de santé mentale. Globalement mal connues, rarement détectées lors des expertises judiciaires et difficilement identifiées en détention, les pathologies mentales

accroissent la souffrance des personnes détenues, alourdissent la charge d'une administration pénitentiaire déjà tendue par la surpopulation et s'aggravent en raison de conditions de détention inadaptées aux prises en charge. Si les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) et la création d'une première tranche d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ont permis des progrès incontestables, les personnes détenues ne bénéficient pas d'une prise en charge comparable à celle de la population libre : des inégalités demeurent flagrantes et les affections chroniques ne trouvent pas de réponse. Dans ce contexte, la violation des droits individuels se banalise, tout particulièrement au détriment des patients pris en charge dans des hôpitaux ou des services psychiatriques de proximité.

*Santé mentale, n° 227, 2018-04, pp. 40-45*

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

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

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

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de 2 pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé : d'une part la détection systématique du risque suicidaire des personnes entrant en détention, et d'autre part l'ouverture à partir de 2010 des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA), destinées à accueillir les

personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation à temps complet.

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

Les suicides en prison sont, dans plus de 90 % des cas, réalisés par pendaison ou autostrangulation, le plus souvent lorsque le sujet se retrouve seul en cellule. L'intoxication volontaire représente 7 % des cas, la phlébotomie 5 % et la défenestration 2 %. Le suicide en milieu carcéral est le résultat d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs.

*THOMAS Pierre, FOVET Thomas, ADSP, n° 104, 2018-09, pp. 8-50*

- **Addictions**

## Usages de drogues en prison - Pratiques, conséquences et réponses

Depuis la fin des années 1980 et plus encore la fin des années 1990, la question des drogues en prison est plus prégnante dans le débat social français. Deux moments s'avèrent déterminants dans cette nouvelle orientation : la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en 1986 et des antennes toxicomanie en 1987 ; le transfert, en 1994, de la prise en charge de la santé des personnes détenues au ministère de la Santé par l'intermédiaire d'unités de consultations et de soins ambulatoires rattachées à l'hôpital public. Ces deux événements rendent davantage visibles les addictions en milieu carcéral. Les personnes incarcérées apparaissent alors comme présentant une situation sanitaire plus fragile que la population générale (Chan-Chee et Verdot, 2018). De nombreux travaux ont également souligné l'importance des conduites addictives dans ce public (Facy, 1997 ; Gentilini et Tcheriatchoukine, 1996 ; INSERM, 2010 ;

santé). À l'échelle internationale, le sujet fait également l'objet d'une mobilisation importante des chercheurs et des pouvoirs publics, de nombreux auteurs européens, américains et australiens soulignant également l'importance de la consommation de drogues des personnes incarcérées ainsi que leur surexposition aux risques infectieux (Adams et al., 2015 ; Altice et al., 2016 ; Carpentier et al., 2012, 2018 ; Dolan et al., 2015, 2016 ; EMCDDA, 2012 ; Kinner et Rich, 2018 ; Moazen et al., 2018 ; Pont et al., 2018 ; Sánchez et al., 2018 ; Semaille et al., 2013).

Les enquêtes et mobilisations professionnelles publiées depuis vingt ans révèlent différents enjeux. Le premier

Jean, 1996 ; Kensey et Cirba, 1989 ; Mouquet, 2005 ; Rotily et Delorme, 1999).

Cette question a donné lieu à plusieurs directives gouvernementales par voie de textes législatifs ou réglementaires. Depuis 1999, les plans nationaux de lutte contre la drogue et la toxicomanie successifs, fixant les feuilles de route des ministères et organismes gouvernementaux, prennent en compte à différents niveaux ce nouvel enjeu (Obradovic et al., 2011). En 2017, la stratégie nationale de santé des personnes placées sous main de justice et le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 préconisent un renforcement de la politique de prévention, de l'accès aux soins et de réduction des risques et des dommages en milieu carcéral, tout autant que la réinsertion des sortants de prison. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la nécessité de diffusion des outils de réduction des risques en milieu pénitentiaire (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de

concerne la santé des personnes incarcérées : comment proposer un cadre de soin visant les conduites addictives, leur prévention et leurs conséquences équivalant à celui proposé en milieu libre ? Le second est d'ordre méthodologique et scientifique. Les enquêtes en milieu carcéral sont caractérisées par des conditions difficiles de recueil de l'information (de Galembert et al., 2017) et questionnent la validité des données produites sur le sujet. Le problème de l'accès aux personnes incarcérées, dans une institution où le contrôle est permanent ; celui de la disponibilité sur une plage horaire longue, alors que la journée des détenus est ponctuée par les promenades, les heures des repas, des

activités (Rostaing, 1997) constituent de réelles difficultés. Un écueil central concerne par ailleurs la difficulté à obtenir une parole « vraie », malgré le recueil du consentement formel des interviewés. Les travaux de sociologie carcérale montrent que les personnes incarcérées peuvent se saisir du cadre de l'entretien pour produire un discours dont l'effet escompté est la revalorisation de soi et la construction de l'image d'un individu « respectable » (Le Caisne, 2004). La surpopulation, la promiscuité, la rapidité à laquelle se répandent les rumeurs produisent pareillement un cadre peu propice à l'instauration d'un climat de confiance avec l'enquête. Ces conditions particulières de déclaration sont a priori renforcées, sur la question des substances psychoactives théoriquement interdites en prison, lorsque les personnes sont interrogées en établissement. Le droit disciplinaire pénitentiaire proscrit en effet la présence de substances stupéfiantes (l'usage, la détention et le trafic sont également sanctionnés par la loi pénale à l'extérieur<sup>4</sup>), mais aussi d'alcool et la consommation de médicaments hors cadre de prescription (voir encadré 2). En s'exprimant sur un sujet interdit, la crainte des sanctions et de la stigmatisation de la part d'autres personnes incarcérées est susceptible de constituer un obstacle à l'enquête (Fernandez, 2010 ; Maguet et

al., 2007 cité dans INSERM, 2012 ; Rotily et al., 1998b). Dans ce contexte, garantir l'anonymat des réponses et la confidentialité devient un véritable défi. Ces deux enjeux, sanitaire et scientifique, invitent à dresser un état des lieux des connaissances produites depuis 20 ans sur la question des consommations, leurs conséquences et les réponses qui leur sont apportées (voir repères méthodologiques). Les travaux étudiés révèlent une littérature abondante mais dispersée. Ils sont produits par trois types de personnes : des professionnels de santé et du travail social, des acteurs institutionnels et des scientifiques en provenance du monde médical ou des sciences humaines et sociales<sup>5</sup>. Les méthodologies utilisées dans ces articles sont inégales et disparates, les études sont menées à l'échelle nationale, d'un ou de quelques établissements pénitentiaires, ce qui rend les comparaisons délicates au cours du temps ou selon les espaces géographiques. Cette dispersion présente toutefois l'avantage de dévoiler des facettes diverses du sujet en termes d'objectifs, d'angles d'analyse et de représentations.

[PROTAIS Caroline, MOREL D'ARLEUX Julien, JAUFFRET -ROUSTIDE Marie, OFDT, 2019-12, pp. 4-5.](#)



## Pour aller plus loin



THOMAS Pierre, FOVET Thomas, PLANCKE Laurent (et al.)

### Soins psychiatriques aux personnes détenues. Dossier

*Santé mentale*, n° 227, 2018-04, pp. 25-91

Toutes les pathologies psychiatriques sont surreprésentées en prison, et un quart des détenus souffrant de troubles psychiatriques présentent une comorbidité addictive. Face à une pénalisation accrue de la folie, quels sont les enjeux éthiques et cliniques pour la psychiatrie ? Comment soigner et penser la rencontre avec l'autre dans des contraintes de temps et d'espaces maximales ? Comment établir des frontières claires avec le judiciaire pour négocier les conditions du soin psychique ?



CHAN-CHEE Christine

### Fiche 18. La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées

La surveillance épidémiologique du suicide chez les personnes écrouées

In : ULRICH Valérie, CARRIERE Monique, DESPRAT Diane (et al.), *Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, Observatoire national du suicide, 2020-06, pp. 250-254

La prévention du suicide en milieu carcéral est une priorité de santé publique qui fait l'objet d'une politique active depuis plusieurs années en France. Le décès par suicide concerne un peu plus d'une centaine de personnes écrouées par an<sup>1</sup>, soit

environ 1 % de l'ensemble des décès par suicide en France. La mortalité par suicide en prison est très importante comparée à celle en milieu libre. Décrite dans tous les pays occidentaux, cette surmortalité est évaluée à 7 chez les hommes et à 21 chez les femmes en France<sup>2</sup> (Chan-Chee et Moutengou, 2016). De plus, le taux de mortalité par suicide en prison en France a fortement progressé depuis les années 1950, passant de 2 pour 10 000 personnes détenues à 18,5 pour 10 000 pour la période 2005-2010 (Eck et al., 2019). C'est l'un des plus élevés des États membres du Conseil de l'Europe (Aebi et Tiago, 2018).

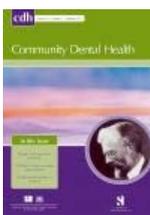


PROTAIS Caroline, BRISACIER Anne-Claire (et al.)

### Prison workbook (Prison) 2020 France (données 2019)

*OFDT*, 2020, 30 p.

Au 1er janvier 2020, la France comptait 188 établissements pénitentiaires comprenant 61 080 places de détention « opérationnelles ». Avec 70 651 détenus, la France présente une densité carcérale d'environ 115 détenus pour 100 places. La situation des établissements pénitentiaires a été fortement impactée par la crise sanitaire de 2020. Les seules enquêtes récentes sur les usages de drogues en prison ne fournissent que des données préliminaires ou partielles, car elles ne sont pas nationales. Toutefois, les études menées il y a une dizaine d'années montraient qu'un tiers des nouveaux détenus déclaraient une consommation prolongée et régulière de drogues illicites au cours des douze mois précédant l'entrée en prison.



DECERLE N., WODA A., NICOLAS E. (et al.)

### A description of oral health in three French jails

*Community Dental Health.*, vol. 29 n° 4, 2012-12, pp. 274-278

L'objectif de cette étude descriptive était de déterminer l'état de santé bucco-dentaire des détenus dans le système de soins actuel tel qu'observé dans trois prisons françaises.

**Voir aussi la bibliographie suggérée par le Dr J. Millet**



### **Guide : les soins obligés en addictologie. De l'analyse des pratiques et postures professionnelles d'un réseau À l'élaboration de recommandations partagées**

*Fédération Addiction, 2020-09, 92 p.*

Ce document s'adresse aussi bien aux professionnels de l'addictologie qu'à ceux du secteur judiciaire (magistrats, services pénitentiaires d'insertion et de probation, associations socio-judiciaires...). Il a été financé par la Direction de l'administration pénitentiaire dans le cadre du Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017 de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Il a été réalisé grâce à la mobilisation, aux apports et aux réflexions d'intervenants.e.s de terrain issus.e.s des champs de l'addictologie et de la justice



**NOUJOUAT Ridha**

### **Promotion de la santé, VIH et prisons. Recommandations à destination des acteurs du milieu pénitentiaire. Outil de plaidoyer destiné aux acteurs associatifs de la lutte contre le sida exerçant en milieu pénitentiaire**

*Sidaction, VIH et prison, 2019-09, 119 p.*

Ce recueil de recommandations à destination du milieu pénitentiaire édité par Sidaction est adressé à tous les acteurs associatifs. Il décrit les principales problématiques rencontrées par les acteurs intervenant en prison, recense les textes y afférents, et propose des ressources, des recommandations et des pistes d'action. Il est issu du travail de réflexion coordonné par Sidaction avec ses partenaires, et s'inscrit dans la continuité du « Guide de l'intervention en milieu pénitentiaire » produit par l'association en 2011.



**JOEL Myriam**

### **Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie INED, SIDACTION, 2016, 412 p.**

L'étude s'est intéressée à la prévention et à la réduction des risques et des dommages en milieu carcéral et dans les structures accueillant les sortants de prison ou plus généralement les personnes faisant des allers-retours entre la prison et l'extérieur. (hommes et femmes)

## **En Provence-Alpes-Côte d'Azur**

**PEYRARD Laurence**

### **Santé aux Baumettes : état des lieux de la santé et perspectives pour l'éducation à la santé Faculté de médecine de Marseille, 2015-12-14, 67 p.**

L'objectif principal de cette thèse est de réaliser un état des lieux de la population carcérale des Baumettes, à Marseille, qui conduit à l'identification des besoins en termes d'éducation pour la santé. L'objectif secondaire est de proposer des perspectives pour l'éducation pour la santé dans cet établissement.

**SANNINO Nadine, FLOIRAC Estelle**

### **Evaluation de la politique régionale de prévention pour les personnes détenues en région PACA**

*GRSP Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARH Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2009-08-31, 88 p.*

Ce rapport d'évaluation de la politique régionale de prévention et d'éducation à la santé chez les personnes détenues en région PACA a été commandé en vue de disposer d'une meilleure lisibilité des actions conduites en milieu pénitentiaire et d'ajuster le pilotage régional de la politique de prévention et d'éducation à la santé des personnes détenues.

### 3. Programmes d'éducation pour la santé

- Généralités



CHEMLAL Khadoudja, ECHARD-BEZAULT Pascale, DEUTSCH Paule, Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention, Editions INPES, 2014, 230 p.

## Une population et un milieu concernés de manière spécifique par l'épidémie Covid-19

La population carcérale apparaît, dans une forte proportion, comme une population socialement défavorisée qui cumule les facteurs de risque pour la santé liés à la précarité<sup>1</sup>. Un rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) l'a récemment rappelé : « La population placée sous-main de justice est soumise, en dehors puis à l'intérieur de la prison, à une multiplicité de facteurs de risques qui sont pour l'essentiel ceux des personnes les plus démunies ». Ce constat souligne à quel point cette population est concernée par les inégalités sociales de santé, et justifie que soit déployée auprès d'elle une démarche spécifique de promotion de la santé.

Aux besoins existant avant même l'entrée en milieu carcéral s'ajoute, pendant toute la durée de la détention, une variété de facteurs de risques supplémentaires, liés à l'enfermement et à la privation de liberté, et susceptibles d'être aggravés fortement par les conditions de détention. Ainsi, la promiscuité, l'état des locaux, l'isolement social et la stigmatisation aggravent les problématiques de santé. De même, la surpopulation carcérale fréquemment pointée dans les rapports internationaux et nationaux, renforce les difficultés liées à l'organisation de la détention.

Les besoins des personnes détenues en matière d'éducation pour la santé et de promotion de la santé sont, de ce fait, particulièrement importants, et appellent des mesures de santé publique renforcées et adaptées ; la promotion de la santé en milieu pénitentiaire est ainsi une obligation de droit renforcée par plusieurs textes législatifs et réglementaires. Enfin, la stratégie nationale de santé 2018-2022

rappelle que les personnes placées sous-main de justice constituent un « public vulnérable cumulant des difficultés sociales, éducatives, sanitaires, ou liées aux discriminations qui rendent complexe le recours au droit commun » et préconise de « faciliter leur accès aux actions de prévention et de promotion de la santé ».

Cette mobilisation, qui englobe les personnes détenues et les personnels concernés, s'inscrit dans un double mouvement :

D'une part, une conception de la santé « comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie, [comme] un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et personnelles, ainsi que les capacités physiques ». Cette conception implique une prise en considération de la santé des personnes détenues et des personnels pénitentiaires sous tous ses angles : physique, psychologique et social.

D'autre part, une conception de la promotion de la santé comme une démarche prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé et visant davantage le développement du pouvoir d'agir des personnes détenues et des personnels pénitentiaires, que l'adoption de comportements « sains ». Cette conception suppose l'application de méthodes participatives, inscrites dans une stratégie multimodale, multiniveaux et pluri partenariale.

*LE GRAND Eric, LEGBA Raoul, ROLLAND Mélanie (et al.), Promotion de la santé en milieu carcéral : pistes d'actions pour un déconfinement, FNES, 2020-05, pp. 4-5.*

## Enjeux et recommandations pour une implantation durable de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire.

Le repérage et l'analyse de projets menés en milieu pénitentiaire – au regard de critères de promotion de la santé – révèlent une extrême richesse d'actions (tant par les thèmes que par les publics touchés) ainsi qu'une grande diversité de stratégies d'interventions prometteuses mobilisant des approches émancipatrices (démarche communautaire en santé, éducation par les pairs, développement de compétences psychosociales, médiation animale), pluri-thématiques (travail sur l'alimentation et le sport, articulation santé-culture), populationnelles (prise en compte des besoins de publics spécifiques), organisationnelles et structurelles (inscription politique de la promotion de la santé dans le projet d'établissement et de l'Unité Sanitaire, formation des professionnels de santé). Afin de renforcer l'ancrage durable de la promotion de la santé au sein des établissements pénitentiaires, en y associant professionnels de santé, de l'administration pénitentiaire, de l'éducation et personnes détenues, il convient d'accompagner politiquement, méthodologiquement et financièrement cette dynamique. Voici quelques recommandations croisant les enseignements issus des entretiens approfondis avec les professionnels et les critères de qualité de la promotion de la santé.

### **Renforcer la participation des personnes détenues**

Certains projets comme la démarche communautaire de Nantes ou l'éducation pour la santé par les pairs en Auvergne Rhône-Alpes, font directement écho à la feuille de route de la stratégie des personnes sous mains de justice, en impliquant les personnes détenues dans l'élaboration et l'évaluation de programmes de santé. Sous d'autres formes, l'intégration souhaitée des personnes détenues au sein des Comités de pilotage de promotion de la santé est aussi en réflexion à Lille et dans le centre de détention de Montmédy.

Ainsi, si la participation, principe méthodologique constitutif de la promotion de la santé, entre peu à peu dans les logiques

d'action des programmes, elle demeure complexe à mettre en œuvre. Certaines questions, qui reviennent fréquemment, plaident pour un renforcement de la formation et de l'accompagnement des professionnels concernés : Quelles méthodologies utiliser ? Quelles postures adopter ? Comment mobiliser les publics dans les actions ? Comment toucher les plus « fragiles » ? Comment dépasser une approche individuelle de prévention pour aller vers plus de dynamique collective ?

Les expertises scientifiques et expérientielles montrent que, non seulement les projets participatifs améliorent le climat social au sein des établissements (entre professionnels et personnes détenues notamment), mais ils favorisent l'amélioration de la santé (estime de soi, compétences sociales, reconnaissance sociale) ainsi que le renforcement d'aptitudes pouvant être des leviers pour les personnes détenues dans le cadre de leur réinsertion sociale et professionnelle.

### **Pérenniser le financement des actions et programmes de promotion de la santé**

Les entretiens menés avec les porteurs de projet, tout comme l'analyse des questionnaires, soulignent la très grande fragilité des fonds accordés aux programmes de promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Essentiellement attribués dans le cadre de la réponse à des appels à projet, ils ne permettent pas de s'inscrire dans une démarche durable d'actions favorisant l'ancrage de la promotion de la santé au sein des établissements.

Une première proposition serait donc de renforcer la pérennité des budgets accordés aux actions de promotion de la santé ; une autre proposition serait la mise en place d'un appel à projets commun à plusieurs institutions (DAP, DGS, Mildeca...) pour limiter le morcellement des réponses et le saupoudrage des projets.

Afin de favoriser l'implantation durable de la promotion de la santé, il conviendrait de pouvoir financer des postes de coordinateurs « promotion de la santé » au sein des Unités

Sanitaires. Dans cette optique, par exemple, le CHU de Lille finance depuis 2004 30 % d'un équivalent temps plein de médecin et 50 % d'un équivalent temps plein d'infirmier. L'application de cette recommandation nécessite une meilleure prise en compte, par les CHU, de la place et des besoins des Unités Sanitaires.

### **Soutenir le développement d'une culture commune de promotion de la santé pour favoriser l'intersectorialité**

Bien que des partenariats existent entre les Unités Sanitaires et l'administration pénitentiaire pour réaliser des actions de promotion de la santé, des freins peuvent apparaître comme des représentations différentes de la santé des personnes détenues, ou des conceptions différentes des rôles de chaque partie prenante dans l'amélioration de la santé au sein des établissements pénitentiaires. Le développement d'une offre de formation pluriprofessionnelle pourrait être utilisé pour lever ces freins, comme le propose notamment le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) PACA.

De même, si la promotion de la santé est inscrite depuis 2019 dans les priorités des programmes de formation continue des personnels des établissements de santé et des orientations prioritaires de l'agence nationale du développement professionnel continu, il serait nécessaire de l'intégrer dans les formations mises en place par l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire.

### **Renforcer le développement des Instances de Pilotage de promotion de la santé au sein des établissements pénitentiaires**

Que ce soit au Centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin ou au centre de détention de Montmédy et de Saint-Mihiel, la mise en œuvre des actions de promotion de la santé en appui sur des instances de pilotage a permis à la fois un partage d'informations sur la santé des personnes détenues, une mise en cohérence des programmes d'actions mis en œuvre, et un accroissement de la visibilité/lisibilité de la promotion de la santé. A Bordeaux, l'Unité Sanitaire est en train de se doter d'un comité de pilotage pour consolider son action.

### **Renouveler les journées nationales sur la promotion de la santé**

La première journée consacrée à la promotion de la santé en milieu carcéral a valorisé la mobilisation des 5 axes d'intervention de la Charte d'Ottawa dans ce milieu, au travers d'apports conceptuels, de témoignages, d'expériences de terrain... Il apparaît pertinent de la renouveler afin de fédérer les professionnels sur cette question. Au regard des résultats de l'enquête Prisca, une journée consacrée à la participation des personnes détenues pourrait être envisagée. Le thème de la participation est en effet transversal aux 5 axes de la Charte d'Ottawa et concerne autant les personnes détenues, les professionnels de santé ou de l'administration pénitentiaire, que ceux de l'éducation pour la santé. D'autres thèmes pourraient également être envisagés, comme celui du partenariat (interne et externe), ou la prise en compte des déterminants de la santé dans les actions.

### **Impulser une dynamique nationale d'accompagnement des programmes de promotion de la santé**

La mise en place d'une politique nationale de soutien aux projets locaux de promotion de la santé apparaît comme un enjeu fort pour les années à venir en milieu pénitentiaire. Ce soutien permettrait aux établissements volontaires, soit de consolider leurs pratiques en promotion de la santé, soit pour certains plus « aguerris », d'expérimenter de nouvelles stratégies d'intervention.

Ce principe est mis en œuvre avec succès depuis 2013 en appui à la démarche « PJJ promotrice de santé ». Il dispose également d'exemples européens, puisqu'il est actuellement aussi en développement en Belgique où le Service Communautaire de Promotion de la Santé l'APES (Action, recherche et évaluation en Promotion de la Santé et Education pour la Santé) a été mandaté pour apporter durant trois années un soutien méthodologique à 15 établissements pénitentiaires.

*LEGRAND Eric, FERRON Christine, LAFFITE Séverine, In : Rapport de l'enquête Prisca. Recensement des projets de promotion de la santé en milieu pénitentiaire, FNES, 2020-12, pp. 22-24.*

- **Un programme de santé communautaire**

**Programme expérimental milieu carcéral Nantes. Focus sur les ateliers collectifs.** Médecins du Monde (2015-2017). Rapport final EHESP- Résumé

De 2015 à 2017, Médecins du Monde a développé un programme expérimental au Centre Pénitentiaire de Nantes (Loire-Atlantique) sur deux sites : le Centre de Détention Hommes et à la Maison d'Arrêt des Femmes. Ce programme a pour objectif de promouvoir la santé et d'améliorer son accès pour les personnes détenues en se fondant sur l'approche et les principes de la démarche communautaire (participation, conscientisation, développement de compétences sociales, ...). Articulant plusieurs objectifs et activités en direction des personnes détenues (ateliers collectifs, entretiens individuels, actions de promotion de la santé, ...), des professionnels de santé et de surveillance, Médecins du Monde a souhaité associer un volet recherche à ce programme afin d'en mesurer les effets, freins et leviers pour transférer ce type de démarche dans d'autres établissements pénitentiaires. Cette recherche s'est inscrite sur la durée du programme en se focalisant plus particulièrement sur les ateliers collectifs hebdomadaire, support de la démarche communautaire. Afin de percevoir les effets de la démarche, des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés auprès des personnes détenues et des professionnels engagés dans ce

programme. Ainsi, la démarche permet pour les personnes détenues d'acquérir une reconnaissance sociale, des gains d'estime de soi et de confiance en soi, le développement de compétences psychosociales, l'acquisition de connaissance santé, ... et favorise la proposition d'actions permettant d'améliorer la santé sur l'établissement. Les différents professionnels engagés dans le programme montrent aussi tout leur intérêt quant à la démarche, notamment en soutenant et en valorisant l'expression et les propositions émises par les personnes détenues et en faisant évoluer leur pratique et organisation pour améliorer la santé des personnes détenues. Ces différents effets -tant du côté des personnes détenues que des professionnels – sont dus : à la présence d'un intervenant tiers (MdM) ; à la cohérence et convergence des objectifs et activités proposées touchant l'ensemble des acteurs de l'établissement (personnes détenues, professionnels de santé, surveillants...) ; ainsi qu'aux 2 logiques sous-jacentes au programme : l'aller-vers et la co-construction.

*GRAND Eric, EHESP, 2018, 73 p.(résumé).*

- **Un programme d'éducation nutritionnelle**

**Parcours Alimentation Sport Santé en détention. Améliorer l'état de santé de la population carcérale en favorisant une alimentation saine et en développant l'activité physique et sportive 2019-2021**

### Une stratégie régionale pour une mobilisation à l'échelle de tous les établissements pénitentiaires.

En matière de santé, les personnes détenues représentent une population cumulant de nombreux facteurs de risques. Bien souvent, avant leur incarcération, elles sont confrontées à des situations de précarité et d'exclusion qui concourent à un faible accès aux soins et à la prévention.

L'alimentation et l'activité physique et sportive constituent des leviers importants pour préserver et améliorer la santé des personnes détenues. Le diagnostic régional<sup>1</sup> réalisé en 2018 confirme cette tendance.

Fort de ce constat, la DISP et l'ARS se mobilisent pour accompagner l'ensemble des acteurs vers des pratiques favorables à la santé.

Améliorer les pratiques passe par des gestes et habitudes souvent simples à mettre en œuvre !

<sup>1</sup> Source : Diagnostic CARAJIM – NOVASCOPIA, Octobre 2018 : <https://novascopia.fr/documents/diagnostic-nutrition-sante-nouvelle-aquitaine-version-globale.pdf>



Pour les Unités Sanitaires, les « actions nutrition santé » représentent une opportunité pour informer, sensibiliser puis orienter les publics vers une offre de soins et un suivi adapté.

Pour l'Administration Pénitentiaire, il s'agit de contribuer utilement aux actions de prévention menées par les Unités Sanitaires en favorisant la diffusion des recommandations sur l'alimentation et l'activité physique.

3 axes sont prévus :

- 1 Se mobiliser pour comprendre
- 2 Se mobiliser pour agir
- 3 Se mobiliser pour amplifier et évaluer



**Cantinage**



**Activités physiques**



**Cuisine**



**Education**

- #### 1 Appréhension des besoins

Impulsée par l'Unité Sanitaire, un diagnostic autour de l'alimentation et l'activité physique est réalisé au sein de l'établissement pénitentiaire.
- #### 2 Structuration du plan d'actions

Au sein d'un comité « Promotion de la santé », les acteurs travaillent sur les problématiques rencontrées par les personnes détenues. Cette phase doit non seulement aider l'établissement à structurer sa mission de promotion de la santé mais également préparer un plan d'action nutrition-sport-santé.
- #### 3 Veille des bonnes pratiques

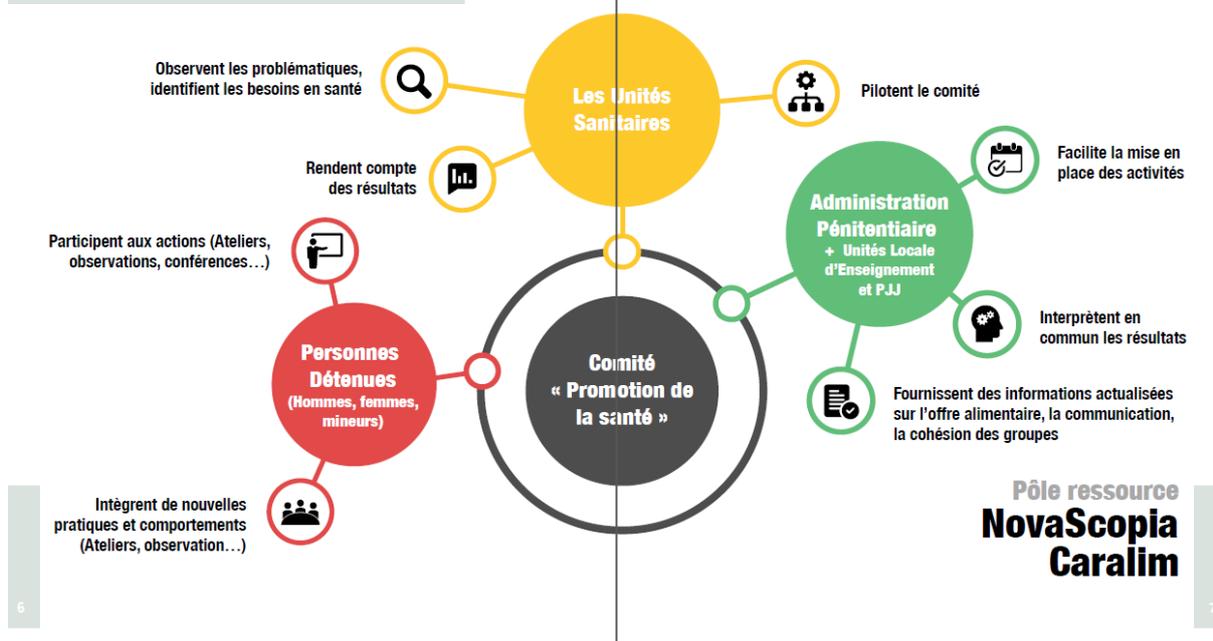
Il s'agit ici de s'appuyer sur les bonnes pratiques déjà existantes en Nouvelle Aquitaine. En fonction de la nature de l'établissement (MA, CD, MC...), cela passe par une adaptation de ces pratiques pour inspirer et enrichir le plan d'actions.
- #### 4 Communication et mise en œuvre du plan d'action

Cette étape permet de valider la stratégie en interne et de rechercher des financements auprès des services de l'Etat (ARS, DRAAF, ADEME, PJJ...). Une visée pluriannuelle des actions doit être recherchée.
- #### 5 Intégration dans l'établissement

Réalisées collectivement, les évaluations doivent permettre de mesurer l'évolution des pratiques des personnes détenues mais aussi de mesurer les impacts sur l'organisation de l'US et de l'AP.



## Partage des rôles : Une recherche de complémentarité au sein de chaque établissement



### Axe 1 : Engagements des Unités Sanitaires



#### Quelles sont les actions possibles<sup>1</sup> ?

- + Mise en place effective des Comités « Promotion de la santé » comme instance de planification des actions impliquant notamment la PJJ et l'Education Nationale.
- + Impulsion, accompagnement et participation à la mise en place d'actions nutrition (exemple : ateliers cuisine, livret de recettes, adaptation d'activités physiques...).
- + Veille sur la prévalence des maladies chroniques chez les personnes détenues.
- + Mise en place de conseils personnalisés pour les patients détenus.



<sup>1</sup> Liste non exhaustive, à adapter selon la configuration et les projets d'établissements

### Axe 2 : Quelques initiatives à capitaliser

#### Enjeux

Si de nombreuses actions (ateliers cuisine, actions de sensibilisation, évolution des bords de cantine...) ont fait la preuve de leur capacité à répondre à des enjeux de santé, elles sont majoritairement marquées par le nombre limité de bénéficiaires touchés et par leur caractère expérimental/ponctuel.

Il s'agit aujourd'hui d'en tirer les principaux enseignements afin de permettre à une population carcérale plus nombreuse d'en bénéficier et ainsi en amplifier les impacts sanitaires et sociaux positifs, de les inscrire dans la durée afin de pouvoir suivre leur impact.



#### Exemples d'initiatives associant les personnes détenues

- 1 Au Centre de Détenation de Bédenac, action de lutte contre le gaspillage alimentaire.
- 2 A la Maison d'Arrêt de Rochefort, action favorisant les pratiques d'hygiène en cuisine.
- 3 A la Maison d'Arrêt d'Angoulême, mise en place d'une consultation de médecine du sport avec distribution de fruits aux patients détenus.
- 4 A la Maison Centrale de St Martin de Ré, lancement du programme « Parlons Cuisine Santé Sport ».

## Axe 3 : Se mobiliser pour agir aujourd'hui et demain



10 exemples  
de challenges  
à relever  
en Nouvelle  
Aquitaine

NIVEAU 1

1 Lancement du comité de pilotage « Promotion de la Santé » (Cf. Livret 6 du guide méthodologique « prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice »)

2 Les produits de cantinage font l'objet d'un NutriScore

3 Diffusion des fiches nutrition destinées aux moniteurs de sport : Petit déjeuner, hydratation, musculation et protéines, alimentation et endurance, hygiène frigo

4 Lancement d'un état des lieux sur le nombre de personnes malades chroniques

5 Promotion de l'activité physique et sportive via une campagne de communication (Soutien des moniteurs de sport)

6 Education Thérapeutique du Patient et « Actions d'éducation alimentaire »

7 Lancement d'un diagnostic sur le gaspillage alimentaire

NIVEAU 2

8 Mise en place de formations spécifiques sur l'activité physique adaptée (APA)

9 Diffusion des fiches recettes pour les personnes détenues. Recettes réalisées avec les produits de la « cantine » et/ou les repas de la détention.

10 Valorisation des pratiques d'activité physique et sportive

En 2019\*

En 2020\*

En 2021\*

1

2

3

4

5

6

7

8

8

9

10

\* Ces dates sont à adapter en fonction du contexte.

### Dès 2019, des engagements concrets

#### Indiquer le Nutri-score sur les produits de cantinage dès septembre

Les objectifs affichés :

- Fournir aux personnes détenues une information simple sur les qualités nutritionnelles des produits accessibles en cantine. Ce repère Nutri-score ambitionne, de les aider à faire des choix éclairés et de les orienter vers des produits de meilleure densité.
- Profiter du nouveau marché de cantines mis en place en 2019 et pour 4 ans, pour créer un support de communication mis à disposition dans tous les établissements.

#### Créer une dynamique « Parcours Alimentation Sport Santé » 2019-2021

Le programme proposé :

- Communiquer sur le projet auprès des différents acteurs
- Mettre en place un comité de pilotage régional pour capitaliser les actions (Copil)
- Définir une stratégie de communication auprès des différents acteurs



Pour participer aux travaux et engager votre établissement dans la démarche, merci d'adresser un message à Yann Moisan :

[moisan@novascopia.fr](mailto:moisan@novascopia.fr)

### Des aides pour agir : Des référents régionaux à vos côtés

#### Contacts institutionnels

Administration pénitentiaire -  
Département des politiques  
d'insertion, de probation et de  
prévention de la récidive  
☎ 05 57 81 45 21

DRAAF : Direction régionale de  
l'alimentation, de l'agriculture et  
de la forêt - Unité alimentation  
☎ 05 56 00 42 21

ARS : service prévention et  
promotion de la santé  
👤 Marion Elissalde ou  
Dr Marylène Fabre  
✉ [ars-na-pps@ars.sante.fr](mailto:ars-na-pps@ars.sante.fr)  
☎ 05 47 47 31 51

PJJ  
👤 Mme Sandrine Tukada  
✉ [andrine.tukada@justice.fr](mailto:andrine.tukada@justice.fr)

#### Pour des conseils sur le montage des projets



CARALIM



CENA



DREP DE BÉTON



IREPS

#### Pour approfondir le sujet



Le guide méthodologique  
« prise en charge sanitaire  
des personnes placées  
sous main de justice »

[http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir\\_42889.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/01/cir_42889.pdf)

ARS Nouvelle-Aquitaine, Ministère de la Justice, Novascopia, 2019, 16 p.

- **Les structures d'accompagnement vers la sortie**

## À la SAS des Baumettes, les détenus préparent leur sortie un pied dedans, un pas dehors

Destinée aux courtes peines, la structure d'accompagnement à la sortie, lancée en juin 2018, aide pendant plusieurs mois ces blessés de la vie à préparer au mieux leur libération. Alors que la prison est encore décrite comme une machine à récidiver, la SAS ambitionne de faire reculer les chiffres en donnant du sens à la peine.

*“Je ne veux pas que mes enfants deviennent comme moi”,* explique Hakim (1), 43 ans, assis face à une conseillère pôle emploi qui le reçoit dans un préfabriqué arrosé d'un soleil d'hiver. Ce matin-là, malgré ses traits tirés, il semble rempli de bonnes volontés. Après trois condamnations pour violences et quinze ans dans le deal, il se met à rêver d'une autre vie. Pour lui, pour sa compagne mais surtout pour ses deux fils, âgés de 10 et 13 ans. *“Pour reprendre goût au travail”,* Hakim aimerait commencer par un mi-temps. Il s'imagine bien tailleur de pierre ou jardinier. Mais il ne sera plus vendeur de cannabis en bas d'une tour HLM décrépie. *“Ils me disent : « quand tu reviens, on te donne 1 500 euros par semaine », mais y'a trop de morts...”*

Alors pour rebondir, la conseillère lui propose d'intégrer à sa sortie de prison un chantier d'insertion. Les 20 heures par semaine, dont six heures d'accompagnement professionnel, seront payées au Smic. *“Pendant le chantier, vous pouvez vous inscrire au permis en passant par une auto-école solidaire, et trouver un appartement. Trois belles étapes”,* lui fait remarquer la jeune femme tout en lui détaillant le programme des prochaines semaines. D'abord, organiser des entretiens individuels pour apprendre à parler de son projet, ensuite planifier une rencontre avec l'association qui gère le chantier. *“Au recruteur, il faut lui parler du futur, pas de ce qu'il s'est passé*

*auparavant. Ça, vous le balayez en une seule phrase”,* lui conseille-t-elle.

### Trois Sas en Provence

Le gouvernement a pour projet de créer 2 500 places en SAS – dont les trois quarts vont sortir de terre – d'ici la fin du quinquennat. En PACA, trois établissements doivent voir le jour : à Avignon (120 places), Toulon (180 places) et Aix-en-Provence (80 places). Depuis l'ouverture de la SAS des Baumettes, deux autres ont ouvert à Metz et à Villejuif. Pour le reste, « rien ne se fera avant les municipales », dit-on à l'administration pénitentiaire, de nombreux élus étant réticents à accueillir dans leur centre-ville ce type d'établissement.

Hakim est arrivé à la SAS il y a près d'un mois après avoir réanimé son codétenu qui tentait de se suicider. *“Ici, on t'aide pour tout. Même les dents on va me les refaire alors que les autres fois, on me laissait sortir comme un chien”,* relève-t-il, laissant apparaître un sourire abîmé. Située dans l'ancienne maison d'arrêt pour femmes, la structure d'accompagnement à la sortie (SAS) tente de prévenir la récidive des courtes peines, *“les oubliées de la prise en charge”,* relève Aurore Cayssials, directrice de la SAS depuis son ouverture à titre expérimental, en juin 2018. Dans cette prison sans mirador, le personnel pénitentiaire propose *“une prise en charge globale et adaptée”* à des multirécidivistes permettant ainsi à 70 % d'entre eux de bénéficier au bout de six mois en moyenne d'un aménagement de peine.

### “On essaye d'être pédagogues”

*“La clé de la prévention de la récidive, c'est l'individualisation de la peine, avance tel un leitmotiv Aurore Cayssials. Ici, je les connais tous. Quand j'arrive le lundi, je peux vous dire*

ce qu'il s'est passé le week-end. Ça, je ne pourrais pas le faire en détention classique, où ils sont 100 dans une coursive." L'autre objectif de la SAS est de créer du lien avec l'extérieur. Pour cela, le personnel encourage les permissions de sortir que ce soit pour effectuer des démarches administratives, professionnelles, de santé, pour voir sa famille, ou encore pour participer à une activité sportive.

Pour intégrer la SAS, les détenus doivent remplir trois critères : avoir écopé d'une condamnation inférieure à deux ans ou présenter un reliquat de peine inférieur à cette durée, avoir une situation administrative régularisée ou régularisable et, s'ils présentent des troubles psychiatriques, être "stabilisés". C'est à leur arrivée à la maison d'arrêt des Baumettes, située à moins de 100 mètres, que l'équipe repère les profils intéressants et volontaires. Pour intégrer la structure, les personnes détenues s'engagent à préparer un projet de sortie et à participer à des activités. Il est interdit à la SAS de passer 22h/24 dans sa cellule, "à regarder NRJ12", lance la directrice.

En échange, le régime de détention y est assoupli. Chaque détenu possède la clé de sa cellule et peut circuler librement six heures par jour. S'il ne respecte pas le contrat, il reçoit un premier avertissement, et peut être renvoyé en détention classique. "Mais il y a peu de renvois, explique Aurore Cayssials, on essaye d'être pédagogues." À condition de ne pas enfreindre une ligne rouge : la violence sur un codétenu ou un membre du personnel, du jamais vu depuis l'ouverture, assure-t-on.

### **"Un petit coup de mou"**

Quand ils débarquent à la SAS, les détenus passent deux semaines au bâtiment H, le temps de juger s'ils y ont vraiment leur place. Ce jour-là, comme chaque semaine, le personnel passe en revue ceux qui viennent d'arriver et "ceux qui ne jouent pas le jeu". Chloé Calvez, conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation (Cpip) – une sorte de "cheffe d'orchestre du parcours de détention" – évoque le cas d'un jeune homme célibataire. "Il rêvait d'avoir une vie qu'il n'avait pas", dit-elle en relisant ses notes.

C'est sa troisième incarcération, il a déjà bénéficié d'un bracelet électronique. Il est "calme et correct". "C'est un grand privilège pour lui d'être là", rapporte la conseillère. "Il est volontaire, disponible, il a largement sa place

au sein de la structure", conclut Aurore Cayssials, avant de passer au cas de M. M qui connaît, lui, "un petit coup de mou".

"Il a été exclu de Possibility", un atelier dans lequel les participants apprennent des méthodes de communication. "Il a tout juste 18 ans, il faut le réveiller pour aller à l'école, pour aller aux activités. On le repasse au H en régime fermé tout en maintenant ses activités", décide finalement la directrice qui dispose de 101 places. "Pas une de plus. Ici, on ne mettra jamais de matelas au sol", dit-elle, faisant référence à la maison d'arrêt des Baumettes occupée à plus de 150 %.

Trois-quarts des détenus étant, là-bas, en attente de procès, Aurore Cayssials a même parfois du mal à trouver des candidats, surtout en cette période de grève des avocats, de nombreux procès étant reportés. "Comme on est en sous-effectif, on nous envoie n'importe qui", peste Chloé Calvez, Conseillère pénitentiaire d'insertion et de probation depuis huit ans. Ce jour-là, elle rencontre pour la première fois un homme envoyé aux Baumettes pour conduite sans permis. Arrivé il y a quelques jours à la SAS, le détenu semble totalement perdu. "Il n'a pas le profil", soupire-t-elle. En théorie, elle devrait solliciter son transfert mais elle ne le fera pas. Elle va plutôt demander au juge d'application des peines d'examiner un aménagement de peine sans débat contradictoire. Alors qu'ailleurs, un juge réactif reçoit au bout de deux mois, Chloé Calvez peut espérer que le jeune homme obtienne un rendez-vous d'ici trois semaines.

### **Argent et impuissance**

À la SAS, ils sont d'ordinaire quatre Cpip comme Chloé Calvez à conseiller et orienter les personnes détenues. Depuis son arrivée dans la structure, la jeune femme se sent "plus utile", les personnes détenues sortant avec "le sentiment d'avoir perdu moins de temps", dit-elle. "Aux Baumettes historiques, les entretiens étaient pollués par les conditions de détention. Ce n'était pas le lieu pour créer un projet."

« Je vais juste remplacer la cocaïne par des voitures et des frigos. On va entendre parler de moi. » Youri, 29 ans

Créer un projet, rendre la peine utile, réparer l'humain. C'est justement tout l'enjeu d'un séjour à la SAS. Youri, 29 ans, est arrivé il y a deux mois après avoir été condamné à cinq ans de prison pour trafic de cocaïne. Vêtu d'un

bleu de travail, la tenue des « auxi », ces détenus chargés du ménage et de la distribution des repas dans leur bâtiment, le jeune homme a encore vingt-deux mois à purger. Il y a quelques jours, il a rencontré pour la première fois la conseillère pôle emploi. Il lui a raconté qu'il voulait s'orienter dans l'import-export bien que le juge ait assorti sa condamnation d'une interdiction d'exercer une activité commerciale. Mais, il n'en démord pas. *“Je vais juste remplacer la cocaïne par des voitures et des frigos. On va entendre parler de moi.”* Pour sortir, il lui faut *“un tremplin”*, dit-il. Ayant un CAP électricité en poche, il pense qu'un poste de magasinier en électricité pourrait faire l'affaire tout en sachant qu'il est *“tellement ambitieux”* qu'il ne *“supportera pas de gagner le SMIC”*.

L'argent est sans doute le principal ennemi des personnels de la SAS. Alors quand Julie Pennet, conseillère pôle emploi justice, propose un chantier d'insertion *“à 800 euros le mois, alors que le gars gagne plus de 5 000 euros par mois [avec le trafic]”*. *“La plupart n'ont pas peur de la police et de la prison, ils ont peur d'être flingués”*, rappelle-t-elle. *“Je me sens assez impuissante face à ça”*, reconnaît pour sa part Chloé Calvez.

#### **“Je me sens comme dans un cocon”**

Côtés effectifs, Aurore Cayssials estime avoir *“clairement les moyens”*. Quarante et un surveillants pour 101 détenus auxquels s'ajoutent 54 places en semi-liberté. Le reste de l'équipe est composé d'une assistante sociale, de deux conseillères de la mission locale (dont une à mi-temps), de deux salariées pôle emploi (dont une à mi-temps) et de quatre Cpip. Ces derniers gèrent *“30 à 35 dossiers, aux Baumettes 2, c'est plutôt 85 à 90 dossiers”*. De son côté, Chloé Calvez, estime que ce n'est tout de même *“pas suffisant”*. Chaque Cpip doit également se répartir les dossiers des personnes bénéficiant d'une semi-liberté.

À la SAS, le personnel est aussi plus accessible qu'ailleurs. Il n'est pas rare de croiser dans un couloir un détenu en train de discuter avec un surveillant, pas non plus besoin d'attendre des semaines pour caler un rendez-vous avec un conseiller. *“Ici, c'est plus humain, et à mon avis, c'est comme ça que l'on donne du sens à la peine”*, relève Julie Pennet. Mais comme ailleurs, la conseillère pôle emploi se heurte aux mêmes difficultés d'une recherche d'emploi en détention : un

accès à internet inexistant et des délais judiciaires qui s'éternisent. Elle fait aussi en fonction des profils.

En France, 10 % des détenus sont illettrés, et plus de 40 % n'ont aucun diplôme. C'est pourquoi les chantiers d'insertion sont privilégiés. *“Il est compliqué d'accéder aux employeurs classiques, les phases de recrutement étant trop rapides pour nous.”* La jeune femme est, par ailleurs, consciente que *“la majeure partie”* mène un projet pour obtenir un aménagement de peine *“mais certains voient plus loin, et veulent vraiment travailler”*. *“Quand ils sont ici, la motivation est sincère mais à la sortie, ils retrouvent souvent leur cadre familial et l'environnement de la cité”*, observe pour sa part Chloé Calvez.

La porte de la SAS où entrent et sortent certains détenus. Photo : Ferial Alouti

Dans quelques jours, Kevin, 24 ans, participera à un match de foot en salle en compagnie de plusieurs recruteurs, un espoir pour lui de décrocher un job de commercial dans la grande distribution bien qu'il préférerait devenir régisseur sur des tournages. L'envie est née lors d'une formation audiovisuelle préqualifiante mise en place à la SAS par l'[association Lieux fictifs](#). Pendant quatre mois, il a acquis des bases en son, lumière, montage. Il a aussi appris à travailler en groupe, à respecter des horaires, à se fixer des objectifs. Après la SAS, Kevin espère intégrer un CAP image et sons bien qu'il ne soit pas certain d'être *“prêt à sortir”*. *“Ici, je me sens comme dans un cocon, avoue-t-il. Je n'ai pas de compte bancaire, pas de papier à remplir, pas de loyer à payer.”* Pas de contraintes.

Y a tout le 13e là-bas, j'aurais fait n'importe quoi. Je serais encore à balle dans la fumette, j'aurais fait passer du shit, des téléphones, ça m'a apaisé d'être ici.

#### **Une rechute dans le parcours**

Dans deux jours, Youssef, 19 ans, retrouvera, lui, l'odeur du bitume et les copains du quartier. Après six mois d'incarcération, il dit avoir *“beaucoup mûri”*. S'il était resté aux Baumettes, *“tout aurait été différent, pense-t-il. Y a tout le 13e là-bas, j'aurais fait n'importe quoi. Je serais encore à balle dans la fumette, j'aurais fait passer du shit, des téléphones, ça m'a apaisé d'être ici.”* Et ça lui a permis de réfléchir à l'avenir. Déjà titulaire d'un BEP, il va

intégrer en septembre prochain un BTS spécialisé dans la digitalisation de la relation client. En attendant, une conseillère de la mission locale lui a déniché une formation de 400 heures en web marketing. De quoi ne pas arriver *“en touriste”* à la prochaine rentrée.

Alors que la prison est encore décrite comme une machine à récidiver – le taux de récidive (2) était de 33 % en 2018 – la SAS ambitionne de faire reculer les chiffres en donnant du sens à la peine. Mais presque deux ans après son ouverture, aucune statistique officielle n'est venue conforter ces espoirs. Sur 640 entrants, Aurore Cayssials a toutefois repéré 41 retours aux Baumettes, soit 6 % de récidive – un chiffre qui ne comptabilise pas les détenus envoyés dans un autre établissement pénitentiaire. Même pour ceux-là, *“la rechute peut faire partie du parcours”*, juge la directrice. *“S'ils rentrent trois fois pour trafic,*

*puis la quatrième pour conduite sans permis, c'est une sortie progressive de la délinquance.”*

Quelques heures avant de passer la porte de sortie, Youssef, lui, ne craint pas la récidive. Les *“larmes”* de sa mère lui ont bien fait comprendre que *“le jeu n'en valait pas la chandelle”*. S'il est à nouveau condamné, il ne repassera jamais par la SAS. *“On leur donne cette chance une seule fois.”*

1) Afin de conserver l'anonymat des personnes, tous les prénoms ont été modifiés.

2) Ce taux est la somme du taux de récidive légale et du taux de réitération à 5 ans.

*ALOUTI Ferial, Marsactu, 2020-03-03*

- **Un programme de réduction des risques**

### **L'éducation par les pairs (peer-education)**

Le travail d'enquête ethnographique mené  
Le programme « d'information et de prévention VIH/Hépatites/IST et Santé sexuelle pour et avec les personnes incarcérées », développé en région Auvergne Rhône-Alpes par l'Association de lutte contre le sida et pour la santé sexuelle (AFS) auprès de six établissements pénitentiaires est particulièrement novateur en France, en ce qu'il ancre l'éducation par les pairs comme principale stratégie d'intervention.

Cette stratégie, qui s'inscrit dans les recommandations européennes, a été évaluée scientifiquement (Bagnall et al, 2015) et s'est développée notamment en Irlande (Community Based Health and First Aid, 2009). Elle présente la particularité d'associer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé des unités sanitaires, des surveillants, mais aussi des personnes détenues, sur la

thématique de la santé sexuelle et de la prévention VIH/Hépatites/IST. Les personnes détenues sont formées à l'intervention auprès de leurs pairs. La mobilisation des personnes détenues est effectuée par l'Unité Locale d'Enseignement (ULE) et l'Unité Sanitaire. Ces actions d'éducation pour la santé par les pairs permettent de croiser les questions de participation et d'empowerment des personnes détenues - par leur implication dans le développement, la réalisation et l'évaluation des programmes - et d'agir sur certains déterminants, comme la mise à disposition de préservatifs au sein des Unités Sanitaires.

*LEGRAND Eric, FERRON Christine, LAFFITE Séverine, In : Rapport de l'enquête Prisca. Recensement des projets de promotion de la santé en milieu pénitentiaire, FNES, 2020-12, p. 18.*



## Pour aller plus loin



### **Santé et promotion de la santé en milieu carcéral**

*Éducation santé, n° 331, 2017-03, pp. 2-3*

Cet article fait un point sur la genèse, les éléments saillants et les perspectives apportés par le rapport parlementaire belge sur la santé et la promotion de la santé en milieu carcéral.



CHEMLAL Khadoudja, GODIN-BLANDEAU Elodie, VERDOT Charlotte (et al.)

### **Prison : quelle place pour la promotion de la santé ? Dossier**

*La Santé en action, n° 430, 2014-12, pp. 6-41*

Vingt ans après la loi de 1994 qui a profondément modifié la prise en charge sanitaire des personnes détenues et dix ans après le dernier colloque organisé par la direction générale de la Santé sur la santé en prison. ce dossier se propose d'apporter différents éclairages sur la mise en place à ce jour de la promotion de la santé en milieu

pénitentiaire.



### **Un partenariat efficace pour promouvoir le dépistage organisé des cancers**

*Priorités santé, n° 53, 2018-09, p. 8*

ISIS 83 multiplie les actions innovantes avec différents partenaires pour toucher des populations très éloignées du dépistage organisé des cancers.

Après des personnes détenues à la Farlède avec le CoDES 83 et l'USMP et des femmes de la Seyne-sur-mer avec l'Assurance Maladie.

## 4. Sitographie

### **OMS – Prisons (en anglais)**

<https://www.who.int/topics/prisons/en/>

### **OMS Europe – Prisons et santé (en anglais)**

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health>

### **Ministère de la justice**

<http://www.justice.gouv.fr/>

### **Ministère des solidarités et de la santé - Les personnes détenues**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es>

### **Ministère des solidarités et de la santé - Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es>

### **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)**

La mission du Contrôleur général est triple :

s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés,

- s'assurer qu'un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'ordre public et de sécurité est établi,
- mais aussi et surtout prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux.

Dans le cadre de sa mission, le Contrôleur général s'attache en particulier aux conditions de détention, de rétention ou d'hospitalisation mais aussi aux conditions de travail des personnels et des différents intervenants en ce qu'elles impactent nécessairement le fonctionnement de l'établissement et la nature des relations avec les personnes privées de liberté.

<http://cglpl.fr>

### **ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur - L'accès à la santé en détention**

<https://www.paca.ars.sante.fr/lacces-la-sante-en-detention>

### **Observatoire international des prisons (OIP)**

<https://oip.org/>

La section française de l'Observatoire international des prisons (OIP-SF) est une association loi 1901 qui agit pour le respect des droits de l'homme en milieu carcéral et pour un moindre recours à l'emprisonnement. Créée en 1996, l'OIP-SF fait connaître l'état des conditions de détention en France, défend les droits et la dignité des prisonniers et contribue au débat public par un travail rigoureux d'éclairage et d'analyse des politiques pénales et pénitentiaires, au cœur des problématiques de notre société. Elle dispose du statut consultatif auprès des Nations unies. Elle publie la revue Dedans-Dehors et des ouvrages.

- **Enquêtes**

**Santé des personnes entrant en maison d'arrêt**

DREES 1999 puis 2003

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-a-l-entree-en-prison-un-cumul-des-facteurs-de-risque>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003>

**Enquête Handicap incapacités dépendance (HID) Prisons**

INSEE/INED 2001

[http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hid ftp/prison/dico\\_des\\_codes\\_HID\\_prisons.pdf](http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hid ftp/prison/dico_des_codes_HID_prisons.pdf)

**Prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral**

2004

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/rapport\\_detenus\\_MS\\_2004pdf.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf)

**Enquête PREVACAR : prévalence du VIH, VHC et traitements substitution aux opiacées**

InVS 2010

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_PREVACAR\\_-\\_Volet\\_offre\\_de\\_soins\\_-\\_VIH\\_hepatites\\_et\\_traitements\\_de\\_substitution\\_en\\_milieu\\_carceral\\_octobre\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_-_Volet_offre_de_soins_-_VIH_hepatites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carceral_octobre_2011.pdf)

**Etat des lieux des dépistages des cancers féminins**

DGS 2013

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_des\\_lieux\\_depistage-cancersfeminins\\_vf\\_2\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_depistage-cancersfeminins_vf_2_.pdf)

**Etat des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire**

**Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire**

INPES 2012

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_des\\_lieux\\_et\\_recommandations\\_eps\\_milieu\\_penitentiaire\\_juillet\\_2012.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_des_lieux_et_recommandations_eps_milieu_penitentiaire_juillet_2012.pdf)



<http://www.bib-bop.org/>

**Informations pratiques**

- Possibilité de rendez-vous avec une documentaliste du lundi au vendredi dans le respect des gestes barrières (par mail : <mailto:cres-paca@cres-paca.org>)
- Emprunt des documents :

Chèque de caution de 50 € à l'ordre du CRES requis pour les documents bibliographiques

Durée du prêt : 3 semaines, renouvelables

Réservation possible

CRES PACA  
178, cours Lieutaud  
13006 Marseille  
04 91 36 56 95/98

[cres-paca@cres-paca.org](mailto:cres-paca@cres-paca.org)